

# Estrategias de comparación social y resultados en salud: Un estudio de adaptación y evaluación en muestra española de pacientes crónicos

*Social comparison strategies and health outcomes: An assessment and adaptation study among a spanish sample of chronic patients*

M.C. Terol, N. Pons, M.C. Neipp, J. Rodríguez-Marín, B. Buunk\*,  
M. Martín-Aragón, y P. Sánchez.

## Resumen

*El objetivo de este trabajo ha sido adaptar la escala de comparación social de la enfermedad en muestra española de enfermos crónicos, evaluando sus dimensiones (ascendente-descendente y contraste-identificación) y sus relaciones con variables personales, psicosociales y resultados de salud. Material y Método: Doscientos dos sujetos con enfermedad crónica fueron entrevistados utilizando la escala de Comparación social de la Enfermedad, la de Orientación a la Comparación Social, un Cuestionario de Autoestima y uno de Personalidad, además de una escala visual-análoga de estado de salud y calidad de vida. Resultados: cuatro dimensiones de la comparación social mostraron índices de consistencia interna elevados ( $\alpha$ : 62 - 83). Conclusiones: La escala evaluada es útil para su uso en pacientes crónicos. La estrategia de comparación social se asocia a variables psicosociales y de percepción de salud.*

**Palabras clave:** Pacientes crónicos. Comparación social. Fiabilidad. Estado de salud. Calidad de vida.

---

Dpto. Psicología de la Salud, Facultad de Medicina.  
Universidad Miguel Hernández. Campus de S. Juan.  
Apdo. n° 18. Alicante. España.

(\*) Unit of Social y Organizational Psychology. Universidad  
de Groningen. Groningen. Holland.

**Correspondencia:** Dra. M. Carmen Terol Cantero.  
Dpto. Psicología de la Salud. Facultad de Medicina.  
Universidad Miguel Hernández. Campus de S. Juan.  
Ctra. Alicante-Valencia, Km. 87  
03550 S. Juan de Alicante (Alicante)  
Mail: macarmen@umh.es

## Summary

*The aim of this study was to adapt the social comparison scale used among Spanish chronic patients by assessing their dimensions (upward-downward and contrast-identification) and their relationships with different personal and psychosocial aspects, as well as health outcomes. Method and Material: 202 patients with different chronic diseases were interviewed and answered the Social Comparison scale, the Social Comparison Orientation, the Self-esteem and the Personality questionnaire, and the analogue-visual scale for well-being and quality of life. Results: The four dimensions of the social comparison scale had good internal consistency ( $\alpha$ : 62 - 83). Conclusions: The social comparison scale is useful for chronic patients. Furthermore, social comparison strategies were related to other psychosocial variables and perceived health status.*

**Key words:** Chronic patients. Social comparison. Reliability. Health status. Quality of life.

## INTRODUCCIÓN

La comparación social como proceso cognitivo resultante de la interacción con otros lo inicia Festinger, pero su desarrollo posterior y aplicación a la salud se da en las últimas décadas Goethal & Darley, ya expusieron que al percibir una situación amenazante, el compararse con otros puede tener fines adaptativos. Para Gibbson y Gerard este proceso forma parte de las diferentes formas de afrontamiento que se ponen en marcha ante situaciones estresantes como la enfermedad. Así, Jensen et al. consideran que los pacientes realizan “un esfuerzo por sentirse comparativamente afortunados y de este modo, reducir o amortiguar el impacto de los estresores provocados por la enfermedad”.

La comparación con otro paciente o situación que se percibe peor que la propia (descendente), o con un paciente o situación que se percibe en mejor estado (ascendente), se definiría como formas de afrontamiento centradas en la emoción para regular o reducir dicho impacto emocional. En el caso de la comparación descendente, ésta podría desencadenar otras estrategias como la búsqueda de apoyo social, y/o los esfuerzos por reevaluar la situación reduciendo la amenaza; minimizándola frente a la que es peor en otros. Por su parte, la comparación ascendente podría tener objetivos dirigidos a buscar la información en otros que percibimos mejor, y nos pueden servir como modelo para solucionar o manejar una situación de enfermedad. Es así que, compara la

propia situación con la de otros pacientes o situaciones de enfermedad, debe considerarse como una forma de afrontamiento con la que encontrar un resultado favorable de la propia situación de enfermedad.

Actualmente, determinadas líneas de investigación en comparación social, tratan ciertas cuestiones relacionadas con los factores que modulan su frecuencia de uso. De entre ellos, determinados aspectos personales y psicosociales como la *orientación a la comparación*, los niveles de *autoestima* o *neuroticismo*, o dimensiones de la comparación como la *dirección* (pacientes que se perciben en mejor o peor estado que el propio), el *contenido* (condición física, formas de afrontamiento, estado emocional, entre otros), o la *interpretación* (Identificación o contraste. El estudio de las diferencias individuales en la comparación social es reciente, diferentes trabajos muestran que mientras la comparación descendente es más frecuente en personas con elevada autoestima y más extrovertidos, que muestran como resultado de la comparación emociones más positivas, las comparaciones ascendentes relacionadas con elevados niveles de neuroticismo no aportan resultados emocionales adaptativos. Pero quizá es más la *dirección* de la comparación (ascendente o descendente) y los resultados favorables o desfavorables que provoca en salud, lo que es especialmente relevante para determinar lo que es útil; lo que facilita o entorpece el proceso de adaptación del sujeto a su enfermedad.

