

Estructura social, apoyo social y salud mental

Ana Barrón López de Roda y Esteban Sánchez Moreno
Universidad Complutense de Madrid

La investigación previa ha mostrado la existencia de una persistente asociación positiva entre apoyo social y salud mental. Sin embargo, la mayoría de los investigadores se ha centrado en los aspectos sociales y psicológicos del apoyo social. Este artículo señala la necesidad de incluir los fundamentos sociales y estructurales del deterioro psicológico en nuestros modelos teóricos. A partir de un modelo general, nuestra investigación consideró el papel de varios factores sociales y estructurales (posición e integración sociales). El modelo teórico fue empíricamente contrastado en una muestra de 401 personas, la cual incluía diferentes posiciones sociales. Los resultados obtenidos utilizando modelos de ecuaciones estructurales respaldan nuestro modelos, mostrando el importante papel tanto del apoyo social como de los factores sociales y estructurales. Finalmente, se discuten algunas implicaciones teóricas y para la intervención.

Social structure, social support and mental health. Previous research has revealed a persistent positive association between social support and mental health. However, most researchers have focused on the psychological and psychosocial aspects of social support. The present paper points out the need of including the social and structural basis of distress in our theoretical models. Starting from a general social and psychological model, our research considered the role of several social, environmental and structural variables (social position, social stressors, and social integration). The theoretical model was tested working on a sample of 401 subjects, which includes different social positions. The results obtained using structural equation modelling support our model, showing the relevant role played both by social support and social and structural factors. Implications for theory and intervention are discussed.

A pesar de ser uno de los temas más estudiados en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de apoyo social. Y ello, tanto por la multitud de conductas aparentemente dispares entre sí que se incluyen bajo el término «apoyo social» (participación en asociaciones comunitarias, mostrar cariño, prestar un objeto, estar casado, etc.) como porque se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos, y distintos niveles de análisis. A nuestro juicio, una de las definiciones más completas, dado que trata de incluir todas estas dimensiones, es la de Lin, Dean y Ensel (1986), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

En la investigación en torno a las influencias sociales en la salud mental, el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998), tanto de sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus

aspectos estructurales (esto es, la composición de las redes sociales). Históricamente, es en la década de los años 70 cuando aparecen tres artículos pioneros en el estudio del apoyo social (Cassel, 1974, 1976; Cobb, 1976). En sus orígenes, la investigación apareció claramente asociada a los efectos del estrés psicosocial. Sin embargo, actualmente el tema del apoyo social se ha convertido en un área de investigación en cierta medida independiente. De hecho, desde un principio se plantearon dos efectos del apoyo social, que dieron lugar a las perspectivas que se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto de amortiguación. Respecto a la primera, hipótesis de efectos directos, defiende que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés. Esta hipótesis ha recibido abundante evidencia a su favor (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Loscocco y Spitze, 1990; Garrido y Alvaro, 1993; Lu y Hsieh, 1997). En cuanto a la hipótesis del efecto de amortiguación, establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes. Al igual que en el caso anterior, abundantes estudios han arrojado datos a su favor (Lin, Woelfel, Light, 1985; Cutrona, 1986; Lakey y Heller, 1988; Gore y Aseltine, 1995).

Cohen y Wills (1985) realizan una importante revisión de la bibliografía sobre apoyo social existente hasta el año de publicación de su trabajo. Tras clasificar los estudios en función del concepto de apoyo social utilizado (funcional o estructural) y por tanto del instrumento de medida empleado, relacionan estas características con los resultados obtenidos en cada estudio (efectos directos,

efectos de amortiguación o ambos). En su trabajo, concluyen que las medidas basadas en un concepto estructural del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de efectos directos. Por su parte, las medidas que recogen las funciones del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de efectos de amortiguación.

A nuestro juicio, sin embargo, la investigación sobre apoyo social ha obviado el papel de las variables socioestructurales, cuya relación con la salud está documentada desde los estudios clásicos de los padres de la Sociología, como Durkheim (1897/1976) hasta trabajos más recientes ya en nuestro siglo (o del siglo pasado, según otros), como los de Faris y Dunham (1939), Hollingshead y Redlich (1958) o el de Mirowsky y Ross (1989). Entre todas esas variables, creemos que al menos la clase social y la integración social deberían incluirse en cualquier modelo que trate de dar cuenta del deterioro psicológico.

