



Las relaciones fuente de estrés

Dr. D. José María León Rubio
Universidad de Sevilla

1. Conceptualización del estrés psicosocial y sus efectos sobre la salud.

El concepto de estrés tiene su origen en investigaciones de corte biológico. Pero el reconocimiento de la incapacidad de los factores físico-químicos para explicar la ocurrencia de muchos trastornos en las sociedades modernas, o como mucho de lograr explicaciones parciales, ha llevado a buscar nuevas categorías de factores potencialmente capaces de producir trastornos. En consecuencia, el concepto de estrés se ha ampliado hasta incluir factores psicosociales como fuentes importantes del mismo y también como elementos protectores de éste, algunos de los cuales están estrechamente relacionados con la comunicación, como ejemplo podemos citar el apoyo social. Por tanto, para explicar la relación entre factores sociales y salud se ha recurrido al concepto de estrés.

El origen de estas investigaciones se encuentra en los trabajos pioneros de Cannon, Meyer y especialmente de Selye. A partir de sus trabajos se aceptó el papel del estrés en la etiología de distintos trastornos, dividiéndose las investigaciones en dos direcciones:

- Por un lado, psicólogos, sociólogos y epidemiólogos se sientan a estudiar la relación entre eventos vitales y disfunciones diversas, asumiendo que esa relación está mediada por procesos fisiológicos.
- Por otro lado, biólogos, fisiólogos y bioquímicos concentran sus esfuerzos en investigar los procesos fisiológicos que intervienen o explican la relación entre los estímulos psicosociales y los trastornos.

Existen numerosas definiciones de estrés, siendo probablemente las que conciben este concepto como una relación entre las personas y su ambiente, las que presentan menos limitaciones. Desde esta perspectiva interaccional defendida por Lazarus y Folkman (1986) y McGrath (1970), el *estrés* surge cuando hay un desequilibrio percibido entre las demandas y la capacidad de respuesta del individuo, en condiciones en las que fallar tiene consecuencias negativas importantes.

El estrés surge cuando hay un desequilibrio percibido entre las demandas y la capacidad de respuesta del individuo, en condiciones en las que fallar tiene consecuencias negativas importantes.

1. Concepto de estrés.

El proceso de estrés puede concebirse como una combinación de tres campos conceptuales: fuentes de estrés, mediadores del estrés y manifestaciones del mismo. En cuanto a los orígenes o fuentes, la atención de los investigadores se ha centrado en los *eventos vitales estresantes*. Este concepto es básico en los modelos de estrés psicosocial.

A la hora de conceptualizar los eventos vitales estresantes, el problema fundamental radica en definir qué es exactamente lo que les confiere su naturaleza estresante.

A este respecto existen dos enfoques fundamentales:

- Desde el primer enfoque, los eventos vitales estresantes se definen como experiencias objetivas que rompen o amenazan con romper, las actividades normales de una persona, causando un reajuste fundamental en su conducta (Holmes y Rahe, 1967). Desde esta perspectiva, cualquier circunstancia que requiera un cambio en la vida de los individuos es considerada como un estresor social.
- El segundo enfoque defiende que la naturaleza estresante de los eventos vitales queda definida en función de su indeseabilidad. No todos los cambios son estresantes, sino sólo aquellos que son indeseables para el individuo.

Las relaciones fuente de estrés

A partir de los años sesenta surgen numerosos trabajos para probar cuál de los dos enfoques es más adecuado, obteniendo mayor apoyo la perspectiva de la deseabilidad, aunque al reconocer que los eventos indeseables tienen mayor impacto sobre la salud no se está excluyendo que el cambio no sea una dimensión importante de los sucesos.

Por tanto podemos definir los eventos vitales estresantes como aquellos acontecimientos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables.

Acontecimientos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables.

2. Definición de eventos vitales estresantes.

- Cambio
- Deseabilidad
- Incontrolabilidad
- Predictibilidad

Además de la deseabilidad, hay otras dimensiones de los eventos que contribuyen a la predicción de trastornos. Entre ellas cabe destacar dos: la controlabilidad y la esperabilidad. En cuanto a la primera de ellas, parece que los eventos incontrolables son mejores predictores de trastornos que los controlables (Dohrenwend, 1974). Respecto a la esperabilidad, son los eventos inesperables los que presentan mayores correlaciones con medidas de salud (Brown y Harris, 1978). Es decir,

3. Dimensiones de los eventos vitales estresantes.

Muchos eventos vitales estresantes hacen referencia a situaciones que tienen su origen en los problemas y dificultades de comunicación (ver Cuadro nº 4), y existen evidencias de que tales acontecimientos se relacionan con cambios adversos en la salud (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974,1981).

