

PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD: UNA REVISIÓN

Laura Gómez Bobassi, Miguel Pérez y Jaime Vila¹
Universidad de Granada (España)

Resumen

Esta extensa revisión sobre el controvertido tema del apoyo social se inicia con una breve historia cronológica del concepto de apoyo social. Se abordan luego las distintas definiciones del mismo y, a través de ellas, se ha ido rastreando la evolución y complejización que ha sufrido el concepto a través del tiempo. A continuación, se han clasificado las diferentes conceptualizaciones del apoyo social, tanto desde la perspectiva estructural como funcional, incluido el planteamiento de considerar al apoyo social como metaconstructo. Se han descrito las múltiples medidas creadas a partir de las diferentes conceptualizaciones, las distintas perspectivas teóricas y algunos modelos relevantes que intentan explicar los mecanismos a través de los cuales el apoyo social afecta a los individuos, considerando sus aspectos positivos y negativos. Por último, se relaciona el apoyo social con la salud psíquica y física y la influencia positiva y negativa que ejerce en la misma. También se ven los posibles mecanismos causales a través de los cuales los factores sociales influyen en la enfermedad y la utilización del apoyo en la modificación y el mantenimiento de hábitos, tanto beneficiosos como perjudiciales, para la salud del individuo.

PALABRAS CLAVE: *Apoyo social, redes sociales, salud.*

Abstract

This thorough review of the controversial issue of social support begins with a brief history of its development as a concept. Through the discussion of different definitions of social support, this article traces the conceptual evolution and increasing complexity of the subject across time. The study goes on to classify different ideas about social support, talking into account both structure and function, including the possibility of social support as a metaconstruct. Different approaches stemming from varying conceptualizations and theoretical perspectives, as well as some relevant examples, have been discussed. All these aspects are addressed as a part of an attempts to explain the mechanisms through which social support affects individuals, accounting for both its negative and positive effects. Lastly, the relationship between social support and physical and psychological health is also

¹ *Correspondencia:* Dr. Jaime Vila Castellar, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Campus Universitario de La Cartuja, Granada (España).

explored, detailing once again both positive and negative consequences. Possible cause and effect mechanisms through which social factors can influence illnesses are examined. Specifically, how the use of support can be a tool in behavioral modification and/or habit maintenance (both good and bad), therefore influencing the individual's health.

KEY WORDS: *Social support, social networks, health.*

Introducción

Según la etología, existen animales solitarios, como el Tigre de Bengala que, al ser un potente depredador, necesita 80 km. cuadrados de territorio dónde poder cazar y vivir. Sólo se junta con otros de su especie durante el período de apareamiento, continuando luego con su solitaria existencia. En cambio, el ser humano es un animal gregario al que le gusta vivir junto a sus congéneres, hasta el punto de hacerlo en ciudades de millones de habitantes, hacinándose durante sus vacaciones en playas populosas donde se hallan a pocos centímetros unos de otros. Como contraparte tenemos que la figura del ermitaño es realmente atípica. Es decir, que las personas que reniegan del contacto con los otros son un porcentaje infimo de la raza humana y son considerados, como mínimo, como individuos «raros». La mayoría de la población se encuentra dentro de cierta franja dónde unos más y otros menos, necesitan de otras personas. Esta necesidad obvia ha comenzado a estudiarse de manera científica hace relativamente poco tiempo, y el concepto creado para su descripción es «apoyo social», concepto que aglutina un importante número de subconceptos: red social, integración social, sentido de pertenencia social, etc. Comenzaremos esta revisión haciendo un breve resumen histórico del concepto de apoyo social. Plantearemos distintas definiciones y a través de ellas rastreamos la evolución del concepto, clasificaremos distintas conceptualizaciones, describiremos las medidas, las perspectivas teóricas, que abarcan las teorías y los modelos más relevantes, sus aspectos positivos y negativos, finalizando con los efectos que el apoyo social ejerce en la salud física y psíquica de los individuos.

Evolución del concepto de apoyo social

El concepto de apoyo social ha recibido mucha atención en la literatura social, conductual y médica ya que se ha vinculado la disminución o ausencia de los recursos familiares de apoyo social con enfermedad coronaria cardíaca, desórdenes en el embarazo, accidentes, suicidio, depresión, úlcera, cáncer, esquizofrenia y longevidad (Cohen y Lazarus, 1979; Lin, Dean y Ensel, 1981; Magliano *et al.*, 1998; Pilisuk, Frolan y Kinship, 1978; Taylor, Miller y Smith, 1996). Estos hechos sugieren que los efectos «nutritivos» del apoyo social pueden llegar a ser una buena medicina preventiva.

Antecedentes históricos

El concepto de apoyo social es viejo como el mundo. Aristóteles decía, en el año 350 A.C., que la amistad era una necesidad humana básica como el vestir o el co-

mer, que necesitábamos amar a otros humanos y ser amados por ellos (Alcalay, 1983). En el año 1599, Paracelso, médico, alquimista y naturalista, prescribe en su *Theophrastus, Bombastus von Hohenheim. Labyrinthus medicorum errantium*: «el amor es la mejor cura posible de la mayoría de las enfermedades» (Orth-Gomér, 1994). Las ideas iniciales en relación con el apoyo social, como se conoce en la actualidad, provienen de diversos hallazgos en la literatura donde se percibió que los individuos integrados socialmente estaban considerablemente mejor en una variedad de dimensiones psicológicas y físicas, que los sujetos peor integrados. Si bien las implicaciones potenciales del compromiso social fueron subrayadas en un sentido general por otros autores (Cannon, 1931; Durkheim, 1951), las ideas sobre la variedad de los procesos involucrados y las aproximaciones a la medición de componentes más específicos, sólo se vuelven importantes durante la década de los 70 (Monroe y Peterman, 1989), distinguiéndose dos grandes períodos: uno desde comienzos de siglo hasta los años 60, y otro hasta nuestros días (Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992).

Desde principios de siglo hasta los años 70

Dentro del primer período, la primera evidencia científica de un vínculo entre el apoyo social y la salud fue obtenida por Durkheim (1897-1951), quien en su estudio sobre el suicidio escribió que el matrimonio y la religión eran los mejores protectores para evitar esas conductas desviadas. Kropotkin (1908), psicobiólogo y etólogo ruso, planteó que «la ayuda y el apoyo mutuos son un factor de gran significado para el mantenimiento de la vida y la salud en animales y en humanos» (Orth-Gomér, 1994).

A finales de los años 30 y comienzo de la década de los 40 se realizaron las primeras investigaciones sistemáticas sobre los efectos que los factores socioculturales producían en la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental. Allí se vió que la pobreza, la desorganización sociocultural, la desintegración social, la ausencia de sentimientos de afiliación y el aislamiento social suelen correlacionar con una mayor incidencia de patología mental (Bastide, 1978).

La Psicología Social también aporta una serie de teorías de especial interés para el tema: a) la teoría de Cooley (1909) sobre los «grupos primarios» y los «grupos secundarios»; b) la teoría de la «comparación social» de Festinger (1954); c) la teoría de la psicología de la «afiliación» (Schachter, 1966); y d) la perspectiva de la «facilitación social» (Zajonc, 1965), poniéndose así de manifiesto la universalidad del apoyo social, quien en su más amplia acepción, podría incluir casi cualquier tipo de interacción, ya sea positiva o negativa, entre las personas (Fernández Ríos *et al.*, 1992).

Otro importante antecedente fue el estudio de los vínculos afectivos desarrollado por Harlow (1958) y Bowlby (1976). Por último, durante la década de los 60, comienza en Estados Unidos la deshospitalización de los enfermos mentales, reconociéndose en la práctica, la importancia de los sistemas de apoyo comunitarios formales e informales (Gottlieb, 1981).

Estas aportaciones independientes al campo del apoyo social, no se configurarán en un marco teórico más consistente hasta la década de los 70.

Desde los años 70 hasta la actualidad

Durante esta década aparecen trabajos sistemáticos que empiezan a integrar las aportaciones que estaban contribuyendo de forma aislada al tema del apoyo social.

Cassel (1974, 1976), considerado el iniciador de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social, señaló que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. Caplan (1974) apuntó por primera vez las funciones del apoyo social, caracterizándolas por aportar al individuo «feedback, validación y dominio sobre su ambiente». Por su parte, Weiss (1974) señala seis contribuciones del apoyo social: sentido de logro, integración social, aprendizaje, reafirmación del valor de uno mismo, sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo. Cobb (1976), sugirió que sus beneficios se derivan de la información que ofrece a los individuos sobre si son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

Otro antecedente directo fue la publicación de la *Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health (Prevention Task Panel Report, 1978)*, en la que se reconoce que el estar vinculados a otros, recibir apoyo social cuando es necesario y poderlo ofrecer a su vez, constituyen factores importantes de protección y promoción de la salud mental. Esta Comisión, en su *Report Task Panel on Community Support Systems*, adopta bajo la denominación de Sistemas de Apoyo Comunitario, aspectos como: redes de ayuda comunitaria, desinstitucionalización psiquiátrica, grupos de apoyo religioso, organizaciones comunitarias, agrupaciones de ayuda mutua, sistemas de justicia, contextos de trabajo y estrés ocupacional, etc.

Otra aportación relevante es el papel de los llamados «paraprofesionales». Desde hacía tiempo era reconocida la utilización frecuente, por parte de la población, de sistemas de apoyo no formales para solucionar problemas cotidianos. Así, «la mayor parte de la gente utiliza recursos informales (familia, amigos, amistades) para ayudarles en tiempos problemáticos» (Veroff, Kulka y Douvan, 1981, p. 268).

Hoy en día la situación del concepto de apoyo social es confusa y controvertida, tanto desde su perspectiva teórica como empírica. También le sucede lo mismo a los conceptos relacionados o derivados de él. Existen dificultades en su conceptualización, en su evaluación y en la obtención de posibles mecanismos a través de los cuales produce sus efectos.

Definición

Al igual que se observa en su evolución histórica, no existe una conceptualización clara de lo que se entiende por apoyo social por lo que se le ha definido de muchas formas, asignándosele numerosas funciones. Moos (1973) considera que es «el sentimiento subjetivo de ser aceptado y amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno pueda hacer» (p. 237). Para Caplan y Killilea (1976) son «agregados continuos...que proveen a los individuos de oportunidades de feedback acerca de sí mismos, y para validar sus expectativas acerca de otros, que pueden compensar deficiencias en estas comunicaciones dentro del contexto comunitario

más amplio» (p. 19). Coob (1976) afirma que el apoyo social es la «información que guía al individuo a creer si es amado..., estimado y valorado...y que pertenece a una red de comunicación y obligación mutua» (p. 300). House (1981) introduce una definición más conductual, u orientada a la acción, intentando llegar a una síntesis con la bibliografía disponible hasta ese momento y lo define como una transacción real entre dos o más personas en las que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información y/o valoración. Shumaker y Brownell (1984) también enfatizan la acción, definiéndolo como un intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor.

Mientras las primeras definiciones acentúan el objetivo de integración social, reforzando el sentido de valía y de ser querido del individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social, las segundas enfatizan más el carácter de ayuda del apoyo social.

Gottlieb, (1985) opina que existe un «desacuerdo caótico» con el concepto de apoyo social y que «con cada nuevo estudio emerge una nueva definición de apoyo», pero, tal vez, lo cierto es que existe un solapamiento entre las distintas perspectivas apuntadas por los expertos. Uniendo ambos aspectos, Hobfoll y Stokes (1988) ofrecen una interpretación amplia e integradora del mismo, definiéndolo como «aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada».