En cuanto a la clase social, creemos imprescindible incluirla, puesto que cualquier modelo psicosociológico de la salud mental no puede olvidar el origen socioestructural de los estresores sociales, así como de los recursos disponibles para su afrontamiento, entre los cuales se incluye el apoyo social. Según autores como Pearlin (1989) y Turner, Wheaton y Lloyd (1995), las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y por ello un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes. La mayoría

de los investigadores en el área del estrés comienzan su trabajo centrándose en los estresores potenciales que residen en las experiencias individuales, sin fijarse en el posible origen estructural de tales estresores.

Respecto a la integración social, su inclusión en los diferentes modelos teóricos ha sido considerada desde una perspectiva restrictiva, psicologista, al confundir el concepto de integración social con el apoyo social formal. Son escasos los investigadores que diferencian ambos conceptos. De entre ellos, destaca el trabajo de Herrero, Gracia y Musitu (1996), cuyo concepto de integración social recoge aspectos de un análisis claramente sociológico, precisamente el que nosotros consideramos que ha sido obviado en los trabajos de apoyo social. En este sentido, la obra de Emile Durkheim ofrece un análisis detallado del concepto de la integración social. El estado de anomia puede entenderse como una dimensión de la integración, y nos remite a una separación del individuo con respecto a su entorno normativo. Además, conceptos como el de alienación (Marx, 1844/1985) hacen referencia a las consecuencias de la relación entre individuo y sociedad (existencia de un mundo incontrolable y sin sentido, autoextrañamiento y extrañamiento cultural) (Seeman, 1959). Por tanto, proponemos como definición de integración social los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se ve inmerso el sujeto y que le vinculan con un proyecto colectivo y reglamentan su conducta, haciendo por tanto comprensible, predecible y controlable el mundo cotidiano (Sánchez, 1999).

A partir de todo lo anterior, proponemos el siguiente modelo:

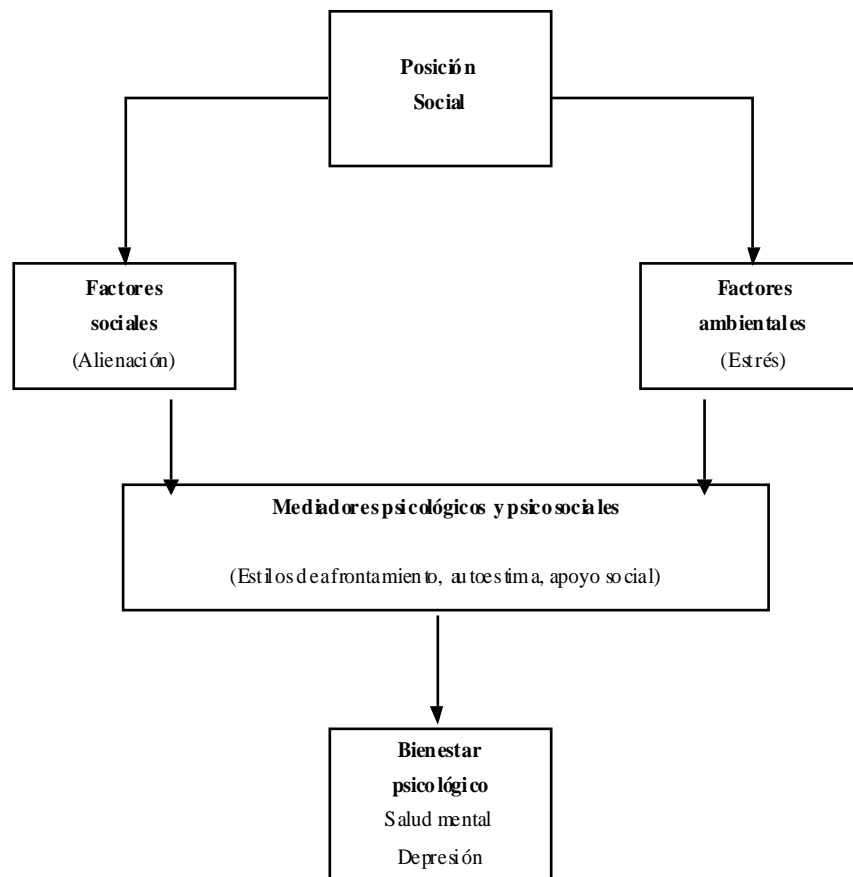


Figura 1. Modelo general de salud mental

Como se observa en la figura 1 se propone un modelo de relación entre estructura social y salud mental que especifica dos niveles de mediación. En el primer nivel se sitúan las experiencias sociales (alienación) y ambientales (estrés) producto de la posición socioeconómica de las personas. El segundo nivel recoge las mediaciones psicológicas y psicosociales a través de las cuales dichas experiencias sociales y ambientales se conectan con la salud y la enfermedad mental. En el modelo propuesto tres variables ocupan este nivel: Estilos de afrontamiento, autoestima y apoyo social. En el presente artículo nos centraremos en el papel del apoyo social.

Dado que el objetivo de la investigación es formular un modelo psicosocial de salud mental, incluimos a modo de hipótesis el modelo teórico general a contrastar. Se presentan dos modelos, uno para depresión y otro para salud mental en general. Además, y para facilitar la lectura de los modelos, en la Figura 2 se recogen las relaciones entre las variables y el signo de las mismas.

Las hipótesis concretas serían las siguientes:

1. La posición social tendrá una relación negativa con los sucesos vitales estresantes y la alienación, y una relación positiva con la integración comunitaria.
2. La integración comunitaria tendrá una relación negativa con el deterioro psicológico y la depresión.
3. La alienación tendrá una asociación positiva con el deterioro psicológico y la depresión.
4. Los sucesos vitales estresantes guardarán una relación directa, positiva, con el deterioro psicológico y depresión, y una relación indirecta a través del apoyo social. En concreto, a mayor nivel de apoyo social, menor impacto de los sucesos vitales sobre la depresión y el deterioro psicológico.

Diseño de la investigación

Introducción

Los resultados presentados en el presente trabajo forman parte de una investigación más amplia cuyo objetivo fue el de presentar un modelo psicosocial para el estudio de la salud mental, en el cual se incluían tanto variables ambientales y de estructura social como variables de corte psicológico. En este artículo nos vamos a centrar en los efectos de la posición social, integración social, apoyo social y sucesos vitales estresantes, sobre el bienestar psicológico general y la depresión.

Muestra

Se optó por un diseño transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico, dado que el objetivo era el de reproducir los diversos grupos socioeconómicos dentro de la muestra. De esta forma, la muestra quedó constituida por 401 personas. Los principales rasgos sociodemográficos son los siguientes. En cuanto al género, el 44% son mujeres y el 56% hombres. En cuanto al estatus profesional el 53,1% se encontraban trabajando en el momento de realizar la entrevista, el 12.7% estaba en paro, el 13.7% eran estudiantes, el 7.7% amas de casa y el 12.5% jubilados. En cuanto al nivel de estudios alcanzado, el 22.7% no había superado el grado escolar, el 38.2% bachiller o formación profesional y el 38.9% habían completado estudios universitarios. En cuanto a la distribución por ingresos, el 35.5% no llegaban a las 75.000 pesetas mensuales, el 33% ingresaba entre 75.000 y 100.000, el 31.5% entre 150.000 y 275.000 y el 11% superaba las 275.000 pesetas mensuales. Todos los encuestados eran mayores de 18 años.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado para la mayoría de la muestra. Sin embargo, el cuestionario fue administrado por un investigador a ciertos grupos, como los mayores de 60 años o aquellos con un nivel de estudios muy bajo. El tiempo medio aproximado para rellenarlo fue de 45 minutos. Todos los entrevistados fueron informados de la confidencialidad de los datos recogidos así como de los objetivos fundamentales de la investigación.

