

Apoyo Social y Salud

Dra. Paula Margozzini

Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

¿Qué es apoyo social?

El apoyo social es un determinante psicosocial de la salud¹. Se podría decir que constituye, junto al nivel educacional, la variable social protectora para la salud por excelencia.

Dentro de los determinantes psicosociales de la salud, el apoyo social pertenece al grupo de las llamadas variables "sociales, ambientales, contextuales" en oposición a las variables internas o psicológicas.

El apoyo social puede ser analizado desde distintos aspectos ya que el concepto incluye varias dimensiones^{2,3,4}.

En primer lugar, desde una **dimensión objetiva**, constituyen apoyo social todas aquellas vinculaciones que el sujeto tenga con su medio social externo. Estas a su vez, se pueden manifestar como: una determinada red de contactos con familiares, amigos y compañeros de trabajo, la pertenencia a grupos y organizaciones comunitarias y un determinado grado de participación social.

Por otro lado, es muy importante considerar la **dimensión subjetiva** del apoyo social, es decir, la percepción individual que la persona tiene en relación a la cantidad y calidad de apoyo que efectivamente recibe.

Esta percepción de apoyo en su faceta personal puede, a su vez, ser de distinto tipo. Aquí distinguimos dos conceptos fundamentales: la percepción individual de apoyo afectivo y la percepción de apoyo material o instrumental.

El apoyo afectivo se refiere a la percepción que la persona tiene de la disponibilidad de "alguien" a quien recurrir ante un conflicto emocional. Alguien que acoja sus emociones, le permita desahogarse o, a veces, pedir un consejo.

El apoyo material o instrumental se refiere a la percepción que la persona tiene de la disponibilidad de "alguien" (*persona o institución*) que le permitan hacer frente a un

imprevisto material (*necesidad de transporte, alimento, incendio o inundación de la vivienda, cesantía, necesidad de información, etc...*)

Todas las dimensiones mencionadas en relación al apoyo social han sido, en mayor o menor grado, asociadas a procesos de salud-enfermedad. Sin embargo, parece ser que la calidad de las vinculaciones (*dimensión subjetiva*) es más importante que la cantidad de vinculaciones (*dimensión objetiva*)^{5,6}.

¿Cómo Actúa el Apoyo social en la historia natural de la enfermedad?

El apoyo social es un concepto central en el tema de los determinantes psicosociales de la salud, ya que es una variable que tiene diversos mecanismos de acción en el proceso salud-enfermedad y además, interactúa ampliamente con las demás variables psicosociales y biológico-conductuales.

El apoyo social puede intervenir sobre la historia natural de la enfermedad en múltiples niveles⁷.

En primer lugar, existen diversas teorías en su asociación fisiopatológica a salud (*nivel de acción "etiológico"*). Se cree que disminuiría la reactividad cardiovascular al estrés y tendría algunas influencias sobre el sistema endocrino y la inmunidad^{8,9,10,11,12}.

Por otro lado, el apoyo social aumenta la percepción de control y autoeficacia, lo que también disminuye el estrés y sus consecuencias dañinas¹³.

En segundo lugar, el apoyo social actúa en el nivel de las conductas ante la salud. Estas conductas pueden constituir estilos de vida que afectan la salud, como por ej. la conducta sexual, factores de riesgo cardiovascular (*tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, dieta, etc..*), o comportamientos de riesgo para accidentes^{14,15,16,17}.

Se aprecia por ejemplo, una menor respuesta a interven-

ciones preventivas sobre estilos de vida en personas con menor percepción de control y autoeficacia, menor autoestima, menor apoyo social y bajo nivel socioeconómico.^{18,19,20}

Finalmente, el apoyo social también puede actuar en el nivel de las conductas ante la enfermedad. Esto puede ocurrir desde la percepción de enfermedad hasta la adherencia a programas de *screening*, tratamientos específicos y programas de rehabilitación.^{6,21,22,23,24,25}

Es así como, se ha evidenciado peor sobrevida en pacientes post infarto que tienen poco apoyo social y bajo nivel socioeconómico.^{26,27,28,29,30,31} También, se ha observado mejor calidad de vida y adherencia a tratamientos en pacientes con cáncer terminal con altos niveles de apoyo social.^{32,33,34,35,36}

¿Qué impacto tiene el apoyo social sobre el nivel de salud de la población?

Desde los estudios pioneros como el Alameda County Study³⁷, hasta el momento actual, se ha acumulado una gran cantidad de evidencia que hace destacar al apoyo social como una de las variables psicosociales de mayor peso en relación a la salud.