- Matrimonio.
- Discusión grave con el cónyuge.
- Separación marital de un mes, no debida a discusión.

4. Extracto de la sección matrimonial de la Entrevista sobre acontecimientos recientes de la vida, de Paykel (1983).

- En cuanto a la salud mental, las asociaciones más consistentes aparecen entre acontecimientos vitales y depresión, ansiedad y esquizofrenia. También hay asociación entre los cambios producidos en dichos eventos y alteraciones en la sintomatología: un incremento en el número de sucesos se relaciona con empeoramiento de los síntomas, y viceversa (consultar Brown y Harris, 1978; y Uhlenhuth y Paykel, 1973).
- Respecto a la salud física, la evidencia de su relación con eventos vitales estresantes es menor y se hipotetiza que está mediada por un trastorno psicológico, principalmente depresión (Bieliauskas, 1986). En cualquier caso, se han hallado relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y trastornos cardiovasculares (Rose et al, 1979), cáncer (Cooper, 1986), complicaciones en el embarazo (Nuckolls et al, 1972), etc.

Ahora bien, existen una serie de *dificultades metodológicas* en los estudios sobre estrés psicosocial que impiden conocer la importancia etiológica real de los acontecimientos vitales estresantes.

La primera de ellas, es que la mayoría de *las investigaciones son correlacionales*, dificultando el establecimiento de relaciones de causa-efecto. En segundo lugar, encontramos los *sesgos del recuerdo*, relacionados con la naturaleza retrospectiva de muchas de las investigaciones. Con el paso del tiempo, los eventos se van olvidando. Además, puede que los sujetos enfatizen la importancia de determinados acontecimientos que

hallan experimentado en un intento de dar sentido a la enfermedad. Este sesgo se conoce con el nombre de *effort after meaning* (Kessler, 1983). Otro sesgo se deriva de la posible *confusión entre las medidas de la variable independiente (estrés vital) y las medidas de la variable dependiente (salud)*, ya que muchas escalas de acontecimientos vitales estresantes suelen contener ítemes que representan cambios en la salud (alteraciones importantes en los hábitos de sueño, de alimentación, etc.). Por tanto, existe la posibilidad de que la asociación entre ambas variables se deba principalmente al efecto de los eventos relacionados con la salud, con lo cual las correlaciones estarían infladas.

Por último, encontramos un problema de tipo práctico: la *relación entre las puntuaciones de acontecimientos vitales estresantes y las medidas de salud es muy débil*, las correlaciones raramente exceden el 0.30-0.40. Este hecho remite a la necesidad de tener en cuenta las variables moderadoras que afectan a esta relación, entre las cuales, cabe destacar el apoyo social, dado nuestro objetivo.

2. Concepto de apoyo social como variable moderadora del estrés vital.

Como se dijo anteriormente, aunque se reconoce el papel del estrés en la etiología de diversos trastornos, las correlaciones son modestas, explicando como máximo un 20% de la varianza de enfermedad. Esto puede deberse a la existencia de una serie de variables, tanto personales como ambientales, que moderan los efectos del estrés. Entre las variables moderadoras más estudiadas encontramos el apoyo social.

A partir de los años setenta, y como consecuencia de la publicación de los influyentes artículos de tres autores (Cobb, 1976; Cassel, 1974, 1976; Caplan, 1974), se reconoce la importancia del estudio del apoyo social y de sus efectos sobre la salud y el bienestar. Cobb, en su conocido artículo del año setenta y seis, sostiene que el apoyo social protege de las consecuencias negativas de los estresores sociales. En este mismo sentido, Cassel identificó una categoría de procesos psicosociales que llamó "protectores de la salud" entre los que destacaba el apoyo social procedente de los grupos primarios de los sujetos. Por último, Caplan clasifica varios sistemas de apoyo en el ambiente natural y especula acerca de cómo pueden cumplir sus funciones. Entre estas funciones destaca la provisión de apoyo emocional, material y guía cognitiva.

Nos enfrentamos a un concepto complejo, sobre cuya definición no se han puesto de acuerdo los especialistas. En las distintas definiciones propuestas, cada autor subraya el aspecto que considera más importante, siendo todos ellos elementos integrantes de lo que se entiende por apoyo social. Lin y cols. (1981) reflejan en su definición los tres niveles de análisis que existen en el estudio del apoyo: comunitario, redes sociales e íntimo. Definen por tanto el concepto como "apoyo accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global" (pág. 109). Además, de estos tres niveles de análisis, existen tres grandes perspectivas en el estudio del apoyo social: perspectiva estructural, funcional y contextual.

- Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.
- Se distinguen en su estudio varias perspectivas: estructural (número de determinadas relaciones clave), funcional (tipo de recursos que intercambian las personas y funciones que cumplen dichas transacciones) y contextual (contextos ambientales y sociales en los que se da el apoyo).
- Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos de dichas transacciones.

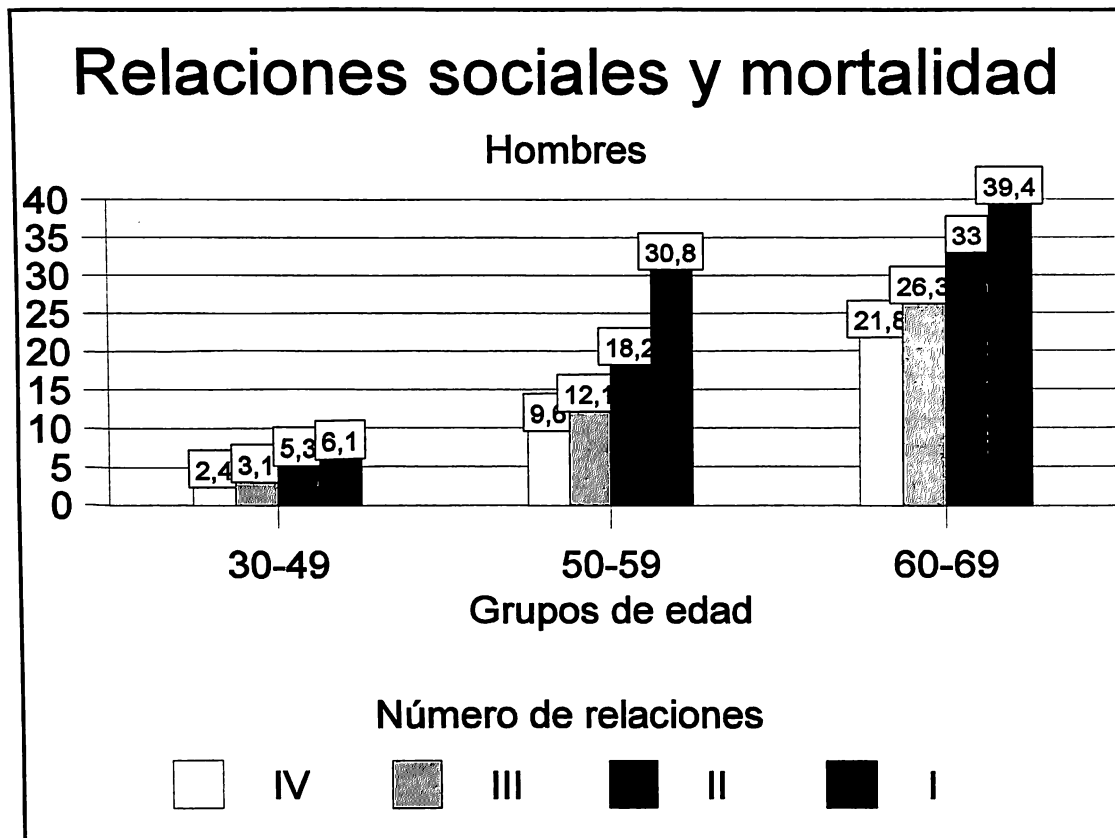
5. Aspectos a distinguir en el estudio del apoyo social.

Desde la *perspectiva estructural* se asume que los beneficios de las redes son directamente proporcionales a su

Las relaciones fuente de estrés

tamaño, y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma, lo cual, obviamente, es cuestionable, ya que olvida, entre otras cosas, la existencia de conflictos asociados a las redes (Cohen y Hoberman, 1983).

