

APOYO SOCIAL Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN POBLACIÓN NO INSTITUCIONALIZADA DE MÁS DE 60 AÑOS

J. Ferrando / M. Nebot / C. Borrell / L. Egea
Institut Municipal de la Salut (IMS) Barcelona

Resumen

Objetivos. Describir el grado de apoyo social en una muestra de la población no institucionalizada de más de 60 años de Barcelona, y analizar las relaciones entre el apoyo social y la salud percibida.

Métodos. Se analizan los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992. Junto a las variables sociodemográficas y el estado de salud percibido, se analizan diversas medidas de apoyo social, basadas principalmente en la existencia y número de personas disponibles en el entorno en caso de necesidad para apoyo instrumental y emocional, y en la necesidad percibida de ayuda para el cuidado personal y las necesidades cotidianas.

Resultados. En el período de estudio se entrevistaron en el domicilio del encuestado 1.156 personas de edad igual o superior a 60 años. Un 20% de los encuestados (28,9% entre las mujeres) declararon vivir solos, mientras que un 28,2% (41,7% entre las mujeres) eran viudos. El 43% de las personas declaraban disponer de un apoyo social extenso, y un 51% manifestaban disponer de un apoyo emocional suficiente en el entorno inmediato. Los hombres con menor apoyo emocional presentaron una peor percepción del estado de salud (OR= 2,7, IC 95%=1,3-5,5). Entre las mujeres, únicamente la necesidad de ayuda para las tareas de la vida cotidiana se asoció a un peor estado de salud percibido (OR=6,3, IC 95%=3,2-12,4).

Conclusiones. A pesar de que las mujeres de más de 60 años viven solas en una proporción muy superior, la disponibilidad de apoyo instrumental o emocional no se asocia a la salud percibida. En los hombres de ese grupo de edad únicamente la falta de apoyo emocional se asocia a un peor estado de salud percibido.

Palabras clave: Apoyo social. Ancianos. Estado de salud.

SOCIAL SUPPORT AND PERCEIVED HEALTH IN NON-INSTITUTIONALIZED POPULATION AGED 60 AND OVER

Summary

Objectives. The purpose of this study is to describe the degree of social support in a sample of non-institutionalized population aged 60 and over and to explore possible relations between social support and perceived health.

Methods. We analyse data coming from Barcelona 1992 Health Survey. Sociodemographic and perceived health variables are analysed together with several social support variables based on the presence and number of available people for instrumental and emotional support necessity and perceived aid need for personal care and daily needs.

Results. In the study period, 1156 subjects aged 60 and over were interviewed at home. 20% of the sample (28.9% were women) lived alone and 28.2% (41.7% were women) were widowed. 43% had an extensive social support and 51% had a good emotional support. The men with less emotional support had a worse perceived health (OR=2.7, IC 95%=1.3-5.5). Only aid need for daily works in women was associated with worse perceived health (OR=6.3, IC 95%=3.2-12.4).

Conclusions. Instrumental and emotional support availability weren't associated with perceived health in women in spite of they lived alone in a greatest proportion. In men, only emotional support absence was associated with worse perceived health.

Key words: Social support. Elderly. Health status.

Correspondencia: J. Ferrando. Institut Municipal de la Salut. Pl. Lesseps 1. 08023 Barcelona
Este artículo fue recibido el 9 de febrero de 1995 y fue aceptado tras revisión el 23 de noviembre de 1995.
Estudio financiado parcialmente por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente 93-518).

Introducción

En diversas investigaciones se ha constatado que la presencia de un extenso y eficaz apoyo social influye positivamente en el desarrollo del estado de salud y la longevidad de las personas¹. La definición del apoyo social en estos estudios no siempre es coincidente. En algunos trabajos se presenta el apoyo social como la interacción que establece el individuo con su red de contactos sociales²; así el apoyo social incluiría aspectos específicos de apoyo emocional y apoyo material. También se define el apoyo social³ como una transacción interpersonal relacionada con el afecto y la ayuda. Otros investigadores lo definen a partir de los compromisos establecidos entre individuos y grupos sociales con la finalidad de movilizar recursos psicológicos y materiales frente a la adversidad⁴.

