

Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos

Research on social support and health: current status and new challenges

Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM. Cuernavaca, Mor.- México (R.C.), Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional. Cuernavaca, Mor.-. México (L. C., B. H.)

CASTRO, Roberto, La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos
Rev. Saúde Pública, 31 (4): 425-35, 1997.

La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos

Research on social support and health: current status and new challenges

Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández

*Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares/UNAM. Cuernavaca, Mor.- México (R.C.),
Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional. Cuernavaca,
Mor., México (L. C., B. H.)*

Resumen

La categoría de “apoyo social” ha permitido desarrollar toda una corriente de investigación que busca explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. El concepto de apoyo social presenta varios problemas que es preciso resolver. Este artículo discute algunos de estos problemas, y muestra la posibilidad de enriquecer el tema desde una perspectiva sociológica. Se discute el origen conceptual del término y se analizan diversas definiciones del mismo. Se analizan las formas en que la investigación reciente ha tratado de vincular la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad. Se discuten las diferencias entre el modelo del efecto directo y el modelo del efecto amortiguador. Se muestra la necesidad de estudiar al apoyo social no sólo como posible determinante de ciertas formas de enfermedad, sino también como una variable dependiente. Se subraya la importancia de buscar los determinantes del apoyo social en todos los niveles de la realidad social, dando especial importancia a las variables de clase social y género. Se presenta una discusión sobre los avances logrados en el estudio de los factores que se asocian a la disponibilidad de apoyo social por parte de los individuos. Se muestra que el apoyo social es a su vez producto de ciertos ordenamientos sociales que pueden ser identificados con claridad a través de un análisis sociológico del fenómeno. Para ilustrar este argumento, se discute el caso de la *atención*, entendida como una forma de apoyo social, y se muestra que la distribución de la misma está determinada socialmente. Se finaliza con una reflexión sobre la necesidad de integrar diversos enfoques teórico-metodológicos como condición necesaria para lograr nuevos avances en el estudio del apoyo social.

Apoyo social. Justicia social.

Abstract

On the borderline between sociology and psychology, the concept of social support has made it possible to develop a whole research tradition aimed at explaining some of the differences existing in the distribution of mental and physical disease. The concept of social support itself, however, still presents some ambiguities which must be clarified. These problems are discussed and it is showed and shows that the topic can be enriched with the contribution of the social sciences. Different definitions of the concept itself, are briefly analysed and the complexity and multidimensional character of social support are highlighted. The association between social support and health is discussed. The differences and implications of the direct effect model and the buffering effect model are addressed, and the relevance of the construct of social support is enhanced. The need to study social support not only as a likely determinant of some forms of disease, but also as a dependent variable, is brought out. Some recent developments in the study of factors associated with the availability of social support are discussed. It is shown that social support is a product of certain social factors which can be clearly identified by sociological analysis. In order to illustrate this point, the structural determinants of a specific dimension of social support -attention- are discussed. The importance of structural variables like social class and gender in attempting to explain the differential distribution of certain forms of social support is emphasized. It is proposed, on the theoretical level, that the intersection between two related autonomous constructs -social class and social support- may better explain those aspects of these concepts that are of importance to observed heterogeneity in the distribution of mental and physical health. Different theoretical and methodological approaches to the understanding of the determinants of social support and its effect on health are suggested.

Social support. Social justice.

INTRODUCCIÓN

La sociología médica incluye entre sus áreas de interés el estudio de los determinantes de la salud-enfermedad. En la frontera entre lo social y lo psicológico, la categoría de "apoyo social" ha favorecido el desarrollo de diversos trabajos de investigación que buscan explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. El concepto de apoyo social, sin embargo, presenta varios problemas de definición y operacionalización. Lo presente artículo tiene como objetivo discutir algunos de estos problemas, y mostrar la posibilidad de enriquecer el tema a partir de las contribuciones de la sociología. Tras un análisis sobre el origen del término y las maneras en que ha sido definido, el artículo explora las formas en que la investigación reciente ha tratado de vincular la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad. El argumento central de este trabajo es que es necesario estudiar al apoyo social no sólo como posible determinante de ciertas

formas de enfermedad, sino también como una variable dependiente. El artículo muestra que, desde una perspectiva sociológica, es posible identificar ciertos ordenamientos sociales que se asocian a la disponibilidad, por parte de los individuos, del apoyo social. Un ejemplo de este argumento lo constituye la *atención*, que puede ser conceptualizada como una forma de apoyo social. También en esta sección se muestra que la distribución de la atención se asocia a variables como clase social y género. El artículo finaliza con una reflexión sobre la necesidad de integrar diversos enfoques teórico-metodológicos como condición necesaria para lograr nuevos avances en el estudio del apoyo social.