Los datos de distintas investigaciones sugieren que las redes ofrecen apoyo importante para el bienestar psicológico (Phillips y Fischer, 1981). Pero para comprender adecuadamente esa relación hay que especificar los tipos de redes que contribuyen en mayor medida al bienestar. En este sentido, se han estudiado dimensiones importantes de las redes sociales como el tamaño de las mismas, su densidad, reciprocidad, homogeneidad,



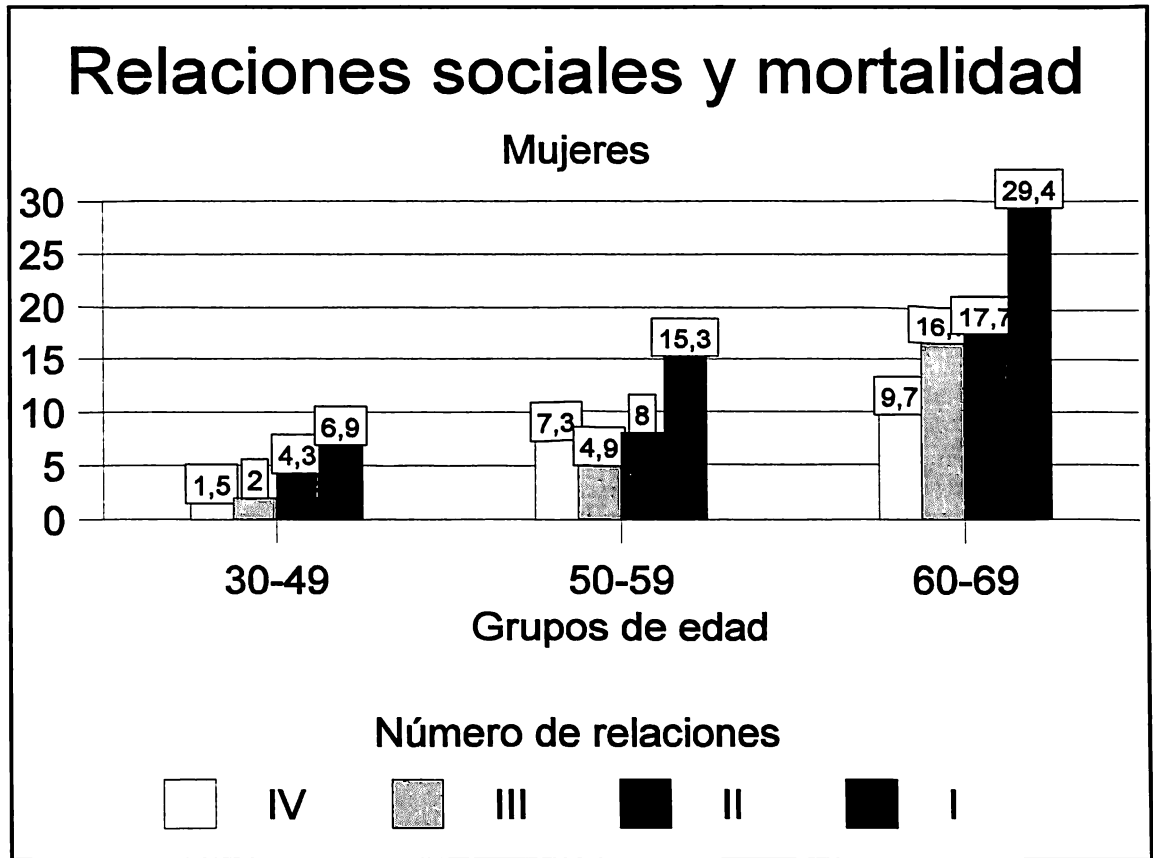
parentesco, etc. Parece que las redes más grandes, menos densas, recíprocas, homogéneas y en las que hay pocos parientes promueven más la salud.

La importancia de la perspectiva estructural radica en que ofrece datos completos acerca de la potencialidad del ambiente social para ofrecer funciones de apoyo a sus miembros, y es imprescindible para comprender los contextos en que puede surgir el apoyo (Gottlieb, 1981). La estructura de la red social de un individuo determina la disponibilidad potencial de ayuda emocional y material.

Las medidas utilizadas para evaluar estos aspectos estructurales de las redes proporcionan un índice objetivo e indirecto de la disponibilidad de las funciones de apoyo. Se suelen centrar en evaluar la existencia de

personas que son potencial o realmente fuentes de apoyo. Entre los índices más usados encontramos el estado civil, el número de amigos, la pertenencia a asociaciones, participación en organizaciones de la comunidad, etc.

Las siguientes gráficas, extraídas del trabajo de Berkman y Syme (1979), ilustran el tipo de datos que puede proporcionarnos la perspectiva estructural en el estudio del apoyo social. Personas de igual clase social, nivel de salud y hábitos de salud, morían más o menos en función del número de relaciones que mantenían.