Cuestionario y medidas

Tras el estudio piloto, el cuestionario quedó dividido en dos partes. El primer bloque incluyó los datos sociodemográficos. A partir de ellos, se construyó el índice de posición social manejado. Este tuvo en cuenta exclusivamente el nivel de ingresos y el estatus de empleo. Así, el índice final está compuesto por nueve situaciones, que van desde las personas desempleadas con ingresos menores de 75.000 pesetas mensuales hasta empleados con ingresos superiores a las 275.000 pesetas. Entre ambos polos se incluyen el resto de situaciones definidas por los ingresos y el estatus laboral (empleado, desempleado, jubilado).

El segundo bloque está dividido a su vez en dos grandes secciones. En su primera parte se recoge información en torno a los acontecimientos vitales estresantes experimentados por el entrevistado e información en torno a su salud mental. En su segunda

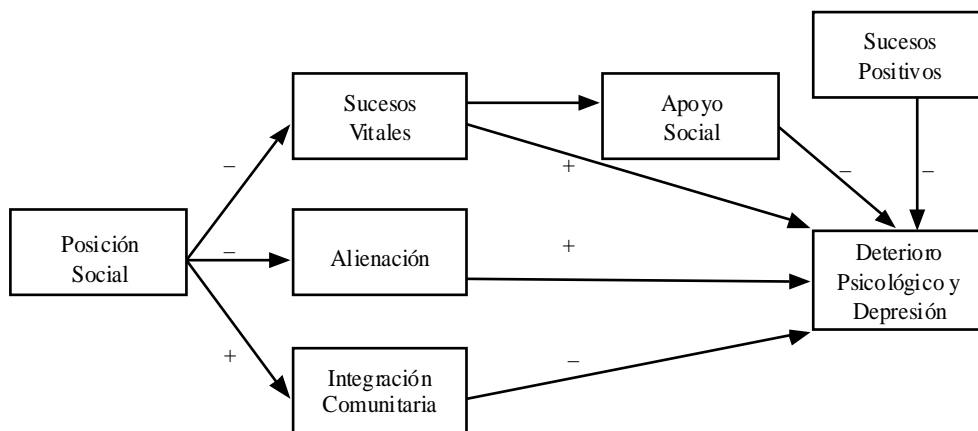


Figura 2. Modelo teórico (hipótesis)

parte, se incluyeron las medidas de alienación, apoyo comunitario y apoyo social percibido. A continuación se describen los instrumentos utilizados.

Salud mental. Para la evaluación del bienestar psicológico se utilizó el General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1978). Se trata de un cuestionario autoadministrable, en un principio diseñado para detectar trastornos psíquicos menores, de carácter no psicótico. Sin embargo, sus ítems describen conductas y emociones frecuentes en la población no clínica. Consta de 12 ítems en los que se solicita información sobre el grado en que, en el espacio de las últimas semanas, el entrevistado ha experimentado determinados síntomas. Su validez ha sido repetidamente demostrada tanto por su asociación con otras medidas de bienestar psicológico (Banks, 1983) como por el alto nivel de consistencia interna mostrado en diversas investigaciones (Alvaro, 1992; Garrido, 1992). En la muestra del presente estudio el coeficiente *alpha* de consistencia interna (Cronbach, 1951) obtenido para el GHQ fue de .91.

Por otro lado, como medida de depresión se utilizó el cuestionario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1985). Consta de 21 ítems que se corresponden con distintas manifestaciones sintomáticas de la depresión: Pesimismo, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, trastornos del sueño, etc. Cada uno de los ítems consta de cuatro afirmaciones, cuyas puntuaciones posibles van de 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión). La puntuación final se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems. En nuestra muestra, el coeficiente *alpha* de consistencia interna (Cronbach, 1951) fue de .89.

Sucesos vitales estresantes. Se utilizó un cuestionario de sucesos vitales estresantes elaborado por Herrero, Gracia y Musitu (1996). Consta de 32 ítems y ofrece la posibilidad de describir otras experiencias no incluidas en el cuestionario pero que el entrevistado ha sufrido y considera relevantes. Además, el cuestionario permite señalar acontecimientos que considera que tienen un carácter positivo. La puntuación total, por tanto, se divide en dos partes. Por un lado, la suma de todos los sucesos negativos. Por otro, la suma de los sucesos positivos.