EL CONCEPTO DE "APOYO SOCIAL"

Es bien sabido que la pobreza, el desempleo, el tipo de ocupación, la edad, la clase social y otras características sociales se asocian, separada o interactivamente, con las condiciones de salud física y mental de los individuos^{5, 28, 32}. Sin despreciar la

relativa validez de la hipótesis de la “selección social”, que señala que algunos individuos experimentan movilidad social descendente como consecuencia de la enfermedad, es preciso señalar que el grueso de la literatura apunta en la dirección contraria. En otras palabras, se postula que los individuos responden de manera diferencial a sus condiciones de vida, lo que a su vez determina la distribución diferencial de la enfermedad.

Diversos autores han propuesto la categoría de “estrés”^{7, 29} como la variable psicosociológica intermedia que vincula las condiciones de vida con la salud mental. Su interés fundamental radica en explorar por qué algunos individuos desarrollan respuestas patológicas ante ciertas condiciones de vida, mientras que otros expuestos a las mismas condiciones se mantienen sanos. Aunque se han explorado diversos caminos, los principales intentos han consistido en buscar variables que expliquen las variaciones en el impacto del “estrés” sobre la salud. El *apoyo social* ha sido propuesta como una de esas variables.

Los trabajos de Cassel⁸ y Cobb¹⁰ dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés²⁵. Desde entonces, la investigación realizada en este campo ha crecido geométricamente. Este cúmulo de investigaciones, sin embargo, no es la consecuencia del descubrimiento de una nueva idea, sino que es el resultado de esfuerzos parcialmente exitosos de encontrar y acumular evidencias “duras” en esta materia⁵². Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales”, y otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo.

“Apoyo social” es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas¹². Tardy⁴⁴ ha sugerido que deben distinguirse dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros). Por otra parte, Barrera² ha sugerido que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones: a) *Grado de integración social*: los análisis

de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría^{3, 37}. b) *Apoyo social percibido*: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente⁵³. c) *Apoyo social provisto*: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

House y col.²⁶ han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes *estructuras* de relaciones sociales, y tres tipos de *procesos* sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Finalmente, Vaux señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, a saber: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles); d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social)⁵⁵.

Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos^{14, 21}. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones^{13, 45, 51}.

APOYO SOCIAL Y SALUD

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes^{12, 23}. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisisicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

Otras investigaciones²⁴ reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, "lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud"^{74, 12}.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador^{11, 22, 58}. Bajo

este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable "mediadora" en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social.

La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud.

Mucha de la investigación reciente ha tendido a acumular evidencia empírica en favor de alguno de estos dos modelos —modelo del efecto directo^{46, 47}, y modelo del efecto amortiguador¹⁰. Se ha sugerido que un mayor énfasis en la comparación de ambos modelos no incrementará significativamente nuestro entendimiento de cómo el apoyo social evita la enfermedad y/o fortalece la salud¹².

En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

Sin embargo, la mayoría de los estudios reportados hasta ahora toman al apoyo social como la variable independiente y a los niveles de salud y bienestar como la variable dependiente. Esto es claramente comprensible dado que el interés por el tema del apoyo social surgió como consecuencia de la búsqueda de aquellos factores no-biológicos que afectan la salud. Pero si el apoyo social es tan importante en su relación con la salud, resulta impostergable explorar qué se asocia a la existencia del mismo, y cómo se distribuye en la población. En otras palabras, es crucial estudiar al apoyo social como variable dependiente. Pero ¿dónde buscar las variables independientes?

EL APOYO SOCIAL COMO VARIABLE DEPENDIENTE

Diversos investigadores, por supuesto, han estado conscientes de la necesidad de investigar en esta dirección. El estudio pionero en este terreno es *El Suicidio*, de Durkheim¹⁶. A partir de entonces los in-

investigadores sociales se han interesado no sólo en las consecuencias que tiene el grado de integración social para los individuos, sino también en los determinantes de dichos niveles de integración. Algunos autores afirman que lo que determina el apoyo social se localiza en varios niveles —biológico, psicológico y social— y hacen un llamado a incrementar la investigación en los determinantes a nivel estructural de este fenómeno^{26,48,57}. En lo que sigue se centrará la discusión en este nivel.

Es de alguna manera llamativa la falta de investigación sobre los factores que determinan el apoyo social a nivel estructural. La mayoría de las investigaciones que miden clase social y apoyo social, relacionan estas dos variables sólo indirectamente, toda vez que su interés principal se centra en cómo se relacionan ambas con la salud. Turner y Noh⁵², por ejemplo, al explorar la bien conocida relación entre clase social y enfermedad mental, encontraron que “el papel y la importancia tanto del apoyo social como del control personal, es complejo y varía según clase social y niveles de estrés”. Liem y Liem³³, a su vez, afirman que “el apoyo social y el estrés están sistemáticamente organizados dentro de las clases sociales en varios niveles de análisis y constituyen condiciones críticas de la pertenencia de clase relacionadas con el funcionamiento psicológico”. Los autores, sin embargo, no van más allá de este punto, y se limitan a señalar este hecho. De tal manera que la pregunta “¿cómo determina la clase social la distribución y disponibilidad del apoyo social?” no ha sido suficientemente explorada. Este problema, naturalmente, es de capital importancia si se asume que las características de la estructura social pueden explicar, por lo menos parcialmente, la disponibilidad diferencial del apoyo social entre los individuos.