Un creciente número de trabajos se ocupan del papel de la comparación social en el afrontamiento de los pacientes crónicos, y de cómo estas estrategias afectan en la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida y/o ajuste psicosocial (4, 9, 19, 5, 13, 25, 26). En la literatura se viene asumiendo que compararse con otros en peor situación (comparación descendente) produce sentimientos positivos o de alivio, mientras que en el caso contrario, hacerlo con quienes están en mejor situación (comparación ascendente) resulta en sentimientos negativos o de frustración (27, 18, 25, 16). Sin embargo, estos resultados positivos o negativos de la comparación implican una mayor complejidad relacionada con el grado de *identificación* o *contraste* del paciente con el modelo de comparación (28, 29, 23, 30, 10, 31). Para Buunk & Ybema (30) el grado de identificación o similitud viene dado por la cercanía, o por considerar al modelo de la comparación como ejemplo del propio funcionamiento o expectativas en un futuro. El contraste vendría determinado por la comparación con otros pacientes que sirven como referencia para evaluar el funcionamiento actual, pero de los que se percibe diferencia o distancia respecto de uno mismo. Así, la *identificación* en la comparación *ascendente* tendría resultados positivos (optimismo), mientras que en la descendente tiene consecuencias negativas (miedo, angustia). Por otro lado, el *contraste* tendrá consecuencias negativas (envidia, insatisfacción) cuando los individuos utilizan la comparación *ascendente*, pero con comparaciones *descendentes* tendrá resultados positivos (alivio, satisfacción) (30).

Las diferentes combinaciones que pueden establecerse en las dimensiones de la comparación social (ascendente de identificación o contraste y descendente de identificación o contraste), y las consecuencias más o menos adaptativas del uso de una u otra combinación en diferentes patologías, fundamentan la investigación en este área. Por ejemplo, la comparación descendente es bastante común en población con artritis y discapacidades individuales con alto grado de estrés, mientras que los pacientes oncológicos suelen evitar estas comparaciones y prefieren las ascendentes para obtener resultados emocionalmente positivos (9, 3, 23, 32, 25). De

este modo, se asume que la comparación social tiene un impacto en el bienestar subjetivo de los pacientes a través de la reevaluación cognitiva de la situación de enfermedad y el uso de las formas de afrontamiento que se ponen en marcha (33, 32, 25, 15). Por esta razón, este trabajo tiene como objetivos comprobar en primer lugar, la adecuación de la escala de comparación social de la enfermedad, evaluando dichos procesos en población española con enfermedad crónica y, en segundo lugar, identificar las dimensiones del constructo de comparación social en esta población, analizando sus relaciones con otras variables personales, psicosociales, y de percepción de calidad de vida y estado de salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal llevado a cabo en el Centro de Salud Hospital Provincial de Alicante durante un año. El profesional de la salud seleccionaba a pacientes diagnosticados de patología crónica, mayores de edad y que eran atendidos en régimen ambulatorio. Además, les informaba del estudio y de la posibilidad de participar voluntariamente. Una vez el paciente accedía, un profesional entrenado recogía información precisa de cada instrumento mediante entrevista semiestructurada. De nuevo, explicaba al paciente el interés del estudio y le solicitaba su consentimiento mediante firma de "compromiso de participación", en el que se detallaba el objetivo del proyecto y la confidencialidad de sus datos. El orden con que se administraban los instrumentos de evaluación fue al azar, para controlar el posible efecto de fatiga y sesgo en las respuestas de los pacientes. Todos los pacientes que fueron remitidos por el profesional de la salud cumplieron la entrevista sin abandonos. Se calculó la muestra de estudio siguiendo los criterios mínimos exigidos para la realización de los diferentes análisis estadísticos programados, y la representatividad por género responde a la frecuencia de patologías y pacientes atendidos anualmente en el servicio.

Un total de 202 sujetos participaron en el estudio, 115 mujeres y 87 hombres, con una media de edad de 66 años (dt = 11,5, Rango: 29-89). Por género, la media de edad de las mujeres

es de 64,7 (dt =11,2) y la de los hombres de 68,2 (dt =11,7). Un 26,7% (N=54) eran amas de casa, el 10,9% estaba en activo, un 43,1% estaban jubilados, y un 4% en paro. Un 15,4% (N=31) estaban en paro debido a la enfermedad, tenían la incapacidad permanente o temporal por esta causa, o bien su jubilación era debida a la enfermedad. Respecto de su estado civil el 64,9% estaban casados o vivían en pareja y un 35,1% estaba soltero/a o no vivía en pareja. (Ver tabla I)

comunes eran antihipertensivos (32,8%), para la diabetes (15,9%), y analgésicos (13,2%). (ver tabla II)

### Instrumentos y Variables

*Cuestionario de variables sociodemográficas y dínicas* incluyendo información sobre edad, género, situación laboral, estado civil, tratamiento, tiempo y tipo de diagnóstico.

*Cuestionario de personalidad (EPQ-R)* (34) para medir neuroticismo. Consta de 23 ítems con

**Tabla I**  
Variables sociodemográficas

GÉNERO	N(%)	Media edad (± dt)	ESTADO CIVIL
Mujeres	115 (56,9%)	64,7 (±11,2)	Vive en pareja 131 (64,95) Vive sin pareja 71 (35,1%)
Hombres	87 (43,1%)	68,2 (±11,7)	
Total	202 (100%)	66,2 (±11,50)	
Rango edad: (29-89)			
SITUACION LABORAL			
Ama de casa 54 (26,7%)	Activo 22 (10,9%)	En paro 8(4%) Jubilado 87 (43,1%)	ILP, ILT, Paro* 12 (6%) Jubilado* 19 (9,4%)

\*Debido a la enfermedad, ILP=incapacidad laboral permanente, ILT=incapacidad laboral transitoria

Del total de pacientes, 67 estaban diagnosticados de hipertensión (33,2%), 35 eran diabéticos (17,3%), 30 presentaban problemas cardiovasculares (14,9%), 17 artrosis (8,4%), 10 osteoporosis (5%) y el resto se distribuyó entre artritis, asma, colesterol y otros. El tiempo desde el diagnóstico era de más de 10 años (Media=147,14 meses; dt=135,5) El 95,5% recibía algún tipo de tratamiento para su problema primario de salud. Entre ellos los más

respuesta dicotómica de sí o no. Esta escala fue adaptada y validada en población española, obteniendo en la subescala de neuroticismo índices de consistencia interna de .86. Además, se ha mostrado una fiabilidad de .84 con grupos de estudiantes españoles (15) y de .80 en nuestro grupo de pacientes crónicos.

