

Adela Reig Botella

CAMBIOS EN EL APOYO PSICOSOCIAL Y LA RED SOCIAL EN LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL AMIANTO EN LA COMARCA DE FERROLTERRA

CHANGES IN PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND SOCIAL NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH ASBESTOS IN THE REGION OF FERROLTERRA

Resumen

Los trabajos realizados sobre las alteraciones de la calidad de vida y de la salud en afectados por enfermedades profesionales muestran que éstos manifiestan serios problemas de salud psicológica y alteraciones importantes de sus relaciones interpersonales. El objetivo de este estudio fue realizar una evaluación del estado de salud psicosocial y mental actual de los afectados por el amianto en la comarca de Ferrol (España). Se recogió información de dos colectivos, uno de ellos integrado por 110 personas afectadas por intoxicación por amianto; y un grupo de comparación de 70 personas, también trabajadores de astilleros, que no presentaban manifestación de enfermedades profesionales. Todos fueron varones con una media de edad de 67 años.

Los resultados muestran que los sujetos afectados por la intoxicación por amianto presentan altos índices de alteración de su salud psicológica en

Citar la obra: Reig Botella, Adela (2012) "Cambios en el apoyo psicosocial y la red social de personas afectadas por el amianto en la comarca de Ferrolterra", en: S. Gallego Trijueque y E. Díaz Cano (coords.) X Premio de Ensayo Breve "Fermín Caballero". Toledo: ACMS, pp. 35-57.

variables como somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, e indicador global de gravedad

Abstract

Reports done so far on the changes in quality of life and health of workers affected by occupational diseases show that they manifest serious psychological health problems and major alterations in their interpersonal relationships. The aim of this study was to evaluate the current situation of mental health and psychosocial of asbestos sufferers in the region of Ferrol (Spain). Information was collected from two groups, one composed of 110 people affected by chronic disease, particularly asbestos poisoning; and a comparison group of 70 people, including shipyard workers that nowadays do not have any symptoms of occupational diseases. All people that took part in these sample groups were male whose age average was 67 years old. Results show that individuals affected by asbestos poisoning have high rates of occurrence of psychological health variables such as somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism, and global indicator of gravity, compared with unaffected subjects.

1. INTRODUCCIÓN

El amianto o asbesto es un producto mineral de gran durabilidad formado por un conjunto de haces de fibras minerales sólidamente unidas muy resistentes al calor, abrasión y tracción. Estas características han hecho que sea un material ampliamente utilizado en productos de gran consumo, en la industria y en la construcción.

Los productos que contienen amianto no presentan riesgo para la salud si las fibras permanecen fuertemente unidas, pero pueden

ser perjudiciales si los materiales se rompen o se desgastan y las fibras se inhalan cuando son liberadas al entorno.

Actualmente el uso del amianto no está permitido en la mayoría de los países industrializados, aunque muchos de los edificios y elementos industriales construidos en fechas anteriores a su prohibición aún contienen elementos de amianto.

Las fibras de amianto utilizadas comercialmente pertenecen a dos grupos mineralógicos (Agudo, 2010): Las *serpentin*as (que incluyen el *crisotilo* o *amianto blanco*) y los *anfibi*oles (que incluyen la *crocidolita* o *amianto azul* y la *amosita* o *amianto marrón* entre otros).

La exposición al amianto puede ser ocupacional, doméstica o ambiental (Luis, Hernández, Rubio, Frías, Gutiérrez y Hardisson, 2009). La ocupacional es la principal fuente de exposición y se produce en personas que están expuestas en el ámbito laboral, como por ejemplo actividades desarrolladas en los sectores de la construcción, naval, ferrocarriles, industria del vidrio, aeronáutica, sector químico, textiles, industria del automóvil, etc. (Losilla, 2010). En la exposición doméstica el amianto llega al hogar por vía indirecta y afecta a los familiares de esos trabajadores cuando éstos entran en contacto con las fibras que quedan en la ropa de trabajo. La exposición ambiental afecta a las personas que residen cerca de un punto de emisión de amianto e inhalan el polvo de amianto disperso en el aire. Esta situación se puede dar en los países donde el subsuelo es rico en este mineral, como ocurre en algunas zonas de Turquía, Córcega y Chipre y en los países en donde se explota.

Podemos decir, sin duda, que el sector naval ha sido uno de los más afectados por el uso del amianto, como así demuestra la cantidad de trabajadores de este sector que actualmente está siendo sometida periódicamente a reconocimientos específicos.