Integración social

Alienación. Se utilizó una adaptación del cuestionario de alienación de Kohn y Schooler (1976). El cuestionario consta de 16 ítems, y su diseño se deriva del trabajo de Seeman (1983) en torno al concepto de alienación. Se optó por un formato de respuesta tipo Likert con rango de 1 a 7. Su coeficiente *alpha* de consistencia interna (Cronbach, 1951) fue de .85. Además, los resultados del análisis factorial mostraron la existencia de cuatro factores plenamente coincidentes con los fundamentos teóricos que sustentaban la utilización de esta escala: ausencia significado (Por ejemplo, «¿Con qué frecuencia siente usted que vivir no tiene mucho sentido?»), extrañamiento cultural («¿Con qué frecuencia sus ideas difieren de las de sus amigos?»), anomia («Si algo funciona, no importa si es correcto o incorrecto») e indefensión («Por lo general, no confío en conseguir lo que me propongo»). En conjunto, los cuatro factores explican el 62.9% de la varianza total. Estos análisis coinciden con los realizados por Roberts (1987) y ponen de manifiesto la fiabilidad y validez del cuestionario utilizado.

Apoyo comunitario. Para la evaluación de la integración comunitaria en los sistemas informales se utilizó una adaptación del cuestionario de Herrero, Gracia y Musitu (1996). Se trata de una

selección de cuatro ítems del cuestionario original. Se solicita al entrevistado que evalúe el grado de apoyo recibido desde ciertas instituciones de tipo informal (asociaciones deportivas y culturales, grupos sociales, parroquia, etc.) en una escala con rango de 1 a 5. A pesar de constituir una selección de ítems de la escala original, el coeficiente *alpha* de consistencia interna en la presente muestra es muy similar al obtenido por Herrero, Gracia y Musitu (1996): 0.883 frente a 0.885 respectivamente.

Apoyo social. Para la evaluación del apoyo social percibido se utilizó una adaptación del cuestionario de Herrero, Gracia y Musitu (1996). Consta de siete ítems en los cuales se pide al entrevistado que evalúe en qué medida alguna persona importante para él o ella sería fuente de diversos tipos de apoyo: Instrumental, emocional e informacional. La puntuación para cada ítem oscila de 1 a 5. Altas puntuaciones indican altos niveles de apoyo. El coeficiente *alpha* de consistencia interna (Cronbach, 1951) obtenido fue de 0.85.