Sin embargo, existen algunos desarrollos en esta dirección. Kohn³¹ ha señalado que la realidad subjetiva es necesariamente diversa para individuos situados de manera diferente en la escala social: “ser de clase social baja es tener poca educación, tener un trabajo de relativa poca complejidad, trabajar en condiciones de estrecha supervisión, y con escasa posibilidad de variar la rutina diaria del trabajo. Estas son precisamente las condiciones que estrechan la concepción que tiene uno sobre la realidad social, y reducen la sensación de eficacia personal”. Lógicamente, la conceptualización de Kohn respecto aquello de la clase social que afecta la salud mental no toma en cuenta las diferencias en la disponibilidad del apoyo social, toda vez que el concepto no había aún emergido en la literatura.

De hecho, diversos investigadores sociales han sospechado que hay algo en relación a la pertenencia de clase, más allá de las condiciones socioeconómicas, que contribuye a los diferenciales encontrados en términos de salud mental. Los estudios sobre la manera de hacer frente (coping) a la enfermedad son un buen ejemplo de ello³⁸. Por otra parte, Turner⁵¹ ha señalado que “los individuos de clase media tienen más probabilidad de crecer y funcionar en un contexto en el que los elementos del apoyo social (ser amado, estimado, y poder contar con otros en caso de necesidad) son *rutinariamente recibidos como información*. Intuitivamente, un corolario de tal circunstancia puede ser una más generalizada conexión entre tal información (por ejemplo, la experiencia del apoyo social) y el bienestar emocional de la persona”. Por otro lado, se ha señalado que las diferencias por nivel socioeconómico en términos de vulnerabilidad ante diferentes eventos vitales no son sólo resultado de privaciones económicas, sino que reflejan una desventaja más generalizada inherente en la vida de las personas que ocupan posiciones socioeconómicas de bajo nivel³⁵. Desde esta perspectiva, se afirma que las desventajas sistemáticas de las clases bajas no han sido documentadas con anterioridad, aunque con frecuencia han sido asumidas. Más aún, también se ha hipotetizado que las diferencias en términos de recursos de apoyo social pueden explicar diferencias por clase en daños a la salud, cuando se controla por estrés⁵².

Por su parte, Pearlin³⁹ ha señalado que “así como los bienes, el poder y el estatus están distribuidos desigualmente en la sociedad, la extensión y los recursos con que cuentan las redes sociales están también desigualmente distribuidas. Esto es, el alcance de las redes y lo que pueden ofrecer a sus miembros varía de un estrato social a otro”. Refiriéndose a ciertos hallazgos previos⁶, Pearlin³⁹ afirma que el apoyo emocional es algo que se desarrolla dentro de las relaciones primarias de los individuos, más que algo que deba ser buscado conscientemente en ellas. De acuerdo a esta idea, el apoyo social debe ser considerado no sólo como un evento episódico, que resulta de una demanda explícita de un individuo hacia otro, sino también como una especie de algo “dado” o como un estado permanente del cuál los individuos se benefician constantemente. Una extensión lógica de esta idea es que la calidad y naturaleza de este estado varía de un grupo a otro, y que si la naturaleza de ese estado es esencialmente negativa, los individuos obtienen de él básicamente consecuencias negativas.

Pearlin habla de diferentes *formas* de apoyo social, y señala críticamente que con frecuencia algunas de esas formas son pasadas por alto o ignoradas por la investigación. Entre estas formas ignoradas, destaca la sensación de pertenencia a un grupo: “es muy probable que una persona con apoyo sienta que le importa a los demás... *importarle a los demás es importante*... Es bueno contar con apoyo en momentos difíciles, pero también es bueno contar con él cuando nada se necesita excepto un sentido de ubicación y pertenencia”³⁹, (cursivas nuestras). Esta distinción entre formas de apoyo social puede dar cuenta de los resultados poco concluyentes encontrados en programas de “apoyo social” sobre la salud^{30, 49, 56}. Distintas formas de apoyo pueden tener distintos efectos en las condiciones de salud de acuerdo al contexto social de cada situación y al significado de dicho apoyo para los diversos grupos.

Pearlin⁴⁰ señala que hay una especie de “división del trabajo” en relación al apoyo social, en la que los individuos a veces reciben y a veces dan apoyo, de acuerdo a las circunstancias. El acto mismo de “brindar apoyo” puede ser en ocasiones una fuente de estrés, con efectos negativos para la salud. Se ha postulado la necesidad de estudiar ese efecto negativo con mayor detalle⁴⁸. De cualquier forma, el apoyo social no es nada más un evento episódico, ni tampoco un beneficio fijo que uno recibe cuando se necesita. El apoyo varía de acuerdo al problema para el que se solicita (se necesita diferente tipo de apoyo para encontrar un empleo que para elaborar un duelo) así como también de acuerdo a la fuente que lo provee. El apoyo y sus efectos varían a lo largo de las etapas de la vida (toda vez que el apoyo recibido en la infancia es muy diferente del apoyo que se necesita en la vejez)³⁴. Sobre todo, el apoyo social varía de acuerdo al contexto social más general en el cuál emerge. Es interesante advertir, sin embargo, que Pearlin no ofrece ninguna idea respecto a cómo una variable estructural de central importancia, como la clase social, puede afectar la distribución y disponibilidad del apoyo social para los individuos.