Se han realizado diversos estudios de seguimiento de población general en los cuales se ha estudiado la relación entre la presencia del apoyo social y la disminución de la mortalidad⁵⁻⁹. También se han llevado a cabo investigaciones centradas en la población anciana relacionando la presencia del apoyo social con la disminución de la mortalidad^{2,10-15}, la mejoría del estado de salud¹⁶ y la disminución de la sintomatología depresiva¹⁷⁻¹⁹ o psicósomática²⁰. En la mayoría de estudios con población anciana, el apoyo social se ha estudiado mediante cuestionarios que incluían preguntas sobre apoyo emocional, informático y material como la frecuencia de contactos con familiares o amigos, la disponibilidad de relaciones vecinales, el grado de participación en actividades sociales y la pertenencia a asociaciones recreativas.

Los objetivos de este estudio fueron describir la estructura de convivencia, el nivel de apoyo social y el estado de salud percibido en una muestra de población no institucionalizada de Barcelona de 60 o más años de edad. Identificar aquellas variables relacionadas con el apoyo social que influyen en la percepción del estado de salud en la gente mayor.

Sujetos y métodos

Se trata de un estudio transversal basado en los datos procedentes de las personas de 60 o más años de edad no institucionalizadas, que respondieron por sí mismas las preguntas del cuestionario principal de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992 (ESB92). La metodología de la ESB92 ha sido

descrita anteriormente²¹ aquí sólo se detallan sus principales características.

El universo estadístico de la ESB92 fue toda la población no institucionalizada de Barcelona ciudad. La unidad de la muestra del estudio fue el individuo. Se realizó un muestreo en cinco estratos obtenidos a partir de diecisiete variables sociodemográficas de cada una de las secciones censales del padrón municipal de habitantes de la ciudad de Barcelona del año 1986. Los efectivos de la muestra se extrajeron aleatoriamente pero introduciendo correcciones mediante cotas de edad y sexo; hubo un 9% de no respuestas que fueron compensadas con nuevas entrevistas. El tamaño de la muestra fue de 5000 individuos y la recogida de los datos se llevó a cabo entre febrero de 1992 y enero de 1993 por medio de un equipo de encuestadores no sanitarios. Para el análisis de los datos cada individuo era ponderado con un peso específico según el estrato a que pertenecía.

En el cuestionario principal se recogían variables demográficas e información sobre: morbilidad aguda y crónica, utilización de servicios sanitarios, estado de salud percibido, estudio de los estilos y condiciones de vida relacionados con la salud, prácticas preventivas de la población y apoyo social. De los datos recogidos en la ESB92, en este trabajo se utilizó la información de tipo sociodemográfico como la edad, sexo, nivel educativo, estado civil y tipo de convivencia y la información sobre el apoyo social y la percepción del estado de salud. El apoyo social se estudió mediante dos preguntas (Anexo 1) que hacían referencia al tamaño del apoyo social y a la presencia de apoyo emocional utilizadas en la Encuesta de Salud de Suiza del año 1989²². El tamaño del apoyo social proporcionó información sobre el número de vecinos o familiares a los cuales se podía recurrir para pedir un pequeño servicio o favor en caso de necesidad. La presencia de apoyo emocional se refería a la existencia de personas con las cuales se podía hablar en cualquier momento sobre problemas muy personales.

La necesidad de apoyo social se estimó por medio de dos preguntas que determinaban si se precisaba ayuda para realizar las necesidades de cuidado personal (necesidad de ayuda para el aseo personal, comer, bañarse o moverse dentro de la casa) y para realizar las actividades de la vida cotidiana (necesidad de ayuda para realizar las tareas diarias de la casa, ir al banco, ir a comprar o salir de casa por otros motivos); finalmente la percepción del estado de salud se investigó solicitando a los sujetos que calificaran su propio estado de salud (salud muy buena, buena, regular, mala o muy mala).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada según sexo. Personas de más de 60 años. Encuesta de Salud de Barcelona, 1992