*Escala de Rosenberg* (35) para evaluar la autoestima, compuesta por 10 ítems con respuesta tipo

**Tabla II**  
Variables Clínicas

DIAGNÓSTICO	n (%)	TRATAMIENTO	n (%)
Hipertensión	67 (33,2%)	Antihipertensivo	62 (32,8%)
Diabetes	35 (17,3%)	Antidiabético	30 (15,9%)
Cardiovasculares	30 (14,9%)	Analgésicos	25 (13,2%)
Artrosis	17 (7,4%)	Antiinflamatorios	8 (4,2%)
Osteoporosis	10 (5,0)	Antidepresivos, Relajantes	8 (4,2%)
Otros	23 (28,7%)	Otros	58 (29,6%)

Likert (1= Muy en desacuerdo a 4=Muy de acuerdo). Esta escala nos da una puntuación de Autoestima positiva (ítems 1, 3, 4, 6 y 7), negativa (ítems 2, 5, 8, 9 y 10), y general. Esta escala fue adaptada y validada en población clínica española, obteniendo coeficientes de fiabilidad de .87 y correlaciones test-retest de .72 (36). Dicha escala, cuando se ha aplicado en diferentes muestras españolas de estudiantes y profesionales, muestra coeficientes de fiabilidad entre .76 y .89 (15) y en este trabajo realizado con pacientes crónicos su fiabilidad es de .62 alcanzando hasta .78.

*Escala de orientación hacia la comparación social* [INCOME-E (37, 15)]. Compuesta por 11 ítems, 7 de ellos redactados de forma positiva y dos en negativo y con tipo de respuestas Likert de 1 a 5 (1= completamente de acuerdo, 2=bastante de acuerdo, 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= bastante en desacuerdo y 5= completamente en desacuerdo). Esta escala mostró coeficientes de fiabilidad superiores a .80 en muestras españolas de estudiantes y profesionales de la salud, así como una estabilidad test-retest de .57, y validez criterial con neuroticismo ( $r=.43$ ) y autoestima ( $r=-.20$ ) (15). En el caso de los pacientes crónicos de nuestra muestra de estudio su fiabilidad es de .72.

*Escala de Comparación Social en los Procesos de Enfermedad* (21). Esta escala en su versión original se presenta con 12 ítems y cuatro dimensiones: comparación ascendente de contraste (CSAC); comparación ascendente de identificación (CSAI); comparación descendente de contraste (CSDC); comparación descendente de identificación (CSDI), que mostraban una fiabilidad test-retest de .70. La escala fue traducida al castellano mediante un proceso de traducción y retrotraducción por dos personas bilingües. La primera versión experimental de la escala se administró a una muestra piloto de población general ( $N= 20$ ), para comprobar la comprensión y validez aparente de los ítems. Como resultado de este primer estudio piloto se reformularon las instrucciones de la escala para su administración durante la entrevista y tres ítems cuyo significado resultaba complejo para los sujetos entrevistados. En cuanto a las instrucciones de la escala se trató de evitar utilizar términos como “compararse” o “normalidad” cuando eran interpretados como socialmen-

te “no deseables”, y se introdujeron ejemplos acerca de situaciones cotidianas que servían de explicación de cómo ocurren los procesos de comparación. Respecto a los ítems de la comparación ascendente 4, 5 y 6, términos originales traducidos como “amenazado”, “frustrado” o “deprimido” se sustituyeron por los que constan en el cuestionario utilizado en este trabajo: “asustado”, “disgustado” o “entristecerse” atendiendo a las sugerencias de los sujetos experimentales y acuerdo ínter jueces del equipo de investigación. La nueva versión tras las modificaciones expuestas, se administró a una muestra piloto de 14 pacientes crónicos para comprobar la adaptación y comprensión de la escala. Como resultado de este segundo estudio piloto la formulación del ítem 6, que resultaba difícil de comprender (“*Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo me entristezco al darme cuenta que no estoy tan bien*”), fue reformulado para facilitar su comprensión y la respuesta de frecuencia (“*Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo me doy cuenta que no estoy tan bien y eso me entristece*”). Finalmente, la versión definitiva de la escala consta de 12 ítems al igual que la versión original, y se mantuvo el formato de respuesta del cuestionario original incluyendo la escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5, que indica frecuencia de las comparaciones (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = de vez en cuando, 4 = a menudo y 5 = muy a menudo).

*Estado General de Salud y Calidad de Vida*: Evaluamos el estado de salud, concretamente su estado físico, y la calidad de vida percibida por el paciente en el momento actual con dos cuestiones. Ambas proceden de una escala de medida del Impacto de la Enfermedad en enfermos reumáticos (38, 39) adaptada por Pastor (40). El paciente respondía a ambas cuestiones en una escala numérica de 10 puntos (0=Muy mala; 10= Excelente), y en una escala análogo-visual (V.A.S) de 10 cm. de longitud acotada por sus extremos con indicaciones de “Muy Mal” y “Muy bien”, dónde el paciente indicaba con una “X” cómo se encontraba (Ver Tabla III). La puntuación total, de la percepción del estado de salud y de la calidad de vida, se obtiene con la media de las respuestas del sujeto en la escala visual-análoga, y numérica, en cada caso.