Por el contrario, Derber¹⁵ ha estudiado la distribución diferencial de por lo menos una forma de apoyo social: la *atención*. Su punto de partida es el señalamiento de que los psicólogos han tratado a la *atención* como una necesidad humana fundamental. Su interés principal se centra en las condiciones que

afectan *cuánta* atención buscan y reciben los individuos. Señala que en las sociedades capitalistas hay una creciente falta de apoyo social, que hace que los individuos compitan abiertamente por recibir alguna forma de *atención*. Un ejemplo de esta competencia es la tendencia inconsciente de los individuos a usar diversas técnicas de manipulación para desviar el foco de atención hacia ellos mismos durante la interacción cotidiana. Este fenómeno tiene sus raíces en el individualismo de nuestras sociedades que promueve el interés egoísta y personal sobre la solidaridad social*.

Los estudios de Derber¹⁵ se basan en la observación participante y en análisis conversacional, esto es, en métodos cualitativos apropiados para el estudio sociológico de fenómenos a nivel «micro»; sus conclusiones, sin embargo, implican a la estructura social en su conjunto. De hecho, uno de los principales problemas de la sociología contemporánea es el estudio de las vinculaciones entre lo «micro» y lo «macro»^{1, 9}; puede afirmarse que el estudio de los determinantes estructurales del apoyo social se inscribe de manera natural dentro de este debate más general. Desde nuestro punto de vista, Derber¹⁵ ha elaborado un marco conceptual útil para entender algunos de los determinantes estructurales del apoyo social, o por lo menos de esa forma de apoyo social llamada *atención*.

Al igual que Pearlin⁴⁰, Derber¹⁵ señala que las desigualdades en la distribución de la atención están vinculadas a desigualdades sociales de orden más general. De hecho, la distribución de la atención se correlaciona positivamente con la distribución del poder. La cantidad de atención que un individuo recibe (y provee) está asociada a cuestiones de género, clase y otros factores que determinan el «valor social percibido» de los individuos. La terminología de Derber es sumamente similar a la de Pearlin⁴⁰, aun cuando ninguno de los dos autores parece estar consciente de los trabajos del otro. Por ejemplo, Derber¹⁵ propone una distinción entre *iniciativas para obtener atención* (todos los esfuerzos que realiza un individuo para atraer la atención de los demás sobre sí mismo, para orientar el curso de una conversación sobre los temas que le son de su interés, para obtener la palabra en una conversación colectiva, o para conservar la atención de los demás una vez que ésta ha sido obtenida), e *iniciativas para dar atención* (que son justo

* De hecho, la emergencia de estudios cualitativos y cuantitativos sobre el tema del **apoyo social** bien puede ser considerada como un reflejo de la creciente conciencia de nuestra sociedad sobre su individualismo. Por lo tanto, resulta cuestionable la afirmación de House y col²⁷, de que “justo cuando descubrimos la importancia de las relaciones sociales para la salud, y advertimos una creciente necesidad de ellas, su prevalencia y disponibilidad pueden estar declinando”. Puesto de esta manera, parecería que la emergencia de estudios sobre apoyo social y el creciente individualismo son dos eventos independientes.

lo contrario de las anteriores). De acuerdo al autor, la cantidad de atención que un individuo recibe depende del grado de éxito en el uso de *iniciativas para obtener atención* en competencia con los demás en la vida cotidiana. Por ello, la asertividad, la agresividad, la auto-seguridad y la autoridad personal son algunas de las características básicas que se requieren para obtener atención. Es interesante notar que estas son precisamente las características de un individuo *competitivo* en un sistema individualista⁴².

Derber¹⁵ señala que los roles sociales determinan quiénes son responsables de *dar* y quienes son responsables de *recibir* atención en la vida diaria. Mientras que ciertos roles institucionales están orientados básicamente a dar atención (por ejemplo, el rol del paciente, el estudiante, el subordinado, la secretaria, etc.), otros roles sociales están básicamente orientados a recibir atención (por ejemplo un directivo, un maestro, un médico* y otros). Así, una sociedad puede estratificarse en varios grupos de acuerdo al grado de atención que cabe esperar de cada uno de ellos. Por una parte «los individuos que normalmente adoptan roles para recibir atención aprenden a buscar y esperar atención para ellos mismos, mientras que aquellos que generalmente desempeñan roles de dar atención asumen una cierta *invisibilidad* social; la distribución de estos roles está en función del poder, de tal manera que la gran mayoría de los roles de recepción de atención están asignados a los grupos dominantes»¹⁵. Según Deber¹⁵, aquellos grupos de los que se espera que asuman principalmente roles de dar atención en interacciones formales, son socializados bajo una psicología que desmotiva las conductas tendientes a centrar la atención en uno mismo y predispone a los individuos a dar atención en todas las fases de la vida.