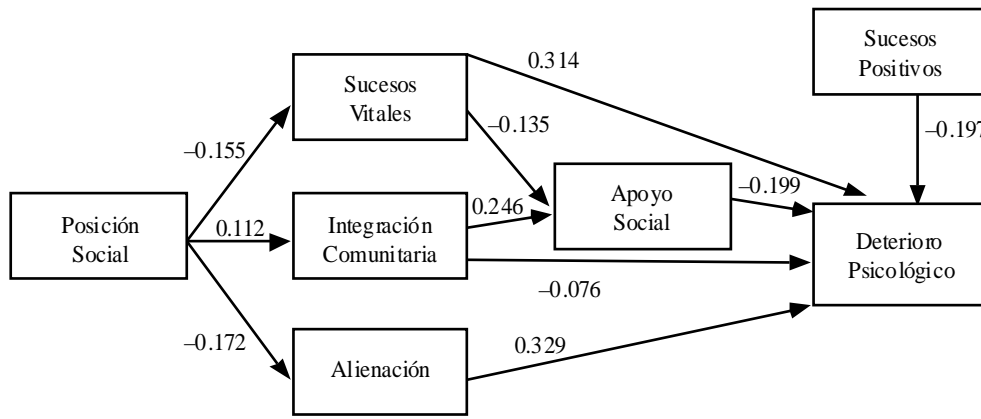
Análisis de datos

Para contrastar el modelo teórico se utilizó el análisis de ecuaciones estructurales (véase Bollen, 1989; Diez Medrano, 1992). El uso de este tipo de análisis tiene dos ventajas. Por un lado permite considerar e introducir en nuestras estimaciones el papel del error de medición en la recogida de datos. Por otro lado, permite estimar empíricamente modelos teóricamente contruados. En otras palabras, el uso de ecuaciones estructurales «permite rechazar modelos que son inconsistentes con los datos» (Bollen, 1989: 68). Dado que el principal objetivo de la presente investigación es el de ofrecer un modelo teórico de la salud y la enfermedad mental, esta técnica de análisis de datos se presenta como la más adecuada para la contrastación empírica de los fundamentos teóricos. El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa AMOS (SPSS), versión 3.61 (Arbuckle, 1997).

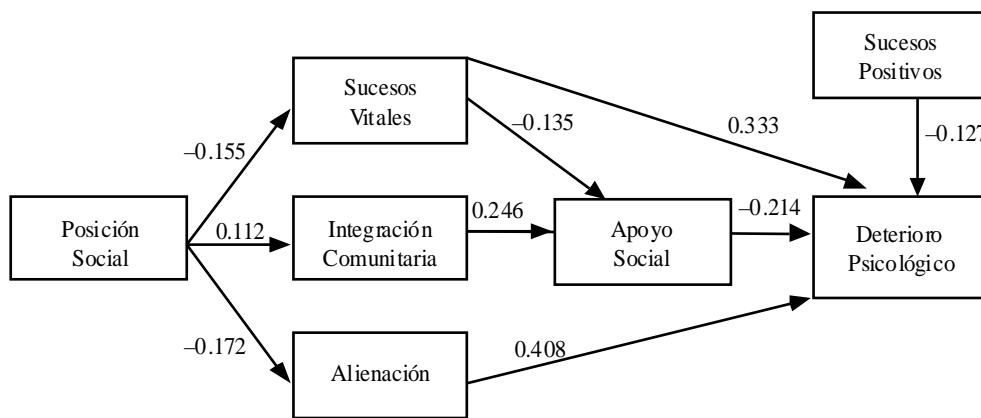
Resultados y discusión

En la figura 3 se presenta el resultado del análisis de datos, utilizando la estimación ML (*maximun likelihood*) para el deterioro psicológico general (figura 3.1) y la depresión (figura 3.2.). En ella se recogen tanto las relaciones entre las distintas variables como los coeficientes de regresión estandarizados. No se incluyen los términos de error y sus relaciones para conseguir una mayor claridad en su lectura. Todos los indicadores de ajuste de los modelos muestran valores aceptables. Así, en el caso del deterioro psicológico son los siguientes: $\chi^2 = 10.559$; $p = 0.061$; GFI = 0.993; AGFI = 0.959; DELTA1 = 0.979; RHO1 = 0.912; DELTA2 = 0.989; RHO2 = 0.952. Para la depresión: $\chi^2 = 13.292$; $p = 0.065$; GFI = 0.991; AGFI = 0.963; DELTA1 = 0.975; RHO1 = 0.925; DELTA2 = 0.988; RHO2 = 0.963.

Como puede apreciarse, los modelos coinciden en gran medida con nuestras hipótesis. Sin embargo, es preciso señalar que en el modelo para el bienestar psicológico, la integración comunitaria no sólo tiene un efecto directo sobre esta variable, sino también un efecto indirecto a través del apoyo percibido. En el caso de la depresión, su efecto es únicamente indirecto, a través del apoyo percibido. En el resto de las ecuaciones, la coincidencia con nuestro modelo teórico es prácticamente total. El porcentaje de varianza explicado de la variable de deterioro psicológico es del 47.6 %. En el caso de la depresión asciende al 52.3 %.