**Tabla III**  
**Variables e Instrumentos**

<b>Variables</b>	<b>Instrumentos</b>
Edad, género, situación laboral, estado civil, tratamiento, tiempo y tipo de diagnóstico.	<b>Cuestionario sociodemográfico y clínico</b>
Orientación a la comparación social	<b>General Social Comparison Scale (37,15)</b>
Comparación social en la enfermedad Ascendente - Descendente Identificación-Contraste	<b>Social Comparison Scale in Chronic Illness (21)</b>
Autoestima	<b>Rosenberg Scale (35)</b>
Neuroticismo	<b>EPQ-R (34)</b>
Percepción del estado de salud	<b>Escala Análogo-visual y Escala Numérica (40)</b>
Percepción de calidad de vida	<b>Escala Análogo-visual y Escala Numérica (40)</b>

### **Análisis Estadísticos**

Utilizamos el índice de fiabilidad Alfa de Cronbach para el análisis de las escalas, y comprobamos las características de los ítems y variabilidad de la consistencia de la escala con la correlación corregida de Pearson ítem-total. Para confirmar las dimensiones del cuestionario original, realizamos un análisis factorial exploratorio con el método de ejes principales y rotación Varimax, se analizó la matriz de correlaciones e índices de esfericidad de Barlett (Prueba de Barlett = 878,66;  $p < .001$ ) y de Kaiser-Meyer-Olkin (.76) Para las relaciones de los distintos factores de la escala de comparación social con las diferentes variables psicosociales estudiadas utilizamos el índice de correlación de Pearson, y para el análisis de diferencias entre grupos la t-student o ANOVA con procedimiento Scheffé para comparaciones múltiples. Todos los análisis estadísticos se han realizado con el programa estadístico SPSS11.5.

### **RESULTADOS**

#### **Análisis descriptivo de la Comparación Social de la enfermedad**

Las medias de comparación social más elevadas fueron la ascendente de identificación ( $57,26 \pm 28,28$ ) y la descendente de contraste ( $67,16 \pm 23,84$ ). En los hombres, la media de la comparación ascendente de identificación es más elevada y en mujeres, las medias más elevadas lo son en la comparación descendente de identificación y ascendente de contraste.

Respecto del análisis de diferencias en variables sociodemográficas, cabe señalar que: 1) en la situación laboral se excluyó el grupo "en paro" y configuraron un único grupo los pacientes en situación de incapacidad o que no estaban en activo debido a la enfermedad, 2) en el diagnóstico los pacientes con artrosis y osteoporosis formaron un único grupo, y 3) en tratamiento el uso de antiinflamatorios y analgésicos se incluyó en

un único grupo y se excluyeron los relajantes y antidepresivos. Los resultados de estos análisis no mostraron diferencias significativas en el uso de las dimensiones de la comparación social entre hombres y mujeres (CSAC  $t=1,56$ ;  $p=.12$ ) (CSAI  $t=-1.05$ ,  $p=.29$ ); (CSDC  $t=01.5$ ,  $p=.12$ ); (CSDI  $t=1.87$ ,  $p=.065$ ), ni en el estado civil, situación laboral o variables clínicas de diagnóstico (CSAC  $f=1,56$ ;  $p=.07$ ) (CSAI  $f=.18$ ,  $p=.90$ ); (CSDC  $f=1.03$ ,  $p=.38$ ); (CSDI  $f=2.06$ ,  $p=.10$ ) o tratamiento. El tiempo de diagnóstico no mostró relaciones significativas con las dimensiones de comparación social, aunque la edad correlacionó con la comparación social ascendente de contraste ( $r= -.32$ ;  $p=000$ ).

### **Análisis de las dimensiones de la comparación social de la enfermedad**

El análisis factorial mostró cuatro factores de la escala original de Van der Zee et al. (1999). Estas cuatro dimensiones explican el 71,34% de la varianza total. Las dos primeras, *Ascendente de Identificación* y *Ascendente de Contraste*, incluyen 6 ítems de comparación con otras personas que se encuentran en mejores circunstancias. De ellos, los tres primeros ítems (1, 2 y 3) se refieren a la identificación con esa persona y los tres últimos (4, 5 y 6) a la no identificación o al contraste, respecto de esa persona objeto de comparación. La tercera y cuarta dimensión, *Descendente de Identificación* y *Descendente de Contraste*, agrupa 6 ítems más que muestran la

identificación que el sujeto establece con otra persona que está ante un problema de salud y se encuentra en peores circunstancias. De estos ítems, los tres primeros (7, 8 y 9) se refieren a cuando el paciente se identifica con el sujeto de la comparación, y los tres últimos representan la no identificación del sujeto evaluado.

En la tabla V se muestra el peso en el factor de los ítems de cada una de las dimensiones y el porcentaje de varianza explicado por la dimensión en cuestión, siendo la más elevada la *Ascendente de Contraste* (30,86%). Todos los ítems de la escala presentan cargas factoriales que oscilan entre .90 para el ítem 2 *Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo me alegra saber que yo también puedo mejorar*, y .57 para el ítem 3 *Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo tengo esperanzas de que yo también podré mejorar* (Ver tabla V).

### **Análisis de fiabilidad y relaciones de las dimensiones de la comparación social**

El coeficiente de fiabilidad muestra que la escala total tiene una consistencia interna óptima ( $\alpha = .76$ ). En relación a los ítems de la escala, al eliminarse el ítem 3 se consigue aumentar la consistencia a .78 (ver tabla VI). Respecto de las subescalas, su índice de fiabilidad fue superior a .76 en tres de ellas, siendo el más bajo el de la subescala "Ascendente de Identificación" ( $\alpha = .62$ ).

Del constructo de comparación social, los resultados muestran que sólo las subescalas *Ascen-*

**Tabla IV**  
**Análisis descriptivo. Dimensiones de la Comparación Social**

<b>Dimensiones de Comparación Social</b>	<b>Media <math>\pm</math> dt</b> n= 202	<b>Media <math>\pm</math> dt</b> Hombres = 87	<b>Media <math>\pm</math> dt</b> Mujeres =115
Ascendente- Identificación (CSAI)	57,26 $\pm$ 28,28	59,67 $\pm$ 27,51	55,43 $\pm$ 28,83
Ascendente - Contraste (CSAC)	33,42 $\pm$ 30,54	29,60 $\pm$ 28,12	36,30 $\pm$ 32,07
Descendente-Identificación (CSDI)	38,08 $\pm$ 29,61	33,62 $\pm$ 30,51	41,44 $\pm$ 28,58
Descendente- Contraste (CSDC)	67,16 $\pm$ 23,84	67,15 $\pm$ 27,40	67,17 $\pm$ 20,92

Rango puntuaciones = 0-100, CSAI=Comparación social Ascendente de Identificación, CSAC=Comparación social Ascendente de Contraste; CSDI= Comparación Social Descendente de Identificación ; CSDC= Comparación Social Descendente de Contraste.