De lo anterior se sigue que los diversos grupos de la sociedad están de alguna forma «programados» de diferente manera para esperar una mayor o menor atención y, por extensión, un mayor o menor apoyo social (de este tipo), dependiendo de su posición en la escala social. Sin embargo, los roles institucionales orientados básicamente a dar atención existen en abierto conflicto con la psicología individualista que promueve la sociedad capitalista. En consecuencia, los individuos de los estratos sociales bajos viven bajo una permanente tensión social que deriva de la contradicción existente entre la ideología oficial y los roles que se les imponen.

Desde esta perspectiva, las desigualdades sociales, que tradicionalmente se conciben en términos económicos y políticos, son también desigualdades relacionales, institucionalizadas en la vida cotidiana, y que reflejan la distribución de la atención. También Sennet⁴¹ ha señalado que los individuos de las clases dominantes tienen el poder para definirse a sí mismos como personas de mayor valía social, y por lo tanto como merecedores de una mayor atención. Ellos exhiben lo que Sennet llama “etiquetas de capacidad”, símbolos que la sociedad acepta como muestras tangibles de mérito. Así, la afirmación de Pearlin³⁹ de que “importarle a los demás es importante” adquiere plena significación bajo la conceptualización de Derber¹⁵: “el hecho de dirigir la atención a aquellos que la propia clase social define como ‘mejores’ o más importantes, descansa en la esencia misma del poder de clase tal como se le ejerce en la vida diaria, y sugiere nuevas direcciones en las cuáles habría que investigar el significado mismo de la desigualdad de clase” y de género. Así, los procesos de interacción cara-a-cara están internamente estructurados en beneficio de los miembros de los grupos (de clase y de género) dominantes quienes, además, cuentan con el privilegio de poder acceder a un mayor número de situaciones de interacción social en los que esperan recibir más atención (por ejemplo, cenar en un restaurante, pagar a un psicoanalista, comprar en una tienda de departamentos, etc.). El señalamiento de Turner⁵¹ de que ciertos individuos reciben rutinariamente información positiva sobre sí mismos, adquiere mayor claridad a la luz de estos hallazgos. Así, uno de los *privilegios ocultos* de la pertenencia a grupos dominantes (de clase o de género), revirtiendo la expresión de Sennet⁴¹ — que habla de las heridas ocultas — es que los miembros de esos grupos tienen ventaja en la obtención de atención porque tienen el poder y el estatus oficial que les permite monopolizar los roles de recepción de atención, tanto en la vida cultural y política, como en el trabajo.

Un extremo de esta situación se refiere a lo que Derber¹⁵, apoyándose en el concepto de no-persona de Goffman²⁰, llama *invisibilidad* en el trabajo. La invisibilidad aquí se refiere a aquellos que, debido al rol social que desempeñan, sufren una exclusión respecto de otros de quienes se encuentran próximos físicamente pero con los que no pueden entrar en interacción cara-a-cara. En el nivel más bajo de esta

* Derber¹⁵ acepta que un médico desempeña un rol de *dar atención*, pero señala que la tendencia dentro de la medicina moderna es la de transferir este rol a las enfermeras de modo que los médicos puedan preservar para sí mismos un rol de *recibir atención* toda vez que son los pacientes quienes deben escucharlos y prestarles atención.

categoría están aquellos cuya presencia no demanda la menor atención de los demás. Por ejemplo, el conserje en un restaurante, el chofer de transporte público, el personal de mantenimiento de una institución y otros: todos ellos realizan su trabajo a la vista de los demás, y sin embargo reciben nula atención de parte de ellos. Su *invisibilidad* es un signo característico (una forma de «información rutinariamente recibida») de su escasa valía social como merecedores de atención.

El punto central de esta discusión es que la búsqueda de determinantes estructurales del apoyo social debe tomar en cuenta dimensiones como ésta. Si se considera la *atención* como una de esas formas de apoyo que, en términos de Pearlin⁴⁰, con frecuencia se pasan por alto, nuestro argumento gana en claridad. Con frecuencia los investigadores tienden a medir sólo esas formas de apoyo social que, además de ser episódicas, tienen lugar básicamente dentro de la red social personal de los individuos, esto es, dentro del conjunto de parientes y amigos de los individuos investigados; en otras palabras, la buscan dentro de la interacción informal y dejan de lado aspectos más estructurales como el señalado aquí. Algunos estudios han tratado de analizar el apoyo social como variable dependiente considerando el contexto social^{34, 50}. Sin embargo, el estudio del contexto se ha visto reducido a la cuantificación de algunas características de la red social, y al análisis de variables sociodemográficas como edad, sexo y nivel de educación. Pero no ha habido una verdadera comprensión del contexto como algo que puede explicar diferencias en el apoyo social. Más aún, el medir sólo el apoyo social que se obtiene de la red social más personal e individual, lleva a desestimar una dimensión de la realidad que tiene lugar todos los días, de una manera fija, en escenarios formales, a través de interacción institucionalizada. El mismo Pearlin⁴⁰ ha señalado que el estudio del apoyo social con frecuencia ha carecido de sustento sociológico debido a que “un constructo que es inherentemente interaccionista es tratado más bien como un atributo individual. Si se ignora la naturaleza social e interaccional del apoyo social se queda con una elaboración incompleta, si no es que distorsionada, de cómo funciona este fenómeno”. Este señalamiento posee implicaciones metodológicas que no se pueden dejar de mencionar. Si el apoyo social es básicamente un fenómeno interaccional, entonces un marco teórico que privilegie el análisis de la interacción social es indispensable. Esto nos sitúa cerca de los abordajes sociológicos que privilegian los fenómenos de nivel “micro”, tales como el interaccionismo

