



Jornades de Foment de la Investigació

APOYO SOCIAL FORMAL EN COLECTIVOS CON DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABO- RAL¹

Autors

SOTO PERSONAT, G.
TORRES SERRANO, M.
AGOST FELIP, R.

INTRODUCCIÓN

La influencia del apoyo social en el bienestar del individuo está suficientemente reconocida, aunque son muchos los estudios dirigidos a colectivos en situación de riesgo o exclusión social y con graves problemas de inserción laboral.

En la investigación que venimos desarrollando, de entre las múltiples definiciones de apoyo social que se barajan, partimos de la que considera el apoyo social como un “Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis” (Lin y Ensel, 1989). Para el estudio del apoyo social encontramos dos perspectivas o puntos de vista, la estructural, que incide en las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo y la funcional, que hace hincapié en la taxonomización de las funciones del Apoyo Social así como en la percepción que de éste tiene el sujeto. En nuestro caso, tomamos como referencia el Modelo Multidimensional del Apoyo Social de Gracia, Musitu y García (1989), que combina ambas perspectivas. Según este modelo, el Apoyo Social se articula en torno a dos ejes (fuentes de apoyo y funciones del apoyo), y tiene en cuenta dos niveles de análisis, estructural y funcional

Las relaciones interpersonales constituyen las principales fuentes de apoyo (redes de relaciones sociales, organizaciones y servicios formales e informales de apoyo social) y a través de ellas fluyen los procesos de apoyo, tanto en su vertiente objetiva (el apoyo que recibe el sujeto) como en su vertiente subjetiva (el apoyo que percibe el sujeto). Ese apoyo desempeña diversas funciones recogidas en dos categorías: la instrumental (atiende a necesidades relacionadas con las áreas de salud, trabajo, vivienda, condiciones económicas, legales, etc.); y la expresiva (se ocupa de necesidades relacionadas con la pareja, la soledad, dificultades de comunicación, problemas de ajuste personal, etc.)

Pero quizá lo más importante sea conocer cómo influye en apoyo social en el bienestar del individuo. Ante esta reflexión hay dos puntos de vista.

Por una parte, está la posición de los que consideran que el apoyo social tiene efectos directos sobre el bienestar y la salud (Thoits, 1982 en López-Cabanas y Chacón, 1997); en concreto, que la percepción de Apoyo Social potencia el bienestar y la salud. Son distintos los mecanismos a través de los cuales se produce esta potenciación, pero podemos agruparlos en torno a cuatro grandes grupos o submodelos (Cohen, 1988; Barrón, 1993; Gracia, Herrero y Musitu, 1995; López-Cabanas y Chacón, 1997). Un primer submodelo sería aquel que integra todo aquello referido a la información, es decir, disponer de un amplio rango de relaciones sociales aumenta el número de fuentes de información disponible y la probabilidad de acceder a una fuente de información apropiada, ya sea para evitar situaciones de riesgo o para adoptar conductas saludables y adaptativas. Otro de los modelos serían los que toman como referencia la identidad y la autoestima, los cuales defienden que los sentimientos de control del entorno y de autoestima se relacionan positivamente con la salud, y la integración en una red social favorece estos sentimientos de control y predictibilidad así como la propia autoestima al demostrar la capacidad personal de cumplir con las expectativas de rol. Un tercer modelo tomaría como su eje central la influencia social, es decir, las personas integradas en redes sociales están sometidas a un mayor control normativo, si éste induce a conductas adaptativas, la integración social favorecerá el bienestar. Finalmente, encontramos los modelos basados en los recursos tangibles según los cuales la integración favorece el bienestar y evita la exclusión aportando a la persona recursos materiales y económicos que le son necesarios y limitando así su exposición a factores de riesgo.

Por otra parte, el segundo punto de vista es aquel que considera que el apoyo social tiene efectos amortiguadores o buffer sobre el bienestar del individuo, es decir, que modera el efecto negativo

que otros factores tienen sobre el bienestar, actuando sólo en situaciones de alto estrés, pero no con niveles de estrés reducidos. Por tanto, el apoyo social en estas situaciones de estrés elevado actuaría protegiendo al individuo de los efectos negativos del mismo y facilitando así los procesos de afrontamiento y adaptación.