El riesgo de que se presente una enfermedad asociada al amianto está relacionado con la concentración de las fibras presentes en el aire, la duración y frecuencia de la exposición, el

tamaño de las fibras inhaladas y el tiempo transcurrido desde la exposición inicial. La cantidad de amianto que contiene un producto no está relacionada con el aumento del riesgo para la salud. Las principales enfermedades asociadas a la exposición al amianto son: *mesoteliomas*, *cáncer de pulmón* y *asbestosis* (Ferrer y Cruz, 2008).

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha clasificado a todas las fibras de amianto como “cancerígenas para los humanos”. No se conoce ningún nivel de exposición que no sea peligroso. Sin embargo, como los períodos de latencia de estas enfermedades son muy largos, muchas veces es difícil probar que la causa sea la exposición al amianto. Los factores más importantes para poder realizar un diagnóstico son la historia de exposición previa al amianto y la presencia de alteraciones radiológicas.

En 1978, una resolución del Parlamento Europeo declaró el amianto sustancia cancerígena. En Europa, durante los años 90, la mayoría de países prohibieron el uso del amianto. En 1999 la Unión Europea vetó su uso y dio un plazo hasta el año 2005 para que fuera incorporado en la legislación de cada país. En el 2003 se prohibió la extracción de amianto y la fabricación y la transformación de productos de amianto.

En España, en el Reglamento sobre trabajos con riesgo de amianto, aprobado el 31 octubre de 1984, se regulan las actividades relacionadas con la fabricación de productos que contienen amianto así como las operaciones de demolición y mantenimiento. Todos los problemas de salud causados a los trabajadores expuestos hicieron que se limitara y prohibiera el uso y comercialización de los productos con amianto.

La Orden Ministerial del 7 de diciembre de 2001, que traspuso la Directiva 1999/77/CE, estableció que a partir del 14 de junio de 2002 el amianto, en todas sus variedades, quedara prohibido, es

decir, ningún proceso industrial puede utilizar el amianto como materia prima y tampoco comercializarse ningún producto que lo contenga en su composición a partir del 14 de diciembre de 2002.

Por tanto, no existirá exposición al amianto en los procesos de fabricación directa o por su uso en materiales o procesos, sino que la exposición podrá existir en los procesos de retirada, demolición, mantenimiento y reparación que se realicen en materiales que contengan amianto. Este cambio en las exposiciones de los trabajadores, junto con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, hizo que la anterior legislación existente con respecto al amianto necesitara de una revisión puesto que, por un lado, contemplaba principalmente los procesos productivos relacionados con el amianto, y por otro lado, aunque contaba con conceptos preventivos adelantados a su tiempo, como la evaluación de riesgo, la formación e información de los trabajadores, etc., no contemplaba todos los aspectos preventivos desarrollados en la Ley de Prevención.

De estas necesidades, junto con la exigencia comunitaria de transposición de la Directiva 2003/18/CE, es fruto el Real Decreto 396/2006, de 31 de marzo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto, derogando la Orden de 31 de octubre de 1984 y sus posteriores modificaciones.

2. LOS EFECTOS DEL AMIANTO SOBRE LA SALUD PSICOSOCIAL

El concepto de calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Moreno y Ximénez (1996) señalan que en las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud del sujeto, sobre todo en los aspectos alimenticios y de higiene personal.

A finales de la Edad Media, pasó a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, y se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos en el siglo XIX, ganando terreno en el ámbito social y político. Las definiciones más actuales ponen de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva del individuo, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está íntimamente relacionada con un contexto cultural, social y ambiental determinado. La preocupación por la felicidad, la satisfacción con las circunstancias personales y las condiciones necesarias para un buen vivir no son en absoluto recientes. La reflexión de lo que constituye el bienestar y la felicidad se remonta a Platón y Aristóteles. Al margen de los acercamientos filosóficos, contamos con décadas de investigación científica sobre calidad de vida, cuyos inicios se sitúan a mediados del siglo pasado. Los progresos de los últimos años nos van permitiendo comprender el sentido del término, de manera más concreta y operativa y determinar cómo evaluarlo y cómo planificar acciones para la mejora real en la vida de las personas.

La Calidad de Vida puede ser concebida como concepto antiguo y reciente a la vez. Antiguo, porque estuvo presente en los debates sobre bienestar, felicidad y buena vida durante siglos. Pero es reciente, porque la utilización del término tiene su origen en los años 60 del siglo pasado, con los trabajos del grupo de Zapf, a raíz del interés por el bienestar humano y por la evaluación del cambio social en los Estados occidentales (Arostegi, 1998). El término calidad de vida entró en el vocabulario americano entre la Segunda Guerra Mundial y el programa de la Gran Sociedad de Lyndon Johnson y fue usado para enfatizar que la “buena vida” requería más que la simple riqueza material (Campbell, 1981). El avance de la industrialización trajo el desarrollo económico y las mejoras en las condiciones generales de vida. Ello llevó a que se identificara calidad de vida con la capacidad de acceso a bienes materiales.