3.1. Deterioro Psicológico



3.2. Depresión

Nota: Todos los coeficientes son significativos para $p = .001$, excepto en el coeficiente de asociación entre integración comunitaria y deterioro psicológico (GHQ), significativo para $p = .05$

Figura 1. Modelo general de salud mental

La asociación entre estructura social y salud mental reflejada en los resultados del presente estudio es una constante en la bibliografía sociológica. Ahora bien, la existencia de dicha relación ha de ser especificada a través de los factores que median el impacto del estatus socioeconómico en los indicadores de bienestar psicológico y/o enfermedad mental. Como se observa en nuestros resultados, la posición social se relaciona con las diferentes medidas de salud mental a través de su relación con ciertas variables mediadoras. Algunas de ellas pertenecen al nivel *colectivo y ambiental*. Tal y como hipotetizábamos los niveles de alienación aumentan a medida que descendemos en la escala socioeconómica. En este sentido, los resultados de nuestro estudio replican investigaciones como las de Mirowsky y Ross (1989) y Kohn (1976), que ponen de manifiesto que las posiciones desaventajadas generan una situación de alienación, en la cual las personas experimentan altos niveles de indefensión, anomia, enajenación cultural, etc. Simultáneamente, estas experiencias tienen un impacto negativo directo sobre la salud mental. Además, es preciso señalar que el mayor coeficiente de regresión en el sistema de ecuaciones es el que

relaciona alienación con deterioro psicológico y depresión (véase figura 3).

En este mismo nivel, otro de los mediadores es la integración comunitaria. Tal y como se hipotetizó, existe una relación positiva entre posición social e integración comunitaria, de forma que las personas que ocupan posiciones más ventajosas gozan de una mayor integración comunitaria. En cuanto a sus relaciones directas con la salud mental, la hipótesis se verifica en el caso del deterioro psicológico general (GHQ), pero además aparece un efecto indirecto a través del apoyo social. En el caso de la depresión, no hay relación directa, sino que esta relación se da exclusivamente a través del apoyo percibido. De esta forma, parece que las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental.

En cuanto al estrés, los resultados de nuestra investigación señalan una asociación negativa entre posición socioeconómica y sucesos vitales negativos. De esta forma los presentes resultados son compatibles con diversos estudios que han puesto de manifiesto que los acontecimientos vitales estresantes no se distribuyen alea-

toriamente entre los miembros de una sociedad, sino que están determinados por el estatus ocupado por las personas (Pearlin, 1989), señalando además la pertinencia de diferenciar entre sucesos positivos y negativos en relación a su impacto en la salud mental. Los primeros muestran una asociación negativa con depresión y deterioro psicológico. Los segundos se asocian con mayores niveles de salud mental. Asimismo, también los sucesos negativos tienen una relación indirecta con la salud mental a través del apoyo social, datos que apoyan la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo percibido.

En un segundo nivel de mediación entre posición social y salud y enfermedad mental, nos encontramos con factores que conforman lo que puede denominarse nivel *psicosocial*. En nuestro estudio, se ha considerado el papel del apoyo social. Existe una asociación positiva entre apoyo social percibido y bienestar psicológico. Además, el apoyo social, tal y como hemos señalado, es una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión.

Conclusiones

El principal objetivo de este trabajo era el de formular y comprobar un modelo sociopsicológico de salud mental. Tanto los análisis teóricos como los resultados obtenidos en la investigación empírica indican la pertinencia de una aproximación que tenga en cuenta tanto los aspectos socioestructurales como los factores psicológicos y psicosociales. Desde nuestro modelo se considera la salud mental como un fenómeno social y psicológicamente determinado. La explicación estructural del bienestar psicológico y de la depresión tiene lugar a través de la inclusión de dos niveles de mediación. En el primero, ambiental y social, se recogen las influencias del estrés, la alienación y la integración comunitaria. En el segundo, psicosocial, se incluye el apoyo social y ciertos factores psicológicos, como por ejemplo la autoestima y los estilos de

afrontamiento, tal y como señalábamos en la introducción. En este sentido, la presente investigación se puede situar en lo que House (1981) denomina estudio de las relaciones entre estructura social y personalidad. Según esta perspectiva, para la comprensión de los fenómenos psicosociales es preciso integrar en nuestros modelos variables estructurales y psicológicas simultáneamente. A pesar de que en el presente estudio sólo se ha considerado el papel del apoyo social, es preciso señalar la importancia de análisis que incluyan otras variables psicológicas, así como diferenciar el papel que juegan las distintas variables en la depresión, por un lado, y el bienestar psicológico general, por otro.

