

La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos

ESTRELLA DURÁ, JORGE GARCÉS
Universidad de Valencia



1. INTRODUCCION

Desde una perspectiva funcionalista los humanos, en su infancia, pronto descubren que deben aprender a ser efectivos con la avalancha estimular de su medio concreto; al mover sus miembros se dan cuenta de que pueden hacerlo y siguen repitiendo los movimientos cual reminiscencia, según diría Allport (1924), del reflejo circular. Desde este preciso instante podría estar ya haciendo poso la futura auto-estima del individuo adulto, retomando la corriente de William James, para quien la autoestima era una función de los éxitos que pretendemos o a los que aspiramos.

Posteriormente, esa necesidad de efectividad y competencia con el medio ambiente —para una distinción de ambos términos véase White (1959)— que se manifiesta en los primeros actos del recién nacido, se traslada no a las cosas sino a las personas. El individuo humano descubre que el sentimiento de controlabilidad de su medio ambiente le vendrá dado en base a su eficacia en las relaciones interpersonales con los demás. Y no sólo eso, sino que la misma eficacia en sus tareas puede verse alterada por la sola presencia de otras personas. Al fin y a la postre éste fue el primer experimento de laboratorio en Psicología Social realizado en 1889 por Triplett. Zajonc (1965) y las nuevas aportaciones a su hipótesis de la «mera presencia» realizadas entre otros por Guerin (1986), seguiría con este tipo de trabajos al proponer que la «mera presencia» de colaterales aumentaba el nivel de «drive» del sujeto y llevaba a la facilitación social, si bien variables situaciones o de la tarea modulaban tal facilitación.

Definitivamente, la persona humana sigue mostrando esa necesidad secundaria en términos de Maslow de «hacerse con los demás», de comunicarse con ellos, de «tenerlos» para que nos sostengan y de sentirse queridos. En otras palabras, necesitamos tener apoyo social porque en función de la amplitud del mismo estará el bienestar social e individual del sujeto humano. Intentaremos desarrollar teóricamente este concepto.

2. APOYO SOCIAL: CONSIDERACIONES TEORICAS

2.1. Concepto y Teorías sobre apoyo social

El apoyo social se ha definido de muchas formas y se le han asignado numerosas funciones. Cassel (1974), a quien se suele señalar, por la profunda revisión de trabajos que realizó, como el iniciador de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social, no ofreció, sin embargo, ninguna definición explícita del término, aunque señaló que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. Fue Gerald Caplan (1974) quien, en ese mismo año, apuntó por primera vez las funciones del apoyo social, caracterizándolas por el aporte a un individuo de «feedback, validación y dominio sobre su ambiente». Por su parte, Weiss (1974) señala específicamente seis contribuciones del apoyo social: sentido de logro, integración social, aprendizaje, afirmación de valía, sentido de una fiel alianza y orientación. Cobb (1976), otro de los pioneros en la investigación sobre apoyo social, sugirió que los beneficios del apoyo social se derivan de la información que ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

La idea básica subyacente a todas estas definiciones es que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social.

House (1981) introdujo una definición más conductual, u orientada a la acción, del apoyo social. En este sentido el apoyo social se define como una transacción real entre dos o más personas en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración. Más recientemente Shumaker y Brownell (1984) también enfatizan la acción, definiendo el apoyo social como un intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor.

Vemos que las primeras definiciones acentúan más el objetivo de integración social, mientras que las segundas enfatizan más el carácter de ayuda del apoyo social. Uniendo ambos aspectos, Hobfoll y Stokes ofrecen una interpretación amplia e integradora del mismo, definiéndolo como «aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada» (Hobfoll y Stokes, 1988, p. 499).

Adhiriéndonos al planteamiento de Hobfoll y Stokes, podemos señalar que, en definitiva, el apoyo social incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda. Si se quiere, y utilizando la terminología ya usada por Caplan (1974), se puede hablar de dos dimensiones del apoyo social: la objetiva y la subjetiva, o aspectos más tangibles del apoyo social versus aspectos más subjetivos del mismo. Los primeros recogerían los aspectos de instrumentalización (ayuda) del apoyo social, mientras que los segundos harían referencia a los aspectos de expresión (afecto) del mismo.