Más adelante se comienza a cuestionar no sólo el bienestar material, sino también si el bienestar social producía realmente bienestar personal. Así, el concepto de calidad de vida amplió su composición, integrando aspectos de bienestar personal y social en todas sus dimensiones (Veenhoven, 1996); se usó para nombrar aspectos como el estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010).

Fue ya a finales de los años 60 y en la década de los 70 cuando el concepto de Calidad de Vida cambió, y de pasar de entender el bienestar en términos objetivos, avanzó para incluir la perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. Este nuevo perfil le dio una entidad propia, diferenciándolo de los indicadores sociales y acentuando la percepción del sujeto sobre su vida y sobre las condiciones objetivas de su existencia. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre estos y Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

El concepto adquiere una dimensión subjetiva, siendo indicadores psicológicos como la satisfacción personal, el bienestar psíquico o la felicidad, los que permitirán conocer la calidad de vida de una persona. El interés se centra en averiguar las reacciones subjetivas del individuo ante la presencia o ausencia de determinadas experiencias de vida (Dennis et al., 1993). Por lo tanto, haciendo un recorrido por la evolución de las definiciones hasta nuestros días, podemos mencionar que el concepto de calidad de vida ha estado relacionado históricamente con el de

“felicidad” y éste, a su vez, con los de “virtud” y “bienestar” (Argyle, 1992; Diener 1994).

También el término calidad de vida aparece solapado en ocasiones con vocablos próximos como son el de “satisfacción vital” (Aparicio, 2000); “bienestar subjetivo” (Diener, Lucas y Scollon, 2006); “bienestar psicológico” (Casullo y Castro, 2000), “felicidad” (Tapia, Fuentes y Murguía, 2003) los cuales se vinculan con la dimensión subjetiva de Calidad de Vida (García, 2005).

Se trata por lo tanto de un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona, en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Tal como indican Schalock y cols. (2002), la calidad de vida incluye las condiciones de vida básicas (alimentación, vivienda y seguridad) y lo que enriquece la vida (inclusión social, ocio y actividades comunitarias).

Han existido dos aproximaciones básicas a la calidad de vida: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera como un *constructo* compuesto por una serie de dominios físico, psicológico y social (Martínez, Graña y Trujillo, 2010).

Se señalan dos ámbitos básicos: la dimensión objetiva (condiciones de vida experimentadas por las personas) y la dimensión subjetiva (la valoración del individuo sobre distintos aspectos de su existencia). Múltiples estudios destacan la importancia de la segunda dimensión (Brantley, Huebner y Nagle, 2002; Burleigh, Farber y Guillard, 1998; Reid y Renwick, 1994).

Según Veenhoven (1996) la calidad de vida objetiva es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación. Los autores aluden a condiciones de vida de las personas en

varios dominios, a partir de medidas descriptivas de un individuo o grupo, en las cuales no interfiere una apreciación subjetiva, pudiendo ser el informante alguien externo al propio sujeto evaluado.

La calidad de vida subjetiva se refiere al grado en que las personas valoran sus propias vidas, es decir, el modo en que perciben sus salarios, su seguridad, la satisfacción con su salud y con su educación. Lo subjetivo significa el hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual y que varía de una persona a otra. Por tanto, calidad de vida subjetiva se refiere a la valoración que hace una persona sobre su vida y refleja la percepción de bienestar.

La percepción subjetiva de calidad de vida ha recibido una atención especial por parte de los investigadores, sobre todo por los procesos psicológicos que subyacen, distinguiéndose dos procesos: uno cognitivo, que implica el juicio sobre la calidad de vida, y otro afectivo, vinculado a las emociones. El primero está más establecido en el tiempo, y el segundo es más cambiante.

Junto al análisis de los procesos que subyacen a la percepción subjetiva de la calidad de vida, los investigadores han estudiado las circunstancias personales, sociales o culturales que están relacionadas con una mayor o menor percepción de satisfacción. Esto les ha llevado a valorar las diferencias existentes entre grupos, en función de variables diversas, y a buscar una respuesta a la pregunta de por qué algunos sujetos se sienten satisfechos y otros no (Contini, 2001).

