

El apoyo social: su importancia como recurso psicosocial ante los estresores

1

García

F. J. M.

1.1. Introducción

Existe en el ámbito de la investigación e intervención psicosocial una arraigada tradición científica que, adaptando algunos elementos de las primeras formulaciones teóricas sobre el estrés, entiende el bienestar psicosocial como el resultado de un equilibrio entre los estresores presentes y los recursos disponibles. Los estresores y los recursos pueden conceptualizarse como fuerzas contrapuestas que actúan sobre un mismo objeto. Dependiendo del nivel de análisis en el que se trabaje, el objeto puede ser una persona, un grupo social, una comunidad o, incluso, una sociedad (Morales, 1999). En términos muy generales, el acceso a un recurso puede mejorar el bienestar, mientras que la presencia de un estresor ejerce un efecto contrario. Además, existen dos formas básicas de intervenir en recursos y estresores: *a)* iniciativas que buscan eliminar los estresores; y *b)* iniciativas para fomentar los recursos. Estas dos estrategias generales incluyen una amplísima variedad de conceptos, técnicas de intervención y ámbitos de aplicación que exceden el ámbito de este monográfico. Baste decir, sin embargo, que son numerosas las investigaciones y los programas de intervención que han constatado cómo ambas estrategias están profundamente interrelacionadas, de tal manera que es frecuente observar cómo la disminución o erradicación de los estresores van acompañadas de un incremento de los recursos y, alternativamente, el fomento y la potenciación de los recursos están asociados con una menor presencia de estresores.

Históricamente, la segunda mitad del siglo XX ha sido testigo del esfuerzo realizado en diversas disciplinas científicas (Sociología, Psicología social, Medicina comunitaria, Psicología comunitaria, Pedagogía social, etc.) por identificar y analizar en detalle aquellos recursos y estresores que, por su naturaleza, tienen una mayor influencia en el bienestar psicosocial de las personas. De todos ellos, es quizás el apoyo social el recurso que más interés ha recibido por parte de los científicos sociales durante prácticamente el último cuarto del siglo XX. Sin duda, su contrastada influencia en la salud

física y mental, así como las enormes posibilidades que abre en el ámbito de la intervención, ha hecho del apoyo social uno de los conceptos clave que permite entender no sólo el ajuste de la persona con su medio, sino, más allá de ello, el tipo de transformaciones y reajustes que se producen cuando aquél no está presente. Reajustes, por otra parte, que tienen que ver con cambios en las valoraciones del *self* (autoestima), variaciones en el ánimo (ánimo depresivo), modificaciones en la exposición a sucesos estresantes (eventos vitales estresantes) o nuevas tendencias en los hábitos de salud e higiene (conductas de salud), por poner algunos ejemplos.

A pesar de este creciente interés por el análisis del apoyo social, aún hoy nos encontramos no sólo con una gran diversidad conceptual en torno a este constructo, sino también con diferentes, y en ocasiones contradictorias, formas de entenderlo, evaluarlo e implementarlo en las intervenciones a las que sirve de base (Herrero y Musitu, 1998). Es el objeto de este primer capítulo de esta monografía el ofrecer un recorrido histórico de las fuentes que permiten explicar el surgimiento del apoyo social como concepto clave en el bienestar psicosocial, así como las principales orientaciones teóricas que los han pretendido analizar y evaluar.

1.2. El estudio del apoyo social: una introducción histórica

1.2.1. Primeros estudios epidemiológicos

A finales del siglo XIX y principios del XX surge un interés científico por conocer qué tipo de influencia ejercen los factores sociales en la salud mental de las personas. En 1855, un médico de Nueva Inglaterra (Estados Unidos) llamado Edward Jarvis constataba en un informe al Gobernador de Massachussetts que “las clases sociales económicamente más desaventajadas muestran, en proporción a su población, 64 veces más casos de demencia que las clases más favorecidas”. Algunas décadas después, el sociólogo francés Emile Durkheim publica su clásico estudio sobre los determinantes sociales del suicidio. A partir de un sistemático tratamiento estadístico de los datos, Durkheim examinó las tasas de suicidio en diversos segmentos de la población y encontró apoyo empírico para su hipótesis: el suicidio era más frecuente entre aquellas personas con pocos lazos sociales íntimos. Al igual que otros sociólogos de principios del siglo XX –Tönnies y Weber, entre ellos–, Durkheim se preocupó por la desintegración social en las nuevas sociedades industriales, postulando que el desarrollo industrial, al enfatizar el valor del individualismo, precisaba de algún tipo de transformación de los patrones tradicionales en los vínculos comunitarios y de parentesco. Así, supuso que conforme los campesinos emigraban a áreas urbanas en calidad de trabajadores asalariados, sus lazos individuales, familiares, con las instituciones religiosas y la comunidad se disolvían, produciéndose una reducción del apoyo y una pérdida de las restricciones sociales que derivaban de roles sociales y normas bien definidas. Durkheim creyó que esta pérdida de integración social, o *anomia*, era incompatible con el bienestar psicológico.