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Intervalos de edad (años)						
60-64	137	27,5	181	27,4	317	27,4
65-69	147	29,6	172	26,1	319	27,6
70-74	99	19,9	139	21,1	238	20,6
75-79	66	13,2	85	12,9	151	13,0
80-96	48	9,7	83	12,6	131	11,3
Total	496	100,0	660	100,0	1.156	100,0
Nivel educativo*						
Estudios superiores	74	14,9	33	5,0	107	9,2
Estudios secundarios	91	18,5	66	10,0	157	13,6
Estudios primarios	128	25,8	148	22,4	276	23,9
Primarios incompletos	200	40,4	413	62,6	614	53,2
Total	494	100,0	660	100,0	1.154	100,0
Estado civil*						
Casado/a	420	84,7	306	46,4	726	62,8
Soltero/a	21	4,2	65	9,9	86	7,5
Viudo/a	51	10,2	275	41,7	325	28,2
Separado/a	4	0,8	13	1,9	17	1,5
Total	496	100,0	660	100,0	1.156	100,0

* $p < 0,01$ (hombres vs mujeres).

No respuesta entre un 0,1% y un 0,8%.

El análisis de los datos consistió en la descripción de la distribución de las variables sociodemográficas, de apoyo social y de percepción del estado de salud en ambos sexos y en un análisis bivariado de las variables sociodemográficas y de apoyo social con la percepción del estado de salud mediante la prueba del Chi cuadrado²³. También se construyeron diversos modelos multivariados por medio del análisis de la regresión logística con la finalidad de poder determinar la influencia conjunta de todas las variables sobre la percepción del estado de salud²⁴. Estos modelos se construyeron incluyendo en primer lugar todas las variables independientes, las cuales fueron posteriormente retiradas o no de dichos modelos en función de la colinealidad que presentaban entre ellas, la significación de los coeficientes y el cambio significativo de la *deviance*. Se realizaron modelos de regresión logística para hombres y mujeres por separado dada la interacción existente entre el sexo y las variables de apoyo social. La variable dependiente de dichos modelos fue la percepción del estado de salud, siendo la categoría de salud percibida como regular, mala o muy mala la que adoptó el valor de 1 y buena o muy buena el valor

0. Excepto la edad que se trató cuantitativamente, el resto de variables explicativas fueron tratadas de forma categórica.

Resultados

El total de personas entrevistadas en la ESB92 de edad mayor o igual a 60 años fue de 1215; de ellas participaron en este estudio un 95,1% (1156) que fueron las que pudieron responder por sí mismas el cuestionario principal de la ESB92. El 24,3% eran mayores de 75 años y un 57,2% eran mujeres. En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra. Cabe destacar que el 41,7% de las mujeres eran viudas, mientras que entre los hombres sólo eran viudos un 10,2%. El nivel de estudios fue bajo en el conjunto de la muestra (53,2% con la educación primaria incompleta) siendo esta situación más frecuente entre las mujeres (62,6%). Excepto para la edad, las diferencias entre ambos sexos respecto a las variables sociodemográficas resultaron ser todas ellas estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tabla 2. Descripción de las variables de apoyo social y estado de salud percibida según edad y sexo. Personas de más de 60 años. Encuesta de Salud de Barcelona, 1992