simbólico, la etnometodología y la fenomenología. Ello a su vez supone una decisión de incluir en el análisis la dimensión subjetiva de los individuos pues, tal como postulan estos enfoques, la interacción social se explica a partir de la definición que los actores hacen de sus propias situaciones y circunstancias. Esto, por último, traduce una necesidad de adoptar los métodos que estas tradiciones sociológicas han privilegiado: los métodos cualitativos. Si este razonamiento es correcto, entonces, es posible postular que el estudio del apoyo social requiere de verse enriquecido con métodos de análisis y marcos teóricos hasta ahora desaprovechados. Métodos como la observación participante, el análisis de discurso, las entrevistas etnográficas y los grupos focales, permiten centrar el nivel de indagación en la dimensión subjetiva de los actores; y marcos teóricos como los mencionados arriba permiten interpretar lo observado a través de esos métodos con miras a establecer las vinculaciones existentes entre los fenómenos subjetivos y el orden social estructural.

La adopción de un abordaje como el propuesto permitiría, además, evitar caer en la trampa mencionada más arriba de estudiar el apoyo social a partir de observar lo que se puede medir ante la imposibilidad de medir lo que se quiere observar. Una cantidad importante de estudios sobre apoyo social ha privilegiado estrategias cuantitativas e incluso ha utilizado técnicas estadísticas para identificar con un alto grado de refinamiento dimensiones del apoyo social así como su asociación con el estado de salud de los individuos. Pero es necesario aceptar, ante el cúmulo de evidencias ya disponibles, que sólo unos aspectos del apoyo social pueden ser medidos a través de estrategias cuantitativas, mientras que otros aspectos requieren de tomar como punto de partida la evaluación que hacen los propios actores sobre este fenómeno. Por ejemplo, la “disponibilidad” de apoyo para un individuo ante una situación dada puede medirse tanto en términos *reales* (cuantificando el número de amigos que podrían prestar ayuda en una situación de emergencia), como en términos *virtuales* (esto es, caracterizando el apoyo del que el propio actor cree que dispone, independientemente de la realidad “objetiva”). El apoyo virtual puede tener efectos tan importantes en la salud como el apoyo real.

Se trata, en síntesis, de enriquecer la indagación sobre este fenómeno no sólo con el refinamiento de las estrategias de medición, sino también con la incorporación de los métodos de observación y análisis cualitativos.

CONCLUSION

Es importante estudiar al apoyo social como variable dependiente, y buscar sus determinantes en todos los niveles de la realidad social. Hasta ahora, el estudio del apoyo social no ha escapado a la tendencia (presente en algunas ramas de la psicología social y otras ciencias sociales) a «individualizar» el estudio de fenómenos sociales. Se ha identificado la necesidad de estudiar el apoyo social no sólo a nivel individual, sino a nivel estructural y comunitario³⁹. A un nivel estructural, debe darse prioridad a las variables clase social y género. Las investigaciones en esta dirección deben buscar enriquecer sus hipótesis con sólidos fundamentos teóricos, a modo de evitar caer en un empirismo sin sentido. Por ejemplo, una investigación de Turner y Marino⁵⁴ reconoce que sus hallazgos estadísticos en este tema no se corresponden con significancia teórica. Es importante, asimismo, considerar al apoyo social como un constructo de extrema complejidad compuesto por varias dimensiones. Algunas de estas dimensiones podrían ser estudiadas mejor que otras desde el punto de vista de sus determinaciones estructurales. Si aceptamos que existen varias dimensiones dentro del apoyo social, podemos entender ciertas evidencias aparentemente contradictorias más bien como complementarias. Por ejemplo, se ha documentado que los grupos sociales de nivel bajo tienen más acceso a relaciones de apoyo que los miembros de clases sociales altas⁴³. De hecho, puede ser que sólo algunas dimensiones del apoyo social,

que aparecen en interacciones informales, sean más frecuentes entre las clases sociales bajas, mientras que otras dimensiones del apoyo social, como la atención, que tiene lugar sobre todo en interacción formalizada, puede ser más frecuente entre las clases sociales altas. La atención también está determinada por la condición de género de los individuos: esta sociedad socializa a las mujeres para que brinden atención y a los hombres para que la reciban¹⁹.