Ya en el siglo XX, y continuando los estudios de Simmel sobre los efectos negativos de la vida urbana frente a la vida rural, en un trabajo clásico de Thomas y Znaniecki de los años veinte se analizaron los efectos de la emigración de campesinos polacos hacia áreas urbanas de Estados Unidos. A partir de datos procedentes de diversas fuentes y formatos, como entrevistas, actas judiciales, diarios y artículos periodísticos, concluyeron que el abandono de un medio rural cohesivo en favor del ambiente impersonal característico de la ciudad industrializada norteamericana generaba problemas de comportamiento y desorganización social en el emigrante.

Durante esa misma década surge en torno a la Universidad de Chicago un grupo de investigadores preocupados por analizar los efectos de la ruptura de las redes sociales. Entre los fundadores de la escuela de Chicago se encuentran Robert Park, Ernest Burgess y Roderick McKenzie, quienes se dedican fundamentalmente a estudiar la distribución geográfica de los problemas sociales. Así, encontraron que las tasas más elevadas de desórdenes aparecían en las áreas cercanas a la ciudad de Chicago, en zonas denominadas por ellos como de transición, donde se mezclaban los nuevos emplazamientos industriales y las viviendas de renta baja. Estos autores sostuvieron que los problemas conductuales y sociales en las zonas de transición eran el resultado de una desintegración de la comunidad, cuyas normas de funcionamiento y sistemas de cohesión se disolvían frente al avance de un nuevo entorno industrial.

Esta línea de investigación encontró su continuidad en los trabajos de los epidemiólogos Farish y Dunhan por los años treinta, quienes consideraron la importancia de los parámetros ecológico-ambientales en la incidencia de la esquizofrenia. Examinando la distribución espacial y temporal de las psicosis en la ciudad de Chicago, estos autores descubrieron dos tendencias:

- a) La mayor incidencia de la esquizofrenia se concentraba en la zona central más desorganizada de la ciudad.
- b) Se observaban elevadas tasas de esquizofrenia en los enclaves étnicos minoritarios que existían en la ciudad.

Para la primera tendencia propusieron una explicación tradicional que ya se encontraba en Durkheim: el aislamiento y la desorganización social derivaban en consecuencias adversas para la salud. Para la segunda tendencia encontraron una explicación más elaborada: la existencia de barreras o *ruptura de la comunicación entre las personas* de una comunidad constituía la génesis de la esquizofrenia entre los grupos étnicos minoritarios.

1.2.2. Las investigaciones sobre el estrés

Los trabajos epidemiológicos contribuyeron con una gran afluencia de datos, conceptos, teorías y modelos a la comprensión de la influencia de los factores sociales en el bienestar psicológico de las personas. El trabajo de Hans Selye por los años cincuenta sobre el estrés puede considerarse un heredero de estos estudios. Este autor propuso el *síndrome general de adaptación* como un mecanismo fisiológico a través

del cual el organismo se enfrenta al estresor ambiental. Su modelo en tres fases (alarma, resistencia y agotamiento) pretende explicar los procesos neuroendocrinos que se producen cuando el organismo se encuentra en situaciones estresantes, vinculando el estímulo ambiental y la aparición de la enfermedad. Actualmente existe abundante evidencia empírica de cómo las respuestas cognitivo-afectivas al estrés pueden alterar el funcionamiento del sistema inmunológico. Una experiencia psicosocial estresante, procesada por el sistema nervioso central y modulada por las alteraciones en la función hipotalámica, está acompañada de diversos cambios reticuloendoteliales e inmunológicos. Puesto que esta alteración está implicada en el inicio de la enfermedad, numerosos investigadores han dirigido sus análisis a identificar la naturaleza de esos estresores psicosociales.