Con una idea más o menos clara de lo que define al apoyo social, podemos intentar comprender por qué el apoyo social es importante para los individuos. Las investigaciones al respecto se han desarrollado a lo largo de tres principales perspectivas teóricas.

Una primera línea de investigación postula que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud tanto física como mental de las personas. Los estudios

al respecto se centran en los efectos que las relaciones sociales tienen sobre la morbilidad y la mortalidad de los individuos. Los resultados parecen indicar que las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental que aquellas que no establecen tales vínculos. La literatura al respecto es muy amplia; para una revisión más detallada de los estudios al respecto ver Broadhead, Kaplan, James, et al., (1983).

En definitiva, se trata de una perspectiva epidemiológica que evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud, a corto o largo plazo, de las personas. Por otra parte, el apoyo social desde esta perspectiva se ha definido en función de los contactos sociales, es decir, en base a medidas estructurales sobre el rango y amplitud de las interconexiones del individuo, por ejemplo, «estar o no casado», «pertenecer a alguna organización», «acudir a actos sociales», etc. Recientemente, Payne y Jones (1987) han revisado la evidencia empírica a favor de esta perspectiva teórica, aunque basándose exclusivamente en los estudios que analizan la relación entre apoyo social y sintomatología psicológica (no física), y concluyen que la disponibilidad de apoyo social explica alrededor del 10% de la varianza de la variable dependiente.

Una segunda línea de investigación postula que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas. Es decir, el apoyo social se relacionaría, no con la salud en general de las personas —como postulaba el planteamiento anterior—, sino con el ajuste a un evento «estresante» particular. Así, se ha estudiado la relación que guarda el apoyo social con la adaptación, tanto física como psicológica del individuo, ante la pérdida de trabajo, el estrés en el mismo, la maternidad-paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades graves y crónicas (para una revisión, ver Dunkel-Schetter, 1984).

Los problemas que presentan estos trabajos es que se han realizado, generalmente, en ambientes aplicados (hospitales o industrias), con muestras excesivamente pequeñas, con conceptualizaciones del apoyo social y de la adaptación al estrés excesivamente simplistas. Es decir, estas investigaciones se han dirigido, fundamentalmente, hacia la intervención, descuidando los aspectos más básicos como, por ejemplo, determinar qué es en sí el apoyo y cómo debe ser utilizado para ser efectivo. Según la revisión efectuada por Payne y Jones (1987), la evidencia empírica a favor de la relación entre apoyo social y estrés es mucho más débil que la encontrada para la relación directa entre apoyo y síntomas psicológicos. En ninguno de los estudios revisados por estos autores, la varianza común entre las dos variables superaba el 6%.

Finalmente, la conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social postula que éste no influye directamente ni sobre la salud ni sobre los estresores, sino que lo que hace el apoyo social es modular la relación entre ambos, concretamente, amortiguando el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas. Es lo que se ha denominado «la hipótesis del efecto amortiguador» —The buffering hypothesis— (Cobb, 1976; Cohen y Wills, 1985). Esta hipótesis afirma que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales. En contraste, el apoyo social no influirá en aquellas personas que no estén sometidas a estrés. Los estudios dan a entender que las personas que han soportado períodos de estrés se recuperan antes y alcanzan un mejor estado de salud y bienestar si han recibido apoyo social. Payne y Jones (1987) concluyen

en su revisión que aunque, lógicamente, existen tanto estudios que apoyan la hipótesis del efecto amortiguador como estudios que no logran verificarla, sin embargo, la balanza parece inclinarse hacia los segundos. A pesar de ello, existen estudios que continúan sobreestimando la evidencia a favor de la «buffering hypothesis» (Thoits, 1982; Cohen y Wills, 1985).