	Sexo											
	Hombres					Mujeres						
	Edad				Total	Edad				Total		
	60-74 años		75 +			60-74 años		75 +				
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Tamaño apoyo social												
4 personas	161	42,2	48	42,0	209	42,1	229	46,5	65	38,4	293	44,5
2-3 personas	113	29,5	27	23,4	139	28,1	143	29,1	51	30,0	194	29,3
1 persona	51	13,3	18	15,9	69	13,9	63	12,7	32	18,5	94	14,3
Ninguna persona	42	11,0	15	13,3	57	11,5	45	9,2	19	11,1	64	9,7
Total	382	100,0	114	100,0	496	100,0	492	100,0	168	100,0	660	100,0
Presencia apoyo emocional												
Extenso	185	48,3	49	42,9	234	47,1	270	54,9	87	51,7	357	54,1
Restringido	144	37,8	48	42,2	192	38,8	159	32,3	57	33,8	216	32,7
Ausente	31	8,2	16	14,2	47	9,6	45	9,1	21	12,7	66	10,1
Total	382	100,0	114	100,0	496	100,0	492	100,0	168	100,0	660	100,0
Necesidad apoyo cuidado personal												
No	375	98,2	103	90,2	478	96,3	473	96,1	153	91,1	626	94,9
Sí	6	1,6	10	8,8	16	3,3	14	2,9	15	8,9	29	4,4
Total	382	100,0	114	100,0	496	100,0	492	100,0	168	100,0	660	100,0
Necesidad apoyo vida cotidiana*												
No	369	96,6	102	89,6	471	95,0	455	92,5	134	79,9	590	89,9
Sí	13	3,4	12	10,6	25	5,0	33	6,6	34	20,1	66	10,1
Total	382	100,0	114	100,0	496	100,0	492	100,0	168	100,0	660	100,0
Convivencia*												
Pareja	186	48,9	69	61,0	255	51,7	181	37,1	34	20,2	215	32,8
Con hijos	152	39,9	30	26,5	182	36,8	132	27,0	61	36,2	193	29,4
Solo/a	28	7,2	12	10,9	40	8,1	135	27,5	56	33,3	191	29,0
Otros	15	3,9	2	1,6	17	3,4	41	8,4	17	10,3	58	8,9
Total	380	100,0	114	100,0	494	100,0	489	100,0	168	100,0	658	100,0
Estado de salud percibida*												
Muy bueno/Bueno	261	68,4	67	58,7	328	66,1	277	56,3	83	49,6	360	54,5
Regular/Malo/Muy malo	119	31,1	46	40,5	165	33,3	212	43,0	85	50,4	297	45,0
Total	382	100,0	114	100,0	496	100,0	492	100,0	168	100,0	660	100,0

*p<0,01 (hombres vs mujeres).

No respuesta entre un 0,2% y un 6%.

Respecto a las variables de apoyo social (Tabla 2), el 43% de la muestra tenían un apoyo social extenso (cuatro personas como mínimo) al que podían recurrir en caso de necesidad pero un 11,5% de los hombres y un 9,7% de las mujeres no tenían a nadie a quien recurrir. Por otro lado, un 51% de los sujetos presentaron un apoyo emocional extenso siendo el grupo de los hombres los que manifestaron un menor apoyo de este tipo y un 20% de los sujetos declararon vivir solos, situación más frecuente en el grupo de las mujeres que en el de los hombres (29%

y 8,1% respectivamente, p<0,01). A pesar de que mayoritariamente las personas entrevistadas no necesitaban apoyo ni para su cuidado personal (95,5%) ni para realizar las actividades de la vida cotidiana (91,8%), las mujeres necesitaban más ayuda que los hombres para solucionar estas últimas necesidades (10% y 5% respectivamente, p<0,01).

El estado de salud se percibió como muy bueno o bueno en el 59,9% del conjunto de la muestra, siendo un 45% de las mujeres las que percibían peor

Tabla 3. Relación entre variables de apoyo social y sociodemográficas con el estado de salud percibido (análisis bivariado y multivariado). Hombres de más de 60 años. Encuesta de Salud de Barcelona, 1992

	Total N= 496	Salud "Regular o mala" (%)	OR. c*	Intervalo de confianza de 95%	OR. a**	Intervalo de confianza de 95%
<i>Tamaño apoyo social</i>						
4 personas	209	29,7	1		1	
2-3 personas	139	30,3	1,0	0,6-1,6	1,2	0,7-2,0
1 persona	69	28,7	0,9	0,5-1,8	0,8	0,4-1,6
Ninguna persona	57	46,6	2,1	1,1-4,0	1,6	0,8-3,2
<i>Presencia apoyo emocional</i>						
Extenso	234	29,5	1		1	
Restringido	192	34,7	1,2	0,8-1,9	1,2	0,7-1,9
Ausente	47	47,7	2,1	1,0-4,3	2,7	1,3-5,5
No contestan	23					
<i>Necesidad apoyo cuidado personal</i>						
No	478	31,5	1		1	
Sí	16	94,1	32,7	4,4-670	32,49	3,7-278
<i>Necesidad apoyo vida cotidiana</i>						
No	471	31,5	1			
Sí	25	69,8	5,2	2,0-14,3		
<i>Convivencia</i>						
Pareja	255	36,2	1		1	
Con hijos	182	31,9	0,8	0,5-1,2	0,8	0,5-1,3
Solo/a	40	31,5	0,8	0,3-1,8	0,3	0,08-1,1
Otros	17	16,7	0,3	0,08-1,4	0,1	0,02-1,0
<i>Estado civil</i>						
Casado/a	420	33,3	1		1	
Soltero/a	21	28,5	0,8	0,2-2,2	1,8	0,3-8,7
Viudo/a	51	34,4	1,0	0,5-1,9	1,9	0,7-5,3
Separado/a	4	65,3	6,0	0,5-151	8,7	0,8-95,2
<i>Nivel educativo</i>						
Estudios superiores	74	27,1	1		1	
Estudios secundarios	91	23,7	0,8	0,3-1,7	0,76	0,3-1,6
Estudios primarios	128	35,1	1,4	0,7-2,8	1,18	0,5-2,3
Primarios incompletos	200	39,2	1,7	0,9-3,2	1,35	0,7-2,5