Uno de los primeros estudios sistemáticos que buscaron relacionar factores ambientales, estrés y enfermedad fue el realizado por Hinkle y Wolff a mediados de los años cincuenta a través del Programa para el Estudio de la Ecología Humana de la Universidad de Cornell. El objetivo de este programa consistía en evaluar hasta qué punto los cambios culturales, geográficos e interpersonales tenían consecuencias negativas para la salud física. Tomaron como punto de partida los trabajos de Selye (1956) sobre la incidencia del estrés en la enfermedad y centraron sus esfuerzos en identificar aquellos factores que poseían efectos protectores de la salud. Estos factores eran de naturaleza personal (defensas psicológicas, experiencias pasadas y procesos cognitivos) y de naturaleza situacional (por ejemplo, acceso a recursos sociales). En particular, Hinkle y Wolff llamaron la atención sobre las diferencias individuales en los estilos de afrontamiento y en el acceso a lazos sociales compensatorios (lo que hoy entenderíamos como apoyo social) en su explicación de la vulnerabilidad diferencial ante los estresores psicosociales.

Los estudios sobre las influencias organizacionales y extraorganizacionales en la aparición de la enfermedad en los trabajadores postularon la existencia de cuatro factores que determinaban la salud de los empleados:

1. Propiedades objetivas del ambiente social: aquí incluían las relaciones sociales organizacionales y extraorganizacionales.
2. Características subjetivas del ambiente social.
3. Características de la persona: estado psicológico y fisiológico y autoidentidad.
4. Características conductuales de la persona: técnicas de afrontamiento y estilos de defensa en el proceso de ajuste con el ambiente.

Las dos aportaciones más relevantes de este trabajo son: *a*) el reconocimiento de la importancia de lo subjetivo —como interpretación de un contexto objetivo— en la adecuada integración en el trabajo; y *b*) la propuesta de unas variables mediadoras en el proceso objetivo-subjetivo que tienen un efecto en la mejora o disminución de la susceptibilidad a la enfermedad.

Desde el punto de vista estrictamente metodológico, el examen de las condiciones ambientales recibió un gran impulso con el trabajo pionero de Holmes y Rahe (1967), quienes basándose en los modelos del estrés propuestos por Selye realizaron una cla-

sificación de los posibles estresores ambientales de acuerdo con la magnitud de la respuesta originada en el organismo. Su lista de eventos vitales proporcionó a los investigadores un poderoso recurso metodológico con el que evaluar de forma objetiva las condiciones ambientales por las que atravesaban los sujetos y estimuló el desarrollo de numerosas escalas de sucesos vitales con las que se analizó su relación con el desorden psicológico, depresión, intentos de suicidio, enfermedades del corazón, leucemia y otros desordenes, enfermedades o síntomas. Estas relaciones, aunque significativas, eran modestas y no tardaron en aparecer las críticas teóricas y metodológicas. En general, los mismos eventos (por ejemplo, muerte de la pareja) no producían los mismos efectos en todas las personas debido a la modulación de otros factores fisiológicos y psicosociales. Entre los factores psicosociales, se señaló la importancia que la interpretación o evaluación de los eventos podría tener en la aparición de la enfermedad.

Con estos presupuestos, Lazarus (1966) ya había comenzado a trabajar con la hipótesis de un modelo de estrés valorativo en dos fases: en la *valoración primaria*, el sujeto entendería el evento como si: a) presentara una *amenaza de riesgo futuro*; b) un *desafío* que superar; o c) un *daño* o pérdida que se ha producido. En este primer estadio el evento no sería estresante hasta que, en una *segunda valoración*, el individuo hiciera balance de sus recursos y descubriera que no tiene cómo afrontar la nueva situación. Esta hipótesis de la valoración (*appraisal hypothesis*) ha registrado una gran aceptación en los científicos sociales, extendiéndose hasta nuestros días, ya que tiene en cuenta tanto la importancia de los factores contextuales como los factores cognitivos en la experiencia del estrés. Además, el estudio de los factores contextuales que condicionan el tipo de valoración que la persona realiza sobre el estresor ha desembocado, como veremos, en un interés hacia el estudio de las relaciones sociales que proporcionan apoyo.

Si bien los estudios epidemiológicos constataron que existían factores sociales que estaban estrechamente vinculados con la aparición de la enfermedad, los trabajos sobre el estrés no sólo fijaron conceptual y experimentalmente esa relación, sino que, quizás como una consecuencia lógica de sus premisas, confirmaron a la interpretación del individuo un importante rol como mediador entre el estresor y la enfermedad. Ello llevó a los investigadores a reconocer explícitamente que tanto los factores contextuales (situaciones no estresantes, por ejemplo) como los cognitivos (recursos de afrontamiento, por ejemplo) podían constituir un poderoso recurso de prevención de la enfermedad. Éste es un planteamiento que encuentra sus precedentes en la primera mitad del siglo XX y que desembocaría en los programas de salud comunitaria.