El estudio del apoyo social, en tanto variable dependiente, debe semejarse al de otras variables complejas, como por ejemplo el estrés. La diferenciación entre estrés episódico y estrés crónico ha constituido un avance significativo hacia la comprensión de ese fenómeno. De igual manera, la diferenciación de las diversas dimensiones del apoyo social puede ser muy relevante. El apoyo social, en tanto episodio, en tanto recurso que se busca en caso de necesidad, debe ser diferenciado del apoyo social que «se percibe rutinariamente como información», y que está determinado estructuralmente tanto por la condición de clase como por la condición de género de los individuos.

Cabe esperar que en nuevas investigaciones será posible distinguir diversas formas de apoyo social y las diversas fuentes de cada una. Más aún, deberá ser posible combinar métodos estadísticos de alto grado de sofisticación, con métodos cualitativos de alto nivel de conceptualización. Como señala Mechanic³⁶, la combinación de ambos tipos de métodos «constituye la estrategia de largo plazo más constructiva dentro de la sociología médica».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDER, J. C.; GIESEN B.; MUNCH, R.; SMELSER, N. J., ed. *The micro-macro link*. Los Angeles, University California Press, 1987.
2. BARRERA, M. JR. Distinctions between social support: concepts, measures, and models. *Am. J. Community Psychol.*, **14**:117-28, 1986.
3. BERKMAN, L. F. & SYME, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County Residents. *Am. J. Epidemiol.*, **109**:186-204, 1979.
4. BERKMAN, L.F. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen, S. & Syme, L. (ed), *Social support and health*. New York, Academic Press, 1985. p. 241-62.
5. BRONFMAN, M.; LOPEZ, E.; TUIRAN, R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. In: *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México, D.F., El Colegio de México, 1984. v. 1, p. 187-219.
6. BROWN, B.B. Social and psychological correlates of help-seeking behaviour among urban adults. *Am. J. Community Psychol.*, **6**:425-39, 1978.
7. CASSEL, J. Psychosocial processes and «stress»: theoretical formulations. *Int. J. Health Serv.*, **4**: 471-82, 1974.
8. CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am. J. Epidemiol.*, **104**:107-23, 1976.
9. CETINA, K. K. & CICOUREL, C. V. *Advances in social theory and methodology: towards an integration of micro-macro sociologies*. Boston, Routledge and Kegan Paul, 1981.
10. COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.*, **38**:300-14, 1976.
11. COHEN, S. & MCKAY, G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In: Baum, A.; Singer, J.E.; Taylor, S.E. ed. *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, Erlbaum, 1984. v. 4. p. 253-67.
12. COHEN, S. & SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: Cohen, S. & Syme, S. L.(ed), *Social support and health*. New York, Academic Press, 1985. p. 4.