Sarason, Shearin, Pierce y Sarason (1987), argumentan que quizá sea más útil la conceptualización del apoyo social que considera al individuo como hayándose comprometido en un número de relaciones de cuidado diferentes en calidad y profundidad. Según estos autores, una relación de apoyo implica una relación de aceptación y amor: percibimos que somos amados y valorados y que nuestro bienestar es la preocupación de alguien significativo para nosotros. Eso es lo que hace que el apoyo sea protector. Es decir, que el efecto principal de esa comunicación de sentimientos es, más que proteger a los individuos de un posible daño, favorecer en ellos el sentimiento de que son miembros dignos de atención, capaces y valorados por un grupo de personas. Los sujetos se asegurarían así de que disponen de los recursos necesarios para la búsqueda y el logro de sus metas, tanto por sí mismos como a través de los esfuerzos combinados propios y de los otros significativos. Además, la función que el apoyo social juega en los adultos es, probablemente, una extensión de las experiencias de apego en la infancia. Sin embargo, mientras éstas favorecen un sentido de dignidad personal y proveen al niño de una base segura desde la que explorar sus alrededores, las relaciones de apoyo en la vida adulta mantienen y mejoran el sentido personal de sentirse valorado y amado (Sarason *et al.*, 1987).

También existen autores que cuestionan la utilidad del concepto de apoyo social (Barrón, 1996). Barrera (1986), por ejemplo, considera que si bien es difícil que el término apoyo social desaparezca de nuestro vocabulario, tiene poco valor positivo para clarificar los vínculos entre estrés y desorden, ya que es insuficientemente específico para ser útil como un concepto de investigación. Por otro lado, autores tan

relevantes como Sarason (1988) consideran al apoyo social como una variable de personalidad, al relacionarlo con las habilidades sociales y la competencia social (Sarason, Pierce y Sarason, 1990; Schwarzer y Leppin, 1991).

En definitiva, el concepto de apoyo social continúa siendo confuso, pareciendo a veces tan amplio que podría abarcar casi cualquier relación social, siendo por ello conveniente utilizarlo de forma más restringida (Fernández Ríos, *et al.*, 1992).

Conceptualizaciones del apoyo social

Algunas definiciones de apoyo social resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, mientras que otras, subrayan los aspectos funcionales del apoyo social. Por otro lado, existen otras perspectivas que ven al apoyo social como un metaconstructo, conformado por diversos subconstructos o dimensiones del mismo.

El concepto estructural y el concepto funcional

Existen dos perspectivas que pueden históricamente diferenciarse como la perspectiva estructural y la perspectiva funcional. La primera se focaliza en la interconexión entre los individuos y sus vínculos sociales, como un mapa de redes de afiliación, que envuelven una variedad de dimensiones componentes (por ej.: número de vínculos, interrelación entre los miembros de la red, homogeneidad de los miembros de la red). Usualmente se la denomina: el estudio de las redes sociales. La perspectiva funcional concierne al contenido de los vínculos sociales, la provisión actual de apoyo social y los procesos involucrados en ella. Específicamente, cuáles son los recursos que el individuo posee y cómo accede a ellos (Monroe y Peterman, 1989).

El concepto estructural: la red social

Mitchell (1969) definió a la red social como un «conjunto específico de vinculaciones entre un conjunto definido de personas» o, alternativamente, «el conjunto de relaciones de un individuo particular». Una red puede ser descrita en términos de su composición y estructura (por ejemplo, el número de gente involucrada y cuántos conocen a cada uno) o por el contenido de las relaciones particulares (por ejemplo: amistades vs. parientes).

Los primeros trabajos que evaluaron el papel que ejercía el apoyo social en la salud, lo operacionalizaron, simplemente, contabilizando si existía la presencia de una esposa o un confidente. Si bien fácil de medir, esta definición unía a los sujetos emocionalmente satisfechos con aquellos con relaciones conflictivas. También se utilizaron otras medidas de relaciones sociales como la frecuencia de contactos con amigos y conocidos, el número de tales relaciones, y el hecho de ser miembros de grupos organizados y/o comunitarios. El «Índice de Red Social» (*Social Network Index*), desarrollado para el estudio de *Alameda Country* por Berkman y Syme (1979) es una medida combinada que incluyó estos items. Se obtenía un índice de red social,

que consistía en valorar el estatus matrimonial, el número de amigos íntimos y si los sujetos eran miembros de organizaciones comunitarias. La pobreza de la red fue predictora de la tasa de mortalidad general en una gran población durante 9,5 años de seguimiento. Su investigación, que es metodológicamente superior a la mayoría de los estudios hechos en el campo, demostró la importancia de los vínculos sociales, aunque quedó sin explicación el **cómo** los vínculos sociales afectan a la salud y si es el apoyo social, antes que otro efecto de las relaciones, el factor realmente beneficioso.

Cuando se utilizan estas medidas estructurales del tamaño de la red, se presuponen dos hechos cuestionables: por un lado, que cualquier beneficio es directamente proporcional al tamaño y rango de la red y, por otro lado, que tener relaciones es equivalente a tener apoyo. Estas suposiciones ignoran las demandas, las restricciones y los conflictos de las relaciones sociales. El balance entre los costos y beneficios de los vínculos sociales difieren entre las personas, las situaciones y los roles sociales. Por ejemplo, existen evidencias de que el matrimonio no confiere el mismo grado de protección frente a la morbilidad y la mortalidad en hombres que en mujeres (Ernster, Sacks, Selvin y Petrakis, 1979; Ortmeyer, 1974). Por otro lado, los costos de los vínculos sociales son también evidentes en una gran cantidad de investigaciones que identifican a la familia como una fuente de estrés (Croog, 1970) y como un factor en la etiología de psicopatología (Liem y Liem, 1978; Mittelmark, 1999). Por todo ello, se llegó a la conclusión de que era tan importante examinar la calidad del apoyo social como su disponibilidad, ya que ésta puede variar aún en el mismo tipo de relación social, como por ejemplo, el matrimonio (Monroe y Peterman, 1989). Fue así que teóricos en el campo de la epidemiología y la sociología, comenzaron a conceptualizar al apoyo social en términos de las funciones satisfactorias de las relaciones.

El concepto funcional: la percepción del apoyo social

Este concepto pone la atención en la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales y cómo son evaluadas por el individuo. La percepción del apoyo social involucra una evaluación (*appraisal*) previa, por parte del sujeto, de si una relación es útil o no y, en caso afirmativo, cuán útil es. Por ejemplo, Gore (1978) investigó en hombres que habían perdido su trabajo, la percepción del apoyo dado por su entorno y relacionó esta medida con su salud. Halló que aquellos hombres que no fueron reempleados inmediatamente y que no se sentían apoyados tuvieron mayor colesterol y más síntomas de enfermedad. Por otro lado, Andrews, Tennant, Hewson y Vaillant (1978), hallaron que las expectativas de obtener ayuda de los amigos, parientes y vecinos en una crisis, correlacionó negativamente con prejuicios psicológicos mientras que las medidas de la red no.

Es importante distinguir entre la percepción del apoyo social y las redes sociales ya que pueden llegar a tener efectos distintos en la salud física y el funcionamiento psicológico (Lin y Peek, 1999). Es posible que la percepción de apoyo social pueda estar más fuertemente asociada con la salud que con la red, ya que es una medida más directa del apoyo ofrecido a una persona. Por el otro lado, las redes sociales

abarcan muchos procesos psicológicos dentro de la misma medida, no siendo todos positivos para la adaptación del individuo. Los procesos positivos incluyen el pertenecer a una red de personas que pudieran proveer diversos tipos de apoyo cuando fueran necesarios, en especial en acontecimientos estresantes, dependiendo de las actitudes de las personas para aceptar la ayuda o para acceder a estrategias de adaptación alternativas. Los procesos negativos incluyen: demandas estresantes hechas por otros, obligaciones sobre sus propias elecciones, esfuerzos requeridos para mantener la red y desacuerdos cuando la ayuda es necesaria pero no es provista. Las demandas y obligaciones de los miembros de la red pueden diluir o viciar los efectos benéficos, y así, debilitar cualquier relación que pudiera ser saludable (Barrón y Chacón, 1992).

El apoyo social como metaconstructo: dimensiones

Según algunos investigadores lo más adecuado es ver al apoyo social como un metaconstructo compuesto por varios constructos (Barrón, 1996; Cook y Campbell, 1979; Vaux, 1988; Vaux y Athanassopoulou, 1987; Vaux, Burda y Stewart, 1986; Vaux y Harrison, 1985; Vaux, Riedel y Stewart, 1987), clasificables de la siguiente manera: 1) recursos de la red de apoyo, 2) actos de apoyo específicos, y 3) evaluación subjetiva del apoyo.

Se consideran recursos de la red: el tamaño, la estructura y el tipo de relaciones características. Los actos de apoyo serían conductas determinadas, como escuchar, confortar, aconsejar, prestar dinero, socializar, o ayudar en determinadas tareas y la evaluación subjetiva del apoyo, estaría conformada por las percepciones y/o creencias del individuo de que está incluido, cuidado por, respetado, y que es tenido en cuenta en sus necesidades. Se presupone que los recursos de apoyo proveen el contexto a los actos de apoyo y ambos, los actos y las relaciones en sí mismas, dirigen las evaluaciones sobre la adecuación o no del apoyo. Sin embargo, este proceso es indudablemente complejo (Stokes, 1983; Stokes y Wilson, 1984; Vaux y Harrison, 1985; Vaux y Wood, 1985, Vaux, 1988).

Dimensiones del apoyo social

La variedad de definiciones operacionales que aparecen en la literatura, son el resultado de las múltiples interpretaciones hechas sobre el significado del apoyo social. Tardy (1985), en un intento de clarificar y organizar las diferencias entre las aproximaciones utilizadas por varios investigadores, desarrolla cinco aspectos o dimensiones del apoyo social: la direccionalidad, la disposición, la descripción/evaluación, el contenido y la conexión (Barrón, 1996; Vaux, 1988).

1. *Direccionalidad*: el apoyo social posee dos direcciones claras: lo que se recibe de los otros y lo que se da a los otros, o ambas cosas a la vez. La mayoría de las investigaciones se focalizan en la recepción del apoyo antes que en el aspecto de brindar apoyo (Fischer, 1982; McFarlane, *et al.*, 1981; Tolsdorf, 1976).

2. *Disponibilidad*: se refiere a la cantidad y calidad del apoyo a la que la persona tiene acceso, aunque no lo esté utilizando (Barrera, 1981; Sarason, Levine, Basham,

y Sarason, 1983; Sarason y Sarason, 1994), mientras que, por otro lado, está la utilización real (*enacted*) de dichos recursos (Barrera, Sandler y Ramsay, 1981; Burke, 1978; Carveth y Gotlieb, 1979; Fernández Ríos *et al.*, 1992).

3. *Descripción/Evaluación*: ejemplos de evaluación son los estudios sobre la satisfacción de la gente con su apoyo social (Barrera, 1981; Cauce, Felner y Primavera, 1982). Mientras que algunos estudios sólo proponen la descripción del apoyo social (Barrera *et al.*, 1981; Hammer, 1981), otros examinan ambos (Monroe, 1983; Sarason *et al.*, 1983). Esto plantea una de las principales críticas hechas a los primeros estudios sobre apoyo social: el hecho de que no tuvieran en cuenta sus posibles efectos negativos. Actualmente se reconoce que el mismo apoyo social puede ser el origen de problemas y conflictos para las personas que lo reciben (Dunkel-Schetter, 1984).