1.2.3. Programas de salud comunitaria

Los programas de salud comunitaria supusieron la puesta en práctica de numerosas reflexiones teóricas sobre el papel protector que los factores contextuales poseían sobre la salud. El epidemiólogo norteamericano H. Dunham, uno de los autores del estudio sobre la incidencia de la esquizofrenia en la ciudad de Chicago, ya había prestado atención a finales de los años treinta a los aspectos del ambiente que evitaban la

enfermedad o promovían la salud. Este autor reconocía además la importancia de que el paciente psiquiátrico, una vez recuperado, se reintegrara en su comunidad; para ello, la comunidad debería proporcionar al paciente restablecido los recursos necesarios a los que acudir en busca de ayuda y apoyo durante el proceso de reajuste a su vida comunitaria. Algunos años después, diversos autores señalaban el importante papel que juegan las personas próximas de la comunidad, hasta el punto de que en las situaciones difíciles los miembros de esa comunidad buscaban ayuda en las personas de su alrededor y no en los especialistas. Este hecho llevó a Duhl a recomendar el aprovechamiento de estos recursos comunitarios, por una parte, y a advertir sobre el peligro de *profesionalizar* a las personas que estaban ayudando eventualmente, lo que podría disminuir esos recursos. En general, este tipo de personas incluyen desde individuos con una preocupación por quienes padecen problemas emocionales hasta los representantes de las instituciones de la comunidad o las asociaciones orientadas hacia la ayuda.

Estos trabajos generaron un gran interés por el papel que las fuentes informales de apoyo jugaban en el proceso de ajuste de los miembros de la comunidad. En este sentido, Klein en los años cincuenta llama la atención sobre el rol específico que la Iglesia desempeña en las cuestiones de salud mental, mientras Kelly analiza el papel de los agentes urbanos en el bienestar de la comunidad. Según este autor, los agentes urbanos —peluqueros, porteros, comerciantes, etc.— son a menudo una primera defensa disponible para los miembros de la clase trabajadora cuando surgen problemas emocionales. Además, estos agentes pueden servir de mediadores entre la cultura local y el sistema formal de salud de las áreas metropolitanas, canalizando la información relevante. Kelly también se preocupó por analizar cómo las estructuras y procesos sociales influían en el acceso a los recursos —incluyendo los servicios de salud mental— y cómo ello, a su vez, condicionaba la adaptación personal. Como vemos, se formulaba una preocupación específica por los procesos informativos y comunicacionales como mediadores entre individuo y comunidad y como agentes protectores de la salud.

En general, se consolida durante estos años una tendencia a analizar y tener en cuenta los recursos sociales disponibles en la comunidad tanto para la prevención como para la intervención. Este y otros movimientos afines —grupos de autoayuda, desinstitucionalización de pacientes mentales, etc.— sentarán los cimientos de los primeros programas de salud mental comunitaria.

Durante los años sesenta y setenta el concepto de apoyo social (o términos que podemos considerar afines) aparece frecuentemente en estas investigaciones porque se le supone un rol moderador clave del efecto de los estresores psicosociales en la salud. Simultáneamente, y en parte como respuesta a estos desarrollos, nace el movimiento de salud mental comunitaria. Su ideología promueve la deshospitalización en favor de ambientes naturales, desarrollando una serie de iniciativas preventivas y empleando trabajadores no profesionales para realizar labores en áreas habitualmente olvidadas por los profesionales de la salud mental. Esta tendencia, a su vez, estimuló el interés hacia el estudio del concepto de apoyo social fundamentalmente por tres hechos:

- a) En primer lugar, se evidenció la eficacia del trabajo de personas no profesionales en una variedad de roles de tratamiento directo: como compañía del enfermo mental, como voluntarios en hospitales, como asistentes de salud mental con niños o como interventores en momentos de crisis.
- b) En segundo lugar, los esfuerzos por implementar tratamientos y programas comunitarios para el enfermo mental se dirigieron no sólo a preservar los vínculos del paciente con su grupo primario, sino que mostraron mayor eficacia cuando el voluntariado no profesional lograba integrarse en la vida de los pacientes o cuando éstos eran trasladados desde el hospital a comunidades cohesionadas.
- c) Finalmente, un creciente cuerpo de evidencia ecológica, proporcionada tanto desde dentro como desde fuera del propio centro mental, mostró que una comunidad atomizada y disgregada fomentaba la aparición de problemas emocionales en sus miembros.