Se han explorado variables sociales y culturales, bajo el supuesto de que hay culturas que enfatizan la visión del lado positivo de las cosas y están satisfechas, y al contrario (Veenhoven, 1996). Es la relación entre ambas medidas, objetivas y subjetivas, la que más ha interesado a los investigadores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la Calidad de Vida como: “la percepción que tiene el individuo de su

posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas e intereses”. La definición nos sitúa en una noción de percepción subjetiva y sistema de valores o metas, expectativas e intereses, todos ellos elementos del concepto. Además, la OMS incluye la idea de la influencia del contexto cultural en la percepción del bienestar, que lleva a Schallock y Verdugo (2002) a concebir la calidad de vida como un concepto que integran lo *emic* (lo que está determinado culturalmente) y lo *etic* (una faceta universal), señalando que la comprensión y aplicación del *constructo* debe incluir el estudio de los valores y asunciones transmitidos a través de la cultura.

En resumen, podríamos decir que el concepto de calidad de vida puede proporcionar el marco de investigación, evaluación y mejora de calidad. La importancia del concepto de calidad de vida, como actualmente se utiliza, radica en que se considera una noción sensibilizadora que nos proporciona un sentido de referencia y guía desde la perspectiva individual, centrándose en la persona y su ambiente; un marco conceptual para evaluar los resultados de calidad; un *constructo* social que guía la realización de estrategias de mejora y un criterio para evaluar la eficacia de estas estrategias.

3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ferrol es ya una de las ciudades industriales europeas con mayor cifra de enfermos por amianto, porcentualmente respecto a su número de habitantes. La comarca registra ya cinco casos de mesotelioma anuales por cada cien mil habitantes. Este cáncer tremendamente agresivo, causado por las fibras de asbesto, es considerado por los expertos como centinela: por cada caso existen otros dos de asbestosis y tres de cánceres pulmonares. Se puede decir, sin duda que el sector naval ha sido uno de los más afectados por el uso del amianto, como así lo demuestra la

cantidad de trabajadores de este sector que actualmente están siendo sometidos periódicamente a reconocimientos específicos. La ratio coloca a la ría de Ferrol a la altura de Glasgow, Liverpool o las poblaciones con astilleros de la costa atlántica norteamericana. A pesar de que el amianto, como material aislante para el forrado de tuberías de calor y calderas en los buques, se dejó de utilizar en Bazán (ahora Navantia) en 1982, lo cierto es que continúan aflorando casos cada día. Entre este colectivo, el grupo mayoritario lo forman trabajadores prejubilados o jubilados del astillero público ferrolano, pero también de Astano. El seguimiento de los trabajadores expuestos a amianto persigue cuatro metas principales: identificar poblaciones de alto riesgo, identificar situaciones sobre las que actuar preventivamente, descubrir daño para la salud producido por el trabajo y desarrollar métodos de tratamiento, rehabilitación y prevención.

Este proyecto de investigación se centra en la comarca de Ferrolterra, concretamente en las Factorías de Navantia (antigua Bazán) y Astano, donde se concentran un promedio de 600 afectados por el amianto. Nuestro propósito es realizar el estudio sobre la salud psicosocial de las personas afectadas en la comarca.

El objetivo general de la presente propuesta de investigación, por lo tanto, es realizar una evaluación del estado de salud psicosocial y mental actual de los afectados por el amianto en la comarca de Ferrolterra en las siguientes áreas:

- Red psicosocial y apoyo psicosocial de las personas afectadas, que obtendrá información sobre los cambios en la red de apoyo social en las siguientes áreas:

- ✓ Apoyo instrumental
- ✓ Apoyo informativo
- ✓ Apoyo emocional positivo
- ✓ Apoyo emocional negativo
- ✓ Red social positiva

- ✓ Red social negativa

4. METODOLOGÍA

○ Participantes

Se recogió información de dos muestras de personas relacionadas con el trabajo en los astilleros de la zona de Ferrolterra.

Afectados por la intoxicación por amianto (muestra experimental).

Estos trabajadores de la muestra de control, actualmente trabajadores de los astilleros pero que no presentan en la actualidad manifestación de enfermedad profesional alguna.

Trabajadores igualados en edad porcentual (muestreo por cuotas) lo más posible a la muestra experimental.

Se trata de un muestreo incidental no probabilístico, compuesto por:

Grupo experimental (afectados):	110
Grupo control:	46

○ Procedimiento

Se elaboró una batería de pruebas que se aplicó a la muestra indicada, y que se compuso de los siguientes grandes bloques:

- ✓ Datos de identificación sociodemográfica y personal
- ✓ Datos de identificación histórico-laboral
- ✓ Cuestionario de determinación de apoyo psicosocial y de redes sociales, Hahn, Cella, Bode y Hanrahan.