4. *Contenido*: debido a la gran variación del contenido del apoyo en distintas situaciones, la tipología más útil para describirlo y clasificarlo es el planteamiento original de House (1981), quien diferenció formalmente entre distintos tipos de apoyo social: el «apoyo emocional», el «apoyo informativo», el «apoyo instrumental» y el «apoyo valorativo», señalando además, que pueden tener efectos distintos. La necesidad de evaluar los efectos diferenciales de los distintos componentes del apoyo, ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios cuyos resultados muestran que, ante una misma situación estresante, un determinado tipo de apoyo social puede ser beneficioso, mientras que en esa misma situación, otra forma diferente de apoyo social puede incrementar el efecto negativo (Costanza, Derlega y Winstead, 1988).

5. *Conexión*: implica la dimensión social del apoyo y se refiere a la fuente de donde proviene: la familia, los amigos, una red de apoyo artificial, etc. En este sentido, los estudios señalan que la eficacia de un determinado tipo de apoyo, depende muchas veces, de quién aporte ese apoyo. Parece existir una interacción entre el tipo y la fuente del apoyo social. Dunkel-Schetter (1984), en un estudio realizado con pacientes con cáncer mostró que el apoyo informativo era beneficioso únicamente si provenía del médico, mientras que se consideraba inútil e incluso perjudicial, si era ofrecido por la familia o los amigos. A su vez, estas fuentes de apoyo más allegadas al paciente, eran más eficaces cuando ofrecían apoyo de tipo emocional (Sarason y Sarason, 1994). Otras alternativas y clasificaciones han sido sugeridas por Fiore, Becker y Coppel (1983), Gotlieb (1978, 1983) y Schwarzer y Leppin (1991).

Teniendo en cuenta esta multidimensionalidad del constructo de apoyo social, se puede lograr una evaluación más fiable de sus efectos al poder delimitar qué tipo de apoyo, real o recibido, y ofrecido por quién, es positivo o negativo para la salud psicofísica del individuo.

Medidas de apoyo social

Gran cantidad de disciplinas se han interesado en el apoyo social y, como resultado de este multidisciplinario interés, la definición del mismo refleja una gran variedad de puntos de vista. Sin embargo, es de suma importancia clarificar el concepto de apoyo social y, por ende, de sus medidas ya que existe una evidencia indiscutible de que el ajuste personal y la conducta social, así como el mantenimiento de la salud y la recuperación de la enfermedad, está significativamente influida por la

posibilidad de los sujetos de acceder a las personas que puedan brindar apoyo, por lo tanto se necesita un método adecuado para medir los recursos sociales e identificar a la gente que varía en el continuum del apoyo social. Durante la década pasada se ha intentado cuantificar el apoyo social y se dispone en la actualidad de un gran número de instrumentos para tal fin. Parece ser que los instrumentos de apoyo social que difieren en sus bases conceptuales, pueden también diferir en aquellos aspectos de las relaciones sociales que se estén investigando y en su adecuación como instrumentos de medición. Según Sarason y Sarason (1994), una de las principales confusiones sobre el apoyo social es que el término se vincula tanto con los eventos objetivos (la disponibilidad actual de los otros) como con las estimaciones subjetivas (la percepción de la necesidad de ayuda que tienen los otros). La gran variedad de medidas utilizadas por los investigadores de forma arbitraria, ha llevado a una confusión teórica y empírica de los diferentes constructos del apoyo. Muchas de estas medidas, que implícitamente reconocen la riqueza del concepto de apoyo, tratan de capturar todas sus facetas en una sola, siendo de poca utilidad para investigar cualquiera de ellas. A pesar de su diversidad, existe un cierto acuerdo en que estos instrumentos se pueden agrupar en tres grandes categorías generales: 1) medidas de la red, 2) medidas del apoyo recibido en la actualidad o que se informa que ha sido recibido, y 3) medidas de la cantidad de apoyo que la persona percibe que está disponible.

Medidas de la red

Estos instrumentos pueden considerarse «medidas estructurales», en el sentido de que evalúan el «rango e interconexión de recursos que posibilitan el apoyo social» (Ganster y Victor, 1988). Desde esta perspectiva se utilizan indicadores tales como el tamaño, la densidad, la frecuencia de utilización, o la accesibilidad de determinadas redes de apoyo social. Así, por ejemplo, se han utilizado como indicadores de apoyo social el estado civil, la participación en actividades de una comunidad o la frecuencia de contacto con los amigos. Estas medidas han dado pie a numerosos cuestionarios y técnicas, aunque no todos gozan de la suficiente fiabilidad y validez (Ferligoj y Hlebec, 1999; Leavy, 1983). Sus características son: a) investiga la extensión de las relaciones examinadas, b) provee un método para describir el patrón estructural de las relaciones y permite el análisis del impacto de patrones diferentes, y c) puede ayudar a clarificar múltiples aspectos y efectos, positivos y negativos, de las relaciones mencionadas (Wellman, 1981; Wilcox, 1981).

Aunque su utilidad es clara, no ayuda a comprender las relaciones causales entre las relaciones sociales y la salud (House y Kahn, 1985). A pesar de esta limitación, brinda una información útil para comprender el papel del apoyo social. Las características de la red más comúnmente investigadas incluyen las propiedades estructurales e interaccionales (tamaño, densidad, vínculos entre los miembros de la red, y reciprocidad) o los aspectos cualitativos (el contenido y calidad de las relaciones; Israel, 1982). Hay que tener en cuenta que se han hallado correlaciones contradictorias entre el bienestar y las características estructurales e interaccionales de las medidas de la red. Por ejemplo, Hirsch (1980) estudió el efecto de patrones diferen-

tes de redes sociales en salud mental en un grupo de mujeres en una situación de transición: viudas recientes, relativamente jóvenes y mujeres maduras que retornaban a la universidad a tiempo completo. Halló que la estructura de los vínculos de las familias y amigos fue el factor mejor relacionado con el nivel de síntomas, humor y autoestima: a mayor densidad de red, mayor nivel de síntomas, depresión y baja autoestima. En cambio, Gallo (1982) halló una asociación positiva entre densidad de la red y bienestar. Este tema se retomará más adelante cuando se describan los efectos positivos y negativos del apoyo social.

El análisis de la red puede también focalizarse en la reciprocidad de las relaciones. En general, las relaciones en las cuales el sujeto y la persona de la red inician contacto, promueven la salud. En contraste, aquellas en las que la iniciación del contacto es de un sólo lado (unilateral) no la promueven. Hay que tener en cuenta que, en las relaciones íntimas, esta noción de reciprocidad está basada en un período extenso de tiempo y no en una serie de intercambios inmediatos de la misma (Levitt, 1991).

El tamaño de la red puede afectar también a la satisfacción con el apoyo. Stokes (1983) halló una relación curvilínea entre el número de confidentes y la satisfacción con el apoyo entre estudiantes universitarios. Las demandas y responsabilidades del mantenimiento de numerosas relaciones puede contrarrestar los beneficios que estos producen; ni el tamaño de la red ni el tamaño del grupo de personas con quienes el entrevistado siente intimidad es predictivo del apoyo que dicen recibir (Stokes y Wilson, 1984).

A pesar de que las medidas de red dieron algunas pistas prometedoras, hay poca evidencia de su utilidad en el estudio de la salud y el apoyo social (House y Khan, 1985).

Medidas del apoyo recibido

El apoyo social también puede ser visto como aquel apoyo que ha recibido el sujeto o que percibe que estará disponible cuando la necesidad se presente. Investigaciones recientes hallaron, sin embargo, que hay pocas similitudes entre las dos definiciones. Por ejemplo, Ward, Sherman y LaGory (1984) encontraron que la valoración subjetiva de la red, era sólo una parte de la actual disponibilidad de la red y que la percepción de tener vínculos sociales suficientes era más importante para determinar el bienestar en ancianos que la valoración que hicieron los sujetos de la disponibilidad actual de apoyo de la red. Antonucci e Israel (1986) comprobaron que la percepción de disponer de apoyo social, es un mejor predictor de bienestar que el informe del sujeto que actualmente brinda el apoyo. McCormick, Siegert y Walkey (1987) compararon una medida de apoyo percibido con una medida de apoyo recibido y comprobaron que se valoraban empíricamente distintos constructos. En un estudio que examinaba la experiencia de estrés en estudiantes odontológicos, Cooper (1986) halló que el apoyo funcional percibido y las transacciones de apoyo juegan un papel potencialmente importante, aunque bastante diferente. Los dos estaban débilmente correlacionados. La percepción de apoyo juega un rol en los procesos de evaluación del estrés y sirve como una habilidad de afrontamiento. Las

transacciones de apoyo, en cambio, sirven como una asistencia en el afrontamiento que facilita o impide el ajuste, como un factor complejo de la adaptación entre las demandas del estresor, el tipo de apoyo dado y las características del individuo. Rosenberg (1985) comparó los efectos del apoyo recibido y percibido en relación con un estresor y halló que el bienestar estaba incrementado por la percepción de apoyo, pero no por el apoyo recibido específicamente. El apoyo recibido también parece hallarse relacionado positivamente con el estrés, mientras que la mayoría de las medidas de apoyo percibido están inversamente relacionadas con el estrés (Cummins, 1987).

Medidas de percepción del apoyo

Estos instrumentos evalúan el apoyo social a través de las acciones que los otros realizan para ayudar a una persona. Tardy (1985) denominó a las descripciones de las conductas de apoyo como «apoyo real» (*enacted*), para diferenciarlo del apoyo «disponible» (Barrera y Balls, 1983; Carveth y Gottlieb, 1979; Henderson, Byrne, Duncan-Jones y Scott, 1980, Sandler y Lakey, 1982). La mayoría de estos instrumentos son escalas de autoinforme que se basan en las evaluaciones retrospectivas del propio sujeto, por lo que podríamos considerar que, en realidad, lo que miden es el apoyo «recibido percibido» (Durá y Garcés, 1991).

La percepción de disponer apoyo enfatiza el papel de la evaluación subjetiva del individuo en la relación entre el apoyo social y la salud. Varias investigaciones han demostrado una relación entre la satisfacción con el apoyo, la percepción de disponer apoyo y el estatus psicológico (Procidano y Heller, 1983; Sandler y Barrera, 1984; Sarason *et al.*, 1983). En general, una baja satisfacción con el apoyo percibido está asociado con el aumento del *distrés* psicológico. Se ha llegado a la conclusión de que es la percepción de disponer de apoyo social, antes que el apoyo recibido actual, el que protege la salud (Antonucci e Israel, 1986; Wethington y Kesler, 1986).

Estos instrumentos tienen en común la consideración de los aspectos más cognitivos del apoyo social, puesto que no cuantifican el número de apoyo o la cantidad de contacto social, como se hacía en las primeras evaluaciones, sino que se refieren a la valoración cognitiva que hace el sujeto de estar conectado con otros y se corresponden con las definiciones vistas anteriormente que señalaban como funciones básicas del apoyo social la información o «retroalimentación» (*feedback*), siendo denominadas medidas «funcionalistas», opuestas a las medidas puramente estructurales (Ganster y Víctor, 1988). La mayoría de estas medidas incorporan dos dimensiones: «disponibilidad percibida de lazos sociales» y «adecuación percibida de los mismos» (Cohen y Hoberman, 1983; Holahan y Moos, 1981; Procidano y Heller, 1983; Turner, Frankl y Levin, 1983). Otros instrumentos se centran exclusivamente en la segunda dimensión, es decir, en la satisfacción con el apoyo (Barrera, 1981; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Sarason *et al.*, 1983).