Estos tres desarrollos en el sector de la salud mental convergerían en un tema común: la importancia del acceso al apoyo social que procede de relaciones que podemos considerar informales tanto en materias que afecten al estatus de salud de los ciudadanos como en la planificación del tratamiento y programas de cuidado comunitarios.

Podemos considerar que el concepto de apoyo social adquiere carta de ciudadanía a partir de este momento, cuando muestra su valor teórico como mediador en el proceso estrés-enfermedad y constituye, junto con el afrontamiento y el propio estrés, los pilares del estudio de la salud mental. Todo ello promoverá, como veremos más adelante, un interés por el estudio de los sistemas informales de apoyo, un aspecto clave del bienestar en la comunidad.

1.3. Las aportaciones de Cassel, Cobb y Caplan

A pesar de que el papel de las relaciones interpersonales en el bienestar del individuo estaba suficientemente reconocido por los científicos sociales, es con la publicación de los trabajos de John Cassel y Sidney Cobb a mediados de los años setenta cuando el concepto de apoyo social obtiene el reconocimiento de la comunidad científica como un concepto clave para la investigación y la intervención. Tanto Cassel como Cobb comprobaron, por separado, que los sujetos sometidos a situaciones estresantes en compañía de pares significativos o en un contexto interactivo de apoyo no mostraban los cambios negativos en la salud que presentaban aquellos que enfrentaban tales situaciones en condiciones de aislamiento social. Ambos autores concluyeron que las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias psíquicas y físicas nocivas cuando tales sucesos se experimentan en circunstancias en las que el apoyo social está disponible (Cassel, 1974; Cobb, 1976).

Como epidemiólogo, Cassel estaba preocupado por explicar cómo las condiciones ambientales —hacinamiento, viviendas deficientes, vecindarios deteriorados, etc.— ejercían un efecto pernicioso en las personas, en términos de mayores tasas de mor-

talidad infantil, mayor incidencia de tuberculosis y enfermedades digestivas o, en el campo de la salud mental, una mayor prevalencia de psicosis diagnosticadas. Las condiciones ambientales no podían explicar todo el efecto ya que algunas personas de esos mismos entornos no padecían tales enfermedades, así que era necesario postular algún tipo de variable que pudiera explicar esas diferencias. A partir de los trabajos sobre el origen de las enfermedades microbiales y de distintos estudios que ponían de manifiesto el efecto de ciertos tipos de desorganización social en los cambios biológicos en los animales y en su vulnerabilidad a la enfermedad, Cassel concluyó que los cambios en el ambiente social inmediato eran capaces de alterar la resistencia de las personas a la enfermedad debido a los cambios metabólicos que generaban. Según este autor, en ambientes sociales muy desorganizados las personas, y también los animales, sufren una confusión, una insuficiencia de señales o, en ocasiones, una total ausencia de *feedback*. De acuerdo con Cassel, una salud deteriorada es a menudo el resultado de un desequilibrio provocado por la aparición de signos y señales desordenadas procedentes de las personas importantes para el individuo o de una ausencia de información que pueda corregir las desviaciones que se hayan producido y, consecuentemente, su aparición está vinculada a la existencia de ambientes muy desorganizados. De este modo, los eventos externos serán nocivos para el individuo siempre que éste no disponga de un conjunto de relaciones sociales que le ayuden a hacerlos frente. La robustez de las relaciones sociales depende fundamentalmente de procesos informativos: cuando el individuo es incapaz de interpretar adecuadamente las señales e información procedentes de sus relaciones sociales más importantes, se sitúa en una posición de desventaja y vulnerabilidad ante las demandas ambientales. La persona será más vulnerable cuanto más próxima y significativa sea la relación que ha perdido o cuyas señales no es capaz de interpretar adecuadamente.

De la obra de Cassel pueden destacarse dos aportaciones: por una parte, su análisis de la influencia del ambiente social en la vulnerabilidad ante la enfermedad y, por otra parte, su hipótesis de la existencia de fuerzas sociales que pueden ser movilizadas en situaciones difíciles con el objeto de proteger la salud. Como el propio autor señala, de los dos conjuntos de factores, sería más factible a corto plazo intentar mejorar y reforzar los apoyos sociales que reducir la exposición a los estresores.