El apoyo social se asocia a mortalidad general, encontrando en diversos estudios que las personas (*tanto hombres como mujeres*) con bajos niveles de apoyo tienen, al menos, el doble de riesgo de morir.^{25,26,27,28,29,38,39,40,41,42,43} Estudios en la misma línea, han encontrado asociaciones entre el estado civil y mortalidad (*presentando los viudos más del doble de riesgo*) y algo similar ha ocurrido con la pertenencia a grupos, especialmente de tipo religioso que ha resultado protectora para la salud^{44,45}.

En relación a enfermedades cardiovasculares, se ha visto que bajos niveles de apoyo social son predictores de incidencia de enfermedad coronaria, mortalidad cardiovascular y, también, de mortalidad y evolución post infarto. A modo de ejemplo, un estudio realizado por Orth-Gomèr en pacientes cardíacos mostró que la mortalidad en estos pacientes era atribuible en un 70% solamente a la hosti-

lidad de la personalidad y el nivel de apoyo social de los enfermos. Estas y otras evidencias han hecho que el apoyo social se considere una variable muy importante en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.^{1,3,6,11,15,16,17,18}

¿Cómo intervenir en el tema de Apoyo Social?

Existen medidas que se pueden implementar en distintos niveles⁴⁶.

En primer lugar, a nivel poblacional, las siguientes actividades podrían ser medidas de promoción de la salud en relación al apoyo social¹: fomento de grupos u organizaciones comunitarias de todo tipo (*deportivas, recreativas, culturales, auxiliares, políticas, religiosas, gremiales, etc...*), fomento de la participación social desde la infancia (*"empowerment", actitud proactiva*), promoción y fortalecimiento de la familia como el primer y más cercano grupo social de apoyo en culturas como la nuestra^{50,51,52} y la formación de profesionales de la salud con conocimientos y habilidades en temas psicosociales.

En segundo lugar, a nivel individual, las siguientes pueden ser actividades que benefician la salud de las personas: identificación de población en riesgo (*personas "sanas" con bajos niveles de apoyo social*) e incorporar el manejo del apoyo social como una medida para potenciar esquemas terapéuticos, mejorar adherencia a tratamientos y mejorar calidad de vida de los enfermos.

En relación a este último punto, se han desarrollado ciertas modalidades de atención de enfermos crónicos que apuntan específicamente al tema del apoyo social y se valen de él para beneficiar a los enfermos. Nos referimos a las modalidades de "control grupal" y los "grupos de autoayuda de enfermos" (*para ciertas patologías específicas como diabéticos, hipertensos, epilépticos, portadores de colon irritable, enfermedad de Crohn.....*). Estas actividades persiguen dar un sentido de pertenencia o comunidad, generar oportunidades de autorrevelación y crítica, aprender unos de otros y aumentar la disponibilidad de apoyo afectivo e instrumental de los miembros del grupo.

Bibliografía

- 1) Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995;57:245-254.
- 2) Gottlieb BH. Social Networks and Social Support: an Overview of Research, Practice, and Policy Implications. *Health Education Quarterly* 1985;12(1):5-22.
- 3) Hall A, Wellman B. Social Networks and Social Support. In: Hall A, Wellman B, Sniss J, Cohen S, Syme L(eds.). *Social Support and Health*. Academic Press, 1985.
- 4) Gottlieb BH, Social Support as a focus for Integrative Research in Psychology. *American Psychologist* 1983; 278-286.
- 5) Berkman LF, Leo-Summer L, Horwitz RI. Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction. *Ann Intern Med* 1992;117:1003-1009.
- 6) Seeman TE, Syme L. Social Networks and Coronary Artery Disease: A Comparison of the Structure and Function of Social Relations as Predictors of Disease. *Psychosom Med* 1987;49:341-354.
- 7) Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. Open University Press, USA, 1994.
- 8) Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychol Bull* 1996;119(3):488-531.
- 9) Seeman TE, McEwen BS. Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation. *Psychosom Med* 1996;58:459-471.
- 10) Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol* 1988;7:269-297
- 11) Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, et al. Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function. *Psychosom Med* 1987;49(1):13-34.
- 12) Nee LE. Effects of psychosocial interactions at a cellular level. *Soc Work* 1995;40:259-262.
- 13) Dalgard OS, Haheim LL. Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:476-481.
- 14) Roberts R, Brunner E, Marmot M. Psychological factors in the relationship between alcohol and cardiovascular morbidity. *Soc Sci Med* 1995 Dec; 41(11):1513-6.
- 15) Milligan RA, Burke V, Beilin LJ, Richards J, Dunbar D, Spencer M, Balde E, Gracey MP. Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year-old Australians. *Soc Sci Med* 1997 Nov; 45(10):1549-62.
- 16) Kopp MS, Falger PR, Appels A, Szedmak S. Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosom Med* 1998 Nov; 60(6):752-8.
- 17) Liao KL-M, Hunter M, Weinman J. Health-related behaviours and their correlates in a general population sample of 45-year old women. *Psychology and Health* 1995;10:171-184.
- 18) Niedhammer Y, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel Y, Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Community Health* 1998 Feb; 52(2):93-100.
- 19) Bandura A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review* 1977;64(2):191-215.
- 20) Rivas, Fernández, Dosil. Self-Esteem and Value of Health as Correlates of Adolescent Health Behavior. *Adolescence* 30: 403-412, 1995.
- 21) Chandra P. Stress management and hypertension. *Acta Physiol Scand Suppl* 1997 ;640:155-7.
- 22) Blomhoff S, Ekblad E. [The impact of psychological factors on the treatment of somatic diseases. The situation today, as exemplified by cardiovascular disorders and cancer]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995;115:2893-2895.
- 23) Fawzy FI, Fawzy NW. Psychoeducational interventions and health outcomes. In: Blaser R, Kiecolt-glaser J, eds. *Handbook of human stress and immunity*. N.Y.Academic Press, 1994.
- 24) Cottraux J. Behavioral psychotherapy applications in the medically ill. *Psychother Psychosom* 1993;60:116-128.
- 25) Johnston DW. Behavioral medicine. The application of behavior therapy to physical health. *Behav Psychother* 1991;19:100-108.
- 26) Bucher HC. Social Support and Prognosis Following First Myocardial Infarction. *J Gen Int Med* 1994;9:409-417.
- 27) Bucher HC. Social Support and Prognosis Following First Myocardial Infarction. *J Gen Int Med* 1994;9:409-417.
- 28) Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme LS and Puska P. Social Connections and Mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988;128(2):370-380.
- 29) Williams RB, Barefoot JC, Califf RM, Haney TL, Saunders WB, Pryor DB, Hlatky