El apoyo recibido y la percepción de disponer de apoyo pueden jugar diferentes roles en la moderación de los efectos del estrés en la salud. La cantidad de apoyo recibido está influido directamente por la existencia de una situación estresante. También se ve afectada por la presencia de relaciones que proveen el

apoyo potencial y la percepción que tienen esas otras personas de que el individuo está estresado y/o incapaz de ocuparse de la situación. El apoyo percibido puede tener un efecto positivo en la salud al aumentar la adaptación del individuo y generar sentimientos de autoestima y autoeficacia, disminuyendo el impacto de los estresores al reducir la cantidad de estrés percibido; o un efecto negativo, ya que afecta a los esfuerzos de adaptación o a la percepción de la persona de la eficacia de su afrontamiento.

Por último, el apoyo percibido puede ser visto en términos de apoyo global y funcional. La perspectiva global incluye las apreciaciones de las personas del apoyo que podría estar disponible si lo necesitaran, y la satisfacción que sienten con la percepción de disponer de este apoyo. La perspectiva funcional está interesada en la importancia de igualar el apoyo disponible con las necesidades de la persona (Sarason y Sarason, 1994). A continuación, vamos a revisar estas dos apreciaciones del apoyo social percibido.

La perspectiva global

La perspectiva global o de conjunto enfatiza la importancia de los sentimientos de amor y cuidado de los otros como el elemento central en el efecto protector del apoyo social. Se argumenta que si la persona tiene relaciones de intimidad y de cuidado, ese individuo puede contar con una provisión de apoyo; si eso no fuera posible, podría recurrir a una persona que buscara y/o encontrara a otras que pudieran proveerle el apoyo necesario. Lo básico de esta perspectiva es la idea de que los sentimientos de sentirse amado y cuidado podrían aumentar tanto la autoeficacia de la persona, como su evaluación de la amenaza y su repertorio de afrontamiento (Sarason *et al.*, 1987; Sarason y Sarason, 1994).

Existen evidencias de que el apoyo social definido de esta forma puede ser mejor conceptualizado como una variable de personalidad. Sarason, Sarason y Shearin (1986) han demostrado que tanto la percepción de disponer de apoyo como la satisfacción con el apoyo son variables más estables a través del tiempo, aún si esos años abarcaran transiciones significativas del desarrollo o ciclo vital, con los consiguientes cambios en la red de apoyo que estas transiciones implican.

Esta perspectiva proviene, en parte, de los trabajos de Bowlby (1969, 1979, 1980) sobre el apego y las relaciones como resultado de experiencias tempranas. Además, algunos estudios han demostrado una relación entre la percepción del apoyo social y tanto la percepción de los otros, como la evaluación de sus experiencias (Sarason *et al.*, 1990).

Cuando se investiga al apoyo como una protección sobre los efectos negativos del estrés, deben ser considerados tanto los recursos de estrés como los recursos de apoyo (Pearlin, 1999). Por ejemplo, la resistencia al estrés en el lugar de trabajo, está asociado a un mayor nivel de percepción de disponer de apoyo en el ambiente de trabajo, antes que el apoyo brindado por la familia o los amigos (Holahan y Moos, 1982).

Medidas de apoyo funcional

En las primeras investigaciones sobre el apoyo social se consideró que la idea de investigar los efectos del apoyo social en términos de necesidades específicas, podía ser de utilidad no sólo para comprender cómo las funciones del apoyo promueven la salud y previenen la enfermedad, sino para clarificar el diseño de intervenciones eficaces (Cobb, 1976; Kaplan, 1977; Weiss, 1974). Esta perspectiva ha contado con muchos seguidores que desarrollaron medidas para evaluar los componentes funcionales del apoyo. Otros investigadores, no satisfechos con la perspectiva funcional, desarrollaron instrumentos de medición de otras funciones diferentes (House y Kahn, 1985; Orth-Gomér y Undén, 1987; Sarason *et al.*, 1987; Stokes, 1983). El problema que existe con los actuales instrumentos de apoyo funcional es que las escalas que miden las diferentes funciones, normalmente están altamente correlacionadas. Aunque las subescalas de los instrumentos hayan sido analizadas factorialmente, la alta correlación existente entre los factores sugiere la existencia de un factor común de apoyo social general como el origen de los diferentes componentes del apoyo social (Brookings y Bolton, 1988). Es posible que estos resultados se deban a que la mayoría de las escalas miden apoyo emocional y que éste se diferencia, algunas veces, del apoyo real.

Por otro lado, Broadhead *et al.*, (1983), hallaron que las medidas de apoyo funcional y las medidas estructurales y cualitativas del apoyo, tienen una correlación mínima. Sarason y Sarason (1994), después de realizar un estudio sobre las cualidades psicométricas de distintas medidas de apoyo social, plantean que los instrumentos derivados de perspectivas diferentes de apoyo social no miden lo mismo. Inclusive instrumentos derivados de las mismas perspectivas pueden producir resultados distintos, dependiendo del formato que posean. Por lo tanto, es muy importante que, para la selección de medidas, los investigadores tengan especialmente en cuenta sus características psicométricas. Por ejemplo, una medida de apoyo social tendría que tener al menos un coeficiente de fiabilidad de 0,80. Otra cosa a tener en cuenta, según estos autores, es cómo está conceptualizado y medido el apoyo social. Por ejemplo, Blazer (1982) halló que la magnitud de la correlación entre el apoyo social y el riesgo de mortalidad en un período de 30 meses, dependía de la definición del apoyo. Una medida de apoyo percibido correlacionaba más con la mortalidad que el apoyo definido como la frecuencia de interacción entre amistades y familiares. Antonucci e Israel (1986) también hallaron que la apreciación de la gente de disponer de apoyo puede ser aún más importante que sus contactos interpersonales actuales. Las medidas de la red parecen estar relacionadas en general con resultados de salud; las medidas de integración social predicen mortalidad en hombres blancos, pero su correlación con grupos de otras razas ha sido débil (Berkman y Seeman, 1986; House, Landis y Umberson, 1988). Estas medidas de integración social también predicen el riesgo de mortalidad en hombres que han sufrido al menos un infarto de miocardio (Rubberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984). Las medidas de integración social pueden considerarse menos válidas para las mujeres y un entorno rural o de pueblo, como contrario a una gran ciudad (House *et al.*, 1988). En cambio, para investigar la morbilidad las medidas de

integración social no parecen ser demasiado útiles, siendo las medidas de apoyo social percibido las que tienen mejor posibilidad de mostrar asociaciones con el desarrollo del desorden. Seeman y Syme (1987) encontraron que la percepción de sentirse amados fue el predictor más significativo de enfermedad arterial coronaria entre tres medidas de apoyo social, la red de apoyo instrumental fue un predictor menos fuerte y el apoyo emocional orientado hacia un problema no correlacionó significativamente, lo que demuestra la importancia de utilizar distintas definiciones de apoyo social en un intento de clarificar el concepto y sus interrelaciones (Sarason y Sarason, 1994).

Muchas veces las medidas de apoyo recibido se confunden con situaciones vitales estresantes, porque la gente que sufre estas situaciones generalmente recibe más apoyo. Es aconsejable utilizar junto con esta medida otra de eventos vitales e incluir medidas de variables de personalidad que pudieran relacionarse con un incremento del riesgo. Por ejemplo, medir al patrón de conducta Tipo A podría ser importante para comprender la compleja relación entre el apoyo social y la enfermedad coronaria (Blumenthal *et al.*, 1987).

Perspectivas teóricas sobre el apoyo social: teorías y modelos

La evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud es muy grande, lo que ha llevado a la aparición de numerosas estrategias de intervención, dirigidas a crear o movilizar las redes de apoyo de las personas. Sin embargo, es imprescindible aclarar los mecanismos a través de los cuales el apoyo social se relaciona con la salud, qué tipos de efectos tiene, en qué condiciones, qué aspectos son más beneficiosos, etc. En este apartado se expondrán las perspectivas teóricas principales y algunos de los modelos más relevantes

Teorías sobre el apoyo social

Las investigaciones sobre el apoyo social se han desarrollado a lo largo de tres perspectivas teóricas principales: 1) el apoyo social tiene *efectos directos* sobre la salud física y mental de los individuos; 2) el apoyo social *reduce directamente* el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas; 3) el apoyo social *amortigua* el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas.

Teoría de los efectos directos del apoyo social

Según esta teoría el apoyo social tiene *efectos directos* sobre la salud física y mental de los individuos. Se basa en estudios centrados en los efectos que las relaciones sociales tienen sobre la morbilidad y mortalidad de las personas. Según se demostró en tres estudios prospectivos, con un seguimiento de 9, 12 y 25 años, realizados por Berkman y Syme (1979), Blazer (1982) y House, Robbins y Metzner (1982), la mortalidad general fue mayor entre las personas que tenían bajos niveles de apoyo social (ver revisión de Bowling y Grundy, 1998). De forma similar, en algunos estudios prospectivos que utilizaron medidas de salud mental, se halló una co-

relación positiva entre apoyo social y salud mental (Aneshensel y Frerichs, 1982; Billings y Moos, 1982; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Turner, 1981; Williams, Ware y Donald, 1981).

Esta perspectiva epidemiológica evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud de las personas, a corto o largo plazo: a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes que pudieran sufrir estas personas. Esto no significa que en presencia de estresores sociales deje de actuar, sino que el apoyo social ejerce una influencia independiente (Gottlieb, 1983). En esta perspectiva la definición del apoyo social ha sido desarrollada en función de los contactos sociales, es decir, en función de medidas estructurales sobre el rango y amplitud de las interconexiones del individuo. Payne y Jones (1987) han revisado la evidencia empírica a favor de esta perspectiva teórica, basándose exclusivamente en los estudios que analizan la relación apoyo social y sintomatología psicológica (no física), concluyendo que la disponibilidad de apoyo social explica alrededor del 10% de la varianza de la variable dependiente. Esta hipótesis también ha recibido abundante apoyo experimental (Barrón, 1996; King, Reis, Porter y Norsen, 1993; Lu y Hsieh, 1997; Orth-Gomér y Undén, 1990; Veiel, Brill, Haffner y Welz, 1988).

Teoría del efecto reductor directo del apoyo social

Según esta perspectiva, el apoyo social *reduce directamente* el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas. Es decir, que el apoyo social no se relacionaría con la salud general de las personas, como postulaba el planteamiento anterior, sino con el ajuste a un evento estresante particular. Así, se ha estudiado la relación que guarda el apoyo social con la adaptación, tanto física como psicológica del individuo, ante la pérdida del trabajo, el estrés en el mismo, la maternidad-paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades graves y crónicas. Las críticas a estos trabajos es que generalmente se han realizado en ambientes específicos (hospitales o industrias), con muestras pequeñas y con conceptualizaciones del apoyo social y de la adaptación al estrés excesivamente simplistas.

Según la revisión efectuada por Payne y Jones (1987), la evidencia empírica a favor de la relación entre apoyo social y estrés es mucho más débil que la encontrada para la relación directa entre apoyo y síntomas psicológicos. En ninguno de los estudios revisados por estos autores, la varianza común entre las dos variables superaba el 6%.