13. COHEN, S. & WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*, **98**: 310-57, 1985.
14. DEAN, A. & LIN, N. The stress-buffering role of social support. *J. Nervous Mental Dis.*, **165**:3403-17, 1977.
15. DERBER, C. *The pursuit of attention: power and individualism in everyday life*. Oxford, Oxford University Press, 1979.
16. DURKHEIM, E. *El suicidio*. México, D.F., UNAM, 1983.
17. ENSEL, W. M. Social class and depressive symptomatology. In: Lin, N.; Dean, A. ; Ensel, W.M.ed. *Social support, life events, and depression*. New York, Academic Press, Inc., 1986. p. 249-66.
18. FELTON, B. J. & SHINN, M. Social integration and social support: moving 'social support' beyond the individual level. *J. Community Psychol.*, **20**:103-15, 1992.
19. FISHMAN, P.M. Interaction: the work women do. *Soc. Probl.*, **25**:397-406, 1978.
20. GOFFMAN, E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1989.
21. GORE, S. The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *J. Health Soc. Behav.*, **19**:157-65, 1978.
22. GORE, S. Stress-buffering functions of social support: an appraisal and clarification of research models. In: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. ed. *Stressful life events and their contexts*. New York, PRODIST. 1981. p. 114-35.
23. GORE, S. Social support and styles of coping with stress. In: Cohen, S. & Syme, S. L. ed. *Social support and health*. New York, Academic Press. 1985. p. 263-80.
24. HOUSE, J.S. *Work stress and social support*. Massachusetts, Addison-Wesley, 1981.
25. HOUSE, J.S.; LANDIS, K. R.; UMBERSON, D. Social relationships and health. *Science*, **241**:540-5, 1988.
26. HOUSE, J. S.; UMBERSON, D.; LANDIS, K. R. Structures and processes of social support. *Ann.Rev. Sociol.*, **14**: 306, 1988.
27. HOUSE, J. S.; KESSLER, R. C.; HERZOG, A. R.; KINNEY, A.M.; MERO, R. P.; BRESLOW, M. J. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Q.*; **68**:383-411, 1990.
28. HOUSE, J. S.; KESSLER, R. C.; HERZOG, A.R.; KINNEY, A. M.; MERO, R. P.; BRESLOW, M. J. Social stratification, age and health. In: Warner, S. K.; Blazer, D.; House, J. S. *Aging, health behaviours, and health outcomes*. Hillside, Lawrence Erlbaum Assoc., 1992.
29. KAPLAN, H.B., ed. *Psychosocial stress: trends in theory and research*. New York, Academic Press, 1983.
30. KEIRSE, M. J. N. C.; GRANT, A.; KING, J. F. Preterm labor. En Chalmers, I.; Enkin, M.; Keirse, M. eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York. Oxford Univ. Press, 1989. p. 694-745.
31. KOHN, M. L. Class, family, and schizophrenia: a reformulation. *Soc. Forces*, **50**: 301, 1972.
32. LIBERATOS, P.; LINK, B. G.; KELSEY, J. I. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol. Rev.*, **10**:87-121, 1988.
33. LIEM, R. & LIEM, J. Social class and mental health illness reconsidered: the role of economic stress and social support. *J. Health Soc. Behav.*, **19**:139-56, 1978.
34. MATT, G. & DEAN, A. Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *J. Health Soc. Behav.*, **34**:187-200,1993.
35. McLEOD, J. D. & KESSLER, R. C. Socioeconomic Status differences in vulnerability to undesirable life events. *J. Health Soc. Behav.*, **31**:169, 1990.
36. MECHANIC, D. Medical sociology: some tensions among theory, method, and substance. *J. Health Soc. Behav.*, **30**:147-60, 1989.
37. MULLER, D. P. Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Soc. Sci. Med.*, **14A**:148, 1980.
38. PEARLIN, L. I. & SCHOOLER, C. The structure of coping. *J. Health Soc. Behav.*, **19**:2-21, 1978.
39. PEARLIN, L. I. Social structure and processes of social support. In: Cohen, S. & Syme, S. L. ed. *Social support and health*. New York, Academic Press, 1985. p. 43-60.
40. PEARLIN, L. I. The sociological study stress. *J. of Health Soc. Behav.*, **30**:251, 1989.
41. SENNET, R. & COBB, J. *The hidden injuries of class*. New York, Knopf, 1973.
42. SMITH, B. Competence and socialization. In: Clausen, J. ed. *Socialization and society*. Boston, Little Brown Co. 1968. p. 270-320.
43. STACK, C. *All our kin: strategies for survival in a black community*. New York, Harper and Row, 1974.
44. TARDY, Ch. H. Social support measurement. *Am. J. Community Psychol.*, **13**:27-36, 1985.
45. THOITS, P.A. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. Health Soc. Behav.*, **23**:145-59, 1982.
46. THOITS, P.A. Multiple identities and psychological well-being: a reformation and test of the social isolation hypothesis. *Am. Sociol. Rev.*, **48**:174-87, 1983.
47. THOITS, P.A. Social support processes and psychological well-being: theoretical possibilities. In: Sarason, I.G. & Sarason, B. ed. *Social support theory, research and applications*. The Hague, Martinus Nijhof, 1985. p. 51-72.
48. THOITS, P. A. Stress, coping, and social support processes: where are we? what next? *J. Health Soc. Behav.* (extra issue):53-79,1995.

49. TIJHUIS, M. A.R.; FLAP, H. D.; FOETS, M.; GROENEWEGE, P. P. Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event. *Soc. Sci. Med.*, **40**:1513-26, 1995.
50. TURNER, H. A.; HAYS, R. B.; COATES, T. H. Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *J. Health Soc. Behav.*, **34**:37-53, 1993.
51. TURNER, R.J. Social support as a contingency in psychological well-being. *J. Health Soc. Behav.*, **22**:357-67, 1981.
52. TURNER, R. J. & NOH, S. Class and psychological vulnerability among women: the significance of social support and personal control. *J. Health Soc. Behav.*, **24**:2-15, 1983.
53. TURNER, R. J. Measuring social support: issues of concept and method. In: Veiel, H. & Baumann, U. ed. *The meaning and measurement of social support*. Washington, Hemisphere Publishers, 1990. p. 69-76.
54. TURNER, R. J. & MARINO, F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J. Health Social Beh.*, **35**: 193-212, 1994.
55. VAUX, A. The assessment of social support. Frankfurt, 1990. [Trabajo presentado en el Simposium Internacional. The Meaning and Measurement of Social Support, Frankfurt, Alemania, 1990, p. 6].
56. VILLAR, J.; FARNOT, U.; BARROS, F.; VICTORA, C.; LANGER, A.; BELIZAN, J. The lack of effect of psychosocial support during pregnancy on birthweight, gestational age and maternal health. *N. Engl. J. Med.*, **327**:1266-71, 1992.
57. WELLMAN, B. Applying network analysis to the study of social support. In: Gottlieb, B. H. ed. *Social networks and social support*. Los Angeles, Sage Publications, 1981. p. 171-200. (Sage Studies in Community Mental Health, 4).
58. WHEATON, B. Models for the stress-buffering functions of coping resources. *J. Health Soc. Behav.*, **26**:352-64, 1985.