

Un estudio empírico sobre las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud y el ajuste ante el estrés en personas mayores, enfermos crónicos y alcohólicos

Vicente Javier Abril Chambó¹

RESUMEN En la presente investigación se analizan las relaciones entre los recursos y estresores de los ámbitos social, psicológico y físico, con el objetivo de contrastar el modelo de salud integral propuesto por Lin y Ensel (1989). El estudio preliminar se realiza en poblaciones de alto riesgo psicosocial, caracterizadas por determinadas problemáticas físicas, psicológicas y sociales. En concreto la muestra está compuesta por 132 sujetos, distribuidas equitativamente entre hombres y mujeres, pertenecientes a colectivos de personas mayores, enfermos crónicos del riñón y personas con problemas de alcoholismo en proceso de rehabilitación. Se recogen medidas de autoinforme de las variables que operativizan el modelo de salud integral propuesto, concretamente indicadores de participación e integración comunitaria, percepción de apoyo social en sistemas formales de ayuda, sucesión de eventos vitales estresantes, percepción de salud física, autoestima, estrés percibido y ánimo depresivo como medida de ajuste psicosocial. Los resultados obtenidos en el análisis longitudinal realizado confirman las predicciones hipotetizadas y se ajustan a las que sugiere el modelo de salud y ajuste propuesto por Lin y Ensel (1989).

PALABRAS CLAVE Apoyo social, salud física, autoestima, estrés y ajuste

ABSTRACT Studied the relationship between social, physical and psychological stressors and resources by assessing the effects of social support, stressful life events, perceived health and self-esteem on the psychosocial adjustment in high risk populations. A sample of 132 males and females aged 18 to 80 was selected. Subsamples included elderly persons, the chronically ill and alcoholics who self-reported community participation, community integration, formal systems of social support, stressful life events, physical health, perceived stress, self-esteem and depression. The results of a longitudinal analysis confirm the hypothesized relationships between resources, stressors and psychosocial adjustment from our theoretical approach (Lin y Ensel, 1989).

KEY WORDS Social support, physical health, self-esteem, stress, adjustment

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la investigación y la intervención psicosocial el objetivo fundamental de la mayoría de los estudios se sitúa en promocionar la mejora del bienestar y la calidad de vida de personas que tienen que enfrentarse de manera cotidiana a diferentes situaciones estresantes, y que por sus especiales condiciones de vida tienen un seguimiento especial por parte de la Psicología Comunitaria (Barriga, 1989; Hobfoll et al., 1995; Levine et al., 1997). En este sentido, es cada vez más evidente la importancia concedida en el ámbito de la salud, entendida como una realidad biopsicosocial, a la incorporación de programas de apoyo social. Si bien en principio es sugerente la dirección de las intervenciones en

apoyo hacia la dinamización y potenciación de las redes de relaciones informales y más íntimas para el individuo (familia, amistades, grupos de afiliación y laborales), de manera progresiva se va reconociendo la importancia de la acción conjunta entre los sistemas informales y formales de apoyo social de una manera complementaria y conjunta (Vaux, 1992; Gracia y cols., 1995; Abril, 1997).

Numerosos estudios interesados en la mejora de bienestar y la calidad de vida de personas en alto riesgo psicosocial, destacan tanto la influencia de las redes informales de apoyo social que existen en la comunidad así como los sistemas formales que surgen con el propósito específico de asistencia en los problemas de salud (Díaz Veiga, 1987; Nelson et al., 1998; Turner et al., 1999; Mittelmaki,

1999). En este sentido, varios son los aspectos que convierten al apoyo social en un concepto de interés para el investigador e interventor comunitario. Por un lado, el papel que puede desempeñar en la etiología de diversas enfermedades, sobre todo en el ámbito de las asociaciones entre respuestas deficitarias orgánicas y falta de recursos de apoyo social (Páez y cols., 1991; Leone y cols., 1992; Grassi et al., 1999). Por otro lado, por el rol que puede desempeñar en programas de tratamiento y rehabilitación, fundamentalmente desde la perspectiva comunitaria, tanto a nivel comportamental, emocional y social (Pierce et al., 1997; Sánchez, 1998). Y finalmente, por su potencial heurístico en el contexto de la integración conceptual, es decir, como vínculo de relación entre la dimensión fisio-

¹ Área de Psicología Social, Departamento de Psicobiología y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21 - 46010 - Valencia ■ Telf.: 606 07 35 20 y 96 386 44 73 (ext1028) ■ Fax: 96 386 44 68. E-Mail: vicente.j.abril@uv.es

TEMES D'ESTUDI

un estudio empírico sobre las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud y el ajuste ante el estrés...

VICENTE JAVIER ABRIL CHAMBO

lógica del proceso de salud y su dimensión psicosocial, relacionándolos con el bienestar y calidad de vida (Martínez y García, 1995; Turner, 1999).