Además de las consecuencias teóricas y conceptuales, la presente investigación también tiene implicaciones para la intervención. La importancia del apoyo social justifica el hecho de que en la actualidad sea uno de los ámbitos privilegiados en la aplicación de los resultados de la investigación psicosocial. Se trata de la construcción de sistemas adecuados de apoyo social, fundamentalmente a través de la creación de grupos de apoyo y autoayuda, cuya efectividad como estrategia grupal de intervención ha sido puesta de manifiesto en distintos ámbitos (Barrón, 1996). Sin embargo, la posibilidad de intervención debe ir más allá del ámbito individual o grupal, siendo necesario crear programas que superen dichos niveles. Si nuestra investigación señala que el deterioro psicológico es un fenómeno en el cual operan múltiples determinantes, algunos de los cuales son ambientales, colectivos y sociales, entonces es imprescindible crear programas de intervención basados en la comunidad, programas que traten de optimizar el acceso a los recursos necesarios para combatir las consecuencias negativas de las condiciones de vida. Pero además es necesario abogar por programas que incrementen dichos recursos, aún a riesgo de hacer referencia así a procesos de intervención y cambio social. Programas, en definitiva, que ayuden a generar los recursos materiales y a mejorar las condiciones de vida que, en última instancia, son responsables del deterioro.

Referencias

- Alvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Arbuckle, J.L. (1997). *AMOS users' guide. Version 3.6*. Chicago: Smallwaters Corporation.
- Banks, M.H. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 3, 349-353.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Beck, A.T. (1967). *Depression causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower. (Orig. 1979).
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. Nueva York: Wiley.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and «stress»: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cutrona, C. (1986). Behavioral manifestations of social support: A micro-analytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.
- Díez Medrano, J. (1992). *Métodos de análisis causal*. Madrid: CIS.
- Durkheim, E. (1976). *El suicidio*. Madrid: Akal. (Orig. 1897).
- Faris, R.E.L. y Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychosis*. Chicago: University Press.
- Garrido, A. (1992). *Consecuencias psicosociales de las transiciones de los jóvenes a la vida activa*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Garrido, A. y Alvaro, J.L. (1993). Apoyo social y salud mental: Hipótesis de amortiguación versus hipótesis de los efectos directos. En M.F. Martínez (ed.). *Psicología comunitaria* (pp. 187-194). Madrid: Eudema.
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual for the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- Gore, S. y Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301-327.
- Herrero, J.; Gracia, E. y Musitu, G. (1996). *Salud y comunidad: Evaluación de los recursos y estresores*. Valencia: CSV.

- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: Un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Hollingshead, A.B. y Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. Nueva York: Wiley.
- House, J.S. (1981). Social structure and personality. En M. Rosenberg y R.H. Turner (Ed.). *Social Psychology. Sociological perspectives* (pp. 525-561). Nueva York: Basic Books.
- Kohn, M.L. (1976). Occupational structure and alienation. *American Journal of Sociology*, 82, 111-130.
- 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.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Lin, N.; Woefel, M.W. y Light, S.C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267.
- Loscocco, K. y Spitze, G. (1990). Working conditions, social support and the well-being of female and male factory workers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 313-327.
- 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.
- Marx, K. (1985). *Manuscritos: Economía y filosofía*. Madrid: Alianza. (Orig. 1844).
- Messeri, P.; Silverstein, M. y Litwak, E. (1993). Choosing optimal groups: A review and reformulation. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 122-137.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1989). *Social causes of psychological distress*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Roberts, B.R. (1987). A confirmatory factor-analytic model of alienation. *Social Psychology Quarterly*, 346-351.
- Sánchez, E. (1999). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13, 537-544.
- Schaefer, C.; Coyne, J.C. y Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-405.
- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24, 783-791.
- Seeman, M. (1983). Alienation motifs in contemporary theorizing: The hidden continuity of the classic themes. *Social Psychology Quarterly*, 46, 171-184.
- Turner, R.J.; Wheaton, B. y Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.

Aceptado el 11 de julio de 2000