Los sujetos de ambas submuestras fueron apareados por bloques de edad, y todos ellos fueron varones, ya que apenas existen mujeres afectadas.

Para contactar con los afectados por la enfermedad se contó con la participación en el estudio de las asociaciones creadas por los afectados, de forma que así se consiguió recolectar toda la información referente a la submuestra de personas afectadas. La

submuestra de comparación se obtuvo contando con la participación de la empresa estatal de astilleros españoles, Navantia, que facilitó el acceso a los trabajadores en activo que por edad se igualaban a los correspondientes de la submuestra de afectados. La misma empresa facilitó también el contacto con los trabajadores jubilados no afectados.

Se anexó al cuestionario un consentimiento informado, donde se explicaba el objeto del estudio, se especificaba la tarea a desarrollar por los participantes, se aseguraba el anonimato, y se informaba de la forma de contacto con los investigadores para poder resolver cualquier tipo de duda o poder ejercer sus derechos a eliminar la información aportada. Ningún sujeto contactado se negó a participar. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS.

5. RESULTADOS

El grupo de control se compuso por personas de edades comprendidas entre los 47 y los 73 años, mientras que los afectados que participaron en este estudio se distribuyen entre los 51 y los 79 años, ya que algunos de ellos ya están jubilados. El grupo control tiene una media de edad de 55 años, mientras que la de afectados manifiesta una disparidad muy elevada, predominando los sujetos de 67 años. En ambas muestras nos encontramos con sujetos predominantemente casados, el número de hijos suele ser de uno en la muestra de control, y dos en la de los afectados.

Los afectados están jubilados en un 84.5% de los casos, mientras que en el caso de la muestra de control sólo uno está en dicha situación. La gran mayoría residen en Ferrolterra, y llevan afectados una media de 10 años.

Ya se especificó en el apartado de método que para medir el bienestar social y la calidad de vida se utilizó el cuestionario de

Hahn et al. Los resultados se muestran a continuación, divididos en función de las grandes áreas que trata dicho cuestionario.

En el análisis de los datos del *área instrumental*, se verifica que las personas afectadas por el amianto poseen un apoyo instrumental unos diez puntos por debajo que las personas no afectadas.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de las dimensiones de bienestar social

Dimensión		Media	Desviación Típica
Apoyo instrumental	Control	3,386	1,314
	Afectados	3,491	1,169
Apoyo informativo	Control	3,499	1,040
	Afectados	3,442	1,317
Apoyo emocional positivo	Control	3,740	1,079
	Afectados	3,774	1,039
Apoyo emocional negativo	Control	2,244	,904
	Afectados	2,394	1,091
Compañerismo social positivo	Control	3,319	1,152
	Afectados	3,298	1,155
Compañerismo social negativo	Control	1,875	,810
	Afectados	2,269	1,160
Limitaciones	Control	2,941	1,365
	Afectados	3,069	1,239
Satisfacción	Control	4,288	,848
	Afectados	3,751	1,086

Los resultados referentes al *apoyo informativo* muestran que las personas afectadas por el amianto presentan un nivel de apoyo informativo menor, tanto en lo referente a poder ofrecer información a los demás sobre cuestiones importantes de la vida como a poder obtenerlo. Esta diferencia se muestra una vez más en torno a unos diez puntos sobre 10.

El análisis del *apoyo emocional positivo* permite observar una situación de dualidad. Dentro de que existe en general un apoyo

social emocional positivo manifestado en ambos colectivos, se identifica cómo éste es algo más elevado dentro de la muestra de afectados en lo que se refiere a su grupo de personas más íntimas, la pareja y la familia. Sin embargo, por lo que se refiere al círculo de apoyo social más externo, es decir, el formado por los amigos, sean éstos íntimos o no, el apoyo emocional es más bajo en la muestra de afectados que en la muestra control.

Parece cumplirse así que la familia se convierte en la gran fuente de apoyo emocional positivo, dejando ésta de actuar de manera tan fuerte cuando no existen problemas de consideración (muestra de control), e incrementándose su actuación al ser preciso (muestra de afectados).