Desde la *perspectiva funcional*, se asume también que los sujetos con mayor nivel de apoyo están más sanos física y emocionalmente que los que tienen un nivel bajo de apoyo, pero no por su número, sino por las funciones del mismo, entre ellas:

- Apoyo emocional.** Se trata de conductas que llevan al sujeto a sentirse querido, amado, respetado. Hay evidencia de que las personas con tal relación tienen menor sintomatología, tanto física como psicológica, que los que no la tienen (Wortman y Conway, 1985). Habitualmente se considera que es el tipo de apoyo más importante, ya que fomenta la autoestima (a través de demostraciones de cariño, de amor, etc.) y la mayoría de los problemas representan amenazas a ella.

Las relaciones fuente de estrés

- *Apoyo material o instrumental.* En este caso se trata de conductas o materiales que van a permitir al sujeto resolver problemas prácticos: ayudar en las tareas domésticas, hacer un préstamo de dinero, etc. Puede que este tipo de apoyo se relacione con el bienestar porque al liberar al sujeto de determinadas tareas le deja tiempo libre para el ocio y actividades de recreo.
- *Apoyo informacional.* Es el proceso a través del cual las personas reciben información, consejos, etc., que les ayuda a comprender el mundo y a ajustarse a él.

Las medidas que tratan de evaluar estos aspectos funcionales del apoyo suelen ser índices cualitativos que intentan captar conceptos como satisfacción con el apoyo recibido, grado de satisfacción existente en determinadas relaciones clave, etc. Por tanto, se trata de métodos de evaluación más subjetivos, dirigidos a los aspectos cualitativos del apoyo. Dentro de estas medidas suele distinguirse entre aquellas que evalúan los tipos de apoyo que se dan en las relaciones (fundamentalmente los tres tipos principales: emocional, material e informacional), frente a las que miden apoyo social percibido, aunque lo más frecuente es que se evalúen ambos aspectos simultáneamente.

Es posible que estos tres tipos de apoyo no sean igualmente eficaces en todas las ocasiones. En algunos casos hará falta apoyo emocional, y en otros, apoyo de otro tipo. Esta idea llevó a Cohen y McKay (1984) a formular su *hipótesis de la especificidad* del apoyo, que afirma que el apoyo social será efectivo cuando se ajuste al problema que sea preciso solucionar. Según Shinn y cols. (1984) debe existir ajuste a lo largo de las siguientes dimensiones: cantidad de apoyo, momento en que se presta el apoyo y origen del mismo.

Considerando el matrimonio y los hijos como fuente de apoyo emocional, las siguientes tablas ilustran claramente el efecto del apoyo social sobre la salud. La primera de ellas muestra que las personas casadas tienen menos probabilidades de sufrir trastornos mentales que los solteros, divorciados o viudos.

Proporción de trastornos mentales en solteros, divorciados y viudos en comparación con casados			
	<i>Solteros</i>	<i>Divorciados</i>	<i>Viudos</i>
Hombres	3,13	5,09	2,53
Mujeres	1,74	2,80	1,43

Fuente: Gove, 1972.

En la segunda tabla, los datos se obtuvieron en una muestra de mujeres y hombres mayores de 15 años, comprobamos que el matrimonio parece ser una forma muy poderosa de apoyo social. Las cifras indican, por ejemplo, que por cada hombre casado que moría de tuberculosis lo hacían seis viudos y diez divorciados de la misma edad. Proporción que suele ser mayor entre los 25 y los 44 años.

Monografías Universitarias de San Roque

Efectos del matrimonio en la salud y la mortalidad				
Enfermedades	Viudos: casados		Divorciados: casados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tuberculosis	6,0	2,0	10,0	2,5
Cirrosis	4,36	3,25	7,18	4,42
Neumonía	4,17	1,75	7,33	2,30
Cáncer de mama	2,5	1,02	2,5	1,13
Cáncer de boca y garganta	2,12	1,47	4,1	1,67
Diabetes	2,0	1,57	2,83	1,14
Apoplejía	1,92	1,63	2,42	1,47
Enfermedad coronaria	1,56	1,52	2,06	1,41