Cobb concedió también una considerable importancia a la información que el sujeto recibe del grupo primario o de sus relaciones significativas. Sin embargo, estableció una condición adicional: sólo consideró como apoyo social aquella información que lleva al sujeto a creer que es querido y cuidado, que es estimado y valorado y que, además, es miembro de una red de comunicación y obligaciones mutuas. A pesar de que Cassel, y como veremos Caplan también, había destacado la importancia de la información en el proceso de ajuste social, es Cobb quien sitúa el apoyo social en el terreno de la valoración cognitiva —“creerse querido”—, reservando para el individuo un protagonismo definitivo en el proceso de interpretación de las condiciones ambientales. Es fácil observar en este punto la influencia de la *appraisal hypothesis* de Lazarus.

Gerald Caplan (1974) destacó la importancia de los grupos primarios en el bienestar del individuo. Estos grupos, entendidos como contactos sociales duraderos

(sea con individuos, con grupos o con organizaciones), proporcionan al individuo un *feedback* sobre sí mismo y sobre los otros, lo que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario más amplio. Caplan realizó una primera clasificación de los diferentes sistemas informales de apoyo presentes en el ambiente natural, vinculando cada uno de ellos a sus funciones en la protección de la salud. Además, sugirió de qué forma podrían fomentarse los vínculos de apoyo entre los ciudadanos a través de un conjunto de actividades que los profesionales habrían de dirigir. Según Caplan, el apoyo social podría funcionar como un protector ante la patología; así, un individuo que tenga la suerte de pertenecer a diversos grupos de apoyo situados estratégicamente en la comunidad, en casa, en el trabajo, en la iglesia y en una serie de lugares recreativos, puede moverse de uno a otro durante el día y estar casi totalmente inmunizado ante el mundo estresante. Para este autor, toda persona puede suponer una fuente de apoyo para los demás de una de estas tres maneras:

- a) Ayudando a la gente a movilizar sus recursos psicológicos y a dominar sus tensiones emocionales.
- b) Compartiendo las tareas.
- c) Proporcionando a otras personas ayuda material, información y consejo para ayudarles a desenvolverse en las situaciones estresantes concretas a las que están expuestos.

Entre las aportaciones más destacadas de Caplan se encuentran el estudio de los sistemas de apoyo informal de la comunidad y sus ideas sobre el papel que el profesional debe asumir en la prevención. Suya es la tesis, por ejemplo, de que la consulta tradicional en salud mental se extienda hasta abarcar la creación de grupos de apoyo, del papel del profesional como educador y transmisor de información a los grupos de ayuda y de que el trabajo del profesional se inscriba en el ámbito del vecindario, con ciudadanos clave en permanente contacto con el profesional durante la intervención.

La contribución de estos tres autores supone la consolidación del concepto de apoyo social como objeto de estudio e instrumento de intervención. Institucionalmente, ese reconocimiento llega en Estados Unidos algunos años después, cuando la Comisión Presidencial para la Salud Mental en Estados Unidos reconoce explícitamente en un texto de 1978 que recibir y ser capaz de proporcionar apoyo social cuando se necesita es absolutamente esencial para el mantenimiento de la salud mental. A través de uno de sus documentos (*Task Panel on Community Support Systems*) recomienda iniciativas federales para lograr el reconocimiento y promover el fortalecimiento de “las redes naturales a que pertenecen las personas y de las cuales dependen —familias, parentesco, amistades, conocidos y redes sociales en el vecindario, relaciones de trabajo, congregaciones religiosas, grupos de auto-ayuda; y otras asociaciones voluntarias basadas en los principios de intimidad y ayuda mutua—”. Este reconocimiento institucional de la importancia del apoyo social en los procesos de ajuste individuales puede considerarse como una muestra más de la consolidación como objeto de investigación y de reflexión teórica. No obstante, a partir del momento en que el concepto de apoyo social muestra su importancia como mediador en la salud del individuo, resulta insuficiente continuar constatando esa influencia sin más. Los nuevos

trabajos, realizados no ya en una fase de nacimiento del concepto, sino de consolidación, persiguen descubrir hasta qué punto el apoyo social posee un efecto protector en la salud y, en segundo lugar, qué forma y estructura habrán de tener las relaciones interpersonales para que puedan proporcionar apoyo.