Cuando los problemas de salud tienen un carácter estable o crónico se hace aún más patente la necesidad de complementar los sistemas formales e informales de apoyo social, ya que estos, junto a otras estrategias de afrontamiento, son variables predictoras de la adaptación social de los sujetos que los sufren y que pueden considerarse como de alto riesgo psicosocial (White et al., 1992; Perles y Gómez, 1995; Lyons et al., 1997). Es evidente la necesidad de conocer, además del funcionamiento social de los sujetos en alto riesgo, cuales son sus correlatos y determinantes físicos y psicológicos que están influyendo en la relación entre el apoyo social y la salud. El planteamiento de modelos interactivos sobre la salud, supone la consideración de las influencias recíprocas entre los recursos y estresores en los ámbitos social, físico y psicológico y su repercusión sobre el ajuste personal. Entre las aportaciones conceptuales que más han contribuido a la aclaración de las relaciones entre variables personales y situacionales en la determinación del bienestar, se encuentra el modelo de salud integral de Lin y Ensel (1989). Estos autores consideran que el ajuste y bienestar personal es un proceso complejo que puede ser descrito en términos de tres entornos o contextos: el social, el psicológico y el físico, y dos tipos de fuerzas en cada uno de ellos: estresores y recursos. En el paradigma propuesto, los tres entornos y sus respectivas fuerzas se consideran como factores exógenos con efectos de uno y otro signo sobre el bienestar, efectos con un resultado que puede calificarse como de efectos directos: cuando su influencia en el ajuste psicosocial es independiente de otros factores; efectos mediadores: cuando su influencia en el ajuste amortigua el efecto de otros factores; y efectos interactivos: cuando la influencia sobre el ajuste depende de la interacción simultánea con otros factores. El modelo especifica así, no sólo la importancia de las experiencias sociales vitales y de apoyo

en la génesis, incremento y reducción de salud, sino también el rol desempeñado por otros factores como los recursos y estresores físicos y psicológicos. Los recursos psicológicos desempeñarían un importante papel en el proceso de reconocer los estímulos sociales estresantes y reaccionar posteriormente a los mismos en un intento de prevenir o eliminar sus efectos potenciales negativos. Así, constructos tales como la autoestima, la competencia personal o el locus de control, actuarían como recursos psicológicos que permitirían reducir el impacto de un estresor (Cohen et al., 1999). Concretamente, esta conceptualización de la autoestima como un recurso psicológico para hacer frente a situaciones estresantes, ha permitido relacionarla con la salud mental, puesto que puede ser entendida como un recurso de afrontamiento (Thoits, 1999), un reductor de ánimo depresivo (Nelson et al., 1998; Abril, 1998) y un predictor de la adaptación satisfactoria a lo largo del ciclo vital (Herrero y cols., 1995). Finalmente el modelo toma en cuenta los efectos sobre el bienestar tanto de los estresores físicos (enfermedades, sintomatología física) como de los recursos físicos (dieta, ejercicio, hábitos de salud). En numerosos estudios sobre calidad de vida se ha encontrado una relación clara entre autopercepción de bienestar personal y presencia de sintomatología física (Pollan y cols., 1995; Gottlieb, 1997; Friedich, 1998). Los déficits de salud física pueden contribuir diferencialmente a la apreciación de los acontecimientos vitales como más o menos estresantes, constituyéndose como estresores complejos que abarcan una multiplicidad de problemas físicos, emocionales y sociales (Friedich, 1998). Las consecuencias beneficiosas que pueden aportar las redes sociales como amortiguadoras del estrés y como potenciadoras de la calidad de vida, pueden disminuir los problemas psicosociales y cubrir ciertas deficiencias funcionales (Manning et al., 1999; Molzahn, 1999).

El presente trabajo de investigación supone un acercamiento hacia la contrastación parcial de un modelo interactivo sobre la salud integral en gru-

pos en alto riesgo psicosocial, que por sus especiales condiciones de estabilidad y cronificación de determinados problemas físicos, psicológicos y sociales, pueden ser considerados como poblaciones en alto riesgo psicosocial. Concretamente las muestras con las que se realiza el presente trabajo implican colectivos pertenecientes a asociaciones y centros residenciales públicos y privados, con un funcionamiento de redes de ayuda formal y núcleos de integración y participación, así como de percepción de apoyo social. Se trata de grupos en situación crónica de déficit de salud. Es el caso de los grupos de alcohólicos crónicos en proceso de rehabilitación, de enfermos del riñón, y personas mayores residentes y no residentes con disfunciones físicas y sociales. El objetivo general de este estudio es comprobar la validez del modelo de Lin y Ensel (1989) para los colectivos en alto riesgo mencionados, de modo que se pretende contemplar la influencia simultánea y los efectos de los recursos y estresores de los ámbitos físico, psicológico y social sobre su bienestar personal. Para valorar adecuadamente esa influencia es necesario realizar evaluaciones de las variables que operativizan el modelo en al menos dos periodos de tiempo distinto, con un intervalo de latencia de seis meses entre ellos. La hipótesis general del trabajo sugiere que las variables que representan los estresores se asociarán negativamente con los recursos y positivamente con el desajuste personal, asociación que será consistente en el tiempo. Así mismo se espera que las variables que representan los recursos se asociarán positivamente entre sí y negativamente con el desajuste personal, asociación que también será consistente en el tiempo.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 132 sujetos que respondieron en su totalidad y a todas las cuestiones correctamente en los dos pases de los autoinformes, con un intervalo de seis meses entre ellos. Todos los sujetos muestrales pertenecen a asociacio-