* Odds ratio no ajustada.

** Odds ratio ajustada por tamaño del apoyo social, presencia de apoyo emocional, necesidad de apoyo cuidado personal, convivencia, estado civil, nivel educativo y edad, según el modelo de regresión logística. variable dependiente: estado de salud percibida (1= regular, mala, muy mala; 0= buena, muy buena).

su estado de salud frente a un 33,3% de los hombres ($p < 0,01$). Tanto en hombres como en mujeres, se apreció que a medida que aumentaba la edad, los niveles de apoyo social y de estado de salud disminuían y aumentaban las necesidades de ayuda tanto para el cuidado personal (1,6% a 8,8%, $p < 0,01$ en hombres y 2,8% a 8,9%, $p < 0,01$ en mujeres) como para realizar las actividades de la vida cotidiana (3,4% a 10,6%, $p < 0,01$ en hombres y 6,6% a 20,1%, $p < 0,01$ en mujeres).

Al estudiar a nivel bivariado la relación entre las variables sociodemográficas y de apoyo social con

la percepción del estado de salud en los hombres (Tabla 3), se encontró una peor percepción de salud en los hombres que no tenían a nadie a quien recurrir en caso de necesidad (OR=2,1, IC=1,1-4,0), que declaraban tener escaso o nulo apoyo emocional (OR=2,1, IC=1,0-4,3), que necesitaban apoyo para su cuidado personal (OR=32,7, IC=4,4-670), o para realizar las actividades de la vida cotidiana (OR=5,2, IC=2,0-14,3), y con un bajo nivel educativo (OR=1,7, IC=0,9-3,2).

Al tener en cuenta todas las variables en el análisis de la regresión logística, se encontró que la

Tabla 4. Relación entre variables de apoyo social y variables sociodemográficas con el estado de salud percibido (análisis bivariado y multivariado). Mujeres de más de 60 años. Encuesta de Salud de Barcelona, 1992

	Total N=660	Salud "Regular o mala" (%)	OR c*	Intervalo de confianza de 95%	OR a**	Intervalo de confianza de 95%
<i>Tamaño apoyo social</i>						
4 personas	293	44,9	1		1	
2-3 personas	194	44,8	1	0,6-1,4	1	0,6-1,5
1 persona	94	47,5	1,1	0,6-1,7	1	0,6-1,7
Ninguna persona	64	39,2	0,7	0,4-1,4	0,6	0,3-1,3
<i>Presencia apoyo emocional</i>						
Extenso	357	42,5	1		1	
Restringido	216	48,2	1,2	0,8-1,8	1,2	0,8-1,8
Ausente	66	51,0	1,4	0,8-2,4	1,7	0,9-3,1
<i>Necesidad apoyo cuidado personal</i>						
No	626	43,8	1			
Sí	29	80,6	4,9	1,8-13,6		
<i>Necesidad apoyo vida cotidiana</i>						
No	590	41,6	1		1	
Sí	66	78,2	5,2	2,7-10,0	6,3	3,2-12,4
<i>Convivencia</i>						
Pareja	216	47,3	1		1	
Con hijos	193	41,6	0,8	0,5-1,2	0,7	0,4-1,3
Solo/a	191	50,3	1,1	0,7-1,7	1	0,4-2,2
Otros	58	32,4	0,5	0,2-1,0	0,5	0,2-1,5
<i>Estado civil</i>						
Casado/a	306	44,4	1			
Soltero/a	65	43,4	0,9	0,5-1,6	1	
Viudo/a	275	47,5	1,1	0,8-1,5	1,3	0,5-3,4
Separado/a	13	17,6	0,2	0,03-1,1	1,1	0,5-2,1
					0,2	0,03-1,1
<i>Nivel educativo</i>						
Estudios superiores	33	23,0	1		1	
Estudios secundarios	66	25,0	1	0,3-3,0	0,9	0,3-2,9
Estudios primarios	148	37,9	1,9	0,7-4,9	2	0,7-5,5
Primarios incompletos	413	52,8	3,4	1,4-8,6	3,4	1,3-8,9