El análisis de resultados de los ítems del *apoyo emocional negativo* sí que expresa mayores diferencias entre los sujetos que pertenecen a la muestra de afectados o a la muestra de control, de forma que los sujetos afectados por el amianto se sienten fuera de lugar en muchas ocasiones, sienten que se les comprende mucho menos, y especialmente se percatan de la existencia de una situación de tensión a la hora de establecerse contacto con ellos. El nerviosismo que manifiestan sus interlocutores se especifica especialmente en muestras de nerviosismo por parte de los últimos, así como intentos constantes de minimizar el problema que les aqueja. Estas diferencias son considerables, y pueden alcanzar incluso los 20 puntos sobre 100 de diferencia, es decir, se trata de diferencias bastante marcadas. Los datos obtenidos de nuevo manifiestan cómo la *red social positiva*, es decir, la facilidad de poder encontrar compañía y poder disfrutar de momentos agradables, es menor en el grupo de personas afectadas por el amianto frente al grupo control. Incluso en algunas ocasiones las diferencias son considerables, superando los veinte puntos sobre 100.

Tabla 1: Fiabilidad del cuestionario de bienestar social. Coeficientes Alpha de Cronbach

Grupo		Alfa de Cronbach
Apoyo instrumental	Control	,962
	Afectados	,967
Apoyo informativo	Control	,940
	Afectados	,946
Apoyo emocional positivo	Control	,965
	Afectados	,971
Apoyo emocional negativo	Control	,892
	Afectados	,861
Compañerismo social positivo	Control	,963
	Afectados	,944
Compañerismo social negativo	Control	,885
	Afectados	,821
Limitaciones	Control	,966
	Afectados	,935
Satisfacción	Control	,878
	Afectados	,930

Es decir, las personas afectadas tienen bastantes menos posibilidades de poder disfrutar de personas con las que estén a gusto y puedan divertirse.

La *red social negativa* es la que a menudo nos asfixia, al no dejar que nos evadamos del problema que estamos sufriendo. Tanto por parte de las personas afectadas por el amianto como por parte de los demás, se tiende en bastantes ocasiones a evitar el contacto, es decir, a provocar que no haya interacción social. Dicha diferencia se estima en torno a un 30% como mínimo, y en algunas de las preguntas es incluso mayor.

Es decir, por parte de los afectados se rehúye de los demás, y reconocen que dicho carácter huidizo está motivado fundamentalmente por motivos de salud.

Tabla 2: Correlaciones entre bienestar social y sintomatología

		Apoyo instrumental	Apoyo informativo	Apoyo emocional positivo	Apoyo emocional negativo	Compañerismo social positivo	Compañerismo social negativo	Limitaciones	Satisfacción
Somatización	Correlación de Pearson	,255**	,158	,177*	,339**	,215**	,414**	,310**	-,348**
Obsesión Compulsión	Correlación de Pearson	,264**	,137	,167*	,378**	,196*	,382**	,180*	-,361**
Sensibilidad Interpersonal	Correlación de Pearson	,270**	,092	,111	,366**	,197*	,315**	,002	-,421**
Depresión	Correlación de Pearson	,300**	,235**	,207*	,314**	,278**	,365**	,139	-,445**
Ansiedad	Correlación de Pearson	,257**	,138	,149	,339**	,213**	,421**	,180*	-,433**
Hostilidad	Correlación de Pearson	,034	-,100	-,104	,394**	-,036	,411**	,199*	-,276**
Ansiedad Fóbica	Correlación de Pearson	,308**	,232**	,237**	,260**	,286**	,333**	,077	-,458**
Ideación paranoide	Correlación de Pearson	,328**	,182*	,230**	,308**	,322**	,308**	,014	-,426**
Psicopatía	Correlación de Pearson	,286**	,150	,174*	,353**	,214**	,391**	,130	-,411**
Índice Global de Gravedad GSI	Correlación de Pearson	,182	,056	,073	,415**	,084	,485**	,312**	-,304**

Y también por parte de las demás personas se “huye” de la relación social con personas afectadas. Las personas suelen evadir la tensión que les provoca establecer un contacto social con los afectados recurriendo a contar sus problemas y no dejar expresarse a los que padecen la enfermedad.

Un área muy importante es la de las *limitaciones* que poseen las personas afectadas frente a las no afectadas. Las limitaciones, que presentan las personas afectadas para la realización de actividades de todo tipo, tanto sociales como laborales, son enormes.