nes formales de apoyo social y/o grupos de autoayuda: asociaciones del alcohólicos en proceso de rehabilitación, grupos de autoayuda de enfermos del riñón, y hogares del jubilado y residencias públicas y privadas. La distribución de las muestras es del 22.73% de Alcohólicos ($n_1=30$), el 22.48% de Enfermos del Riñón ($n_2=31$), el 27.27% de Personas Mayores no residentes ($n_3=36$), y el 26.5% de Personas Mayores residentes ($n_4=35$). Las muestras están compuestas por personas de ambos sexos, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres en cada una de ellas, y con edades comprendidas entre los 18 y los 95 años. Hay que destacar que el mayor porcentaje de sujetos en la submuestra de 'alcohólicos' se encuentra situado en el intervalo de edad de 26 a 50 años, concretamente un 80%; es además la edad que supone una mayor incidencia de casos de alcoholismo crónico (Schlegel et al., 1984; Lila y cols., 1993). La submuestra de 'enfermos del riñón' se distribuye entre las diferentes edades, destacando una mayor proporción en los intervalos entre 26-50 años (22.6%) y entre 65-75 años (22.6%). Las 'personas mayores residentes y no residentes', como es obvio, reparten sus componentes muestrales en un 100% entre los mayores de 65 años. Concretamente, y en los 'no residentes' la distribución para el intervalo entre 65 y 75 años es de un 63.8%, y para el intervalo de más de 75 años es de un 36.2%. Los 'residentes' distribuyen sus porcentajes entre los intervalos de 65 a 75 años (28.6%) y entre los de más de 75 años (71.4%). Respecto al estado civil de los sujetos muestrales, hay que indicar que son los 'enfermos del riñón' quienes mayor porcentaje tienen de solteros (36%), seguidos por los 'ancianos residentes' (24%) y 'alcohólicos' (23%). Son los sujetos de la 'tercera edad' quienes mayor porcentaje de casados presentan (59%), siendo los 'ancianos residentes' los que presentan un menor número (6%). Son también los 'ancianos residentes' quienes presentan un mayor porcentaje de viudos (63%), seguidos por los 'ancianos no residentes' (30%). A su vez son los 'alcohólicos' quienes mayor porcentaje presentan

de separados y divorciados (34%), siendo los componentes de 'personas mayores no residentes' quienes menor porcentaje tienen en esta categoría (2.5%).

Instrumentos

Para el presente estudio se han utilizado medidas de autoinforme de los indicadores que operativizan el modelo propuesto (Lin y Ensel, 1989). Los indicadores utilizados se distribuyen entre los ámbitos social, psicológico y físico:

En el *ámbito social* se recogieron medidas de "apoyo social" y ocurrencia de "sucesos vitales estresantes". La "Escala de Apoyo Social" (Musitu y cols., 1992) consta de dos subescalas que evalúan por una parte "la participación e integración comunitaria" y por otra "la percepción del apoyo social" tanto en sistemas formales como informales. La primera de ellas -Participación e integración comunitaria- consta de 11 ítems que evalúan aspectos relativos a la participación en el contexto comunitario y a la percepción de integración en ese contexto. La segunda subescala -Sistemas formales e informales- contiene 14 ítems y es un indicador de la percepción de apoyo en sistemas y redes de comunicación informales y formales existentes en la comunidad. Además, la percepción de apoyo en los sistemas formales constituye una guía para comprender hasta qué punto el individuo confía en las instituciones creadas específicamente para proporcionar ayuda y por tanto puede indicar un primer índice de la efectividad de las mismas. En ambas subescalas el escalamiento fue de tipo Likert de seis intervalos con respuestas que van desde 'muy de acuerdo' a 'muy en desacuerdo'. La "Escala de Eventos Vitales No Deseables" (Musitu y cols., 1992), incluye sucesos negativos considerados como estresantes. La escala está compuesta por 33 ítems que se refieren a sucesos negativos ocurridos en los últimos seis meses previos al pase de la prueba en áreas como la familia, el trabajo, los estudios, las relaciones interpersonales, relaciones de pareja y vida comunitaria. Este instrumento proporciona un índice general del

número de eventos estresantes experimentados por el individuo.

En el *ámbito psicológico* se han tomado medidas de los constructos de "autoestima" y "estrés percibido". El "Cuestionario de Autoestima" (Musitu y cols., 1992), es una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo y una estructura de 25 ítems. Su análisis factorial ha constatado la multidimensionalidad del constructo 'autoestima', contrastándose en investigaciones precedentes la presencia de siete factores: social, familiar, amistad, corporal, emocional, autoconfianza, e intelectual. Se puede constatar que estos factores sirven de indicadores respecto a la percepción valorativa que la persona realiza de sus capacidades para la interacción social, familiar y de amistad; los sentimientos que se tienen sobre la propia imagen personal; así como hacia aspectos relativos a su ajuste emocional y confianza personal en las propias capacidades y recursos. El "Cuestionario de Percepción de Estrés" (Cohen et al., 1983) tiene un formato tipo Likert de 14 ítems con 5 intervalos de respuesta que van desde 'nunca' a 'muy a menudo', de modo que las respuestas indican con qué frecuencia la persona sintió o pensó que los sucesos de su vida ocurridos durante el último mes son "impredecibles, incontrolables y le desbordan", facilitando predecir y estimar riesgos de salud a partir de los sucesos vitales identificados subjetivamente.