Tanto si nos decantamos por un punto de vista o por otro, parece ser evidente que la percepción de apoyo social influye positivamente en el bienestar del individuo. Si esto es así, y atendiendo a los cuatro submodelos de Cohen de efectos directos del Apoyo Social (que también pueden aplicarse desde las teorías de efectos amortiguadores), acciones a considerar serían, por una parte, aumentar los servicios de información para ampliar las alternativas de los sujetos para adoptar conductas adaptativas y evitar las de riesgo. Del mismo modo, fortalecer las redes sociales para que a través de ellas los sujetos perciban mayor apoyo social y que éste afecte positivamente en su autoconcepto y autoestima, para así conseguir mejores niveles de bienestar. Fomentar el asociacionismo y la participación, apelando al mecanismo de influencia social y potenciando la creación de nuevas relaciones sociales y, finalmente, aumentar los recursos tangibles como complemento a lo anterior, pero no como única actuación.

Teniendo en cuenta todo esto, el apoyo social se configura como un elemento importante a tener en cuenta dentro de los procesos de exclusión social, temática sobre la cual se está desarrollando una investigación más amplia integrada dentro del Proyecto Europeo Accord Castelló dentro de la Iniciativa Comunitaria Equal.

Desde nuestra perspectiva, el Apoyo Social se relaciona directamente con la dimensión social de la Teoría de la Exclusión Social desarrollada por García Roca (1995), donde se propone que en el fenómeno de la exclusión interactúan tres dimensiones: la económica, la social y la personal, cuya ruptura da lugar a situaciones de exclusión. La dimensión social, en concreto, se caracteriza por “la disolución de los vínculos, la desafiliación y fragilización del entramado relacional” (García Roca, 1995).

Por todo ello el objetivo del presente estudio describir el apoyo social, recibido o percibido, de una muestra de 515 usuarios del proyecto categorizados en 5 grupos: mujeres, inmigrantes, discapacitados/as, mayores de 44 años y minorías étnicas, atendiendo tanto a sus fuentes de apoyo como a las funciones de éste.

MÉTODO

Esta investigación de campo se ha llevado a cabo en la provincia de Castellón. Durante ocho meses los gestores de empleo, previamente formados para ello, han administrado de forma aleatoria el cuestionario A. C.-91 de E. Gracia y G. Musitu a 515 usuarios de los servicios de Orientación e Inserción Laboral de las entidades participantes en el Proyecto Europeo ACCORD Castelló.

Los datos han sido recogidos en las fichas de registro ACCORD y el cuestionario A.C.-91 de Gracia y Musitu. De todos los datos obtenidos se han seleccionado para este artículo las siguientes variables:

Se ha considerado como variable independiente **colectivo** que se define como variable categórica y hace referencia a los distintos colectivos con dificultades de inserción laboral estudiados en el proyecto ACCORD. Se divide en 6 grupos: mujeres, inmigrantes, discapacitados, mayores de 44 años, minorías étnicas y otros (constituido principalmente por jóvenes con escasa formación en búsqueda de su primer empleo).

Como variable dependiente se ha seleccionado la **Escala de Recursos Institucionales y Comunitarios de Apoyo Social** (incluida en el cuestionario A.C.-91). Se compone de 8 ítems de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (nunca, pocas veces, bastantes veces y siempre) y hace referencia a la utilización o disposición a utilizar los recursos institucionales y comunitarios de apoyo social. Esta constituida por dos factores:

- ★ **Servicios formales de apoyo y servicios de salud comunitaria:** centro de salud, grupos de autoayuda, servicios sociales y comunitarios, servicios de ayuda profesional, servicios de orientación y centros de ayuda para drogodependientes.
- ★ **Instituciones sociales:** iglesia/mezquita y escuela.

La muestra del estudio se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 1. – Distribución de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Colectivo				
	Mujer	111	21.6	21.6
	Inmigrante	240	46.6	68.2
	Discapacitado/a	64	12.4	80.6
	Mayor 44 años	36	7.0	87.6
	Minoría étnica	21	4.1	91.7
	Otros	43	8.3	100.0
	TOTAL	515	100.0	
Género				
	Mujer	329	64	64
	Hombre	185	36	100.0
	TOTAL	514	100	
	TOTAL	515		
Edad				
	De 16 a 25 años	139	27,3	27,3
	De 26 a 35 años	170	33,4	60,7
	De 36 a 45 años	122	24,0	84,7
	De 46 a 55 años	59	11,6	96,3
	De 56 a 65 años	19	3,7	100,0
	TOTAL	509	100,0	
	TOTAL	515		
Estado civil				
	Soltero/a	234	45.6	45.6
	Casado/a	173	33.7	79.3
	Separado/a	50	9.7	89.1
	Divorciado/a	32	6.2	95.3
	Pareja de hecho	17	3.3	98.6
	Viudo/a	7	1.4	100.0
	TOTAL	513	100.0	
	TOTAL	515		