Tabla 3: Resumen correlaciones bienestar social y sintomatología

	Apoyo instrumental	Apoyo informativo	Apoyo emocional positivo	Apoyo emocional negativo	Compañerismo social positivo	Compañerismo social negativo	Limitaciones	Satisfacción
Somatización	X		X	X	X	X	X	X
Obsesión Compulsión	X		X	X	X	X	X	X
Sensibilidad Interpersonal	X			X	X	X		X
Depresión	X	X	X	X	X	X		X
Ansiedad	X			X	X	X	X	X
Hostilidad				X	X	X	X	X
Ansiedad Fóbica	X	X	X	X	X	X		X
Ideación paranoide	X	X	X	X	X	X		X
Psicopatía	X		X	X	X	X		X
Índice Global de Gravedad GSI				X		X	X	X

Quizá la clave principal del bienestar es *la satisfacción*. Los afectados por el amianto son personas sensiblemente más insatisfechas e infelices con la vida social y familiar, frente a la muestra de sujetos no afectados, diferencias que por término se pueden citar en 20 puntos sobre 100.

6. CONCLUSIONES

Tras la exposición de los resultados obtenidos, creemos que se debe destacar los datos de mayor impacto e interés, así como efectuar algunos comentarios al respecto:

Referente al grado de *bienestar psicosocial*, vamos a efectuar una serie de comentarios en función de las diversas áreas analizadas:

Apoyo instrumental. En las personas afectadas por el amianto

se manifiesta un apoyo instrumental grande, si bien inferior al que se ha encontrado en la muestra de control, situándose unos diez puntos por debajo que las personas no afectadas. Ya se ha comentado que dicha desproporción puede deberse a que las personas del grupo de control no necesitan dicho tipo de apoyo, y simplemente intuyen que lo tendrían de hacerles falta.

Apoyo informativo. Los datos encontrados permiten comprobar cómo las personas afectadas por el amianto presentan un nivel de apoyo informativo menor, tanto en lo referente a poder ofrecer información a los demás sobre cuestiones importantes de la vida (los demás no les solicitan dicho apoyo) como con respecto a poder obtenerlo. Esta diferencia se muestra una vez más en torno a unos diez puntos sobre 100, y a pesar de ello se sigue manifestando que el nivel de apoyo social por cuestiones informativas es alto en ambos grupos.

Apoyo emocional positivo. El análisis del apoyo emocional positivo permite observar una situación de dualidad. Dentro de que existe en general un apoyo social emocional positivo manifestado en ambos colectivos, se identifica cómo éste es algo más elevado dentro de la muestra de afectados en lo que se refiere a su grupo de personas más íntimas, la pareja y la familia. Sin embargo, por lo que se refiere al círculo de apoyo social más externo, es decir, el formado por los amigos, sean éstos íntimos o no, el apoyo emocional es más bajo en la muestra de afectados que en la muestra control. Parece cumplirse así que la familia se convierte en la gran fuente de apoyo emocional positivo, dejando ésta de actuar de manera tan fuerte cuando no existen problemas de consideración (muestra de control), e incrementándose su actuación al ser preciso (muestra de afectados).

Apoyo emocional negativo. El análisis de resultados de los ítems del apoyo emocional negativo sí que expresa mayores diferencias entre los sujetos que pertenecen a la muestra de

afectados o a la muestra de control, de forma que los sujetos afectados por el amianto se sienten fuera de lugar en muchas ocasiones, sienten que se les comprende mucho menos, y especialmente se percatan de la existencia de una situación de tensión a la hora de establecerse contacto con ellos. El nerviosismo que manifiestan sus interlocutores se especifica especialmente en nuestras de nerviosismo por parte de los últimos, así como intentos constantes de minimizar el problema que les aqueja. Estas diferencias son considerables, y pueden alcanzar incluso los 20 puntos sobre 100 de diferencia, es decir, se trata de diferencias bastante marcadas.

Red social positiva. Los datos obtenidos de nuevo manifiestan cómo la red social positiva, es decir, la facilidad de poder encontrar compañía y poder disfrutar de momentos agradables, es menor en el grupo de personas afectadas por el amianto frente al grupo control. Incluso en algunas ocasiones las diferencias son considerables, superando los veinte puntos sobre 100. Es decir, las personas afectadas tienen bastantes menos posibilidades de poder disfrutar de personas con las que estén a gusto y puedan divertirse.

Red social negativa. Es en esta área en la que se encuentran las mayores diferencias, puesto que los datos son bastante dispares para los dos grupos analizados. Tanto por parte de las personas afectadas por el amianto como por parte de los demás, se tiende en bastantes ocasiones a evitar el contacto, es decir, a provocar que no haya interacción social. Dicha diferencia se estima en torno a un 30% como mínimo, y en algunas de las preguntas es incluso mayor. Es decir, por parte de los afectados se rehúye de los demás, y reconocen que dicho carácter huidizo está motivado fundamentalmente por motivos de salud. Y también por parte de las demás personas se “huye” de la relación social con personas afectadas. Si bien antes habíamos especificado que las personas afectadas puede

tener un apoyo social grande tanto por parte de la familia como de amigos (más de la primera) no es menos cierto que, de no pedir tal apoyo, se tiende a mantener un contacto mucho más débil.