En el *ámbito físico* se han tomado medidas indicadoras de "conductas y hábitos saludables" así como de "percepción de salud física". "El Cuestionario de Conductas y Hábitos Saludables" (Musitu y cols., 1992) es un instrumento compuesto por 8 ítems y que evalúa conductas que favorecen o perjudican la salud, desde la práctica deportiva y de ejercicio físico, la higiene corporal y la preocupación por mantener un peso adecuado, hasta la evaluación del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias perjudiciales para la salud. Se han pretendido obtener diversos índices que recojan la información general del nivel de comportamiento saludable

TEMES D'ESTUDI

un estudio empírico sobre las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud y el ajuste ante el estrés...
VICENTE JAVIER ABRIL CHAMBÓ

TABLA 1: Resultados diferenciales intragrupal de las variables que operativizan el modelo de salud integral: Muestra "Alcohólicos".

VARIABLES	t	p	medias temporales -m-	
			Tiempo1	Tiempo2
Integración Económica ^{AS}	-2.28	.012	3.2467	5.6600
Sistemas Familiares ^{AS}	-1.88	.041	4.3771	4.7083
Eventos Vitales Negativos ^{ES}	3.47	.002	4.2667	2.1188
Funcional ^{AP}	-2.66	.013	2.7667	3.1510
Corporal ^{AP}	-2.53	.027	3.1222	3.4333
Percepción de Estrés ^{PS}	3.73	.001	2.8810	2.4229
Animo Depresivo ^{AP}	3.75	.003	2.0150	1.5950

AS: Apoyo Social como recurso social. ES: Eventos Vitales como estresor social. AUT: Autoestima como recurso psicológico. EP: Estrésor psicológico. AP: Indicador de ajuste psicossocial

Resultados

Con el objetivo de comprobar cuales han sido las asociaciones entre las variables que operativizan el modelo propuesto en poblaciones en alto riesgo psicossocial, en el presente apartado de resultados se describen cual ha sido la variación de las diferencias obtenidas en la evolución temporal de las variaciones y para cada una de las

de los individuos. En este sentido se elaboraron tres índices independientes que proporcionaban información con respecto a tres dimensiones del estresor de salud física: 'consumo de sustancias', 'conductas insanas' y 'actividad-inactividad física', estableciéndose niveles de riesgo para cada una de las conductas de uno a tres puntos: moderado, elevado y muy elevado. El Cuestionario de Percepción de Salud Física (Musitu et al., 1992), es una escala breve, fácil de comprender y compuesta por 29 ítems con un formato tipo Likert de seis intervalos de respuesta que van desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo". El cuestionario evalúa las dimensiones de percepción de 'salud actual', 'salud anterior', 'expectativas de salud', 'resistencia a la enfermedad', 'preocupación por la salud', y 'orientación a la enfermedad'. A través de los 29 ítems que componen el cuestionario se puede obtener un 'índice general de salud', compuesto por 22 ítems, que es un indicador de la percepción o sentimiento general que el individuo tiene sobre su salud física y que será el que se utilizará en mayor medida en los análisis realizados en la investigación.

Para medir las variaciones que se producen en el *ajuste personal* a lo largo del tiempo se ha acudido a la medición de la percepción de "ánimo depresivo". "La Escala de Percepción de Animo Depresivo" (Radloff, 1977), consta de 20 ítems con un escalamiento tipo Likert de cuatro intervalos de respuesta, desde 'rara vez o nunca' a 'todo el tiempo'. La elevada casuística del *ánimo depresivo* y las consistentes relaciones teóricas que presenta con otras variables físicas, psicológicas y sociales, le han hecho objeto de numerosos estudios en los que se ha relacionado su intensidad con el grado de *ajuste social* y diversos índices de funcionamiento psicossocial (Abril y cols., 1998; Herrero y cols., 1998).

submuestras con las que se ha trabajado. Para ello se han realizado análisis diferenciales intragrupal, mediante la prueba 't', en las variables utilizadas. Se verá como variaciones temporales significativas en algunas variables del modelo van acompañadas de variaciones igualmente significativas en otras variables, lo cual nos acerca a planteamientos hipotéticos de sus relaciones.

Resultados diferenciales intragrupal de la 'Muestra de Alcohólicos'

En la tabla 1 se presentan las diferencias significativas en la variación temporal de los recursos y estresores psicossocials y sociales que se han obtenido en la muestra de alcohólicos:

TABLA 2: Resultados diferenciales intragrupal de las variables que operativizan el modelo de salud integral: Muestra "Enfermos del riñón".

VARIABLES	t	p	medias temporales -m-	
			Tiempo1	Tiempo2
Familia ^{AS}	-2.41	.010	3.4597	3.5371
Corporal ^{AP}	2.47	.020	1.9785	1.7844
Percepción de Estrés ^{PS}	2.01	.049	3.1244	2.8963
Animo Depresivo ^{AP}	3.39	.002	2.5164	2.1834
Resistencia Enfermedad ^{PS}	2.39	.023	2.4516	2.7823
Salud Actual ^{PS}	5.26	.001	2.3226	2.0406
Salud Anterior ^{PS}	2.69	.011	2.0108	1.7844
Índice general de salud ^{PS}	2.97	.006	2.4094	2.1813
Conductas Insanas ^{ES}	3.93	.000	1.3543	.7097
Consumo Sustancias ^{ES}	3.74	.001	3.0000	.4839

AUT: Autoestima como recurso psicológico. EP: Estrésor psicológico. AP: Indicador de ajuste psicossocial. PS: Percepción de Salud Física como recurso físico. ES: Las Conductas de Salud como estresores físicos

TABLA 3: Resultados diferenciales intragrupal de las variables que operativizan el modelo de salud integral: Muestra "Personas mayores no residentes".

