

# Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica

Alfonso Alonso Fachado<sup>1</sup>, Martín Menéndez Rodríguez<sup>2</sup>, Laura González Castro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doctor Europeo en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Carballo (A Coruña).

<sup>2</sup>Alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

<sup>3</sup>Diplomada Universitaria de Enfermería. Centro de Salud de Muros (A Coruña).

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 118-123

## PALABRAS CLAVE

Apoyo social, apoyo familiar, enfermedad crónica.

Este artículo forma parte de la tesis denominada **“Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2”**, premiada con una beca predoctoral por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc).

## DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL

El estudio de la influencia del apoyo social y su relación con los resultados de salud en la población tiene su inicio en la década de los años setenta. En estos años se publicaron algunos artículos que revisaban las bases de la evidencia que sirve de apoyo a la teoría de que el apoyo social ejerce un efecto directamente proporcional en el estado de salud<sup>1</sup> y sirve como un amortiguador de los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos<sup>2-4</sup>. En la actualidad se carece de un consenso sobre la definición de apoyo social, de modo que existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema<sup>5, 6</sup>. De entre ellas las definiciones más conocidas destacaremos las de Thoits y Bowling por su claridad. Thoits<sup>7</sup> lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling<sup>8</sup>, por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud<sup>9</sup>. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social<sup>10</sup>. Produce un aumento de los autocuidados<sup>11</sup> y mejora de los índices de calidad de vida<sup>12</sup>.

Como se puede observar, se trata de un concepto complejo, ambiguo, multidimensional y sujeto a diferentes interpretaciones en el que se mezclan diversos aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, integración social, estado civil, clase social o asistencia a los oficios religiosos.

Lejos de perder vigencia, en los últimos años diversos estudios de amplia base poblacional y algunos metaanálisis han coincidido en demostrar la influencia que presenta el apoyo social con diversas patologías en ámbitos tan diversos que van desde la mortalidad, grado de bienestar emocional en mujeres operadas de neoplasias de mama y enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio<sup>13-16</sup>.

El interés suscitado en los últimos años sobre la influencia que ejerce el apoyo social sobre la enfermedad crónica ha puesto el foco en cuales son los mecanismos mediante los que el apoyo social ejerce su acción. Es en este marco donde se inscribe este artículo, el cual pretende esclarecer cuales son los mecanismos de acción y los marcos conceptuales más importantes que existen sobre el apoyo social.

## 1. MECANISMO DE ACCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD

Se han definido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:

**a) Efecto directo:** afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto. Se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psico-fisiológicos (que pro-

### Correspondencia

Alfonso Alonso Fachado  
Centro de Salud de Carballo  
Avda. do ambulatorio, s/n · 15100-Carballo (A Coruña)  
Email: alfonso.alonso.fachado@sergas.es

duciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud.

Este modelo del efecto directo ha sido varias veces cuestionado. Según esta teoría no existe interacción entre el estrés y el apoyo social; de este modo los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán en la misma medida en su bienestar físico y mental (independientemente del nivel de estrés experimentado). Los trabajos que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud<sup>17</sup>.

**b) Efecto tampón o amortiguador:** esta teoría ofrece una buena explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social<sup>18</sup>. Postula que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:

- El apoyo social permite a los individuos, que tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.
- El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella<sup>19</sup>. Hasta el momento no se conoce con seguridad en que grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud<sup>20</sup>.

### 1.1 Dimensiones del apoyo social

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social:

**a) Apoyo estructural o cuantitativo.** También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes<sup>21, 22</sup>. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza<sup>20</sup>. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras.

**b) Apoyo funcional o cualitativo.** Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb<sup>3</sup> la

concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva<sup>18</sup>:

**Apoyo emocional:** relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional<sup>23</sup>.

**Apoyo informativo:** se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

**Apoyo instrumental:** es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

**Apoyo afectivo:** se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

**Interacción social positiva:** la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros<sup>18</sup> y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.

Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia. No todos los investigadores están de acuerdo con la idea de la existencia de varias dimensiones en el apoyo social. Sherbourne y Stewart<sup>21</sup> definen cuatro dimensiones distintas de apoyo social: emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva; cada una de ellas con características diferentes respecto al resto. En contra de esta teoría, Norbeck et al<sup>24</sup> afirman que las cuatro dimensiones de apoyo social se encuentran tan altamente correlacionadas que son difícilmente distinguibles entre ellas.

### 1.2 Fuentes de apoyo social

Para definir las diferentes fuentes de apoyo social han sido propuestas diversas clasificaciones.