**Tabla V**  
**Análisis Factorial. Dimensiones de la comparación social**

	<b>Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo...</b>	<b>Peso factor</b>	<b>% V.E.</b>
<b>Ascendente</b> <b>Identificación</b> <b>(CSAI)</b>	1 Me imagino que yo también puedo mejorar.	.86	8,89
	2 Me alegra saber que yo también puedo mejorar.	.90	
	3 Tengo esperanzas de que yo también pueda mejorar.	.57	
<b>Ascendente</b> <b>Contraste</b> <b>(CSAC)</b>	4 Me siento asustado al notar que yo no estoy tan bien.	.79	30,86
	5 Me siento disgustado por mi propia situación.	.82	
	6 Me doy cuenta de que no estoy tan bien y eso me entristece.	.84	
	<b>Cuando pienso o veo a otros que están peor que yo...</b>		
<b>Descendente</b> <b>Identificación</b> <b>(CSDI)</b>	7 Tengo miedo de que yo vaya a empeorar.	.77	17,66
	8 Pienso que yo estaré así en el futuro.	.85	
	9 Tengo miedo de que yo pueda estar así.	.85	
<b>Descendente</b> <b>Contraste</b> <b>(CSDC)</b>	10 Me alegra que yo no esté tan mal.	.83	13,92
	11 Ver que no estoy tan mal me alivia.	.80	
	12 Me doy cuenta de que estoy bastante bien.	.79	

V.E.= Varianza explicada; Varianza total explicada: 71,33%

**Tabla VI**  
**Análisis de fiabilidad**

<b>Cuando pienso o veo a otros que están mejor que yo...</b>	<b>Alfa Cronbach</b>	<b>"r" Item-total</b>	<b>Alfa sin ítem</b>
1.Me imagino que yo también puedo mejorar.	<b>(CSAI)</b> .62	.30	.75
2. Me alegra saber que yo también puedo mejorar.		.35	.75
3. Tengo esperanzas de que yo también podré mejorar.		.30	.78
4. Me siento asustado al notar que yo no estoy tan bien.	<b>(CSAC)</b> .83	.54	.73
5. Me siento disgustado por mi propia situación.		.52	.73
6. Me doy cuenta de que no estoy tan bien y eso me entristece.		.56	.73
<b>Cuando pienso o veo a otros que están peor que yo...</b>			
7. Tengo miedo de que yo vaya a empeorar.	<b>(CSDI)</b> .84	.51	.73
8. Pienso que yo estaré así en el futuro.		.44	.74
9. Tengo miedo de que yo pueda estar así.		.44	.74
10. Me alegra que yo no esté tan mal.	<b>(CSDC)</b> .76	.33	.75
11. Ver que no estoy tan mal me alivia.		.42	.74
12. Me doy cuenta de que estoy bastante bien.		.22	.76

*dente de Contraste y Descendente de identificación* muestran relaciones significativas con el resto de variables evaluadas. Así, la subescala

*Ascendente de Contraste* muestra correlaciones negativas con Percepción del estado de salud, Percepción de la calidad de vida, Autoestima po-

sitiva y Autoestima general; y positivas con Neuroticismo, Orientación a la comparación social y Autoestima negativa. La subescala *Descendente de Identificación* presenta correlaciones, en sentido negativo, con Percepción del Estado de Salud, Percepción de la Calidad de vida, Autoestima positiva y Autoestima general; y en sentido positivo, con Neuroticismo, Orientación a la comparación social y Autoestima negativa (ver tabla VII).

con pacientes oncológicos y no oncológicos, encontramos una mayor frecuencia de comparaciones positivas o favorables, como las ascendentes de identificación y descendentes de contraste (4, 17, 21, 41, 42).

A pesar de no encontrar diferencias en género en la comparación social, los hombres usan más la ascendente de identificación, mientras que las mujeres utilizan comparaciones de resultados menos favorables (descendente de identificación

**Tabla VII**  
**Relaciones de las Dimensiones de Comparación Social**

	M±dt	Comparación Social Ascendente		Comparación Social Descendente	
		Identificación	Contraste	Identificación	Contraste
<b>Personales y Psicosociales:</b>					
Orientación comparación social	53,7 ± 16,49	.06	.15*	.24**	.14
Neuroticismo	52,32 ± 22,08	-.04	.42**	.32**	.10
Auto-estima positiva	72,76 ± 15,15	.10	-.19**	-.18**	.09
Auto-estima negativa	38,01 ± 20,01	-.07	.39**	.32**	.07
Auto-estima General	72,1 ± 9,35	.10	.16*	.10	.02
<b>Estado de Salud percibido:</b>					
Percepción Estado de Salud	5,9 ± 2,4	-.12	-.38**	-.30**	.01
Percepción Calidad de Vida	6,8 ± 2,37	-.06	-.45**	-.21**	.06

Rango puntuaciones: 0 - 100; Nivel de significación: \* = p< 0.05; \*\* = p< 0.01

