

## GRUPOS DE APOYO SOCIAL DIRIGIDOS A PERSONAS DIABÉTICAS

Perles-Novas F y Gómez-Jacinto L

*Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad.*

*Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.*

### RESUMEN

Diversos estudios apoyan la utilización de los grupos de apoyo social en diferentes enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes. En el presente artículo se presenta una revisión de los estudios que han analizado los beneficios de este tipo de intervención sobre las personas diabéticas. También se expone un trabajo realizado con cuatro grupos de apoyo social dirigidos a diabéticos jóvenes. En esta investigación se evaluaron antes y después de la intervención diferentes variables de salud y ajuste psicosocial, así como diferentes indicadores de apoyo social. Entre los principales resultados de este trabajo se evidencia, tras la intervención, un mayor ajuste entre la importancia y la satisfacción con diferentes formas de apoyo social.

**Palabras clave:** diabetes, apoyo social, grupos

### ABSTRACT

Numerous studies endorse the use of social support groups for patients with chronic diseases such as diabetes. In this article we present a review of those studies that have analysed the benefits of this type of intervention in diabetes sufferers. We also present our research findings on four social support groups aimed at young diabetics. Several health and psychosocial adjustment variables and social support indicators were analysed before and after the intervention. The

results demonstrate that after intervention there is a greater adjustment between the perceived importance and satisfaction in relation to the different kinds of social support.

**Keywords:** diabetes, social support, groups

## INTRODUCCIÓN

*"Muchas personas con enfermedades crónicas tienen continuos problemas, algunos de los cuáles no pueden ser solucionados por los servicios formales del cuidado de la salud... Los grupos de apoyo constituyen una forma poderosa y constructiva de favorecer que las personas se ayuden tanto a sí mismas como a otras personas"* (Seevers 1991, p. 401). Según datos aportados por la Asociación Americana de Diabetes (A.D.A.) existen más de ochocientos grupos de apoyo social para diabéticos en Estados Unidos, los cuáles se dirigen hacia una mejora de la educación, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento para aprender a vivir con la diabetes y sus complicaciones, y a un desarrollo de la motivación para mejorar el control.

Los grupos de apoyo social son una de las estrategias de intervención que se han aplicado al campo de la diabetes, pero existen escasos estudios que hayan analizado sus efectos. Seevers (1991) realizó un trabajo de carácter descriptivo-exploratorio sobre la organización, el modo de trabajo, y en definitiva los elementos predictores de éxito en los grupos de apoyo social de diabéticos. Para ello reunió a todos los grupos de este tipo que estaban funcionando, en el momento de la investigación, en Colorado, que sumaron un total de veinte. Los grupos eran heterogéneos en cuanto a su duración total, la frecuencia de las reuniones, la duración de las mismas y el lugar donde se desarrollaban. Seevers (1991) concluye que siguen existiendo muchos interrogantes sobre los elementos responsables de la eficacia de los grupos de apoyo social, aunque lo que si parece darse es una necesidad de participación profesional en la iniciación de los grupos; pero es posible que para satisfacer sus necesidades a lo largo del tiempo requieran un funcionamiento más informal, dirigido por sus propios miembros. Kelleher (1990, 1991) realizó un estudio con ocho grupos de autoayuda para diabéticos con el objetivo de esclarecer la función que dichos grupos desempeñan en el cuidado continuo de las personas que padecen diabetes. Los grupos fueron de nueva creación y se valoraron mediante la observación, la realización de entrevistas tanto informales como semiestructuradas, y cuestionarios. El principal resultado obtenido fue que los grupos de autoayuda de diabetes aportan un espacio para una relación interpersonal de las personas diabéticas, permitiendo abordar mediante la comunicación personal una serie de temas de interés mutuo que no son tratados por los servicios formales. Kelleher (1991) argumenta que los grupos de apoyo social ofrecen la

oportunidad de intercambiar experiencias e información y, al compartir, aportan un tipo de apoyo que no es ofrecido por los profesionales responsables del cuidado de la salud.