* Odds ratio no ajustada.

** Odds ratio ajustada por tamaño del apoyo social, presencia de apoyo emocional, necesidad de apoyo cuidado personal, convivencia, estado civil, nivel educativo y edad, según el modelo de regresión logística. variable dependiente: estado de salud percibida (1= regular, mala, muy mala; 0= buena, muy buena).

falta de apoyo emocional (Tabla 3; OR=2,7, IC=1,3-5,5) y la necesidad de apoyo para el cuidado personal (OR=32,4, IC=3,7-278) eran las variables más relacionadas con la declaración de una regular, mala o muy mala percepción del estado de salud en los hombres.

Las mujeres que necesitaban apoyo para su cuidado personal (Tabla 4; OR=4,9, IC=1,8-13,6), para realizar las actividades de la vida cotidiana (OR=5,2, IC=2,7-10,0) y con menor nivel educativo (OR=3,4, IC=1,4-8,6) eran las que declaraban una peor percepción de su estado de salud según el análisis bivariado. En el análisis multivariado la ne-

cesidad de apoyo para las actividades de la vida cotidiana (OR=6,3, IC=3,2-12,4) y un nivel educativo bajo (OR=3,4, IC=1,3-8,9), fueron las variables que más se relacionaron con la declaración de una regular, mala o muy mala percepción del estado de salud en las mujeres.

Discusión

En este trabajo se estudia el apoyo social mediante dos preguntas que proporcionan una aproxi-

mación del tamaño del apoyo social y de la presencia de apoyo emocional. Se escogieron estas preguntas ya que se disponía de información sobre su utilización en la Encuesta de Salud de Suiza de 1989²², de características similares a la ESB92. En nuestro estudio se seleccionó a los sujetos a partir de 60 años para poder aumentar el tamaño de la muestra y también para disponer de sujetos que aún no se hubieran jubilado (mayoritariamente a partir de los 65 años) y así tener la oportunidad de compararlos en relación al apoyo social. En conjunto, casi la mitad de la población estudiada declaró tener un apoyo social extenso. A pesar de ello, un 10% de la muestra no tenía a nadie a quien poder recurrir. En el aspecto emocional, más de la mitad de los encuestados manifestaron encontrar suficiente apoyo en otras personas, aunque también cerca de un 10% no tenían a nadie a quien hablar de problemas personales. Así pues, aunque mayoritariamente los sujetos encuestados manifestaron poseer apoyo social tanto en número de personas como en el aspecto emocional, apareció un conjunto de personas que manifestaban no disponer de ningún apoyo.

La mayoría de los encuestados declararon tener una salud muy buena o buena, siendo las mujeres las que presentaban una peor percepción de su estado de salud. Al estudiar conjuntamente la relación entre las variables sociodemográficas y de apoyo social con la percepción del estado de salud, se constató que la falta de apoyo emocional y la necesidad de apoyo para el cuidado personal eran las variables más relacionadas con una peor percepción del estado de salud en los hombres y la necesidad de apoyo para realizar las actividades de la vida cotidiana y a un nivel educativo bajo lo eran en las mujeres. A pesar de la estrecha relación existente entre la necesidad de apoyo social y el estado de salud, la inclusión de la necesidad de apoyo en los modelos multivariados no afectó las asociaciones encontradas entre las variables de apoyo social y estado de salud las cuales no se modificaron estuvieran o no presentes en los modelos las variables de necesidad de apoyo.