VARIABLES	t	p	medias temporales m.	
			Tiempo1	Tiempo2
Autoconfianza ^{AF}	1.78	.071	3.2500	2.9074
Intelectual ^{AI}	2.02	.050	2.9907	2.8056
Corporal ^{AC}	2.42	.021	3.0093	2.7500
Social ^{AS}	2.39	.025	3.5833	3.3704
Integración Comunitaria ^{IC}	2.04	.049	3.8556	3.6333

AI: Autoestima como recurso psicológico. AS: Apoyo Social como recurso social

Como se puede comprobar en la tabla 1, se producen disminuciones significativas en la variación temporal del estresor social "eventos vitales negativos" ($t=3.42, p<.01; m_{EV1}=4.2667 > m_{EV2}=2.1000$) y del estresor psicológico "percepción de estrés" ($t=3.18, p<.01; m_{PE1}=2.8810 > m_{PE2}=2.4229$). Paralelamente también se obtienen incrementos significativos en los recursos sociales de "integración comunitaria" ($t=-2.28, p<.05; m_{IC1}=3.2467 < m_{IC2}=3.6600$) y percepción de apoyo en los "sistemas formales" ($t=-1.88, p<.05; m_{SF1}=4.5333 < m_{SF2}=4.7083$), así como en los recursos personales de "autoestima" -emocional ($t=-2.66, p<.05; m_{AEMO1}=2.7667 < m_{AEMO2}=3.1500$) y corporal ($t=-2.33, p<.05; m_{ACORP1}=3.1222 < m_{EV2}=3.4333$). Asociado con estas variaciones también se dan disminuciones significativas en el "ánimo depresivo" ($t=3.26, p<.01; m_{AD1}=2.0150 > m_{AD2}=1.5950$), lo que supone un incremento en el ajuste personal.

Estos resultados son coherentes con el planteamiento del modelo de salud integral de Lin y Ensel (1989) puesto que tanto en los ámbitos social y psicológico las disminuciones significativas a lo largo del tiempo en los estresores y el incremento en los recursos se asocian a un mayor bienestar personal, evaluado a través de la disminución del ánimo depresivo, a lo largo del tiempo.

Resultados diferenciales intragrupal de la "Muestra de Enfermos del Riñón"

En la tabla 2 se presentan las diferencias significativas en la variación temporal de diferentes recursos y estresores psicológicos y físicos que se han obtenido en la muestra de enfermos del riñón:

En primer lugar se pueden observar variaciones temporales significativas que implican un incremento en el recurso personal de la "autoestima familiar" ($t=-2.01, p<.05; m_{AFAM1}=3.4597 < m_{AFAM2}=3.6371$) y una disminución de la "percepción de estrés" ($t=2.01, p<.05; m_{PE1}=3.1244 > m_{PE2}=2.8963$), acompañadas por el incremento del ajuste personal evaluado a través de la disminución del "ánimo depresivo" ($t=3.39, p<.005; m_{AD1}=2.5261 > m_{AD2}=2.1839$). Nos acercamos a la idea teórica de que la autoestima puede estar relacionada con el ajuste personal, bien a través de sus efectos directos sobre el ánimo depresivo o bien a través de la mediación de la relación entre el estrés percibido y el ánimo depresivo. En el grupo de enfermos del riñón, la autoestima familiar se relaciona tanto con el estrés percibido como con el ánimo depresivo a través de sus variaciones temporales conjuntas, siendo el sentido de esta asociación el esperado en el modelo de salud integral.

Por otro lado, y asociadas a las anteriores variaciones temporales, se produce una disminución en los recursos físicos -"salud actual" ($t=5.26, p<.001; m_{SAC1}=2.3226 > m_{SAC2}=2.0466$), "salud anterior" ($t=2.69, p<.05; m_{SAN1}=2.0108 > m_{SAC2}=1.7849$), "resistencia a la enfermedad" ($t=2.39, p<.05; m_{RE1}=2.9516 > m_{RE2}=2.7823$), e "índice general de salud" ($t=2.97, p<.001; m_{IG1}=2.3094 > m_{IG2}=2.1818$)- junto a una disminución del recurso psicológico de la "autoestima corporal" ($t=2.47, p<.05; m_{ACORP1}=1.9785 > m_{ACORP2}=1.7849$), y de los estresores físicos "consumo de sustancias" ($t=3.74, p<.001; m_{CS1}=1.0000 > m_{CS2}=0.4839$) y "práctica de conductas insanas" ($t=3.93, p<.001; m_{CI1}=1.3548 > m_{CI2}=0.7097$). Que-

da evidenciado en este caso la relación existente entre la autoestima corporal y la percepción del estado físico de salud, que en los enfermos del riñón ha ido disminuyendo con el tiempo.