House<sup>25</sup> propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en *naturales* (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas

(grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes *informales*, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes *formales* (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

## 2. PAPEL DE LA FAMILIA EN EL APOYO SOCIAL

La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella<sup>7</sup>. En ella crecen, establecen reglas sociales y desarrollan los diferentes roles que necesitan para su evolución personal. De este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal<sup>26</sup>.

Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele sacudir a todo el sistema familiar y como señala Ansen, *cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros, sino también el funcionamiento general de la dinámica familiar*<sup>27</sup>.

Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud<sup>28</sup>:

- La familia condiciona decisivamente las creencias, actitudes, y comportamientos de los individuos frente a la salud, a la enfermedad y a los servicios sanitarios.
- La familia es, normalmente, la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos.
- El apoyo familiar también tiene un importante papel en la neutralización del estrés.
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas.

Existen dos grandes mecanismos mediante los cuales la familia puede influir en la salud de sus miembros<sup>29</sup>:

**a) Vía psicofisiológica:** Las situaciones familiares como el estrés o determinados acontecimientos vitales afectan al estado emocional de un elemento de la familia, del que pueden resultar alteraciones fisiológicas directas que predisponen al individuo a la enfermedad.

El mecanismo biológico del estrés sobre la salud física está bien establecido y quizás sea el más estudiado, demostrándose la relación entre el estrés y el sistema neuroendocrino<sup>1</sup>. Esto incluye la respuesta *fight or flight* descrito por Cannon<sup>30</sup> en la cual describe como en una situación de estrés la súbita descarga del sistema nervioso simpático desencadena la elevación de la TA, aumenta el flujo cardíaco, la elevación de catecolaminas y ácidos grasos libres.

Los intermediarios bioquímicos existentes entre las percepciones sensoriales y la respuesta endocrina, los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y los estímulos de soporte social parecen mediados por neuropéptidos, especialmente el opioide  $\beta$ -endorfina. Estímulos positivos como el afecto, el reconocimiento social y otras formas de apoyo social podrían producir euforia y efectos beneficiosos sobre la salud de los individuos o tamponar los factores estresantes por la mediación de la  $\beta$ -endorfina u otros neuropéptidos.

**b) Vía comportamental:** Por esta vía las familias pueden influir en los estilos de vida, como por ejemplo la dieta, el tabaquismo, el ejercicio físico, la adherencia a tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios.

## 3. MODELOS QUE DEFINEN COMO LA FAMILIA REACCIONA ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Para explicar la forma como la familia influye sobre la enfermedad crónica, han sido propuestos los siguientes modelos teóricos<sup>20</sup>, de entre todos ellos los más importantes son:

### 3.1 Modelo ABCX de Hill

Este modelo propuesto por Reubin Hill<sup>31</sup> en 1949, conocido por las abreviaturas ABCX, intenta analizar las situaciones críticas provocadas en la familia como consecuencia de una situación estresante. El concepto de crisis (X) se define como el momento en el cual la unidad familiar se ha roto debido a alguna situación estresante. El autor propone la existencia de tres factores críticos interrelacionados para explicar la evolución de la crisis familiar. Estos tres factores son los eventos estresantes (A), los recursos de las familias necesarios para enfrentarse a este hecho (B) y la definición que hace la familia de este (C). Generalmente las familias más propensas a situaciones de crisis suelen tener muy pocos recursos de adaptación, por ello, cualquier evento estresante es sentido como un episodio de crisis en el seno de la familia. Dentro de este modelo, las familias que inician un proceso de adaptación sufren una trayectoria que culmina con la fase de recuperación<sup>32</sup>. Esta recuperación permitirá mantener la homeostasis y la unidad familiar. Si esta no se produce, surgirán diversos cuadros patológicos.

### 3.2 Doble Modelo ABCX

En posteriores investigaciones y a partir del modelo ABCX de Hill, McCubbin y Patterson<sup>33</sup> en el año 1983 desarrollaron el **doble modelo ABCX**. El término *doble* hace referencia, por un lado, a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial y, por otro, se le suma también la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos<sup>34</sup>.