Desde nuestro punto de vista, después de revisar la evidencia a favor de estas tres perspectivas teóricas (efectos directos sobre la salud, efectos directos sobre los estresores, y efecto amortiguador), es necesario concluir que muchas veces es realmente difícil distinguir entre las predicciones de las tres hipótesis. De hecho, algunos estudios son citados, unas veces, como evidencia a favor de un determinado planteamiento teórico, mientras que otras veces se citan apoyando otra alternativa distinta. Estas contradicciones ponen de manifiesto las limitaciones que presenta la investigación sobre los efectos del apoyo social; limitaciones fomentadas, muchas veces, por la falta de un índice de apoyo social fiable y válido (Sarason y Sarason, 1985). A ello hay que unir la amplia gama de instrumentos de medida que ha dificultado la integración de las conclusiones contradictorias (Payne y Jones, 1987).

2.2. Evaluación y medida del apoyo social

A pesar de la diversidad de instrumentos desarrollados para evaluar el apoyo social, existe un cierto acuerdo en que éstos se pueden agrupar en tres grandes categorías: (1) los que evalúan la conexión social, (2) los referidos al apoyo social percibido y (3) los que describen las «conductas de apoyo social» (Barrera, 1981; Gottlieb, 1983; Heller y Swindle, 1983).

El primer bloque de instrumentos pueden ser considerados también como «medidas estructurales», en el sentido de que evalúan el «rango e interconexión de recursos que posibilitan el apoyo social» (Ganster y Victor, 1988). Desde esta perspectiva se utilizan indicadores tales como el tamaño, la densidad, la frecuencia de utilización, o la accesibilidad de determinadas redes de apoyo social. Así, por ejemplo, se han utilizado, como indicadores de apoyo social, el estado civil, la participación en actividades de una comunidad o la frecuencia de contacto con los amigos. Estas medidas estructurales han dado pie a numerosos cuestionarios y técnicas para medir el apoyo social que no gozan de la suficiente fiabilidad y validez (Leavy, 1983).

Un segundo bloque de instrumentos tienen en común la consideración de los aspectos más cognitivos o subjetivos del apoyo social, puesto que no cuantifican el número de apoyos o la cantidad de contacto social, sino que se refieren a la valoración cognitiva que hace el sujeto de estar conectado con otros. Este tipo de medidas se corresponden con las definiciones que vimos anteriormente y que señalaban, como funciones básicas del apoyo social, las de información o feedback. En este sentido, estas medidas han sido también denominadas como «funcionalistas», opuestas a las medidas puramente estructurales señaladas anteriormente (Ganster y Victor, 1988).

La mayoría de las medidas sobre apoyo social percibido incorporan dos dimensiones: «disponibilidad percibida de lazos sociales» y «adecuación percibida de los mismos» (Cohen y Hoberman, 1983; Holahan y Moos, 1981; Procidano y Heller, 1983; Turner, Frankl y Levin, 1983). Otros instrumentos se centran exclusivamente en la segunda dimensión, es decir, en la satisfacción con el apoyo (Barrera, 1981; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983).

El apoyo social puede ser también evaluado a través de la acciones que los otros realizan para ayudar a una persona. Tardy (1985) se refirió a las descripciones conductuales del apoyo como «apoyo activado» (enacted), para diferenciarlo del apoyo «disponible», que se evaluaba con las escalas de disponibilidad percibida o incluso con medidas de conexión social. Algunos estudios que han utilizado este tipo de medidas son los siguientes: Barrera y Balls (1983), Carveth y Gottlieb (1979), Henderson, Duncan-Jones, Byrne y Scott (1980), Sandler y Lakey (1982). La mayoría de estos instrumentos son escalas de autoinforme que se basan en las evaluaciones retrospectivas del propio sujeto, por lo que podríamos considerar que, en realidad, lo que miden es el apoyo «recibido percibido».

2.3. Reflexiones sobre el concepto y método del apoyo social

Considerando los distintos planteamientos presentados hasta el momento, parece inevitable asumir que la relación entre apoyo social y bienestar psicofísico va a depender de la conceptualización y operativización que cada investigador haga del constructo de apoyo social. De hecho, parece que la hipótesis del efecto amortiguador recibe evidencia empírica cuando el apoyo social se evalúa a través de los recursos interpersonales específicos que satisfacen las necesidades elicítadas por un determinado evento estresante. Por su parte, el modelo de «efectos directos» se comprueba cuando el apoyo social se conceptualiza y mide a través de la conexión del individuo a alguna red de apoyo social (Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987).