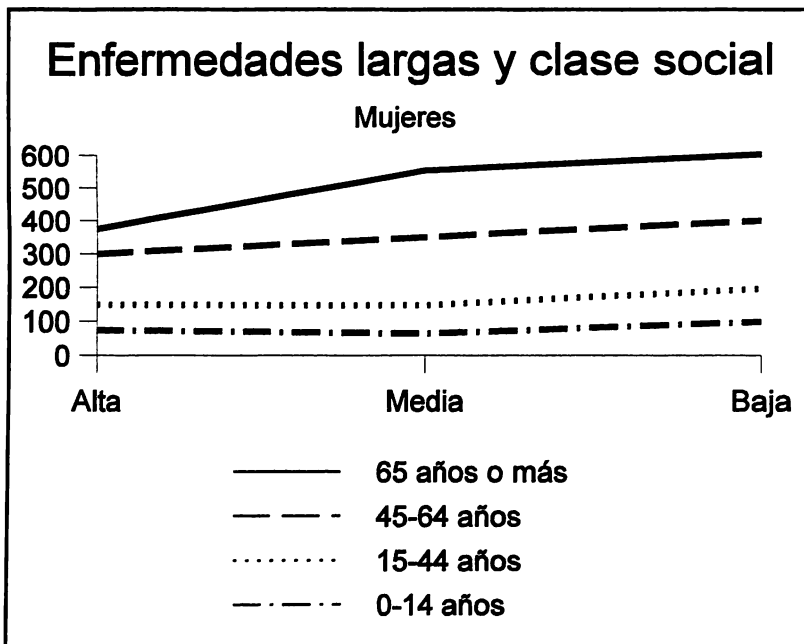
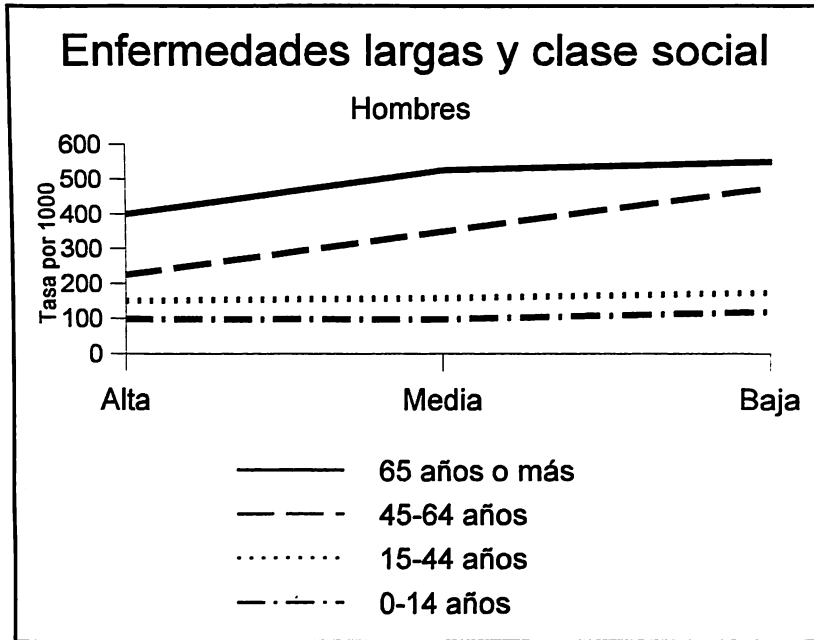
Fuente: Lynch, 1977.

La tercera tabla muestra que los hijos, a pesar de las dificultades que crean, son muy beneficiosos para la salud. Las parejas con hijos tienen menor probabilidad de morir, en distintas edades, que las que no los tienen.

Tasa de mortalidad; proporción entre personas sin hijos y con hijos			
Edad			
Sexo	35-44 años	45-54 años	55-60 años
Hombres	2,1	1,3	0,9
Mujeres	2,4	1,6	1,1

Fuente: Kobrin y Hendershot, 1977.

Por otra parte, si consideramos la case social o los ingresos como fuente de apoyo instrumental, hallamos que la tasa de enfermedades graves, en diferentes grupos de edades, depende de la clase social a la que pertenecen los sujetos (ver las siguientes gráficas).



Desde la *perspectiva contextual*, se estudian los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es dado o recibido, movilizado y percibido. Entre los aspectos más importantes estudiados destacan los siguientes.

- **Características de los participantes.** Tanto las características del donante como las del receptor pueden influir en la eficacia del apoyo. En cuanto a la procedencia del apoyo, el mismo recurso puede ser aceptable si proviene de una determinada persona e inaceptable si lo proporciona otra (Dunkel-Schetter, 1984). En cuanto a las características del receptor, especial importancia pueden tener las creencias de éste acerca de cuando es adecuado aceptar ayuda (Wortman y Conway, 1985).
- **Momento.** Según se va afrontando un problema, las necesidades de apoyo van cambiando. De ahí que el apoyo que es efectivo en un momento concreto pueda no serlo en otro.
- **Duración.** En problemas crónicos o a largo plazo, puede ser importante la capacidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo.