Otros estudios han profundizado más en los beneficios de los apoyo social para las personas diabéticas, centrándose en grupos de edad. El estudio de Gilden et al. (1992) fue realizado con hombres diabéticos de edades comprendidas entre los 57 y los 82 años. Se formaron tres grupos: uno de ellos recibió un programa de educación de seis reuniones con una frecuencia semanal y a continuación un programa de apoyo social de 18 meses de duración en reuniones mensuales; el segundo grupo, únicamente recibió el programa de educación; y el tercer grupo fue de control. Los resultados mostraron que las personas que recibieron educación y apoyo social, puntuaron significativamente más alto que el grupo de control en conocimientos, calidad de vida, estrés e implicación familiar en el cuidado diario de la diabetes. También se encontró que el control metabólico fue peor en los sujetos que no recibieron ningún tratamiento frente a los otros dos grupos. Gilden et al. (1992) sugieren que los grupos de apoyo social dirigidos a diabéticos ancianos pueden tener un importante papel en el aumento de la adherencia y de la calidad de vida, fomentando los cambios en el estilo de vida.

Por otro lado, Crowe y Billingsley (1990) elaboraron un programa de intervención especial para diabéticos adolescentes. Se puso en práctica un campamento de fin de semana, donde se realizaron una amplia variedad de actividades al aire libre, intercalando sesiones de discusión de las experiencias diarias con la diabetes. Este método de trabajo favoreció la creación de cohesión grupal y una vez finalizado el campamento se consiguió que los adolescentes acudieran a reuniones mensuales, aunque manteniendo las actividades al aire libre y repitiendo el campamento de fin de semana una vez al año. Crowe y Billingsley (1990) afirman que el éxito de este programa reside fundamentalmente en su capacidad para responder a las necesidades de los adolescentes.

Maxwell, Hunt y Bush (1992) han estudiado los efectos de un grupo de apoyo social dirigido a pacientes diabéticos, tanto insulino-dependientes como no insulino-dependientes, sobre el control metabólico y variables psicosociales. Este programa tenía un carácter complementario con la educación. Las personas que participaron en el estudio realizaron un curso de entrenamiento sobre el manejo de la diabetes. Una vez finalizado el mencionado programa, participaron en un grupo de apoyo social. Los resultados mostraron mejores puntuaciones en algunas de las medidas de salud realizadas. Los grupos de apoyo social fueron valorados positivamente en medidas subjetivas, pero no se observaron mejoras en el control metabólico, el conocimiento, ni en el ajuste emocional. Este resultado indujo a los autores a pensar que los grupos de apoyo social podían aportar beneficios que no se vieron reflejados en las medidas objetivas utilizadas. Maxwell et al. (1992) concluyen que *"La naturaleza de los grupos de apoyo varía de reunión a reunión,*

*y de grupo a grupo, dependiendo de los participantes y de los facilitadores. Se debería intentar describir mejor el proceso del grupo de apoyo para poder comparar diferentes grupos y evaluar aquellos componentes que pueden ser beneficiosos." (p. 308).*

La revisión sobre los estudios realizados con grupos de apoyo social dirigidos a pacientes diabéticos pone de manifiesto la ausencia de conclusiones definitivas y la necesidad de realizar estudios que profundicen en los procesos de actuación de este tipo de intervención. En el presente estudio se han puesto en funcionamiento cuatro grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas insulino-dependientes. Se han considerado diferentes variables relacionadas con la adaptación a la diabetes. Dentro de estas variables se ha concedido especial atención al apoyo social. El objetivo último de este trabajo es obtener un mayor conocimiento sobre los beneficios que aportan los grupos de apoyo social a sus integrantes. Se espera que la participación en los mismos, mediante la actuación del apoyo social, genere un conjunto de cambios cognitivos, emocionales y conductuales, que posibiliten un mejor funcionamiento y una mejora de la calidad de vida. Los grupos de apoyo social se constituyeron como un complemento o continuación del programa educativo, donde se tratarían dificultades de carácter psicosocial asociadas a la diabetes. Los grupos se reunieron cada quince días durante dos horas. La duración total del programa osciló entre cuatro y seis meses. Los objetivos concretos que se plantearon fueron dar solución a problemas generales y particulares, ver temas específicos de educación, pidiendo colaboración a otros profesionales (endocrino, educador, etc.), si fuera necesario, y entrenamiento en habilidades sociales. Los facilitadores de los grupos fueron dos psicólogas, miembros del área de psicología social de la Universidad de Málaga. Se fomentó que los miembros del grupo fueran asumiendo progresivamente un mayor control, pasando el facilitador a ocupar un rol de apoyo y orientación. Todas las cuestiones fueron discutidas en una primera reunión de los grupos, donde se animó a los participantes para que aportaran sugerencias. Los temas, sugeridos por los participantes en las primeras reuniones, se abordaron de acuerdo a una dinámica interna. Cada reunión constaba de dos partes. En la primera mitad de la sesión, se tratarían cuestiones generales como la dieta y situaciones de riesgo, el deporte, los viajes, etc. La segunda mitad de cada sesión se dedicaría a la discusión de problemas específicos que demandaran los participantes. Cada reunión se desarrolló en función de los siguientes pasos:

- Planteamiento del tema, realizada por el miembro o miembros del grupo que lo sugirieron previamente, poniendo ejemplos concretos en caso de tratarse de cuestiones muy generales.
- Discusión de las cuestiones planteadas, aportando estrategias de afrontamiento de la situación planteada. Se pedía a los participantes que relataran experiencias propias y el tipo de resultados que obtuvieron. También se animaba a pensar en posibles formas de comportamiento en situaciones futuras similares. El

objetivo perseguido en esta fase era la discusión de los problemas psicosociales a los que se enfrentan a diario las personas diabéticas. Se esperaba que se activaran mecanismos de apoyo social, así como una difusión de la responsabilidad sobre las dificultades personales.

- Incorporación, como elemento de apoyo, de algunas técnicas psicológicas, como relajación, juego de roles, modelado, etc.
- Tratamiento de las cuestiones más específicas y personales. Estas fueron planeadas en el grupo. El tipo de intervención dependía de las características propias de cada problema. En todo momento se fomentó la participación del resto de los integrantes del grupo en la aportación de consejos, orientación y estrategias de afrontamiento.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar (Finnegan y Suler, 1985; Gilden et al., 1992; Hobfoll, 1985, 1988). Especial atención ha recibido su influencia sobre el mantenimiento de la salud y la protección frente al estrés. Se ha argumentado que el apoyo social fomenta la autoestima, el control percibido y la motivación para el autocuidado (Kelleher, 1990). Las primeras formulaciones teóricas establecieron un vínculo simple entre el apoyo social y la salud; de manera que la relación podía ser bien directa, o indirecta mediante la actuación protectora o amortiguadora del apoyo social frente al estrés. Progresivamente, se van elaborando modelos más complejos que introducen nuevos elementos para la comprensión del proceso de actuación del apoyo social, y se asume de forma cada vez más generalizada el mayor alcance explicativo de los modelos integradores, donde se recogen las interacciones entre variables psicológicas, sociales y situacionales. De acuerdo con estas tendencias teóricas, se hace necesario que las investigaciones que aborden el estudio de los efectos del apoyo social incluyan el análisis de otras variables que pueden estar implicadas en su proceso de actuación; lo que permitirá una comprensión completa de su influencia sobre la salud. Por otro lado, la investigación sobre los grupos de apoyo social se ha centrado en la búsqueda de los beneficios de este tipo de intervención, pero no se han realizado estudios que recojan el análisis de su principal componente, el apoyo social; así como, de su interacción con otras variables, lo cual podría aportar una explicación sobre su impacto en la salud y el bienestar. Partiendo de las consideraciones realizadas, y asumiendo que la principal aportación de tipo de intervención es el apoyo social, serán expuestas a continuación una serie de predicciones, de cuyo estudio esperamos que se genere un mayor conocimiento sobre los patrones de actuación del apoyo social en el contexto de los grupos de apoyo social y comprobar su eficacia para facilitar la adaptación a una enfermedad crónica como la diabetes. Las fuentes más cercanas y significativas de apoyo social se encuentran en el entorno donde habitualmente se