- MA, Siegler IC, Mark DB. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* 1992;267:520-524.
- 30) Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984;311:552-559.
- 31) Ickovics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional recovery after myocardial infarction in men: the independent effects of social class [see comments]. *Ann Intern Med* 1997 Oct; 127(7):518-25.
- 32) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;888-891.
- 33) Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry* 1994;16:149-192.
- 34) Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N, Fahey JL. A structured psychoeducational intervention for cancer patients II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:729-735.
- 35) Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments [see comments]. *Health Psychol* 1995;14:101-108.
- 36) Creagan ET. Attitude and disposition: do they make a difference in cancer survival?. *Mayo Clin Proc* 1997 Feb; 72(2):160-4.
- 37) Berkman L, Breslow L.(Eds.). *Health and ways of living: The Alameda County Study*. Oxford University Press, New York, 1983.
- 38) Berkman L, Syme S. Social network, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-202.
- 39) Kaplan G.A, Wilson TW, Cohen RD, Kauhanen J, Wu M, Salonen JT. Social functioning and Overall Mortality: Prospective Evidence from the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Epidemiology* 1994;5:495-500.
- 40) Schoenbach VJ, Kaplan BH, Fredman L, Kleinbaum DG. Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *Am J Epidemiol* 1986;123:577-591.
- 41) Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982;115:684-694.
- 42) Orth-Gomer K, Johnson JV. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis* 1987;40:949-957.
- 43) House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol* 1982;116:123-140.
- 44) Berkman LF, Orth-Gomér K. Prevention of Cardiovascular Morbidity and Mortality: Role of Social Relations. In: Orth-Gomér K, Schneiderman(eds.) *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*. x, 1996.
- 45) Orth-Gomer K, Undén AL, Edwards ME. Social isolation and mortality in ischemic heart disease. A 10-year follow-up study of 150 middle-aged men. *Acta Med Scand* 1988;224:205-215.
- 46) Orth-Gomer K, Rosengren A, Wilhelmsen L. Lack of social support and Incidence of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Swedish Men. *Psychosom Med* 1993;55:37-43.
- 47) Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Mendes de Leon CF, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 1998 Mar; 97(10):958-64.
- 48) Orth-Gomér K, Undén AL. Type A Behavior, Social Support and Coronary Risk. Interaction and Significance for mortality in Cardiac Patients. *Psychosom Med* 1990;52:59-72.
- 49) Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J* 1981;282:1847-51.
- 50) Kasl S, Wells J. Social Support and Health in the Middle Years: Work and the Family. In: Cohen S, Syme S. *Social Support and Health*. Academic Press, 1987.
- 51) Jacobson AM. et al. Family Environment and Glycemic Control: A Four-Year Prospective Study of Children and Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Med* 1995;56(5):401.
- 52) PNUD. *Desarrollo Humano en Chile 1998*. Santiago: PNUD.