Teoría del efecto amortiguador del apoyo social

Según esta perspectiva, el apoyo social *amortigua* el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas. Esta conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social, postula que éste no influye directamente ni sobre la salud, ni sobre los estresores, sino que modula la relación entre ambos. Se la ha

denominado «la hipótesis del efecto amortiguador» (*the buffering hypothesis*) (Cobb, 1976; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y McKay, 1984; Cohen y Syme, 1985; Cohen y Wills, 1985). Afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Sin embargo, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, es decir, que su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador de los efectos patogénicos de los acontecimientos vitales estresantes. Payne y Jones (1987) concluyen en su revisión que aunque existen estudios que apoyan tanto a la hipótesis del efecto amortiguador como estudios que no logran verificarla, sin embargo, la balanza parece inclinarse hacia los segundos. A pesar de ello, algunos estudios continúan sobreestimando la evidencia a favor de la hipótesis de la amortiguación (Brown y Bifulco, 1985; Cohen y Wills, 1985; Parker y Barnett, 1987; Pierce, Frone, Russel y Cooper, 1996; Thoits, 1983; Turner y Turner, 1999). Barrera (1988) reformula la hipótesis del amortiguamiento planteando que esta hipótesis se fundamenta en dos supuestos: a) el apoyo social tiene efectos beneficiosos incluso en niveles extremadamente altos de estrés, y b) los sujetos con apoyo social pobre experimentan niveles de *distrés* que se incrementan en la medida en que el estrés se intensifica. Estos dos supuestos deberían reformularse de la siguiente manera: a) el apoyo social no disminuye los niveles de estrés, al menos de forma significativa, cuando éstos son extremadamente altos, y b) en los individuos con bajo apoyo social, el que aumenten los niveles de *distrés*, no significa que se incrementen en la misma medida los niveles de apoyo social. Es decir, lo que Barrera (1988) afirma es que la relación entre estrés y salud es curvilínea.

Por último, podríamos decir que tanto las hipótesis de los efectos directos como la de los efectos indirectos no son incompatibles entre sí, como piensan gran cantidad de investigadores y, de hecho, varios estudios han hallado ambos tipos de efectos (Aneshensel y Stone, 1982; Cohen y Hoberman, 1983; Finch, Okun, Pool y Ruehlman, 1999; Gore, 1978; Kessler y McLeod, 1985; Turner, 1983). Algunos autores hipotetizan que el apoyo social percibido tiene efectos directos, mientras que el apoyo recibido o real tiene efectos de protección (Cohen y Wills, 1985; Lakey y Heller, 1988).

Modelos de apoyo social

Un modelo es, según Anguera (1989), un portador y facilitador de mecanismos de representación conceptual, y constituye un instrumento importante para la investigación.

Han sido varios los modelos formulados por distintos autores para describir, explicar y diseñar estrategias de intervención con base en las confluencias teóricas entre eventos vitales, apoyo social y salud/enfermedad. Si bien la selección se ha hecho sobre los modelos y/o autores más relevantes, no se trata de modelos exclusivos y puede observarse entre ellos cierto solapamiento. Estos modelos están basados en evidencias empíricas del funcionamiento del apoyo social propuestos por estos autores: Dohrenwend y Dohrenwend (1981), House (1981) y Cohen (1988).

Modelos de Dohrenwend y Dohrenwend (1981)

Plantean seis modelos básicos que describen la interacción entre la situación, los recursos personales y los eventos vitales. Estos modelos son: a) modelo de victimización, b) modelo de tensión-estrés, c) modelo de vulnerabilidad, d) modelo de carga aditiva, e) modelo de carga crónica y f) modelo de propensión.

a) Modelo de victimización: la acumulación de eventos vitales estresantes extremos causa patología (por ejemplo: situaciones de combate).

b) Modelo de tensión-estrés: las respuestas o procesos fisiológicos median entre el impacto de los eventos vitales y su probable influencia en la enfermedad.

c) Modelo de vulnerabilidad: las variables de personalidad y los distintos aspectos del apoyo social moderan la relación causal entre los eventos vitales y la patología.

d) Modelo de carga aditiva: este modelo contrasta con el anterior, ya que en este caso las disposiciones personales y las sociales, en vez de moderar o mediar el impacto de los eventos vitales, son consideradas como contribuidoras causales independientes a la patología.

e) Modelo de carga crónica: son las disposiciones personales y sociales las que producen patología, quitándole relevancia al rol de los eventos vitales transitorios.

f) Modelo de propensión: la presencia de desórdenes psicológicos, produce eventos vitales estresantes, produciéndose un círculo vicioso, donde estos eventos vitales incrementan la patología.

Modelos de House (1981)

Este autor sintetiza en sus modelos las tres formas en que el apoyo social puede modificar o neutralizar el efecto nocivo del estrés, protegiendo y promocionando la salud. Plantea la existencia de dos efectos principales y uno de amortiguamiento. De los dos efectos principales, uno actúa directamente sobre la salud proveyendo confort emocional y contrarrestando los efectos negativos del estrés. El otro efecto principal actúa haciendo que el apoyo social reduzca directamente el estrés que afecta al individuo, y contribuye indirectamente a mejorar su salud. Por último, el efecto de amortiguamiento actúa mitigando el efecto del estrés sobre la salud.

Modelos de Cohen (1988)

Este autor parte del cúmulo de evidencias sobre la influencia del apoyo social en la mortalidad y morbilidad de las personas, buscando vincular el apoyo social en el comienzo de la enfermedad. Para tal fin plantea la existencia de tres tipos de modelos: a) modelos genéricos; b) modelos centrados en el estrés y c) modelos de procesos psicosociales.

a) Modelos genéricos. Existen tres tipos de modelos genéricos: según el Modelo 1, el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de la influencia que ejerce sobre patrones conductuales, que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad, el Modelo 2 afirma que el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de

los efectos que produce sobre respuestas biológicas que influyen en la enfermedad, y en el Modelo 3 convergen los dos modelos anteriores en cuanto el apoyo social afecta a la conducta que influye en la enfermedad mediados por respuestas biológicas. Las conductas saludables hacen referencia a estilos de alimentación adecuados, vida no sedentaria, la evitación del consumo excesivo de tabaco, alcohol, etc., buscando disminuir o erradicar la llamada «patología conductual». Las respuestas biológicas incluyen a factores neuroendocrinos, inmunológicos y hemodinámicos.

b) Modelos centrados en el estrés: estos modelos plantean la importancia del apoyo social en sujetos que se hallan bajo estrés (modelo de la amortiguación), o si el apoyo social es potencialmente benéfico al margen del nivel de estrés (modelo de efecto principal). En ambos casos el apoyo social se relaciona con los distintos trastornos mediante los procesos biológicos y/o conductuales descritos anteriormente.

c) Modelos de procesos psicosociales: describen los procesos psicosociales que median los efectos del apoyo social sobre la salud, tratando de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. También se distinguen en modelos de efecto principal y modelos de amortiguamiento. Los modelos de efectos principales predicen la influencia del apoyo social sobre la salud, independientemente del nivel de estrés, señalando diversas vías a través de las que la integración social puede influir en la salud. Los modelos de amortiguamiento hacen énfasis en que el apoyo social disponible, accesible y adecuado tiene efectos positivos sólo cuando los individuos se hallan en situaciones de estrés. Las vías o modelos que utilizan unos y otros son: 1) Modelo basado en la información; 2) Modelo de autoestima e identidad; 3) Modelo de influencia social y 4) Modelo de recursos tangibles.

Efectos del apoyo social: efectos positivos y negativos

Existen una serie de trabajos que ponen de manifiesto la aceptación generalizada de que el apoyo social siempre tiene efectos positivos para la salud (Berkman, 1984; Kessler, Prince y Wortman, 1985; Leavy, 1983 y Mitchell, Billings y Moos, 1982). Sin embargo, el apoyo social también puede actuar de manera negativa. Según Argile (1967) «las relaciones sociales con los otros pueden ser fuente de la más profunda satisfacción y de la desventura más tétrica» (p. 11).

Efectos positivos: mecanismos causales

Siguiendo el desarrollo teórico de Fernández Ríos *et al.* (1992), uno de los efectos positivos consiste en el apoyo social brindado a los enfermos. Habría cuatro vías que relacionan a las redes sociales con el apoyo al enfermo: a) la provisión de consejo, atención y acceso a nuevos contactos sociales; b) la facilitación de ayuda, servicios, etc.; c) los mecanismos asociados a la integración social que regulan el control social y la presión de los iguales (Bisconti y Bergeman, 1999); y d) la generación de sentimientos de intimidad, sentido de pertenencia, afirmación de la dignidad, etc., disminuyendo así la vulnerabilidad, tanto física como psicológica, al estrés (Berkman, 1984).

Otros posibles mecanismos de actuación del apoyo social positivo serían:

1) Reduciendo el estrés: ya sea a través de influir los procesos de evaluación primaria (la valoración que hace el sujeto sobre el perjuicio o beneficio de un hecho o situación), y de evaluación secundaria (la posibilidad de actuar para superar la situación estresante), o a través de brindar ayuda en los procesos de afrontamiento (Cohen y Wills, 1985.). La reevaluación o afrontamiento, sería una nueva evaluación del sujeto, supuestamente más útil, de una situación estresante (Holahan, Moos, Holahan y Penny, 1996 y Lazarus y Folkman, 1986).

2) Incrementando la autoestima, definiéndose ésta como la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo (Bandura, 1987).

3) Elevando el humor, lo que influiría sobre los aspectos fisiológicos del estrés y los procesos de afrontamiento (Bennet y Connell, 1999).

Para Shumaker y Brownell (1984) los aspectos positivos del apoyo social serían los siguientes: sentimiento de ser querido o amado; apuntalamiento de estados de humor positivos y de la autoestima; sentimientos de integración social; percepción incrementada del número de amigos y su utilidad; incremento de la autoeficacia; reducción de la ansiedad, la autorrecriminación, la indefensión y la ambigüedad, facilitación de la liberación emocional; interpretación clara de posibles eventos amenazantes y reforzamiento de sentimientos de seguridad.

Por último, para explicar la relación hallada entre el apoyo social y la salud, es necesario comentar, teniendo en cuenta los mecanismos psicosociales y fisiológicos implicados, que se han formulado explicaciones alternativas sobre estos efectos. Por ejemplo:

1) La asociación entre el apoyo social y la salud es inversa a la comentada. Para Wortman y Dunkel-Schetter (1987) es el nivel de salud y bienestar del sujeto en un momento dado, el que va a condicionar la cantidad de apoyo disponible.

2) Heller (1979) argumenta que una variable importante que influye en el nivel de apoyo del individuo y, por lo tanto, en la relación entre el apoyo social y la salud, es la competencia social. Las personas más competentes y por lo tanto, más inmunes al estrés, estarían en situación de tener mejores redes sociales. En cambio, una baja competencia social, implicaría un déficit de destrezas que influiría negativamente en la iniciación y mantenimiento de relaciones sociales que faciliten el apoyo (Sarason, Sarason, Hacker y Basham, 1985).

3) Algunas variables de personalidad podrían «contaminar» los efectos del apoyo social, como la «personalidad dura» (*hardness*) (Kobasa y Pucetti, 1983), la conducta Tipo A (Strube, Boland, Manfredo y Al-Falau, 1987) y, a nivel general, aquellas características que facilitan la adquisición, el desarrollo y el mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias (Friedman y Booth-Kewley, 1987). Según Sarason *et al.* (1987) poder conceptualizar al apoyo social como una característica de la personalidad en desarrollo, contribuiría en gran manera al avance de la teoría del apoyo social.