desarrollan las interacciones sociales; ocupando un lugar central el contexto familiar, social, y laboral y/o escolar. Se espera que la participación en los grupos de apoyo social genere un efecto positivo sobre: la adaptación familiar, social y laboral/escolar, tanto en las cuestiones generales como en aquellas más directamente relacionadas con la diabetes. Se ha resaltado la necesidad de incluir otras variables en el estudio del apoyo social, y ya se ha hecho referencia a algunas de ellas. Resulta indiscutible la relación que tradicionalmente se ha establecido entre el apoyo social y el estrés, lo cual implica a una tercera variable, el afrontamiento; entre ellas se han planteado diferentes formas de interacción (Kelleher, 1991; Maxwell et al., 1992; Pearson, 1990). También se ha reconocido la importancia de otras variables, como son el control percibido, la autoeficacia percibida, la adherencia al tratamiento y la satisfacción vital. Así pues, se espera que los grupos de apoyo social producirán los siguientes efectos positivos:

- Disminuyan la percepción de estrés y ansiedad.
- Fomenten el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento de la diabetes.
- Aumenten el sentimiento de autoestima y autoeficacia.
- Potencien la percepción de control sobre la salud y la diabetes.
- Faciliten una mayor adherencia al tratamiento.
- Generen un mayor grado de satisfacción vital.

Otra de las predicciones que se van a realizar está relacionada con la especificidad del apoyo social; es decir, la importancia de que las provisiones de apoyo respondan a las necesidades del receptor para que el apoyo social sea efectivo (Cutrona y Russell, 1990). Los grupos de apoyo social están especialmente diseñados para responder a las necesidades elicitadas por un mismo estresor. Mediante la actuación de mecanismos de ayuda mutua y comparación social, se espera que tras la intervención se dé un mayor ajuste entre la importancia y la satisfacción con los distintos tipos de apoyo social.

## MÉTODO

### Muestra

El estudio ha sido realizado con un total de cuatro grupos de apoyo social. El número de personas que ha completado el programa es el siguiente: seis sujetos en el grupo 1, cuatro sujetos en el grupo 2, seis sujetos en el grupo 3 y cinco sujetos en el grupo 4. En cuanto a la edad, ésta oscila: entre diecinueve y veinticinco años en el grupo 1, entre quince y diecinueve años en el grupo 2, entre veintitrés y treinta y siete en el grupo 3, y entre dieciséis y veintidós en el grupo cuatro. El grupo 1 se compone por dos varones y cuatro mujeres, el grupo 2 y el grupo 3 tienen igual

número de varones y mujeres, y en el grupo 4, tres son varones y dos mujeres. La muestra total se compone por veintiún sujetos, de los cuales el 81% son solteros y sólo un 19% están casados. En cuanto a la dedicación, el 61.9% son estudiantes, el 9.5% son funcionarios, el 14.3% trabajan en el sector de servicios, un 4.8% trabaja por cuenta propia y un 4.8% está desempleado. El nivel de estudios es el siguiente: el 19% tienen estudios primarios, el 28.6% tienen el graduado escolar, el 33.3% han finalizado las enseñanzas medias, y un 4.8% tiene título universitario de grado medio. En cuanto a lugar de residencia, el 52.4% viven en Málaga capital y el 42.4% en pueblos de la provincia.