Resultados diferenciales intragrupal de la "Muestra de Personas Mayores no residentes"

En la tabla 3 se pueden ver las diferencias significativas que se producen en la variación temporal de diferentes recursos y estresores psicológicos y sociales en la muestra de ancianos no residentes:

Podemos atender a la disminución significativa a lo largo del tiempo que se presenta en la variación de los recursos psicológicos más personales: "autoestima intelectual" ($t=2.02, p<.05; m_{AINT1}=2.9907 > m_{AINT2}=2.8056$), "autoconfianza" ($t=3.78, p<.001; m_{AUTCON1}=3.2500 > m_{AUTCON2}=2.9074$), y "autoestima corporal" ($t=2.42, p<.05; m_{ACORP1}=3.0093 > m_{ACORP2}=2.7500$). Por otro lado también se observa como se produce una disminución significativa en la variación temporal tanto del recurso social "integración comunitaria" ($t=2.04, p<.05; m_{IC1}=3.8556 > m_{IC2}=3.6333$) como del psicológico "autoestima social" ($t=2.39, p<.05; m_{ASOCI1}=3.5833 > m_{ASOCI2}=3.3704$). En la muestra de la tercera edad parece existir evidencia suficiente sobre la influencia recíproca que se establece entre la percepción de apoyo social y autoestima. En este sentido, y tras la observación de los resultados obtenidos, se ha asistido a la variación conjunta de disminuciones en la satisfacción con el apoyo recibido en la comunidad y el sentimiento de estima personal y social, lo cual confirma la predicción de que niveles bajos de autoesti-

TEMES D'ESTUDI

un estudio empírico sobre las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud y el ajuste ante el estrés...

VICENTE JAVIER ABRIL CHAMBO

ma pueden estar relacionados con una menor satisfacción con el apoyo percibido.

Resultados diferenciales intragrupal en la 'Muestra de Personas Mayores residentes'

En la tabla 4 quedan descritas las diferencias significativas que se producen en la variación temporal de diferentes recursos y estresores físicos y psicológicos en la muestra de ancianos residentes:

Se puede observar según los resultados obtenidos como se produce una disminución significativa en la variación de los recursos físicos: "expectativas de salud" ($t=2.00, p<.05; m_{ES1}=2.8643 > m_{ES2}=2.6571$), "salud actual" ($t=3.78, p<.05; m_{SAC1}=2.7111 > m_{SAC2}=2.4540$), e "índice general de salud" ($t=2.89, p<.01; m_{IG1}=2.9494 > m_{IG2}=2.7429$). También se produce un incremento significativo de la "preocupación por la salud" ($t=-2.09, p<.05; m_{PRE1}=3.0743 < m_{PRE2}=3.2629$), además de disminuir significativamente las "conductas insanas" ($t=2.42, p<.05; m_{CI1}=1.6581 > m_{CI2}=1.0857$). Asociados a esta variación, se presentan disminuciones significativas, entre el tiempo 1 y el tiempo 2, en los recursos personales: "autoestima emocional" ($t=2.10, p<.05; m_{AEMO1}=3.1286 > m_{AEMO2}=2.9214$) y "autoestima social" ($t=2.07, p<.05; m_{ASOC1}=3.6667 > m_{ASOC2}=3.4571$). Estos resultados son coherentes con el modelo de salud integral de propuesto al predecir una variación temporal conjunta en la disminución de la percepción de salud física y la autoestima.

Discusión y conclusiones

El análisis de la variación conjunta a través del tiempo entre las variables estudiadas confirma la coherencia y capacidad de predicción del modelo de salud integral en poblaciones en alto riesgo psicosocial (Lin y Ensel, 1989). En líneas generales los resultados del análisis de varianza intragrupal realizados entre las distintas submuestras, ofrecen una contrastación parcial del mode-

lo, en cuanto a la asociación de diferencias significativas entre las variables de los ámbitos físico, psicológico y social, lo cual confirma las dos hipótesis específicas que fueron planteadas al inicio de la presente investigación. Por otra parte, también se ha contrastado la independencia entre factores de una misma dimensión, concretamente de la autoestima. Así, variaciones en algunos factores de la autoestima no se asocian con las del ajuste, produciéndose esta asociación con respecto a otros factores. En este sentido, se evidencia la multidimensionalidad de un constructo como la autoestima, que además de tener un efecto directo en el bienestar, puede estar mediando las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud física y el estrés percibido con el ánimo depresivo, fundamentalmente a través de los factores de autoestima familiar y emocional. Estos resultados corroboran los obtenidos en otras investigaciones que relacionan los mismos constructos (Wood et al., 1998; Thoits, 1999).

El análisis de la variación conjunta de algunos recursos y estresores –psicológicos y sociales–, evidencia la adecuada operativización del modelo de salud integral en la muestra de "alcohólicos". Concretamente, se ha observado como se producían incrementos significativos a lo largo del tiempo de los recursos sociales –integración comunitaria– y percepción de apoyo en los sistemas formales– y de los recursos psicológicos –autoestima corporal y emocional–, a la vez que se produ-

cían disminuciones significativas del estrés social –eventos vitales negativos– y del estrés psicológico –percepción del estrés– y un incremento del ajuste y bienestar psicosocial –evaluado por la disminución del ánimo depresivo–. En el análisis de la relación entre el estrés percibido y el ajuste, se vuelve a comprobar la capacidad de mediación de los recursos de apoyo social y autoestima. Así, algunas de las dimensiones funcionales del apoyo social –integración comunitaria– y percepción de apoyo en los sistemas formales–, y de autoestima –corporal y emocional– se comportan conforme a las tesis contrastadas en numerosas investigaciones (Beattie et al., 1997; Brennan et al., 1997; VanderVoort, 1999; Turner et al., 1999; Stephen, 1999) que coinciden en señalar que aquellas personas con mayor autoestima y apoyo social percibido tienen más probabilidad de enfrentar de forma adecuada los estresores y disminuir su vulnerabilidad al ánimo depresivo.