Efectos negativos del apoyo social

Las relaciones interpersonales son complicadas. Muchas veces las personas hacen o dicen cosas, que desde la perspectiva de quien lo dice (el proveedor de ayu-

da), pueden parecer positivas, pero, en la práctica, resultan negativas para las personas a las que se las dicen (el receptor de ayuda).

Así distintos investigadores han encontrado indicios de estos aspectos negativos del apoyo social (Finch *et al*, 1999; Ullman, 1999). Por ejemplo, se ha visto que muchos «consejos» dados a los padres, con la intención de apoyarles en la pérdida de un hijo, son negativos (Helmrath y Steinitz, 1978). Otro estudio mostró que el 80% del apoyo sentido por familiares que habían sufrido la muerte de un ser querido, había sido negativo (Dadidowitz y Myrick, 1984). Hobfoll y London (1986) hallaron en Israel, que las mujeres cuyos novios o esposos habían sido movilizados para la guerra de 1982, experimentaban mayor estrés psicológico si tenían amigos o vecinos con quien hablar de ello. Otro estudio pone de manifiesto que ante cónyuges que habían perdido su compañero/a en accidentes de tráfico, resultaba negativo darles consejos, minimizar la situación, producirles una alegría forzada, tratar de identificarse con sus sentimientos (decirles: «sé como se siente»), facilitar ayuda real no deseada e interferir en su ritmo de vida (Lehman, Ellard y Wortman, 1986).

Por último, el apoyo social puede producir un proceso de «regulación negativa» de la interacción humana; es decir, puede fomentar actos de desviación social, estimulando no sólo la ejecución de roles inestables, sino también la patología conductual. Todo ello se produce a través del refuerzo de conductas inapropiadas por modelos inadecuados y por no disuadir la ejecución de conductas negativas.

El porqué el apoyo social negativo tiene un impacto tan fuertemente significativo sobre las personas, teniendo en cuenta que la mayor parte de las interacciones suelen ser positivas se explicaría, según Rook y Pietromonaco (1987), por tres posibles causas: la primera es que si bien los efectos positivos son más frecuentes que los negativos, cuando ocurre una relación negativa, se hace más significativa por su poca frecuencia; la segunda argumenta que en la mayor parte de las conductas de apoyo social resulta difícil discernir si se trata de facilitar ayuda al sujeto voluntariamente o por obligación social. Esta ambigüedad atribucional puede diluir las funciones reforzantes del apoyo. Por otro lado, cuando la conducta es claramente contraria a la norma y no proporciona apoyo, no da lugar a ambigüedad atribucional, pero lleva al sujeto a realizar rápidas inferencias de las interacciones maliciosas sobre las acciones negativas de los otros. Es probable que dichos sujetos sean mucho más lentos para inferir buenas intenciones de las acciones positivas y, por último, se supone que el ser humano tiene una tendencia innata para estar más atento a amenazas o riesgos potenciales que a los posibles beneficios. Además, parece que disponemos de un «sistema de vigilancia» que nos hace más reactivos a las situaciones negativas para la supervivencia, lo que incluiría a las interacciones sociales negativas.

Es importante tener en cuenta esta posible producción de efectos negativos del apoyo social al desarrollar programas de intervención (Barrón, 1996).

El apoyo social y su relación con la salud física y mental

Hemos visto que si bien las relaciones con los otros forman parte de la vida diaria, en los últimos decenios se ha puesto de manifiesto, a través de una serie de

estudios epidemiológicos que compararon grupos con diferentes grados de integración social, que las enfermedades psicológicas y físicas son proporcionalmente mayores en aquellas comunidades cuyos vínculos y redes sociales se han visto interrumpidos por cambios en los patrones de empleo, migración, envejecimiento de la población y muerte. Además de esta perspectiva estructural, el hecho de poseer un apoyo social funcionalmente pobre, caracterizado por la escasez de interacciones sociales de apoyo con los otros, también ha correlacionado con un mayor nivel de enfermedad (Berkman, 1995; Taylor y Repetti, 1997). Inclusive, la evidencia que asoció las relaciones sociales con mortalidad fue similar a aquella que vinculó factores de riesgo tradicionales, como el tabaquismo y la inactividad física, con la mortalidad (Uchino, Uno y Holt-Lunstad, 1999). Igualmente, el hecho de pertenecer a una red social fuerte está relacionado con longevidad (Cohen, 1988; House *et al.*, 1988).

Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a la persona de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen y Herbert, 1996; Cohen y Wills, 1985), confirmando por ejemplo que el apoyo en la enfermedad renal crónica amortigua la depresión (Christensen, Turner, Slaughter y Holman, 1989), mientras los resultados de otros estudios son compatibles con la teoría de una relación directa entre el apoyo social y el bienestar general, independientemente del nivel de estrés (Friedman, 1991; King *et al.*, 1993). Por ejemplo, en un estudio que investigó el papel del apoyo social en el inicio de la enfermedad coronaria, se halló que los sujetos sanos que oficiaron de controles tenían más apoyo social en todos los niveles, se relacionaban con más gente, percibían más apoyo emocional y conductas de apoyo y estaban más satisfechos con el apoyo que percibían, ya fuera conductual o emocional, que los sujetos que luego desarrollaron una enfermedad coronaria (Gómez Bobassi, 1998).

Influencia positiva y negativa del apoyo social en la salud

Una cuestión a tener en cuenta de las relaciones sociales es bajo qué condiciones son más beneficiosas. No todas las relaciones íntimas son uniformemente positivas (consideremos, por ejemplo, el conflicto marital) y se debe considerar que las interacciones negativas pueden interferir con la eficacia del apoyo social.

Según Rodin y Salovey (1989), los resultados de los estudios que consultaron sobre el papel del apoyo social en la salud, son mixtos. En general, el apoyo social brinda alivio al *distrés* psicológico durante las crisis (Holahan y Moos, 1986; Sarason y Sarason, 1985); puede (Berkman y Syme, 1979) o no (Wallston, Allagna, DeVellis y DeVellis, 1983) inhibir directamente el desarrollo de la enfermedad, pero una vez que el individuo enferma, el apoyo social juega un importante papel positivo en su recuperación (DiMatteo y Hays, 1981; Wortman, 1984). Es decir, que si bien los vínculos sociales pueden ser considerados como promotores de la salud, también pueden ser un recurso para potenciar el estrés crónico, lo que contribuye a incrementar el riesgo en la salud. Por lo tanto, puede considerarse que las relaciones sociales presentan tanto costos como beneficios (Taylor y Repetti, 1997). Tales costos pueden ser a través de exigencias o demandas de asistencia, críticas u otras formas de

conflicto interpersonal (Averill, 1982) y si estas características predominan en el ambiente, pueden incrementar el riesgo de empobrecimiento de la salud física y mental (Burg y Seeman, 1994; Seeman, Bruce y McAvay, 1996).

En teoría, el apoyo social puede reducir la percepción de cuán estresante es un evento, si bien hombres y mujeres parecen beneficiarse de diferente manera de la interacción con los otros, siendo las mujeres especialmente vulnerables a las consecuencias psicológicas de la falta de apoyo de la familia y los amigos y presentando más estrés emocional que los hombres con estas interacciones negativas (Taylor y Repetti, 1997). Por otro lado, una persona que posee vínculos de apoyo puede sentir menos estrés laboral porque la gente de confianza que lo rodea le proveen información útil o refuerzan otros aspectos de su vida como el rol familiar. La reducción de la evaluación del estrés puede influir en procesos psicológicos tales como estados negativos de humor, sentimientos de control personal y autoestima (Carlson y Perrewé, 1999; Van der Doef y Maes, 1999). Estos procesos psicológicos influirían en los sistemas cardiovascular, endócrino e inmunológico, con consecuencias importantes para la salud (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1995).

El hecho de estar casado se asocia generalmente con mejores respuestas del sistema inmunológico, aunque se ha encontrado que en las relaciones de pareja caracterizadas por la hostilidad y el conflicto existe una elevada reactividad cardiovascular y neuroendocrina y una disminución del funcionamiento del sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, Malarkey, Cacioppo y Glaser, 1994). El estrés producido por las demandas físicas y psíquicas de un cónyuge enfermo (por ejemplo con cáncer o enfermedad de Alzheimer), también se han relacionado con un bajo funcionamiento del sistema inmunológico, así como con lípidos elevados e incremento de la reactividad endocrina (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1994). En una monitorización ambulatoria de la tensión sanguínea en el trabajo y en el hogar, los hombres mostraron una reducción de la tensión en la casa mientras que las mujeres no, lo que puede ser debido a la gran demanda de trabajo de la casa y del cuidado de los niños que normalmente asumen las mujeres (Undén, Orth Gomér y Elofsson, 1991). Además de las relaciones maritales, los individuos que informan bajos niveles de apoyo de la familia y los amigos muestran una mayor tasa cardíaca y tensión sanguínea (Dressler, Dos Santos y Viteri, 1986; Undén *et al.*, 1991), altos niveles de colesterol, baja función del sistema inmunológico (Thomas, Goodwin y Goodwin, 1985) y altos niveles de actividad neuroendocrina (Seeman, Berkman, Blazer y Rowe, 1994).

También se ha demostrado el impacto fisiológico de las interacciones sociales en estudios experimentales. Se ha visto que el desafío y/o la hostilidad incrementan la actividad neuroendocrina y cardiovascular (Brown y Smith, 1992). Sin embargo, la presencia de un amigo o de una persona que brinda apoyo atenúa la reactividad cardiovascular en sujetos enfrentados a tareas de laboratorio competitivas (Seeman y McEwen, 1996). En contraste, la presencia de un extraño que observe la sesión de prueba produce un incremento de la reactividad (Snydersmith y Cacioppo, 1992).

Mecanismos de influencia de los factores sociales sobre la enfermedad

A largo plazo, las alteraciones en la función cardiovascular (p.ej., tasa cardíaca) pueden influir en el desarrollo de enfermedades como la hipertensión, que es considerada un alto factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades tales como el infarto, accidentes cerebro vasculares, etc., mientras que la disminución de las funciones del sistema inmunológico, pueden tener implicaciones en el cáncer y las enfermedades infecciosas. Aún en individuos que no presentan eventos estresantes, es posible que el apoyo social pueda afectar a los procesos fisiológicos por influir directamente en los procesos psicológicos de autoestima, sentimientos de control personal y estados de humor negativos (Uchino *et al.*, 1999). El simple hecho de estar en compañía de un amigo puede ponernos de mejor humor. Uchino, Cacciopo y Kiecolt-Glaser (1996) realizaron recientemente una revisión donde examinaron la evidencia que vincula el apoyo social con los procesos fisiológicos que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad y hallaron que la mayoría de los estudios investigaban la asociación entre el apoyo social y la función cardiovascular y se focalizaban especialmente en la relación del mismo con la tensión sanguínea: los sujetos con altos niveles de apoyo social tenían una tensión menor que los sujetos con bajos niveles de apoyo social. Al mismo tiempo, encontraron evidencias que vinculan el apoyo social con una mejor regulación de la tensión sanguínea en pacientes hipertensos. En esa revisión también se examinaron estudios que probaron la relación del apoyo social con aspectos de la función inmunológica (Cohen *et al.*, 1997). En general, los estudios sugieren la relación del apoyo social con una respuesta inmune más fuerte. Se vió que aquellos individuos con altos niveles de apoyo social tenían una reacción más intensa de las «células asesinas» (*natural killer cells*) que los individuos con bajos niveles de apoyo social (por ejemplo: mayor capacidad para suprimir células susceptibles de desarrollar tumores). Una de las formas en las que el apoyo social puede influir en el sistema inmunológico es a través de la liberación de ciertas hormonas endócrinas, como las catecolaminas y el cortisol, a través de la respuesta de estrés. A pesar de que no existen muchos estudios que investiguen este tema, evidencias preliminares del estudio de Mac Arthur sugieren que altos niveles de apoyo social pueden estar vinculados con bajos niveles de catecolaminas y cortisol en hombres (Seeman *et al.*, 1994). Estos datos son consistentes con aquellos que vinculan el apoyo social con alteraciones en el sistema cardiovascular ya que las hormonas endocrinas, como las catecolaminas, influyen directamente en la función cardiovascular.