### Instrumento

Para la medición de las variables se desarrollaron una serie de escalas. En cada una se incluían algunas cuestiones generales y otras directamente relacionadas con la diabetes. Para facilitar las respuestas, se incluían diferentes opciones como grados de acuerdo o niveles de frecuencia. La escala de adaptación está compuesta por cuatro subescalas: adaptación familiar (8 ítems), adaptación social (8 ítems), adaptación laboral (12 ítems) y adaptación escolar (10 ítems). Se ha recogido tres tipos de estrategias de afrontamiento, que consideramos relevantes, tanto por las características de la enfermedad en cuestión, como por la relación con el apoyo social: *Búsqueda de apoyo social*: utilización del apoyo emocional, informacional y material de las redes sociales como elementos de ayuda al afrontamiento de la diabetes (7 ítems); *Evitación cognitiva*: evitación de pensamientos sobre la diabetes (3 ítems) y *adaptación a la rutina diabética*: realización de cambios en relación a la dieta, el ejercicio, así como la adquisición comportamientos adecuados en cuanto a la autoadministración de insulina y la realización periódica de controles de glucosa (5 ítems). El *Control percibido sobre la salud y la diabetes* ha sido evaluado a partir de 9 ítems. Para evaluar el estrés percibido y la ansiedad se han utilizado 22 ítems. También se han recogido medidas de la autoestima y autoeficacia percibida (14 ítems), la adherencia a la rutina diabética (13 cuestiones) y la satisfacción vital, experimentada en diferentes condiciones vitales; concretamente en el trabajo, la relación con la familia, las relaciones sociales, la salud, la relación con la pareja, el manejo de la diabetes, la satisfacción consigo mismo, la vida en general y la relación con los amigos. La evaluación del apoyo social se realizó mediante la adaptación del cuestionario de Pearson (1990), *The Personal Support System Survey*. En dicho instrumento se recogen medidas estructurales y funcionales sobre doce formas concretas de apoyo social que pueden ser encuadradas en cuatro tipos de apoyo social: apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informacional y apoyo de valoración. Para la valoración de la dinámica interna de los grupos se elaboró un instrumento estructurado, donde se planteaban cuestiones abiertas y cerradas. El contenido de estas cuestiones estaba referido al nivel de

participación, la aportación de sugerencias y petición de orientación, la atención dedicada a los problemas planteados, la presencia de críticas y tensiones, etc.

### **Procedimiento**

La formación de los grupos de apoyo social fue realizada en función del criterio homogeneidad en la edad y haber realizado previamente un programa de educación en diabetes. Una vez finalizado el mencionado programa educativo, se tuvo un primer contacto con los participantes para ofrecerles participar en los grupos de apoyo social. Posteriormente, se convocó a todas las personas que estaban interesadas a una reunión informativa, donde se explicó de una forma más detallada el objetivo de los grupos de apoyo social y la dinámica que se seguiría en los mismos. En todos los grupos sus integrantes realizaron un listado de temas, junto con su correspondiente calendario, aunque en todo momento se mantuvo la flexibilidad en cuanto a la duración, la frecuencia y la cantidad de sesiones dedicadas a cada tema, y además la lista de temas estuvo abierta a nuevas demandas o sugerencias. Los grupos se reunieron cada quince días y cada sesión tuvo una duración aproximada de dos horas, donde la primera mitad era dedicada a tratar los temas generales de interés elegidos por los integrantes de cada grupo y en la segunda mitad se trataron problemas personales de los integrantes en el grupo a demanda personal. La puesta en funcionamiento de los grupos de apoyo social se ha realizado de acuerdo a un diseño antes-después, a partir de lo cual intentamos ver los efectos que la intervención, centrada en el desarrollo de los grupos de apoyo social, tenía sobre los participantes en los mismos. Las medidas de los grupos 1 y 2 fueron realizadas de forma paralela. Tras finalizar estos dos primeros grupos, se inició el grupo 3, y después de éste se desarrolló el grupo 4. El hecho de introducir cuatro grupos tenía como objetivo tener una mayor representación grupal que permitiera extraer conclusiones sobre los elementos comunes y diferenciales de la dinámica de funcionamiento de los grupos de apoyo social y de sus efectos. Las variables dependientes fueron medidas en la primera y última reunión de cada uno de los grupos.

### **RESULTADOS**

Los análisis estadísticos aplicados se han realizado a partir del paquete estadístico SPSS-PC+, utilizando pruebas no paramétricas. Para analizar la comparación entre las medidas realizadas antes y después de los grupos de apoyo social en las variables registradas se ha aplicado la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. La prueba de correlación de rango de Spearman ha sido utiliza-

da para observar las asociaciones que se han producido entre la importancia y satisfacción con los distintos tipos de apoyo social recogidos.