Según esta teoría las familias necesitan alcanzar diferentes niveles de funcionamiento como resultado de los cambios en el sistema familiar. En este modelo participan cuatro elementos. El primer elemento es el *estresor* (AA). Este es visto como un proceso en el cual se acumulan las situaciones de estrés producidas debido a la presencia de la enfermedad y las fuentes de tensión que la familia debe enfrentar. Los cambios sufridos por el cuidador han sido denominados "tensiones asociadas al rol" (*pile-up*). En este caso, el estrés sufrido puede provocar demandas para el cambio e implementar fuentes de esfuerzo adicionales que permitan a la familia luchar contra el acontecimiento estresante. El segundo elemento implica los *recursos de adaptación de la familia* (BB) y supone realizar una valoración conjunta de la situación familiar, la capacidad de la familia para abordar la crisis, y la coordinación de todos los aspectos necesarios para el funcionamiento familiar. El tercer elemento del modelo lo forman las *percepciones y coherencia* (CC) que refleja la aceptación y la comprensión de la situación. El cuarto elemento es la *adaptación familiar* (XX) referido al grado de adaptación en respuesta a la crisis. La adaptación es una variable continua y transcurre desde la buena a la mala adaptación (figura 1).

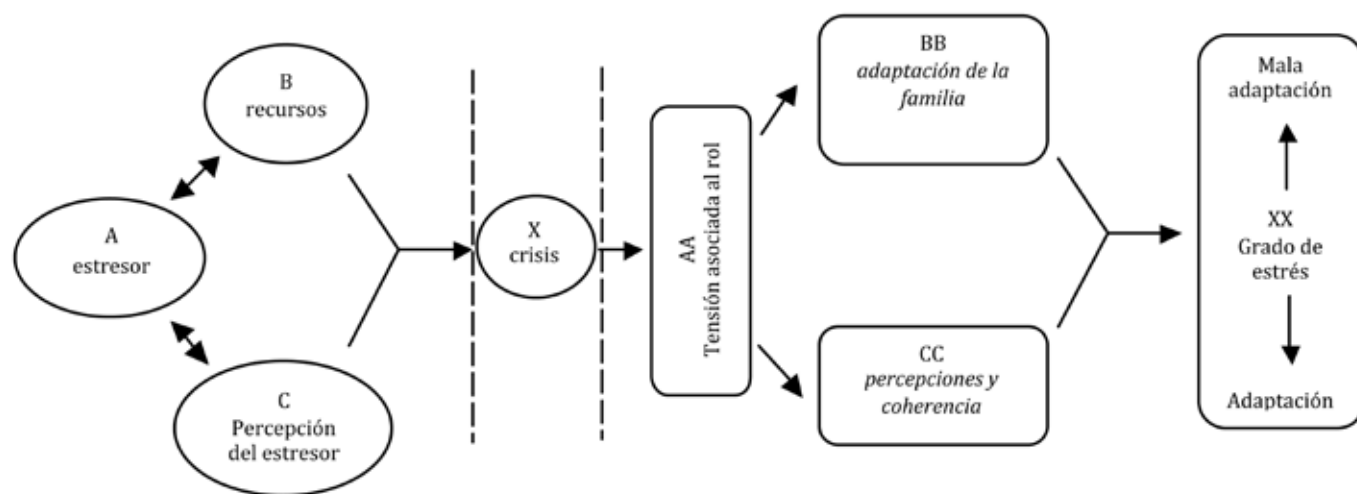


FIGURA 1. Modelo de adaptación familiar a la enfermedad crónica. Doble modelo ABCX (adaptado de McCubbin y Patterson<sup>33</sup>)

### 3.3 El modelo sistémico de Rolland

Este modelo desarrollado por Rolland<sup>35</sup> describe los procesos de interacción entre las demandas psicosociales derivadas de la enfermedad crónica y las fases cronológicas de esta (fase de crisis, fase crónica y fase terminal). En este modelo es necesario hacer referencia a los siguientes aspectos:

#### a) Tipología psicosocial de la enfermedad crónica

Es importante conocer los aspectos psicosociales que pueden influir en la enfermedad crónica para facilitar un mayor vínculo entre el mundo psicológico y el biológico.

#### b) Fases cronológicas de la enfermedad crónica

Para intentar analizar las fases cronológicas en la historia natural de la enfermedad crónica, ésta puede dividirse en tres fases: fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

En la fase de crisis, los síntomas son manifiestos pero el diagnóstico aún no está claro. En esta fase la familia se enfrenta al dolor y la incertidumbre e intenta dar un sentido a la enfermedad.

En la fase crónica incluye el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la fase terminal. En esta se producen alteraciones continuas a nivel psicológico o de organización interna que deben ser abordados por el núcleo familiar.

Por último, la fase terminal está marcada por la inevitabilidad de la muerte. La familia elabora la fase de duelo y predominan los sentimientos de dolor, separación y muerte<sup>36</sup>.