En el grupo de "enfermos del riñón", también se demuestra la coherencia del modelo de salud integral. Así, se ha podido comprobar como en la variación temporal de los indicadores del ámbito psicológico se ha producido una disminución del estrés percibido y un aumento de la autoestima familiar, asociado a un incremento del ajuste personal. Por otra parte, la disminución significativa de la percepción de salud física en variables como la percepción de 'salud actual', 'salud anterior', 'resistencia a la enfermedad' e 'índice gene-

TABLA 4: Resultados diferenciales intragrupal de las variables que operativizan el modelo de salud integral: Muestra "Personas mayores residentes".

VARIABLES	t	p	medias temporales -m-	
			Tiempo1	Tiempo2
Emocional ^{AE}	2.10	.043	3.1286	2.9214
Social ^{AS}	2.07	.047	3.6667	3.4571
Expectativas de Salud ^{ES}	2.00	.050	2.8643	2.6573
Salud Actual ^{SA}	3.77	.033	2.7111	2.4540
Preocupación Salud ^{PRE}	-2.09	.044	3.0743	3.2629
Índice general de salud ^{IG}	2.89	.007	2.9494	2.7429
Conductas Insanas ^{CI}	2.42	.021	1.6571	1.0857

AE: Autoestima como recurso psicológico. AS: Percepción de Salud Social como recurso social. ES: Expectativas de Salud como estresores psicológicos. SA: Salud Actual como recurso físico. PRE: Percepción de Salud Física como recurso físico. CI: las 'Conductas de Salud' como estresores físicos.

ral de salud, así como disminuciones de las conductas y hábitos poco saludables - 'conductas insanas' y 'consumo de sustancias', va asociada con una disminución de la autoestima corporal a través del tiempo, resultados que apoyan los obtenidos por autores como Lyons et al. (1995), Gottlieb (1997) y Vilhjalmsson (1998). De este modo, los enfermos del riñón se caracterizan por percibirse con una salud física deteriorada y por tener bajos niveles de autoestima, fundamentalmente en su imagen corporal. A lo largo del tiempo, y con el aumento de la percepción negativa de su salud física, han procurado cuidar más sus hábitos de higiene y sus conductas de salud, además de reducir el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol.

Con respecto a la muestra de "personas mayores no residentes", en la variación conjunta de las variables del modelo, se ha presentado una mayor integración y satisfacción con las relaciones sociales de la comunidad; paralelamente también se ha producido un aumento en algunos factores de la autoestima en sus dimensiones social, corporal, autoconfianza e intelectual. En este sentido, el incremento del nivel de autoestima está relacionado con una mayor intimidad en las relaciones, lo que es un indicador de satisfacción con el apoyo recibido, resultados que confirman los obtenidos por autores como Hobfoll et al. (1986) y Burnette et al (1994). Por otra parte, podemos considerar que la satisfacción en la percepción de apoyo, junto al aumento del sentimiento de estima personal y social, repercute directa e indirectamente, según los casos, en el bienestar y ajuste psicosocial de las personas mayores, ideas que corroboran las aportaciones de Cohen et al., (1985), Vaux (1990) y Fernández et al. (1998).

Los resultados obtenidos en la muestra de "ancianos residentes" vuelven a evidenciar la coherencia del modelo de salud integral, ya que se produce una asociación positiva entre los recursos psicológicos de autoestima y la percepción del estado de salud físico, confirmando de esta manera

los resultados obtenidos en diversos estudios científicos (Guarnaccia et al., 1996; Hydo et al., 1998) Una predicción que puede derivarse de los resultados de esta investigación es que las diferencias en la percepción de salud física se corresponden con diferencias en la autoestima, contrastándose diversas aportaciones que se abordan en la literatura científica actual (Manning et al., 1999; Uchino et al., 1999). Se ha comprobado en este sentido, como disminuciones en la percepción de salud - 'expectativas de salud', 'salud actual' e 'índice general de salud' - van acompañadas por una mayor preocupación por el estado de salud y de una disminución de la autoestima emocional y social.

En líneas generales, los resultados intragrupalos obtenidos indican que el deterioro del funcionamiento social y físico tiene un peso relevante en la evaluación subjetiva que hace el individuo de su ajuste, evaluado a través del ánimo depresivo. Por otra parte, también está directamente relacionado con el impacto psicológico de la situación, tanto respecto del estrés percibido como de la autoestima, factores que también influyen directa o indirectamente en el ajuste y el bienestar psicosocial.

Referencias Bibliográficas

Abril, J. (1998). Apoyo social y ánimo depresivo en poblaciones de alto riesgo. *Revista de Psicología Social*, 13, 347-357.

Abril, J. (1997). *Apoyo social y salud: Una perspectiva comunitaria*. Valencia: Promolibro.

Abril, J. y Musitu, G. (1998). Salud física y depresión: Relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social de la Salud*, 10, 103-120.

Barriga, S. (1989). Del socialismo y capitalismo de la psicología o de los modelos implícitos en el ejercicio de la intervención psicológica. En G. Musitu y cols. (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.

Beattie, M. y Longbaugh, R. (1997). Interpersonal factors and posttreatment

drinking and subjective wellbeing. *Addiction*, 92, 1507-1521.

Brennan, P. y Moos, R. (1997). Life stressors, social resources and late-life problem drinking. En Marlatt, G. et al. (Eds), *Addictive behaviors: Reading on etiology, prevention and treatment*, 805-828. Washington, DC., USA: APA.