Para terminar, no podemos dejar de comentar la existencia, también en este caso, de una serie de problemas metodológicos en la investigación sobre apoyo social. Algunos autores sugieren que el apoyo social y los eventos vitales estresantes no son operacionalmente independientes, ya que algunos acontecimientos representan pérdidas o rupturas en las redes. En la medida en que se solapan, afectan a la posibilidad de evaluar sus efectos relativos sobre el bienestar y la salud. Un segundo problema es la interpretación causal, ya que la mayoría de la investigación es de naturaleza correlacional y retrospectiva. Este enfoque presenta la limitación de no eliminar posibles explicaciones alternativas de la asociación apoyo-trastorno. Sin embargo, la mayor parte de los trabajos sugieren que la dirección causal es de las relaciones sociales hacia la salud, tal como muestran los estudios realizados con animales (Cassel, 1976), los estudios longitudinales (Aneshensel y Frerichs, 1982), etc.

Otra cuestión básica que debe ser aclarada es si los efectos del apoyo social se deben a las conductas de apoyo de los miembros de las redes (apoyo recibido) o si se deben a la creencia de que el apoyo está disponible (apoyo percibido). Aunque se asume que ambos aspectos coinciden, en realidad no está demostrado, existiendo congruencia entre ellos en algunas personas, pero no en otras (Lakey y Heller, 1988). Los autores que subrayan el aspecto subjetivo, como es el caso de Cobb y Cassel, conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, estimado, valorado por los demás.

Resumiendo, todos los aspectos considerados anteriormente, forman parte del apoyo social y deberían integrarse en una definición global. Es el caso de la definición ofrecida por Lin y cols. (1986), quienes entienden el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

6. Definición de apoyo social.

3. Mecanismos de actuación del apoyo social sobre la salud.

Los datos expuestos antes, indican que el apoyo social influye sobre la salud. Ahora vamos a analizar su forma de actuación. Se han hipotetizado dos mecanismos principales:

- En primer lugar, la denominada *hipótesis del efecto indirecto o protector* sostiene que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los individuos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Sin embargo, según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés. Existen datos a favor de la existencia de este efecto protector del apoyo social frente a los efectos de los acontecimientos vitales estresantes, como por ejemplo los recientes trabajos

Las relaciones fuente de estrés

de Brown y Andrews (1986), Wethington y Kessler (1986) y Parker y Barnett (1987). *Los recursos aportados por otras personas pueden disminuir la percepción de amenaza de los estresores y/o redefinir la propia capacidad de respuesta, evitando la aparición de la respuesta de estrés. En caso de que aparezca la reacción de estrés, también puede reducirla o eliminarla al influir en las conductas de salud* (Cohen y Sime, 1985).

- En segundo término, la *hipótesis del efecto directo o principal* afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos. Al igual que ocurría con la hipótesis anterior, ésta también ha recibido abundante apoyo experimental (Dean y Ensel, 1982; Kaplan et al 1983, etc.). Se trata de funciones preventivas del apoyo, en el sentido de que el apoyo social puede determinar la vulnerabilidad a experimentar ciertos acontecimientos vitales estresantes que no son totalmente fortuitos (Gore, 1981).

Por supuesto ambas hipótesis no son incompatibles. De hecho, algunos estudios hallan ambos tipos de efectos (Lin et al, 1985; Kessler y McLeod, 1985).

En resumen, las relaciones, sobre todo el matrimonio y otras relaciones íntimas, de confianza y apoyo, mejora la salud mediante la inhibición del estrés, la preservación de nuestro sistema biológico y el fomento de buenos hábitos sanitarios y emociones positivas.

Conclusiones

- Las relaciones son una fuente fundamental de disminución de la angustia y de fomento de la salud.
- Los mayores beneficios provienen del matrimonio y de otras relaciones íntimas de confianza y de apoyo.