Para determinar el nivel socioeconómico de las personas entrevistadas se utilizó su nivel educativo, ya que la utilización de otra información socioeconómica recogida en la ESB92, como la última ocupación desarrollada (o la del cónyuge en el caso de las amas de casa), presenta serias limitaciones cuando proceden de personas de edad avanzada²⁵. Sólo se ha encontrado relación entre un nivel educativo bajo y una mala percepción del estado de salud en las mujeres aunque en los hombres la tendencia era similar; todo ello apunta a que los niveles socioeconómicos bajos se relacionarían con una peor percepción del estado de salud.

La presencia del apoyo social no se asoció con la percepción del estado de salud de igual forma en ambos sexos. Únicamente la falta de apoyo emocional se asociaba con una peor percepción de la salud en los hombres. Estos resultados coinciden con la tendencia descrita en diversas investigaciones sobre el apoyo social y mortalidad^{6,7,9,12} en las cuales el apoyo social influía más en la salud de los hombres que en las de las mujeres aunque también en otros trabajos^{5,8,11,15-17} esta relación entre apoyo social y mortalidad era similar en ambos sexos. En una de estas investigaciones⁹ se señala como posible explicación de las diferencias entre sexos las carencias que presentan los instrumentos que miden el apoyo para detectar todos sus aspectos protectores sobre todo en las mujeres. Verificar esta hipótesis implicaría⁹ definir con mayor precisión cuáles son los aspectos más determinantes del apoyo social sobre salud y cómo varía su influencia entre los subgrupos de población.

Respecto a la relación entre tamaño del apoyo social y la percepción del estado de salud en ancianos, los resultados de este estudio no son consistentes con los descritos ni en los estudios transversales de apoyo social en ancianos y sintomatología depresiva¹⁹ o psicósomática²⁰ ni en los longitudinales de apoyo social y bienestar psicológico¹⁶, sintomatología depresiva^{17,18} o mortalidad en ancianos^{2,10-15} en todos los cuales se encontró una asociación entre la presencia del apoyo social y la disminución de la morbimortalidad de la población estudiada. Hay que señalar que la comparación de los resultados de este trabajo con la mayoría de investigaciones de apoyo social en ancianos está sujeta a importantes limitaciones debidas tanto al diseño transversal de nuestro estudio, ya que las únicas investigaciones de tipo transversal referenciadas^{19,20} estudian la relación entre apoyo social y trastornos de tipo psicológico y no percepción del estado de salud, como al hecho de que la mayoría de las investigaciones sobre apoyo social en ancianos se realizan con diseños longitudinales en los cuales se estudia el apoyo social respecto a la mortalidad. Para poder suplir estas limitaciones actualmente se está llevando a cabo un estudio de seguimiento con las personas de 60 o más años entrevistadas en la ESB92, con el objeto de poder determinar la relación entre el apoyo social y estado de salud y mortalidad a los dos años de ser encuestados.

Por otro lado, la falta de relación entre el tamaño del apoyo social y la percepción del estado de salud puede residir también en la propia definición de apoyo social que aquí se utilizó la cual, al contrario que en las investigaciones revisadas, se limitó a una sola pregunta sobre el número de vecinos a los

cuales se podía recurrir en caso de necesidad. Probablemente una definición más extensa y completa del tamaño del apoyo social, como la presentada en las investigaciones tanto de diseño transversal como longitudinal, en las cuales se incluían aspectos relacionados con el número y frecuencia de contactos familiares, sociales, vecinales, pertenencia a entidades recreativas, etc. permitiría concretar más la influencia del apoyo social en el estado de salud. Entre las limitaciones analíticas de este trabajo cabe destacar el número reducido de algunos efectivos que originó que los intervalos de confianza de algunas variables fueran muy extensos. Por otro lado a pesar de que las variables de necesidad de apoyo están muy relacionadas con la percepción del estado de salud, su inclusión en los modelos multivariados no afectó las asociaciones encontradas entre las variables de apoyo social y el estado de salud percibido.