## DISCUSIÓN

En el caso del grupo de pacientes crónicos estudiado destaca el uso de las comparaciones centradas en un resultado “favorable” a uno mismo. Es decir, las que están relacionadas con pensar que mejorará al ver a otros que están mejor, como es la comparación *ascendente de identificación*, y la de sentirme aliviada al darme cuenta que no estoy tan mal viendo a quienes están en peor situación, como el caso de la comparación *descendente de contraste*. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros trabajos con muestras españolas de pacientes con lesión medular, en los que prevalece la frecuencia de uso de este tipo de comparaciones (16). También, en el caso de muestras anglosajonas

y ascendente de contraste). De las diferentes dimensiones de la comparación social, ninguna mostró relación con las variables clínicas ni sociodemográficas, a excepción de la edad. La comparación ascendente de contraste es la menos utilizada, y además, disminuye su uso con la edad. Este resultado iría en la línea de los encontrados por otros autores, que muestran cómo la orientación y dimensiones de la comparación social varían en relación a la edad (43-47, 25). Así, en estos trabajos se indica cómo las personas de tercera edad, que realizan otras comparaciones diferentes de la ascendente de contraste (descendente de contraste o ascendente de identificación), informan de niveles de bienestar y calidad de vida más elevados. Quizá, esto explicaría que nuestro grupo de pacientes, de edad avan-

zada, eviten precisamente las comparaciones ascendentes de contraste que les afectan negativamente a la percepción de la calidad de vida, del estado de salud percibido y de la propia autoestima, tal y como lo muestran en las relaciones de estas variables en este trabajo.

En general, la escala de comparación social estudiada muestra una fiabilidad óptima ( $\alpha = .76$ ), al igual que sus dimensiones, exceptuando la *ascendente de identificación*. En esta dimensión la fiabilidad es de .62, quizá porque en ella se incluye el ítem 3, que muestra la carga factorial más baja (.57) de entre el resto de ítems de la escala (pues todos superan el .77 en sus cargas factoriales). De hecho, respecto de este tercer ítem (*Cuando me comparo con alguien que está mejor que yo tengo esperanzas de que yo también podré mejorar*), es el único del que podemos decir que su eliminación en la escala aumenta su fiabilidad total de .76 a .78. Sin embargo, no consideramos este incremento lo suficientemente significativo como para eliminar el ítem 3, en detrimento de la información que nos aporta al evaluar la comparación social. Por otro lado, este ítem comparado con el resto en el factor y con la mayoría de los de la escala, parece evaluar la “esperanza” de mejoría, frente a ítems que hablan de “imaginar” la mejoría o “alegrarse” al saber que puede mejorar. Quizá, fantasear imaginando una mejoría o alegrarse de saber que mejorará, son procesos que se dan en el paciente, entendiéndolos como probabilidades remotas de ocurrencia o como mejorías puntuales de su enfermedad, mientras que tener la “esperanza de mejorar” supone confiar en la ocurrencia de cambios significativos de remisión o ausencia de síntomas manifiestos de la enfermedad. Sin embargo, en el caso de pacientes crónicos de edades avanzadas, la percepción de mejoría importante de la enfermedad es poco probable, pues se alternan periodos de exacerbación con otros de cierta estabilidad o de sutiles mejorías, pero difícilmente se espera detener la evolución de la enfermedad o recuperarse totalmente, de la enfermedad crónica que se padece.

El análisis del constructo de comparación social en los procesos de enfermedad muestra relaciones significativas en dos de sus dimensiones (*Ascendente de Contraste y Descendente de Identificación*) en el sentido teórico esperado (5, 12, 13, 15, 16, 25). De la comparación Ascendente de Contraste y la Descendente de Identificación, la literatura refiere que su uso es menos adaptativo debido a las consecuencias negativas que de ellas se derivan (4, 5, 16). Nuestros resultados coinciden en este sentido, mostrando peor estado de salud y calidad de vida por el uso de este tipo de comparaciones. Además, siguiendo las investigaciones de otros autores, también este trabajo muestra que el mayor uso de estos dos tipos de comparación se relaciona con “neuroticismo” y “autoestima negativa”, y precisamente, a menor uso de estas dimensiones mejores niveles de “autoestima positiva”, y de “estado de salud y calidad de vida percibida” (12, 10, 25, 14, 16). Pero además, las personas con elevada “orientación a la comparación social” también utilizan más este tipo de comparaciones “desfavorables” del tipo *ascendente de contraste y descendente de identificación*. Como ya hemos visto, en el contexto de estudio de la comparación social, la orientación a la comparación, la autoestima y el neuroticismo se entienden como predisposiciones personales que influyen en la frecuencia y uso de las dimensiones de la comparación social. Desde esta perspectiva y a la vista de los resultados obtenidos, es importante destacar que el perfil psicosocial y las características personales podrían actuar como un factor de riesgo para el uso de comparaciones sociales poco adaptativas. De modo que, los programas de intervención grupal con enfermos, que facilitan e incluso animan a la comparación social entre ellos, tendrían que incorporar el manejo de la comparación como estrategia de afrontamiento con objetivos de adaptación, pero al mismo tiempo, controlar la influencia de otras variables personales que predispondrían en un sentido desadaptativo. Este tipo de consideraciones ya son referidas en la literatura en el área de intervención con enfermos crónicos, en la que se evalúan costes y beneficios de la comparación social en los miembros de los grupos de apoyo o de los programas de intervención grupal (31, 48, 49).

En este trabajo se muestran los efectos desadaptativos del uso de ciertas dimensiones de la comparación social, pero no hemos obtenido relaciones del uso de la comparación *ascendente de*