### 3.4 Modelo transaccional del estrés adaptado a la situación de cuidado

Del mismo modo que la mayoría de los modelos que analizan el cuidado que ejerce el grupo de individuos sobre el enfermo crónico este modelo, desarrollado por *Haley*<sup>37</sup>, se basa en el modelo de Lazarus y Folkman<sup>38</sup>. El modelo del estrés adaptado a la situación de cuidado expone la necesidad de considerar al estrés como un proceso en que intervienen factores propios del individuo, los eventos estresores y los recursos del cuidador. En este modelo se considera más importante la percepción y la interpretación que el cuidador hace del potencial estresor en términos de capacidad para causar daño, más que el propio suceso en sí mismo, los factores que explican las diferencias individuales en las respuestas de estrés y las consecuencias de cuidado<sup>39</sup>.

De esta forma se define el estrés como una relación dinámica y bidireccional entre un individuo y el evento estresante, siendo este entendido por la persona como algo que puede exceder sus propios recursos y que sería capaz de poner en peligro su propio bienestar personal.

### BIBLIOGRAFIA

- Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach V, Grimson R, et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol*. 1983;117(5):521-37.
- Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*. 1976;104:107-23.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38:300-14.
- Kaplan BH, Cassel J, Gore S. Social support and health. *Med Care*. 1977;15:47-57.
- Caplan G. *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Basic Books; 1974.
- Lin N. Conceptualising social support. In: Lin N, Dean HJ, Ensel T, editors. *Social support, life events and depression*. Nueva York Academic Press; 1986. p. 103-5.
- Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav*. 1982;2:145-59.
- Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Practice*. 1991;8(1):68-83.
- Yates BC. The relationships among social support and short and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Res Nurs Health*. 1995;18:193-203.
- Rodin GM, Craven JL, Littlefield CH. *Depression in the medically ill: An integrated approach*. New York: Brunner/Mazel; 1992.
- Dimkovic N, Oreopoulos DG. Chronic peritoneal dialysis in the elderly: A review. *Peritoneal Dialysis International*. 2000;20:276-83.
- Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11:430-43.
- Holt-Lundstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*. 2010;7(7):e1000316.
- Rosengren A, Hawken S, Ōunpuu K, Zubaid M, Almahmeed W, Blackett K, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364:953-62.
- Kim J, Jeong Yeob H, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being. *Journal of Health Psychology*. 2010 May 1, 2010;15(4):543-52.
- Barth Jr, Schneider S, von Känel R. Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2010 April 2010;72(3):229-38.
- Berkman LF. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen S, Syme L, editors. *Social support and health*. Orlando: Academic Press; 1985. p. 241-62.
- Cohen S, Wills T. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98:310-57.
- Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4):425-35.
- De La Revilla L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1991;8(9):664-6.
- Sherbourne C, Stewart A. "The MOS Social Support Survey". *Soc Sci Med*. 1991;32:705-14.
- Dolbier C, Steinhart M. The development and validation of sense of support scale. *Behav Med*. 2000;25:169-79.

23. Perez Bilbao J, Martín Daza F. El apoyo social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. p. 439-48.
24. Norbeck J, Lindsey A, Carrieri V. The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res.* 1981;30:264-9.
25. House JS. Work stress and social support. Massachusetts: Addison-Wesley; 1981.
26. Segalen M. Antropología histórica de la familia. Madrid: Taurus Universitaria; 1997.
27. Ansen K. Illness and the family. *J R Soc Med.* 1985;sup 8(78):21-5.
28. Mc Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma; 1994.
29. Pinto Hespagnol A. A familia e os estilos de vida. 3º Congresso Luso-Galaico de Medicina Familiar e Comunitária. Guimaraes; 1998.
30. Cannon W. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New-York: Appleton-Century-Crofts; 1927.
31. Hill R. Families under stress. New York: Harper & Row; 1949.
32. De La Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Ediciones Adhara, S. L.; 2000.
33. Mc Cubbin H, Patterson J. Family stress and adaptation to crises. Beverly Hills: Sage; 1983.
34. Devi J, Ruiz Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Mult Gerontol.* 2002;12(1):31-7.
35. Rolland JS. Families, illness and disability. New York: Basic Books; 1994.
36. Espina A. Las necesidades familiares ante la enfermedad grave. Propuestas metodológicas de intervención. In: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, editor. La familia en la terminalidad. Guipúzcoa; 1987.
37. Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA. Stress appraisal coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging.* 1987;2:323-30.
38. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and coping. New York: SpringerPublishing company; 1984.
39. Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, Márquez González M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid; 2006.