Los resultados aquí presentados deben valorarse teniendo en cuenta diversas limitaciones además de las ya señaladas. Una de ellas es que la ESB92 fue concebida como una fuente de información sanitaria que permitiera obtener información sobre aspectos generales relacionados con la morbilidad

percibida, actitudes, hábitos y condiciones de vida de la población y utilización de servicios sanitarios y no como una encuesta específica de apoyo social. Las preguntas relacionadas con el apoyo social, probablemente fueron escasas y de índole muy general para valorar suficientemente un fenómeno complejo como el de la relación entre apoyo social y percepción del estado de salud, es por ello que la realización de estudios más exhaustivos centrados en el apoyo social y la salud ayudarían a esclarecer la relación que hay entre ambos.

Los resultados del estudio ponen de relieve una extensa red de apoyo social para la gran mayoría de las personas encuestadas incluidas las que, como una proporción elevada de mujeres, viven solas o han enviudado. Es preciso en el futuro disponer de datos prospectivos sobre la influencia longitudinal tanto de la situación de convivencia como de aspectos específicos del apoyo social en la salud.

Agradecimientos

A Carmen Álvarez e Inés Brutau por su estimable colaboración en la gestión de los datos.

Bibliografía

1. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationship and health. *Science* 1988; 241: 540-5.
2. Hanson BS, Isacson SO, Janzon L, Lindell SE. Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of "Men born in 1914" Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol* 1989; 130: 100-11.
3. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Warner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, Heyden S, Tibblin G, Gehlbach SH. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 5: 521-37.
4. Israel BA. Social networks and health status: linking theory, research, and practice. *Patient counseling health education* 1982; 4: 65-79.
5. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
6. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 1213-40.
7. Schoenbach VJ, Kaplan BH, Fredman L, Kleinbaum DG. Social ties and mortality in Evans county, Georgia. *Am J Epidemiol* 1986; 123: 577-91.
8. Orth-Gomer K, Johnson JV. Social network interaction and mortality. *J Chron Dis* 1987; 40: 949-57.
9. Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme L, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 370-80.
10. Welin L, Svärdsudd K, Ander-Peciva S, Tibblin G, Tibblin B, Larsson B. Prospective study of social influences on mortality: the study of men born in 1913 and 1923. *Lancet* 1985; 1: 915-8.
11. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982; 115: 684-94.
12. Olsen RB, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrom B. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Soc Sci Med* 1991; 33: 1189-95.
13. Steinbach U. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *J Gerontol* 1992; 47: 5183-90.
14. Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social networks ties and mortality among the elderly in the Alameda county study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 714-23.
15. Jylhä M, Aro S. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 158-64.
16. Weinberer M, Hiner SL, Tierney WM. Assessing social support in elderly adults. *Soc Sci Med* 1987; 25: 1049-55.
17. Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 356-68.
18. Grant I, Patterson TL, Yager J. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1254-8.
19. Goldberg EL, Natta PV, Comstock GW. Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 448-56.
20. Ho SC, Donnan SP, Sham A. Psychosomatic symptoms, social support and self worth among the elderly in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 1988; 42: 377-82.
21. Borrell C, Arias A, Barabda L, Lozares C. *Manual Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Àrea de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, 1992.
22. Enquête auprès de la population. *La santé et la promotion de la santé. Etude intercantonaux sur les indicateurs de santé*. IGIP-PROMES, eds. 1989.

23. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company Inc, 1982.

24. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1989.

25. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews* 1988; 10: 87-121.

Anexo 1. Preguntas de Apoyo Social de la Encuesta de Salud de Barcelona 1992 utilizadas en este estudio

A) Tamaño del Apoyo Social:

¿ A cuantos vecinos puede dirigirse, sin cumplidos, para pedir un pequeño servicio o favor o pedir prestada una herramienta o utensilio para la casa?

A ninguno

A 1 persona o familia

A 2 o 3 personas o familias

A 4 personas o familias como mínimo

No lo sabe

No respuesta

B) Presencia de Apoyo Emocional:

Entre las personas cercanas a usted. ¿hay alguna con la que pueda hablar en cualquier momento, sobre problemas muy personales?

Sí, diversas

Sí, una persona

No

No lo sabe

No respuesta