Limitaciones. Es en este apartado en el que se encuentran mayores diferencias entre ambos grupos. Nos encontramos ante dos grupos tremendamente distintos, Las limitaciones que presentan las personas afectadas para la realización de actividades de todo tipo, tanto sociales como laborales, son enormes. Nos encontramos, por lo tanto, ante la faceta más problemática que incide en el apoyo social, las grandes y graves limitaciones que produce la enfermedad.

Satisfacción. La satisfacción es el elemento clave que permite hablar de bienestar psicosocial y social. Los datos permiten concluir que también existen diferencias importantes entre ambos colectivos en esta dimensión, diferencias que por término se pueden citar en 20 puntos sobre 100. Así, los afectados por el amianto son personas sensiblemente más insatisfechas e infelices con la vida social y familiar, frente a la muestra de sujetos no afectados.

Los resultados encontrados a partir de los procedimientos estadísticos, en ningún caso deberían sustituir el análisis y seguimiento pormenorizado de cada caso individual. Esperamos que esta investigación pueda servir no sólo para poner de manifiesto desde un planteamiento investigador las secuelas de la enfermedad, sino para tomar conciencia de lo importante que es prevenir el riesgo laboral, la protección de la seguridad y salud en el trabajo, lo que hará posible una mejor calidad de vida (Cañedo, Guerrero, Salman, Cruz & Pérez; 2006)

BIBLIOGRAFÍA

Agudo, A. (2004), *Mesotelioma pleural y exposición ambiental al amianto*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Tesis doctoral inédita.

Aparicio, M.E. (2000), ¿Cómo somos, en qué ocupamos nuestro tiempo y cuán felices nos sentimos?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (2), pp. 145-154.

Argyle, M. (1992), *La Psicología de la felicidad*. Madrid, Alianza Editorial.

Arostegui, I. (1998), *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Bilbao, Universidad de Deusto.

Campbell, A. (1981), *The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends*. Nueva York, McGraw-Hill.

Castro Solano, A. y Casullo, M. (2000), “Los estilos de personalidad en el ámbito laboral”, en: Sánchez López, M.P. y Casullo, M.M. (comps.), *Los estilos de personalidad. Una perspectiva iberoamericana*, (pp. 233-265), Madrid, Miño y Dávila

Contini, E.N. (2001), “Hacia un cambio de paradigma: de la psicopatología al bienestar psicológico”, *Acta psiquiátrica y Psicología de América Latina*, 47 (4), pp. 306-315.

Dennis, R.E.; Williams, W.; Giangreco, M.F. y Cloninger, C.J. (1993), “Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities”, *Exceptional Children*, 59, pp. 499-512.

Diener, E. (1994), Assesin subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, pp. 103-157.

Diener, E.; Lucas, R. y Scollon, C.N. (2006), “Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being”, *American Psychologist*, 61, pp. 305-314.

- Fernández-López, J.A.; Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010), “Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento”, *Revista Española de Salud Pública*, 84 (2), pp.169-184.
- Ferrer, J. y Cruz, M.J. (2008), “Amianto, factor de riesgo del cáncer de pulmón”, *Medicina Clínica*, 130 (9), pp. 334-335.
- García, J.L. (2005), *Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Candelaria de Tenerife*. La Laguna, Universidad de La Laguna. Tesis doctoral inédita.
- Losilla, J. (2010), “Trabajos con riesgo de exposición al amianto”, *Energía & Minas: Revista Profesional, Técnica y Cultural de los Ingenieros Técnicos de Minas*, 8, pp. 34-39.
- Luis, G.; Hernández, C.; Rubio, C.; Frías, I.; Gutiérrez, A. y Hardisson, A. (2009), “Toxicología del asbesto”, *Cuadernos de medicina forense*, 15 (57), pp. 207-213.
- Martínez, J.M.; Graña, J.L. y Trujillo, H. (2010), “La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: Relación con el ajuste psicológico y craving”, *Psicothema*, 22 (4), pp. 562-567.
- Moreno, B. y Ximénez C. (1996), “Evaluación de la calidad de vida”, en Buela-Casal, G.; Caballo, V.E. y Sierra, J.C. *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid, Siglo XXI, pp. 1045-70.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002), *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation.
- Veenhoven, R. (1996), Happy life expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39, pp. 1-58.