**Diferencias observadas entre las medidas realizadas antes y después del grupo de apoyo social en la muestra total**

Tal y como se observa en la tabla 1, las puntuaciones son más bajas, después de la participación en el grupo de apoyo social, en adaptación laboral (p: .043), adaptación escolar (p: .036), control percibido sobre la diabetes (p: .03) y estrés percibido ante la diabetes (p: .075). La puntuación ha sido más alta en la estrategia de afrontamiento de búsqueda y uso del apoyo social (p: .023). En el resto de las variables, no se han observado diferencias.

**Tabla 1.- Diferencias en las puntuaciones medias de las variables observadas antes y después de participación en los grupos de apoyo social.**

VARIABLES OBSERVADAS	Media 1	Media 2	Z	p
Adaptación familiar	3.0889	3.0556	-.3361	.7368
Adaptación familiar ante la diabetes	3.1053	3.1228	-.2604	.7946
Adaptación social	2.667	2.5185	-1.2555	.2093
Adaptación social ante la diabetes	3.619	3.4762	-1.1835	.2366
Adaptación laboral	3.26	2.6	-2.0226	.0431
Adaptación laboral ante la diabetes	3.4167	3.5833	-.3651	.715
Adaptación escolar	3.5824	3.2418	-2.0966	.036
Adaptación escolar ante la diabetes	2.9524	2.9524	.0	1.000
Búsqueda y uso del apoyo social	2.1875	2.3875	-2.2718	.0231
Evitación cognitiva	3.015	3.9098	-1.0414	.2977
Adaptación a la diabetes	2.9368	2.8632	-.6864	.4925
Control percibido sobre la salud	5.3509	5	-1.1835	.2366
Control percibido sobre la diabetes	5.3667	5.0667	-2.1665	.0303
Estrés percibido	2.5247	2.6975	-1.3961	.1627
Estrés percibido ante la diabetes	2.35	2.025	-1.7752	.0759
Ansiedad	2.8167	2.9667	-.6391	.5228
Ansiedad ante la diabetes	2.02	2.03	-.2178	.8276
Autoestima	3.6	3.4929	-.5634	.5732
Autoeficacia	3.7632	3.6165	-.6533	.5136
Adherencia a la rutina diabética	4.1255	4.1012	-.3787	.7049
Satisfacción vital	4.679	4.3086	-1.5993	.1097

### Diferencias antes/después en la correlación entre la importancia y la satisfacción con el apoyo social

Antes del programa de apoyo social se observaron correlaciones entre importancia y satisfacción en: la ayuda económica ( $r_s > .4184$  para una  $p: .094$ ), sentirse estimado ( $r_s > .6013$  para una  $p: .006$ ), la confianza ( $r_s > .4046$  para una  $p: .095$ ) y la ayuda doméstica-laboral ( $r_s > .4721$  para una  $p: .041$ ). Después del programa de apoyo social se han observado las siguientes correlaciones entre la importancia y la satisfacción (tabla 2): compañía ( $r_s > .4078$  para una  $p: .074$ ), ayuda económica ( $r_s > .6459$  para una  $p: .002$ ), consejo-guía ( $r_s > .4316$  para una  $p: .057$ ), sentirse estimado ( $r_s > .7195$  para una  $p: .000$ ), amor-cariño ( $r_s > .4873$  para una  $p: .034$ ), información general sobre la diabetes ( $r_s > .5816$  para una  $p: .007$ ), ayuda doméstica-laboral ( $r_s > .5351$  para una  $p: .015$ ), información específica sobre su diabetes ( $r_s > .5987$  para una  $p: .005$ ) y sentirse necesitado ( $r_s > .6087$  para una  $p: .005$ ).

Tabla 2.- Correlación entre importancia y satisfacción con los diferentes tipos de apoyo social antes del programa de apoyo social

TIPOS DE APOYO SOCIAL	ANTES		DESPUÉS	
	$r_s$	p	$r_s$	p
Compañía	-.1404	.5663	.4078	.0742
Ayuda económica	.4184	.0946	.6459	.002
Consejo-guía	.3534	.1376	.4316	.0573
Sentirse estimado	.6013	.0064	.7195	.0003
Amor-cariño	.3876	.101	.4873	.0343
Ayuda en el control de la diabetes	.12	.6245	.1337	.5739
Información general sobre la diabetes	-.0925	.715	.5816	.0071
Confianza	.4046	.0957	.0402	.8662
Comprensión	.2569	.2882	.1959	.4078
Ayuda doméstica-laboral	.4721	.0412	.5351	.015
Información específica sobre su diabetes	.3108	.1952	.5987	.0052
Sentirse necesitado	.3038	.2059	.6087	.0056