*identificación y descendente de contraste* con resultados positivos en la percepción de salud y calidad de vida, tal y como se muestra en otros trabajos (12, 17, 25). La ausencia de relaciones significativas de estas dos dimensiones de comparación en los resultados de salud, podría explicarse por un lado, porque hemos atendido a resultados globales más que a dimensiones específicas de la calidad de vida o del estado de salud como podrían ser las respuestas emocionales; y por otro lado, porque como proponen algunos autores hay factores en la enfermedad crónica que podrían reducir la efectividad del proceso de comparación social, mostrándose así una ausencia de beneficios explícitos o resultados inconsistentes de su influencia sobre el estado de salud (50, 26). Quizá, en una enfermedad crónica de larga duración no es tan fácil conseguir mantener un efecto positivo evidente del uso de la comparación social, pues los efectos negativos por el deterioro del tiempo de enfermedad y el impacto diario de la misma se manifiestan con mayor representatividad. Sin embargo, es importante señalar que, aunque nuestro grupo de pacientes no muestra efectos directos del beneficio que sobre la salud tienen ciertas formas de comparación social, este grupo sí puede minimizar los efectos negativos y alcanzar efectos positivos indirectos, “evitando” compararse con quienes están peor y le recuerdan su posible evolución (*descendente de identificación*), o con quienes están mejor pero no le sirven de ejemplo a seguir para mejorar su situación (*ascendente de contraste*). En este sentido, no sería inadecuado un modelo de adaptación centrado, sobre todo, en “evitar” ciertas formas de comparación, pues el objetivo último sigue siendo mantener una calidad de vida y estado de salud “adaptativo”. A pesar de ello, futuros trabajos de corte longitudinal deberían evaluar de un modo más preciso el uso de las comparaciones “favorables” (*ascendente de identificación y descendente de contraste*), lo que permitirá clarificar su funcionamiento a largo plazo en relación a sus resultados en salud y en los procesos de adaptación del enfermo crónico (26).

Para terminar, los resultados de este trabajo nos han permitido, en primer lugar, obtener una versión adaptada para población española de un

instrumento de evaluación de la comparación social de la enfermedad, que replica la estructura original de la escala y se muestra válido para su utilización con una óptima fiabilidad. En segundo lugar, este estudio resalta lo importante que es, en futuras investigaciones sobre comparación social con pacientes crónicos, atender a una variabilidad de características de la enfermedad, personales, del contexto social y de relaciones del sujeto, para así, poder concretar más aún el desarrollo de los procesos de comparación que influyen en la adaptación de estos enfermos (51, 52, 13).

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del Proyecto que lleva por título: “COMPARACIÓN SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y RESULTADOS EN EL BIENESTAR Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS” financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. (F.I.S.S. Exp: PI021085; 2003- 2006).

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Field J & Rowe J.:** Downward comparison and coping with serious medical problems. *Amer. J. Orthopsych*, 1987; 57(4), 570-578.
2. **Arenth PM.:** Exploring the use of social comparison by individuals recovering from traumatic brain injury. *Dissertation-Abstracts-International: The Sciences and Engineering*, 2004; 65(2-B).
3. **Aspinwall LG.:** Future-Oriented Aspects of Social Comparisons: A Framework for Studying Health-Related Comparison Activity. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons, (Eds.) *Health, coping and well-being. Perspectives from social comparison theory* (pp. 125-165). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1997.
4. **Aspinwall LG & Taylor SE.:** The effects of social comparison direction, threat and self-esteem on affect, self-evaluation, and expect success. *J Pers Soc Psychol*, 1993; 64: 708-722.
5. **Barron A.:** Redes sociales, Comparación Social y enfermedad crónica. Conferencia presentada en el curso: *Psicología de la Enfermedad Crónica*. UIMP (Universidad Menéndez Pelayo). Alicante, 2002.
6. **Bennenbroek FTC, Buunk BP, Van der Zee KI. & Grol B.:** Social comparison and patient information: What do cancer patients want? *Patient Educ Counsel*, 2002; 47: 5-12.

7. **Bogart LM & Helgeson VS.:** Social comparisons among women with breast cancer: A longitudinal investigation. *J Appl Soc Psicol*, 2000; 30: 547-575.
8. **Brystadter J & Greeve W.:** The aging self: Stabilizing and protecting processes. *Dev Rev*, 1994; 14: 52-80.
9. **Buunk AP, Pons N, Llopis JV, García R, Ramos S, Lledo A, Neipp MC & Terol MC.:** Assessing Social Comparison in a Spanish Population: A Preliminary Validation Study. Poster presentado en el 17th Annual Conference of the European Health Psychology Society Conference "Gender, Culture and Health", Island of KOS, Greece. Septiembre, 2003.
10. **Buunk AP, Terol MC y Lledó A.:** (en prensa). El papel de la comparación social en la adaptación a la enfermedad crónica: Un estudio en cáncer. Aceptado para su publicación en *Rev. Psicol. Salud*, Vol.2, 2006.
11. **Buunk AP, Zurriaga R y Gonzalez P.:** Targets and dimensions of Social Comparison, among people with spinal Cord injury and other health problems *Br J Health Psychol*, 2006; 11: 677-693.
12. **Buunk BP.:** Comparación Social y adaptación en la enfermedad crónica. Conferencia presentada en el curso: Psicología de la Enfermedad Crónica. UIMP (Universidad Menéndez Pelayo). Alicante, 2002.
13. **Buunk BP, Belmonte J, Peiró JM, Zurriaga R & Gibbons FX.:** Diferencias individuales en la comparación social: Propiedades de la Escala Española de Orientación hacia la Comparación Social. *Rev. Latinoam. Psicol.*, 2005; 37(3): 561-579.
14. **Buunk BP & Gibbons FX.:** (eds.) *Health, Coping, and Well-Being. Perspectives from Social Comparison Theory.* Hillsdale, NJ: Erlbaum Hillsdale, NJ: Erlbaum. Mahwah, 1997.
15. **Buunk BP & Gibbons FX.:** Social Comparison Orientation: A new perspective on those who do, and those who don't compare with others. In: Guimond, S. (Ed.), *Social comparison processes and levels of analysis.* Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
16. **Buunk BP & Ybema JF.:** Selective evaluation y downward comparison in coping with stress. *J Appl Soc Psicol.*, 1995; 25(17): 1499-1517.
17. **Buunk BP & Ybema JF.:** Social comparisons and occupational stress: the identification-contrast model. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons, (Eds.) *Health, coping and well-being. Perspectives from social comparison theory* (pp. 359-388). Hillsdale, NJ: Erlbaum Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
18. **Collins RL.:** For better or worse: The impact of upward social comparisons on self-evaluations. *Psychol Bull*, 1996; 119: 51-69.
19. **Diener E & Fujita F.:** Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomthetic and ideographic approach. *J Pers Soc Psychol*, 1995; 68, 926-935.
20. **Diener E & Fujita F.:** Social Comparison and Subjective Well-being. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons, (Eds.) *Health, coping and well-being. Perspectives from social comparison theory* (pp. 329-358). Hillsdale, NJ: Erlbaum Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
21. **Eysenck HL, & Eysenck SBG.:** EPQ-R Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Madrid: TEA, 1997.
22. **Festinger L.:** A Theory of social comparison processes. *Human Relations*, 1954; 7: 117-140.
23. **Frieswijk N, Buunk BP, Steverink N & Slaets JPJ.:** The effect of social comparison information on the life of satisfaction of frail older persons. *Psychol Aging*, 2004; 19: 183-190.
24. **Gibbons FX & Buunk BP.:** Individual differences in social comparison: the development of a scale for social comparison orientation. *J Pers Soc Psicol*, 1999; 76: 129-142.
25. **Gibbons FX & Gerrard M.:** Downward comparison and coping with threat. In JM Suls, TA Wills, eds. *Social comparison: Contemporary theory and research* (p 317-345). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
26. **Gibbons FX, Gerrard M, Lyo HA & McGovern PG.:** Social comparison and smoking cessation: The role of the "typical smoker". *J Exp Soc psicol*, 1991; 27: 239-258.
27. **Goethals GR & Darley JM.:** Related attributes and social comparison. In J Suls, R Miller, editores. *Social comparison theory* (p. 259-278). Washington DC: Hemisphere. 1977.
28. **Heidrich SM & Riff CD.:** The role of social comparison processes in the psychological adaptation of elderly adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1993; 48: 127-136.
29. **Hill ME.:** How support groups work: Exploring the role of support groups as a community-based resource for cancer patients in Northern Ontario. *Dissertation-Abstracts-International-Section-A:-Humanities-and-Social-Sciences*, 2003; 64(3-A).
30. **Jensen MP, Turner JA, Romano JM & Karoly P.:** Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 1991; 47: 249-283.
31. **Kulik JA & Mahler HIM.:** Social comparison, affiliation, and coping with acute medical threats. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.) *Health coping and well-being: perspectives from social*