Nivel estudios			
Sin estudios	39	7.7	7.7
Primarios	254	50.2	57.9
Medios	179	35.4	93.3
Superiores	34	6.7	100.0
TOTAL	506	100.0	
TOTAL	515		

Un 46,6% pertenecen al colectivo de inmigrantes, seguido de un 21,6% de mujeres y un 12,4% de personas con discapacidad. Con porcentajes menores aparecen Otros (8,3%), mayores de 44 años (7%) y minoría étnica (4,1%). Atendiendo al género, el 64% de la muestra son mujeres frente al 36% que son hombres. En cuanto a la edad, el 60,7% de la muestra son personas menores de 35 años. El 50,2% tiene estudios de nivel primario y el 35,4% estudios medios.

La hipótesis de la que partimos es que existen diferencias entre los colectivos en cuanto a la utilización (potencial o real) de los recursos de apoyo social formal.

RESULTADOS

Tras la creación de una base de datos en el paquete estadístico SPSS 11.5, se ha realizado en primer lugar un análisis factorial de la escala “Recursos Institucionales y Comunitarios de Apoyo Social” para conocer su estructura interna del que han surgido los factores “Servicios formales de apoyo y servicios de salud comunitaria” e “Instituciones sociales” (anteriormente descritos). Para contrastar nuestra hipótesis se han realizado las siguientes pruebas estadísticas: un análisis de diferencia de medias (ANOVA) y la prueba de Sheffé para ver si existen diferencias significativas entre los grupos descritos en la variable colectivo.

La escala “Recursos Institucionales y Comunitarios de apoyo social” hace referencia al uso (potencial o real) de los determinados recursos que existen en la red de apoyo social formal. Con la finalidad de determinar la estructura interna de dicha escala se ha aplicado un Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax con Kaiser. En la TABLA 2 se exponen los resultados del análisis especificando su valor propio y el porcentaje de varianza que explican.

Tabla 2. Análisis factorial de la escala “Recursos Institucionales y Comunitarios de Apoyo Social”

FACTOR	VALOR PROPIO	% VARIANZA EXPLICADA	% VARIANZA ACUMULADA
1	3,674	45,920	45,920
2	1,105	13,814	59,733
3	,845	10,568	70,301
4	,666	8,323	78,624
5	,547	6,838	85,461
6	,482	6,020	91,481
7	,352	4,403	95,885
8	,330	4,115	100,000

Análisis Factorial .-Método de extracción: componentes principales. Rotación Varimax con Kaiser.

Los dos primeros factores explican el 59,733 % de la varianza total. El primer factor explica la mayor proporción de varianza (45,920 %) mientras que el segundo factor explica el 13, 814%.

El **Factor 1** se ha denominado “Servicios formales de apoyo y servicios de salud comunitaria” y describe la utilización (o posible disposición a utilizar) que hace (o haría) un individuo de los diferentes recursos existentes en la red de apoyo formal que tienen como objeto dar soporte de forma *explícita* a demandas de diversa índole (problemáticas sociales, de salud...). La TABLA 3 muestra los ítems que agrupa y sus respectivas saturaciones (de mayor a menor):

Tabla 3.- Factor 1: Servicios formales de apoyo y servicios de salud comunitaria

ITEMS	SATURACIONES
6. Servicios de ayuda profesional	,823
7. Servicios de orientación	,783
5. Servicios sociales y comunitarios	,731
3. Centro de salud	,587
4. Grupos de autoayuda	,587
8. Centros de ayuda para drogadictos	,560

El **Factor 2** se denomina “Instituciones sociales” y hace referencia al uso o intención de uso que hacen los individuos de la iglesia o la escuela en caso de necesitar apoyo. Los ítems que lo componen y sus saturaciones se expresan en la TABLA 4:

Tabla 4.- Factor 2: Instituciones sociales

ITEMS	SATURACIONES
2. Escuela	,791
1. Parroquia/iglesia/mezquita	,776

Una vez conocida la estructura interna de la escala, se ha realizado un ANOVA de 1 factor para conocer la posible existencia de diferencias significativas entre los diferentes colectivos y los factores hallados, tal y como aparece en la Tabla 5:

Tabla 5.- ANOVA de los factores “Servicios Formales de Apoyo y Salud Comunitaria” e “Instituciones sociales de Apoyo”.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Servicios formales de apoyo y servicios de salud comunitaria	Inter-grupos	48,024	5	9,605	10,678	,000
Instituciones sociales	Inter-grupos	7,610	5	1,522	1,531	,179

En la Tabla 5 se observa que los colectivos estudiados difieren significativamente en el uso o la intención de uso de los “servicios formales de apoyo y salud comunitaria”. Sin embargo no existen diferencias significativas entre los colectivos respecto a la utilización de las “instituciones sociales” como sistema de apoyo formal.