### DISCUSIÓN

Al analizar los cambios que se produjeron en las variables analizadas después del programa de apoyo social, se observa que en la mayoría de las variables no se han dado importantes modificaciones. Tan sólo se han producido puntuaciones más bajas en la adaptación laboral, la adaptación escolar, el control percibido sobre la diabetes, el estrés percibido con relación a la diabetes y un valor más alto

en la búsqueda y uso del apoyo social. Los dos últimos resultados, es decir, la disminución en la percepción de estrés y el aumento de la estrategia de afrontamiento de búsqueda y uso del apoyo social confirman algunas de las predicciones realizadas. El hecho de que no se produjeran cambios en el resto de las variables era, en cierto modo, esperable; debido a que las puntuaciones ya eran bastante buenas en la primera medición. Es posible que los resultados encontrados en la adaptación laboral, escolar y en el control percibido sobre la diabetes reflejen un efecto negativo de los grupos de apoyo social; sin embargo, esto también puede haber sido fruto de la discusión de los problemas personales en la dinámica de los grupos, y que un rechazo inicial haya sido sustituido por un progresivo reconocimiento de los mismos, al compartir sus experiencias negativas con personas que se enfrentan a situaciones semejantes. En esta línea, el estudio realizado por Rabin et al. (1986) con grupos de pacientes diabéticos reveló un rechazo inicial de estas personas a la idea de ser diferentes; posteriormente, y como consecuencia de ventilar sentimientos de vergüenza y culpabilidad, llegaron a admitir su estado, lo cual les permitió hacer uso de las estrategias cognitivas y conductuales aprendidas, y del apoyo mutuo. El trabajo de Rabin et al. (1986) pone de manifiesto la necesidad de admitir la realidad de un problema para iniciar formas de afrontamiento. En este sentido, el modelo teórico formulado por Hobfoll (1988) sobre el patrón de influencia del apoyo social señala la existencia de una serie de estados que se mantienen constantes a lo largo del proceso; siendo el primer estado la conciencia de la necesidad de apoyo. Sin pasar por este reconocimiento de la necesidad de ayuda no se podrá, pues, llegar a disfrutar de los beneficios potenciales del apoyo social. Es, por tanto, posible que los resultados encontrados, tras la participación en los grupos de apoyo social, en las variables de adaptación laboral y escolar, así como en el control percibido hayan sido producto de un reconocimiento de los problemas. Estos resultados constituyen una prueba de la necesidad de mantener un contacto continuo con el grupo de apoyo social, tanto para ayudar a afrontar los problemas en curso, como otros que puedan surgir en el ciclo vital y/o de la enfermedad.

Los resultados del análisis de correlación entre la importancia y la satisfacción con los tipos de apoyo social recogidos en este estudio indican que antes de la participación en los grupos de apoyo social se observó correlación en cuatro tipos de apoyo social; después de la intervención se ha encontrado asociación en nueve de los doce tipos de apoyo social evaluados. Este resultado constituye una evidencia de la influencia de los grupos de apoyo social en la promoción de adecuación entre el valor que se otorga a cada forma de apoyo y el estado de satisfacción con las mismas; ésta puede ser la principal aportación de los grupos de apoyo social. La relevancia de este aspecto es señalada en el ya citado modelo de Hobfoll (1988) y en la teoría de la especificidad del apoyo (Cohen y McKay, 1984), donde se insiste en que la efectividad del apoyo social se producirá si las provisiones de

apoyo responden a las necesidades del receptor. Los resultados que se han encontrado en el presente trabajo inducen a pensar que los grupos de apoyo social contribuyen a aumentar el grado de ajuste entre las necesidades de apoyo y la satisfacción de las mismas; con las consecuencias que de esto se derivan sobre la capacidad del apoyo social para influir positivamente en el bienestar.