Conductas y hábitos saludables

Otra de las maneras en que el apoyo social puede influir en la salud es a través del aprendizaje y el refuerzo de conductas saludables y la modificación de hábitos no saludables, como el tabaquismo, el alcoholismo, la falta de ejercicio físico y la mala alimentación. La gente que está socialmente integrada muestra una tasa más elevada de conductas saludables preventivas, como por ejemplo: un menor nivel de tabaquismo e ingesta de bebidas alcohólicas (Broman, 1992), más revisiones de

control del cáncer (Berkman, 1995) y mayor reducción de factores de riesgo para la salud, como llevar a cabo de una dieta pobre en grasas, la realización de ejercicio físico y el dejar de fumar (Bovbjerg *et al.*, 1995). También se ha relacionado el apoyo familiar con una mejor adherencia al tratamiento por hemodiálisis (Christensen *et al.*, 1992).

Sin embargo, el medio social constituido por la familia y los amigos también entraña la posibilidad de alentar o estimular malos hábitos para la salud tales como problemas con la bebida (Seeman, *et al.*, 1988), un esfuerzo menor en dejar el tabaco (Cohen, 1992) y un pobre control de la diabetes (Kaplan y Hartwell, 1987).

Conclusiones

En resumen, se puede observar que el apoyo social es un concepto difícil y confuso que ha ido evolucionando a través del tiempo desde una perspectiva meramente cuantitativa hasta la actual, que incluye sus aspectos funcionales o cualitativos y que parecen ser los que influyen en los individuos, brindando protección. Es decir, que es la percepción que tenemos del otro y de nuestro entorno lo que nos proporciona la sensación de alivio y bienestar en unos casos o malestar en otros.

Ahora bien, el proceso mediante el cual el apoyo social tiene efecto sigue siendo poco claro, tanto para la población general como para aquellas personas afectadas de alguna enfermedad. En la bibliografía teórica se ha discutido si el apoyo social se consigue mediante el tipo de afrontamiento a la situación a través de la autoestima, sin una evidencia empírica suficiente. Otra área poco investigada del apoyo social es la influencia del género y las diferencias individuales. No se ha investigado suficientemente la manera en que los hombres y las mujeres difieren en su necesidad de apoyo social y la forma en que tienen acceso y regulan la cantidad de apoyo que reciben. Por ejemplo: la investigación en pacientes cardíacos ha sido llevada a cabo principalmente en hombres; la experiencia en mujeres sigue subinvestigada. El grado en que características de personalidad como el optimismo y el neuroticismo influyen sobre la percepción del sujeto en cuanto al apoyo disponible requiere de su valoración para identificar más claramente el proceso mediante el cual los individuos consiguen el apoyo social. También es importante investigar cómo el balance de los aspectos positivos y negativos de las relaciones de intimidad influyen en las funciones fisiológicas y, por lo tanto, en la salud.

El proceso permanente de investigación ha ido afinando tanto la definición como la complejización y medición del concepto y la aplicación de los resultados obtenidos en estas investigaciones en futuras intervenciones combinando la utilización de recursos sociales (como los grupos de autoayuda, las intervenciones comunitarias, etc.) con aproximaciones médicas tradicionales, tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad, servirán para una promoción positiva de la salud.

Referencias

- Alcalay, R. (1983). Aristóteles. En R. Alcalay (dir.), *Ethics*, 71-88. Holland: Elsevier.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M. y Vaillant, G.E. (1978). Life events stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous Mental Disease*, 166, 307-316.
- Aneshensel C.S. y Frerichs, R.R. (1982). Stress, support and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10, 363-376.
- Aneshensel C.S y Stone J.D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1392-1396.
- Anguera, M.T. (1989). Hacia una representación conceptual. Teorías y modelos. En J. Arnau y H. Carpintero (dirs.), *Historia, teoría y métodos*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Antonucci, T.C. e Israel, B. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and networks members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.
- Argile, M. (1967). *The psychology of interpersonal behavior*. Harmondsworth: Penquin Books.
- Averill, J.R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martinez Roca.
- Barrera, M. y Balls, P. (1983). Assessing social support as a prevention resource: An illustrative study. *Prevention in Human Services*, 2, 59-74.
- Barrera, M., Sandler, I.N., y Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barrera, M. (1981). Preliminary development of a scale of social support. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress. Beyond the buffering hypothesis. En L. H. Cohen (dirs.), *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bastide, R. (1978). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Bennett, P. y Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 45-55.
- Berkman, L.F. y Seeman, T. (1986). The influence of social relationships on aging and the development of cardiovascular disease: a review. *Postgraduate Medical Journal*, 62, 805-807.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Psychology*, 5, 413-432.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L.F. y Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-years follow-up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiologie*, 109, 186-304.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses y social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A.G. y Moos, R.M. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-311.
- Bisconti, T.L. y Bergeman, C.S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *Gerontologist*, 39, 94-103.

- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.G., Haney, T. y Zimet, G. (1987) Social support, Type A behavior, and coronary disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-339.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss; vol. 3: Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss; vol. 1: Attachment*. Nueva York: Basic Books.
- Bowling, A. y Grundy, E. (1998). The association between social networks and mortality in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 353-361.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.S., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. y Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Broman, C. (1992). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335-350.
- Brookings, J.B. y Bolton, B. (1988). Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, 16, 137-147.
- Brown, P.C. y Smith, T. (1992). Social influence, marriage and the heart: cardiovascular consequences of interpersonal control in husbands and wives. *Health Psychology*, 11, 88-96.
- Bruhn, J.G. y Phillips, B.V. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 151-164.
- Burg, M. y Seeman, T. (1994). Families and health: the negative side of of social ties. *Annales of Behavioral Medicine*, 16, 109-115.
- Burke, R.J. (1978). Sex differences in adolescent life stress, social support, and well-being. *Journal of Psychology*, 98, 277-288.
- Cannon, W.B. (1931). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.
- Caplan G. (1974). *Support systems and community mental health*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. y Killilea, M. (dirs.), (1976). *Support systems and mutual help. Multidisciplinary explorations*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Carlson, D. y Perrewew, P. (1999). The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management*, 25, 513-540
- Carveth, W.B. y Gottlieb, B.H. (1979). The measurement of social support and its relation to stress. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 111-116.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cauce, A.M., Felner, R.D. y Primavera, J. (1982). Social support in high-risk adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 10, 417-428.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter J. y Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator of psychological ell-being in end stage renal disease. *Behavioral Medicine*, 12, 249-265.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of lige stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Cohen, S. y Syme, S.L. (dirs.) (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum J.E. Singer y S.F. Taylor (dirs.), *Handbook of psychology and health*, 253-267. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.N. (1985). Measuring the functional components of social support. En I. Sarason y B. Sarason (dirs.), *Social support: theory, research and applications*, 73-94. Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S. y Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S. y Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (dirs.), *Health psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. En H. Veiel y U. Baumann (dirs.), *The meaning and measurement of social support*, 109-124. Nueva York: Hemisphere.
- Cohen, S. y Herbert, T. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annuals Reviews in Psychology*, 47, 113-142.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cooley, C.H. (1909). *Social organization: A study of the larger mind*. Nueva York: Scribner.
- Cooper, M.L. (1986). *The role of supportive transactions and perceived functional support as stress buffers*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Santa Cruz.
- Costanza, R.S., Derlega, V.I., y Winstead, B.A. (1988). Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same sex-friends. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 182-193.
- Croog, S.H. (1970). The family as a source of stress. En S. Levine y N.A. Scotch (dirs.), *Social stress*. Chicago: Aldine.
- Cummins, R.C. (1987). Perceptions of social support, receipt of supportive behaviors and locus of control as moderators of chronic stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 685-700.
- Cutrona, C.E. y Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Davidowitz, M. y Myrick, R.D. (1988). Responding to the bereaved: An analysis of helping statements. *Research Record*, 1, 35-42.
- DiMatteo, M. y Hays, R. (1981). Social support and serous illness. En B.H. Gotlieb (dir.), *Social Networks and Social support in community mental health*, 117-147. Beverly Hills, CA: Sage.
- Dohrenwend, B.S. y Dohrenwend, B.P. (1981). Life stress and psychopathology. En D.A. Regier y G. Allen (dirs.), *Risk factor research in the major mental disorders*. D.H.H.S. Pub N° 1 (ADM). Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Dressler, W., Dos Santos, E, y Viteri, F. (1986). Blood pressure, ethnicity, and psychosocial resource. *Psychosomatic Medicine*, 48, 509-519.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Durá E, Garcés J. (1991), La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicossocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6, 257-271.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. Nueva York: Free Press (Trabajo original publicado en 1897).
- Ernster, V.L., Sacks, S.T., Selvin, S. Petrakis, N.L. (1979). Cancer incidence by marital status: U.S. Third National Cancer Survey. *Journal of National Cancer Institute*, 63, 567-585.

- Ferligoj, A. y Hlebec, V. (1999). Evaluation of social network measurement instruments. *Social Networks* 21, 111-130.
- Fernández Ríos, L., Torres, M., Díaz, L. (1992). Apoyo social: implicaciones para la Psicología de la Salud, 81-145. En M.A. Simón (dir.), *Comportamiento y salud* (Vol.1). Valencia: Promolibro.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 2, 117-140.
- Finch, J., Okun, M., Pool, G. y Ruehlman, L. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality*, 67, 581-622.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D.B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.
- Fischer, C.S. (1982). *To dwell among friends: Personal network in town and city*. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedman, M. y Boothby-Kewley, S. (1987). The Disease-Prone Personality: A Meta-Analytic view. *American Psychologist*, 42.
- Friedman, M. (1991). *Stress, social support, psychological distress and well-being in older women with chronic heart disease*. Rochester, NY: The University of Rochester. Tesis doctoral.
- Gallo, F. (1982). The effects of social support network on the health of the elderly. *Social Work in Health Care*, 8, 65-74.
- Ganster, D.C. y Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17-36.
- Gómez Bobassi, L.P. (1998). *El papel del apoyo social en la etiología de la enfermedad coronaria cardíaca*. Ediciones microfilm. Granada: Universidad de Granada. Tesis doctoral.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classifications scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 105-115.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12, 5-22.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies. Guidelines for mental health practices*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-56.
- Harlow, M.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Helmuth, T.H. y Steinitz, E.M. (1978). Death of an infant: parental grieving and the failure of social support. *The Journal of Family Practice*, 6, 785-790.
- Heller, K. (1979). The effects of social support: Preventing and treatment implications. En A. P. Goldstein y F.H. Kanfer (dirs.), *Maximizing treatments gains: Enhancement in psychotherapy*. Nueva York: Academic Press.
- Henderson, S., Byrne, D.G. y Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Nueva York: Academic Press.
- Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P. y Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interactions. *Psychological Medicine*, 10, 723-734.
- Hirsch, B. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8, 159-172.
- Hobfoll, S.E. y London, P. (1986). The relationship of self-concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 189-203.
- Hobfoll, S.E. y Stokes, J.P. (1988). The processes and mechanics of social support. En S. Duck (dir.), *Personal relationships. Theory, research and intervention*. London: Willey and Son.

- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 365-370.
- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1982). Social support and adjustment: Predictive benefits of social class indices. *American Journal of Community Psychology, 10*, 403-413.
- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 389-395.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C. y Brennan, P. (1996). Social support, coping strategies, and psychosocial adjustment to cardiac illness: Implications for assessment and prevention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 13*, 33-52.
- House, H.S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- House, J.S. y Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (dirs.), *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.
- House, J.S., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology, 116*, 123-140.
- Israel, B.A. (1982). Social networks and health status: Linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education, 4*, 65-79.
- Kaplan, A. (1977). *Social support: The construct and its measurement*. Unpublished bachelor's thesis, Brown University, Providence, RI.
- Kessler, R.C., Prince, R.H. y Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology. Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.
- Kessler, R.C. y McKleod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S.L. Syme (dirs.), *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 57*, 268-274.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Malarkey, W.B., Cacioppo, J. y Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: immune and endocrine function. En R. Glaser y J.K. Kiecolt-Glaser (dirs.), *Handbook of human stress and immunity*, 321-339. San Diego: Academic.
- King, K., Reis, H., Porter L. y Norsen, L. (1993). Social Support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychology, 12*, 56-63.
- Kobasa, S.C. y Pucetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 956-974.
- Kropotkin, P. (1908). *Gegenseitige Hilfe in der tier- und menschenwelt*. Leipzig: Thomas.
- Lakey, B. y Heller, K. (1988). Social Support from a friend, perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology, 16*, 811-824.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorders: A review. *Journal of Community Psychology, 11*, 3-21.
- Lehman, D.R., Ellard, J.H. y Wortman, L.B. (1986). Social Support for the bereaved: Recipients and provider's perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 438-446.
- Levitt, M.J. (1991). Attachment and close relationships: A life span perspective. En J.L. Gewirtz y W.F. Kurtines (dirs.), *Intersections with attachment*, 183-205. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Liem, R. y Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 139-156.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1981). Social support scales. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 73-89.
- Lin, N. y Peek, M. (1999). Social networks and mental health. En A. Horwitz, T. Scheid et al. (dirs.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 241-258. Nueva York: Cambridge University Press.

- Lu, L. y Hsieh, Y. (1997). Demographic variables, control, stress, support and health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 97-106.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. y Maj, M. (1998). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 413-419.
- McCormick, I.A., Siegert, R.J. y Walkey, F.H. (1987). Dimensions of social support: A factorial confirmation. *American Journal of Community Psychology*, 15, 73-77.
- McFarlane, A.H., Neale, K.A., Norman, G.R., Roy, R.G. y Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 90-110.
- Mitchell, J.C. (1969). *Social networks in urban situations*. Manchester: Manchester University Press.
- Mitchell, R.E., Billings, A.G. y Moos, R.H. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3, 77-98.
- Mittelmark, M.B. (1999). Social ties and health promotion: Suggestions for population-based research. *Health Education Research*, 14, 447-451.
- Monroe, S.M. (1983). Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect. *American Journal of Community Psychology*, 11, 81-97.
- Monroe, S.M. y Peterman, A.M. (1989). Life stress and psychopathology. En L.H. Cohen (dir.), *Research on stressful life events: Theoretical and methodological issues*, 31-63. Nueva York: Sage.
- Moos, G.E. (1973). *Illness, immunity and social interaction*. Nueva York: Wiley.
- Orth-Gomér, K. (1994). International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular heart disease. En S. Shumaker y S. Czajkowski (dirs.), *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Plenum Press.
- Orth-Gomér, K. y Undén, A.L. (1990). Type A behavior, social support and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 59-72.
- Orth-Gomér, K. y Undén, A.L. (1987). The measurement of social support in population survey. *Social Science and Medicine*, 24, 83-94.
- Ortmeyer, C.F. (1974). Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. En L.L. Erhardt y V.E. Berlin (dirs.), *Mortality and morbidity in the United States*, 159-188. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Parker, G. y Barnett, B. (1987). A test of the social support hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 150, 72-77.
- Payne, R.L. y Jones, J.G. (1987). Measurement and methodological issues in social support. En S.V. Kasl y C.C. Cooper (dirs.), *Stress and health: Issues in research methodology*, 167-205. Chichester: Wiley.
- Pearlin, L.I. (1999). Stress and mental health: A conceptual overview. En A. Horwitz, T. Scheid et al. (dirs.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 241-258. Nueva York: Cambridge University Press.
- Pierce, R.S., Frone, M.C., Russel M. y Cooper, M.L. (1996). Financial stress, social support, and alcoholic involvement: A longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. *Health Psychology*, 15, 38-47.
- Pilisuk, M., Froland, C. y Kinship, M. (1978). Social networks, social support and health. *Social Science Medicine*, 12, 273-280.
- Prevention Task Panel Report (1978). *Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health* (4 Vols). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Procidano, M.E., y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

- Rodin, J. y Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annuals Reviews in Psychology*, 40, 533-579.
- Rook, K.S. y Pietromonaco, P. (1987). Clase relationships: Ties that heal or tyies that bind. En W.H. Jones y D. Perlman (dirs.), *Advances in personal relationships (Vol. I)*. Greenwich: JAI Press.
- Rosenberg, M.R. (1985). *Social support: Mechanisms of action and stressor-support specificity*. Doctoral dissertation, Southern Illinois University, Carbondale.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., Chaudhary, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal Medicine*, 311, 552-559.
- Sandler, I.N. y Barrera, M. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.
- Sandler, I. y Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-80.
- Sarason, I.G. (1988). Social support, personality and health. En M.P. Janisse (dir.), *Individual differences, stress and Health Psychology*. Nueva York: Springer Verlag.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. y Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (dirs.), *Social support: An interactive view*. Nueva York: Wiley.
- Sarason, I.G., Shearin, E.N., Pierce G.R., y Sarason, B. (1987). Interactions of social support measures: Theoretical and Practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. y Shearin, E.N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., Hacker, T.A. y Basham, R.B. (1985) Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason I.G. y Sarason, J.H. (dirs.) (1985). *Social support: Theory, research and application*. Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhoff.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. (1994). Assessment of social support. En S. y Shumaker y S. Czajkowski (dirs.), *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Plenum Press.
- Schachter, J.W. (1966). *Psicología de la afiliación*. Buenos Aires: Paidós.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Seeman, T.E. y Syme, S.L. (1987). Social Networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Seeman, T.E., Berkman, L., Blazer, D. y Rowe, J. (1994). Social ties and support and neuroendocrine function: MacArthur Studies of Successful Aging. *Annales of Behavioral Medicine*, 16, 95-106.
- Seeman, T.E., Bruce, M.L. y McAvay, G. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability. *Journal of Gerontology and Social Science*, 16, 95-106.
- Seeman, T.E. y McEwen, B.S. (1996). Social environment characteristics and neuroendocrine function: the impact of social ties and support on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 57, 268-274.
- Shumaker, S.A. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Snydersmith, M. y Cacciopo, J. (1992). Parsing complex social factors to determine component effects, autonomic activity and reactivity as a function of human association. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 263-278.

- Stokes, J.P. (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology, 11*, 142-152.
- Stokes, J.P. y Wilson, D.G. (1984). The Inventory of Socially Supportive Behaviors: Dimensionality, prediction and gender differences. *American Journal of Community Psychology, 12*, 53-69.
- Strube, M.J., Boland, S.M., Manfreda, P.A. y Al-Falau, A. (1987). Type A behavior pattern and the self-evaluation of abilities: Empirical test of the self-appraisal model. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 956-974.
- Suls, J. (1982). Social support, interpersonal relations and health: Benefits and abilities. En G.S. Sanders y J. Suls (dirs.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: Erlbaum.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 187-202.
- Taylor, S. y Repetti, R. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under skin?. *Annuals Reviews in Psychology, 48*, 411-447.
- Taylor, C., Miller, N. y Smith, P. (1996). Prevention of depression and anxiety in patients with cardiovascular disease. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 13*, 53-69.
- Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H. B. Kaplan (dir.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Thomas, P., Goodwin, J.M. y Goodwin, J.S. (1985). Effect of social support on stress-related changes in cholesterol level, uric acid level, and immune function in an elderly sample. *American Journal of Psychiatry, 142*, 735-737.
- Tolsdorf, L.O. (1976). Social networks, support and coping: Exploratory study. *Family Process, 15*, 407-417.
- Turner, R., Frankl, G. y Levin, D. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. En J. Greenley (dir.), *Research in community and mental health* (Vol. 3). Greenwich CT: JAI Press.
- Turner, R.J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associates conditions. En H. B. Kaplan (dir.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Nueva York: Academic Press.
- Turner, R.J. (1981). Social Support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 357-367.
- Turner, R.J., Turner, J.B. (1999). Social integration and support. En C. Aneshensel y J.C. Phelan, (dirs.), *Handbook of sociology of mental health. Handbook of sociology and social research*, 301-319. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Uchino, B.N., Uno, D. y Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science, 8*, 145-148.
- Ullman, S.E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 343-358.
- Undén, A.L., Orth Gomer, K. y Elofsson, S. (1991). Cardiovascular effects of social support in the work place: twenty-four-hours ECG monitoring of men and women. *Psychosomatic Medicine, 53*, 50-60.
- Van der Doef, M. y Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work and Stress, 13*, 87-114.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. Nueva York: Praeger.
- Vaux, A., Burda, P. y Stewart, D. (1986). Toward utilization of support resources. *Journal of Community Psychology, 14*, 159-170.

- Vaux, A. y Harrison, D. (1985). Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, 13, 245-267.
- Vaux, A., Riedel, S. y Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237.
- Vaux, A. y Wood, J. (1985). Social support resources, behavior and appraisals: A path analysis. Manuscrito no publicado.
- Vaux, A. y Athanassopoulou, M. (1987). Social support appraisals and network resources. *American Journal of Community Psychology*, 15, 537-556.
- Veiel, H.O., Brill, G., Hafner, H. y Welz, R. (1988). The social support of suicide attempters: the different roles of family and of friends. *American Journal of Community Psychology*, 16, 839-862.
- Veroff, J., Kulka R.A., y Douvan, E. (1981). *Mental Health in America. Patterns of Help-seeking from 1957 to 1976*. Nueva York: Basic Books.
- Wallston, B., Allagna, S., DeVellis, B. y DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 4, 367-391.
- Ward, R.A., Sherman, S.R. y LaGory, M. (1984). Subjective network assessment and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 39, 93-101.
- Weiss, R.S. (1974). The provision of social relationship. En Z. Rubin (dir.), *Doing into others*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. En B. Gottlieb (dir.), *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wethington, E. y Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wilcox, B.L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Williams, A.W., Ware, J.E. y Donald, C.A. (1981). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 324-334.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient. *Cancer*, 53, 2339-2360. (Supplement).
- Wortman, C.B. y Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. En A. Baum y J.E. Singer (dirs.), *Handbook of psychology and health: Stress (Vol. 5)*. Hillsdale: Erlbaum.
- Zajonc, R.B. (1965). Social facilitation. *Science*, 149, 269-274