Referencias bibliográficas

- Aneshensel, C. S; y Frerich, R. R. (1982), Stress, support and depression. A longitudinal causal model. Journal of Community Psychology, 10, 4, 363-376.
- Berkman, L. F. y Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology, 109, 186-204.
- Bieliauskas, L. A. (1986). Cáncer, estrés y depresión. En C. L. Cooper. Estrés y cancer. Diaz de Santos, Madrid.
- Brim, J. A. (1974). Social networks correlates of avowed happiness. Journal of Nervous and Mental Disease, 158, 6, 432-439.
- Brown, G. W. y Andrews, B. (1986). Social support and depression. En M. H. Appley y R. Trumbull. Dynamics of stress. Plenum Press, New York.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). Social origins of depression. Tavistock, Londres.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1986). Establishing causal links: The Bedford College studies of depression. En H. Katsching. Life events and psychiatric disorder: Controversial issues. Cambridge University Press, Cambridge.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health. Basic Books, New York.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. International Journal of Health Services. 4, 3, 471-482.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Braum; S. E. Taylor, y J. E. Singer. Handbook of Psychology and Health, Hillsdale, New Jersey.
- Cohen, S. y Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffers of life changes stress. Journal of Applied Social Psychology, 13, 2, 99-125.
- Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 5, 300-314.
- Cooper, C.L. (1986). Estrés y cáncer. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Dean, A. y Ensel, W. M. (1982). Modeling social support, life events, competence and depression in the context of age and sex. Journal of the Community Psychology, 10, 329-408.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1974). Stressful life events: Their nature and effects. John Wiley, New York.
- Dohrenwend, B. P. (1974). Problems in defining and sampling the relevant populations of stressful life events. En B. S. Dohrenwend. Stressful life events: Their nature and effects. John Wiley, New York.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1981). Socioenvironmental factors, stress and psychopathology. American Journal of Community Psychology. 9, 2, 128-159.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1981). Stressful life events and their contexts. Rutgers University Press, New York.

Las relaciones fuente de estrés

- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based in patients interviews and their implications. Journal of Social Issues, 40, 4, 77-98.
- Gore, S. (1981). Stress-buffering functions of social support: An appraisal and clarification of research models. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend. Stressful life events and their contexts. Rutgers University Press, New York.
- Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support. Sage, Beverly Hills.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support strategies. Sage, Beverly Hills.
- Gove, W.R. (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. Social forces, 51, 34-44.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- Kaplan, H. B.; Robbins, C. y Martin, S. S. (1983). Antecedents of psychological distress in young adults: self rejection, deprivation of social support and life events. Journal of Health and Social Behavior, 24, 3, 230-244.
- Kessler, R. y McLeod, J. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S. Syme. Social support and health. Academic Press, New York.
- Kessler, R.C.; Price, R.H. y Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. Ann. Rev. Psych., 36: 531-572.
- Kessler, R. C. (1983). Methodological issues in the study of psychosocial stress. En H. B. Kaplan. Psychosocial stress: Trends in theory and research, Academic Press, New York.
- Kessler, R. C.; McLeod, J. D.; y Wethington, R. (1985). The cost of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. En I. G. Sarason; y B. R. Sarason. Social support: Theory, research and applications. Martinus Nijhoff, Boston.
- Kobrin, F.E. y Hendershot, G.E. (1977). Do family ties reduce mortality? Evidence from the United States 1966-68. Journal of Marriage and the Family, 39, 737-745.
- Lakey, B.; Heller, K. (1983). Social support from a friend, perceived support and social problem solving. American Journal of Community Psychology, 16, 6, 811-825.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Procesos cognitivos y estrés. Martínez Roca, Barcelona.
- Lin, N.; Dean, A; Ensel, W. (1986). Social support, life events and depression. Academic Press, New York.
- Lin, N.; Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life events. Journal of Health and Social Behavior. 26, 3, 247-263.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1981). Social support scales: A methodological note. Schizophrenia Bulletin, 7, 1, 73-89.
- Lynch, J.J. (1977). The broken heart. Nueva York: Basic Books.

Monografías Universitarias de San Roque

- McGrath, J. E. (1970). Social and psychological factors in stress. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Nucklos, K. B.; Cassel, J.; Kaplan, B. H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.
- Parker, G.; Barnett, B. (1987). A test of the social support hypothesis. British Journal of Psychiatry, 150, 72-77.
- Phillips, S. L. y Fischer, C. S. (1981). Measuring social support networks in general populations. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend. Stressful life events and their contexts. Rutgers University Press, New York.
- Rose, R. M.; Hurst, H. W. y Herd, J. A. (1979). Cardiovascular and endocrine responses to work and the risk of psychiatric symptomatology among air traffic controllers. En J. E. Barrett. Stress and mental disorder. Raven Press, New York.
- Uhlenhuth, E. H. y Paykel, E. S. (1973). Symptom intensity and life events. Archives of General Psychiatry, 28, 473-477.
- Wethington, E. y Kessler, R. (1986). Percived support, recieved support and adjustment to estrssful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 1, 78-89.
- Wortman, C. B. y Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En S. Cohen y S. Syme. Social support and health. Academic Press, New York.