En definitiva, basándose en los resultados obtenidos del presente estudio se puede afirmar que los grupos de apoyo social aportan beneficios sobre la salud y el bienestar de las personas que participan en los mismos, que sus principales efectos se dirigen a la percepción de apoyo social, y que su utilización no es únicamente eficaz en la superación de crisis vitales sino también en una mejora de la adaptación y en la promoción de la salud. Dentro de las teorías del apoyo social, el modelo desarrollado por Hobfoll (1988) ofrece una explicación del proceso de actuación del apoyo social, donde se pueden integrar los grupos de apoyo social. Futuras investigaciones sobre los grupos de apoyo social deberían profundizar en el estudio de la adecuación de este tipo de intervención para satisfacer las necesidades de determinadas personas. En este sentido, conviene recordar la conclusión realizada por Maxwell et al. (1992), quienes plantean la necesidad de identificar qué pacientes son los que pueden obtener mayores beneficios de los grupos de apoyo social; ya que algunas personas pueden no experimentar excesivas dificultades psicosociales, o puede que otras no deseen compartir sus experiencias en el contexto de un grupo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berkman LF y Breslow L. *Health and ways of living*. Nueva York: Oxford University Press, 1983.
- Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*, 1988; 7: 269-297.
- Cohen S y McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a Theoretical analysis. En A Baum, SE Taylor y JE Singer (eds.), *Handbook of Psychology and health. Vol 4: Social psychological aspects of health*. Hillsdale: Erlbaum, 1984.
- Crowe L y Billinsley JI. The rowdy reactors: maintaining a support group for teenagers with diabetes. *Diabetes Educ*, 1990, 16: 39-43.
- Cutrona CE y Russell DW. Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. En BR Sarason, IG Sarason y GR Pierce (eds), *Social support: an interactional view*. Nueva York: Wiley, 1990: 319-366.

- Eckenrode J y Gore S. Stressful events and social supports: the significance of context. En B Gottlieb (ed.), *Social networks and social support*. Londres: Sage, 1981: 43-68.
- Finnegan DL y Suler JR.. Psychological factors associated with maintenance of improved health behaviors in postcoronary patients. *J Psychol*, 1985; 119(1): 87-94
- Gilden JL, Hendryx MS, Clar S, Casia C y Singh SP. Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients. *J Am Ger Soc*, 1992; 40: 147-150.
- Hobfoll SE. Limitation of social support in the stress process. En IG Sarason y RB Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and application*. The Hague, the Netherlands: Martinus Nijhoff, 1985: 391-414.
- Hobfoll SE. *The ecology of stress*. Washington: Hemisphere, 1988.
- Kelleher DJ. Do self-help groups help?. *Int Disabil Stud*, 1990; 12: 66-69.
- Kelleher DJ. Patients learning from each other: self-help groups for people with diabetes. *J R Soc Med*, 1991; 84: 595-597.
- Maxwell AE, Hunt I y Bush M. Effects of a social support group, as an adjunct to diabetes training, on metabolic control and psychosocial outcomes. *Diabetes Educ*, 1992; 18: 303-309.
- Pearson RE. *Counseling and social support*. Newbury Park: Sage Pub., 1990.
- Rabin C, Amir S, Nardi R y Ovadia B. Compliance and control: issues in group training for diabetics. *Health Soc Work*, 1986, 11: 141-151.
- Reich JW y Zautra AJ. Demands and desires in daily life: some influences on well-being. *Am J Community Psychol*, 1983; 11: 41-58.
- Seevers RJ. Diabetes support groups: structure, function, and professional roles. *Diabetes Educ*, 1991; 17: 401-406.
- Vaux A y Burda P. Mechanisms of social support. Paper presented at the Midwestern Eco-Community Psychology Interest Group, Chicago, 1981.

**Correspondencia:**

Dr. Fabiola Perles Novas  
Departamento de Psicología Social y de la Personalidad  
Facultad de Psicología  
Universidad de Málaga, Campus de Teatinos  
29071 Málaga, España.  
Tfno: 95-2132534  
Fax: 95-2131100  
E-Mail: fanovas@ccuma.uma.es