- comparison theory (pp227-261). Hillsdale, NJ: Erlbaum Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
32. **Leventhal H, Shawna H & Robitaille CH.:** Social Comparison and Health: A process model. In B.P. Buunk & F.X. Gibbons, (Eds.) Health, coping and well-being. Perspectives from social comparison theory (pp.411-477). Hillsdale, NJ: Erlbaum Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
  33. **Mayor B, Testa M & Bylsma WH.:** Responses to upward and downward social comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. In J Suls, TA Will, editores. Social comparison processes: Contemporary theory and research (p. 237-259). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
  34. **Meenan RF, Gertman PM & Mason JH.:** Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum*, 1980; 23: 146-152.
  35. **Meenan RF, Gertman PM, Mason JH & Dunaif R.:** The Arthritis Impact Measurement Scales: further investigations of a health status measure. *Arthritis Rheum*, 1982; 25: 1048-53.
  36. **Meltzer L & Rourke MT.:** Oncology summer camp: Benefits of social comparison. *Child Health Care*, 2005; 34(4): 305-314.
  37. **Morse S & Gergen KJ.:** Social comparison, self-consistency, and the concept of the self. *J Pers Soc Psicol.*, 1970; 36: 148-156.
  38. **Pastor MA.:** El papel de los factores psicosociales en la Fibromialgia. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante, 1992.
  39. **Rosenberg M.:** Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1965.
  40. **Somers M, Sharp D & Campbell R.:** Multiple sclerosis and quality of life: a qualitative investigation. *J Health Serv Res Pol*, 2002; 7(3): 151-9.
  41. **Suls J & Wheeler L.:** (eds.) Handbook of Social Comparison Theory and Research. Kruger.
  42. **Taylor SE, Buunk BP & Aspinwall LG.:** Social Comparison, Stress, and coping. 1990; 16(1), *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 74-89.
  43. **Taylor SE & Lobel M.:** Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychol. Rev.*, 1989; 96: 569-575.
  44. **Tennen H & Affleck G.:** Daily processes in coping with chronic pain: Methods and analytic strategies. In M Zeidner, NS Endler (Eds.). *Handbook of coping.* (p. 151-177). New York: Wiley, 1996.
  45. **Tennen H, Mckee TE & Affleck G.:** Social comparison processes in health and illness. In J. Suls & L. Wheeler (Eds.), *Handbook of social comparison. Theory and research* (pp. 443-468). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
  46. **Van der Zee K, Buunk BP, Sanderman R, Botke G & Van den Bergh F.:** Social Comparison and coping with cancer treatment. *Pers Individ Differ.*, 1999; 28: 17-34.
  47. **Vázquez-Morejón, Gíménez García Bóveda y Vázquez-Morejón Jiménez:** Escala de Autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y Validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 2004; vol. 22, nº2, pags. 247-255.
  48. **Wills TA.:** Modes and families of coping: An analysis of downward comparison in the structure of other cognitive and behavioral mechanism. In BP Buunk, FX Gibbons, editores. *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory.* (p. 299-328). Mahwah, NJ: Erlbaum, 1997.
  49. **Wills TA.:** Downward comparison principles in social psychology. *Psychol Bull*, 1981; 90: 245-271.
  50. **Wood JV & Van der Zee KL.:** Social comparisons among cancer patients: Under what conditions are comparisons downward and upward?. In BP Buunk, FX Gibbons, editores. *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory.* (p. 299-328). Mahwah, NJ: Erlbaum, 1997.
  51. **Ybema JF & Buunk BP.:** Aiming at the top: Upward social comparison after failure. *Eur J Soc Psicol.*, 1993; 23: 627-645.