Burnette, D. y Mui, A. (1994). Determinants of self-reported depressive symptoms by frail elderly persons living alone. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 3-19.

Cohen, S. y Syme, S. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen y S. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York, NY: Academic Press.

Cohen, S., Kaplan, G., Salonen, J. (1999). The role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 445-468.

Fernández, M. y Mutran, G. (1998). Moderating the effects of stress or depressive symptoms. *Research on Aging*, 20, 163-182.

Friedrich, M. (1998). The relationship between health and stress. En M. Knox (Ed.), *HIV and community mental healthcare*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gottlieb, B. (1997). *Coping with chronic stress*. New York, NY: Plenum Press.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.

Grassi, L., Righi, R., Makoui, S., Sighinolfi, L., Ferri, S., Ghinelli, F. (1999). Illness behavior, emotional stress and psychosocial factors among asymptomatic Hiv infected patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 68, 31-38.

Guarnaccia, Ch.; Zautra, A. (1996). The impact of ordinary mayor and small negative life events on older adults. En P. Ruskin et al. (Eds), *Aging and posttraumatic stress disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

TEMES D'ESTUDI

un estudio empírico sobre las relaciones entre el apoyo social, la percepción de salud y el ajuste ante el estrés...

VICENTE JAVIER ABRIL CHAMBÓ

- Herrero, J y Musitu G.** (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Herrero, J., Musitu, G., Gracia, E.** (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 10, 191-204.
- Hobfoll, S. y deVries, M.** (1995). *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Hobfoll, S., Nadler, A. y Lieberban** (1986). Satisfaction with social support during crisis: Intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 296-304.
- Hyodo, Y. y Tanaka, K.** (1998). An empirical study on the mental health of elderly people based on an aging stress-support model. *Journal of Health Psychology*, 11, 1-15.
- Leone, C. y Wingate, C.** (1992). A functional approach to understanding attitudes toward aids victims. *Journal of Social Psychology*, 13, 761-768.
- Lila, M., Pinazo, S., Berjano, E.** (1993). Actitudes hacia el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes de la Comunidad Valenciana. En M. Martínez (Ed.), *Psicología Comunitaria*. Eudema: Sevilla.
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Lyons, R., Sullivan, M., Ritvo, P. y Coyne, J.** (1995). *Relationships in chronic illness and disability*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Manning, M. y Fusilier, M.** (1999). The relationship between stress and health care use: An investigation of the buffering roles of personality, social support and exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 159-173.
- Martínez, M. y García, M.** (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 1, 61-74.
- Mittelmarki, M.** (1999). Social ties and health promotion: Suggestions for population based research. *Health Education Research*, 14, 447-451
- Musitu, G.** (1992). *Salud física y salud mental: Un análisis de las relaciones e influencias de los estresores y recursos*. Proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia (DIGICYT). Código PB 92/0511.
- Nelson, G., Ochocka, J., Griffin, K. y Lord, J.** (1998). Nothing about me, without me: Participatory action research with self help mutual aid organizations for psychiatric consumer survivors. *American Journal of Community Psychology*, 26, 881-912.
- Páez, D., Romo, I., San Juan; C., Vergara, A.** (1991). *Sida: Imagen y Prevención*. Madrid: Fundamentos.
- Perles, F. y Gómez, L.** (1995). Grupos de apoyo social y calidad de vida en diabéticos jóvenes. En J. Conde y cols. (Eds), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida*. Eudema: Salamanca.
- Pierce, G., Lakey, B., Sarason, I. y Sarason, B.** (1997). *Sourcebook of social support and personality*. New York, NY: Plenum Press.
- Pollan, M., Gabari, M., Notivol, M., Santos, L.** (1995). Calidad de vida: Paradigma, constructo o ficción en la práctica profesional de enfermería. En J. Conde y cols. (Eds), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida*. Eudema: Salamanca.
- Radloff, L.** (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Schlegel, P. et al.** (1984). A guided decision making program for elementary school students: a field experiment in alcohol-education. En Miller et al. (Ed.), *Prevention of alcohol abuse*. New York, NY: Plenum Press.
- Thoits, P.** (1999): Self, identity, stress and mental health. En C. Anhensel et al. (Eds), *Handbook of sociology of mental health*. New York: Plenum Publishers.
- Turner, R.** (1999). Social support and coping. En A. Horwitz et al. (Ed), *A handbook for the study of mental health: Social context, theories and systems*. New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- Turner, R. y Turner, J.** (1999). Social integration and support. En C. Anhensel et al. (Eds), *Handbook of sociology of mental health*. New York: Plenum Publishers.
- Uchino, B., Uno, D. y Holt, L.** (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 145-148.
- VanderVoort** (1999). Quality of social support in mental and physical health. *Current Psychology*, 18, 205-222.
- Vaux, A.** (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Vaux, A.** (1992). Assessment of social support. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York, NY: Hemisphere.
- Vilhjalmsson, R.** (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: A preliminary investigation. *Soud Science and Medicine*, 47, 603-611.
- White, N., Richter, J., Try, C.** (1992). Coping, social support and adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 211-224.
- Wood, P., Hurlburt, M., Hough, R. y Hofstetter, C.** (1998). Longitudinal assessment of family support among homeless mentally ill participants in a supported housing program. *Journal of Community Psychology*, 26, 327-344. ©