A continuación se ha aplicado la prueba de Comparaciones Múltiples de Sheffé para ver entre que colectivos se producen las diferencias de media significativas en el FACTOR 1 “Servicios formales de apoyo y salud comunitaria”. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6.- Diferencia de medias entre colectivos en el factor 1.

	Inmigrantes	Discapacitados/as	Mujer	Mayor 44	Minoría	Otros
Inmigrantes		-	-	-	-	-
Discapacitados/as	-,9040899		-	-	-	-
Mujer	-,4319839	,4721060		-	-	-
Mayor de 44	-,6965943	,2074956	-,2646104		-	-
Minoría	-,1044185	,7996713	,3275654	,5921758		-
Otros	-,5010318	,4030581	-,0690479	,1955625	-,3966133	

La diferencia de medias es **significativa** al nivel de .05

La utilización (o posible utilización) que hacen los inmigrantes de los servicios de apoyo formales se diferencia significativamente de la que realizan las mujeres, las personas discapacitados y las personas mayores de 44 años.

En la Tabla 7 aparecen las medias de los colectivos en el factor 1 para ver en que sentido van las diferencias de medias comentadas anteriormente.

Tabla 7.- Medias de los colectivos en el factor 1. (Prueba de Scheffé)

COLECTIVO	FACTOR 1
	MEDIA
inmigrante	-,2921021
minoría étnica	-,1876836
mujer	,1398818
otros	,2089297
mayor de 44 años	,4044922
discapacitado/a	,6119878

El colectivo inmigrantes tiene la media menor, lo que nos indicaría que utilizan o utilizarían los recursos de apoyo formal con menor frecuencia que otros colectivos. Se diferencia principalmente con el colectivo de discapacitados/as (que son los que más utilización harían de los recursos) seguido del colectivo mayores de 44 años y de las mujeres.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, cabe señalar que el resultado de este estudio nos permite conocer parte de la estructura de apoyo social de los colectivos más vulnerables.

Respecto a la estructura interna de la escala de Recursos Institucionales y Comunitarios de Apoyo Social, ésta difiere de la original creada por Gracia y Musitu en el año 1992. Dichos autores obtuvieron tres factores, Instituciones Sociales (en el que coinciden ambos estudios), Servicios formales de apoyo y Servicios de Salud Comunitaria donde incluyeron grupos de autoayuda, centros de salud y centros de ayuda para el drogodependiente. En el presente estudio estos dos últimos factores aparecen unidos.

Los resultados anteriores nos permiten concluir que las situaciones de apoyo formal son diferentes entre los colectivos, concretamente en los servicios formales de apoyo y salud comunitaria, tal y como planteamos en la hipótesis del estudio. Sin embargo los colectivos no difieren en la utilización de la iglesia/mezquita y la escuela como recursos de apoyo. El colectivo inmigrantes es el que menor utilización hace o haría de los recursos existentes en la red formal mientras que los discapacitados son los que mayor integración presentan en dicha red.

Para finalizar consideramos oportuno señalar la limitación de los resultados presentados; en trabajos posteriores se presentarán los resultados completos de la investigación desarrollada, donde se han utilizado técnicas de análisis diferentes, más adecuadas a las características de la muestra y que permiten aproximarnos a la descripción del apoyo social con mayor rigor.

BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA ROCA, J. (1995) *Contra la exclusión. Responsabilidad política e iniciativa social*. Ed. Aquí y ahora. Sal Térrea.
- GRACIA, E.; HERRERO, J. y MUSITU, G. (1995) *El apoyo social*. PPU Barcelona
- GRACIA, E. y MUSITU, G. (1991) *Apoyo social: un análisis empírico en poblaciones de alto riesgo*
- Lin, N. Y Ensel, W.M. (1989) Life stress and health. Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399
- LÓPEZ-CABANAS, M. Y CHACÓN, F. (1997) *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Ed. Síntesis.

ANOTACIONES

¹ Trabajo incluido en la Investigación Ejes de Exclusión Social. Proyecto Europeo ACCORD- Castelló (2002-2004). Iniciativa Comunitaria Equal.