Es evidente que existe una estrecha interrelación entre el concepto de apoyo social, el método utilizado para medirlo y los efectos que tiene en la salud psicofísica de los individuos. Esto implica una cierta circularidad, que impide comparar los distintos e innumerables estudios que se han realizado sobre los efectos del apoyo social, para poder llegar a unas conclusiones más o menos definitivas a partir de sus resultados.

En consecuencia, la situación actual de esta línea de investigación se caracteriza por el reconocimiento del carácter multidimensional del constructo de «apoyo social». Las distintas definiciones y operacionalizaciones del concepto que hemos presentado anteriormente nos han permitido delimitar ya algunas de estas dimensiones. Por un lado, hemos visto que el apoyo social puede ser el recibido realmente por el sujeto, o, por el contrario, el que éste perciba, independientemente de que lo reciba o no. Por su parte, el apoyo social recibido puede ser evaluado, o a través de los lazos y relaciones sociales que el sujeto mantiene con los demás, o, incluso, a través de las acciones que los demás realizan para ayudarle. Además, la simple disponibilidad de redes de apoyo social, aunque no se utilicen, puede cumplir los mismos objetivos que el propio apoyo social real recibido. Ya Tardy en 1985, definió las principales dimensiones básicas que era necesario diferenciar al hablar de apoyo social, señalando, en concreto, cinco.

La primera dimensión se refiere a la «Direccionalidad» del apoyo, es decir, si éste se recibe de los otros, se brinda a los otros, o ambas cosas a la vez. Una segunda dimensión hace referencia a la «Disposición» del apoyo, es decir, a la posibilidad de recibirlo (apoyo social que una persona tiene disponible aunque no lo esté utilizando) versus la utilización real de dichos recursos. En tercer lugar, Tardy señala la necesidad de «Describir y Evaluar» la calidad y naturaleza

del apoyo social, planteando así una de las principales críticas que se realizan a los primeros estudios sobre apoyo social, y es el hecho de que no tuvieron en cuenta los posibles efectos negativos del apoyo social. Hoy día se reconoce que el mismo apoyo social puede ser el origen, en algunos casos, de problemas y conflictos para la persona que lo recibe (Dunkel-Schetter y Wortman, 1982). La cuarta dimensión apuntada por Tardy fue la referida al «Contenido» del apoyo social, recogiendo así el planteamiento original de House (1981) quien diferenció formalmente entre distintos tipos de apoyo social, en concreto, el «emocional», el «informativo», el «instrumental» y el «valorativo», señalando, además, que los distintos tipos pueden tener efectos distintos. La necesidad de evaluar los efectos diferenciales de los distintos tipos o componentes del apoyo social ha sido puesta de manifiesto en distintos estudios cuyos resultados muestran que, ante una misma situación estresante, un determinado tipo de apoyo social era beneficioso, mientras que en esa misma situación «estresante», otra forma diferente de apoyo social incrementaba el afecto negativo (Constanza, Derlega, y Winstead, 1988). La quinta, y última dimensión, postulada por Tardy es la denominada «Conexión» y se refiere a la fuente de donde proviene el apoyo social, es decir, quién aporta ese apoyo: la familia, los amigos, una red de apoyo artificial, etc. En este sentido, los estudios señalan que la efectividad de un determinado tipo de apoyo depende, muchas veces, de quién aporte ese apoyo; es decir, parece existir una interacción entre tipo y fuente de apoyo social. A modo de ejemplo, citaremos el trabajo de Dunkel-Schetter (1984) con pacientes de cáncer, cuyos resultados mostraron que el apoyo informativo era beneficioso únicamente si provenía del médico, mientras que se consideraba inútil e incluso perjudicial si era ofrecido por la familia o los amigos. A su vez, estas fuentes de apoyo más allegadas al paciente, eran más eficaces cuando ofrecían apoyo de tipo emocional.

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

Sin embargo, todavía existen otra serie de variables, que podríamos denominar «externas al propio apoyo social», y que modulan también sus efectos. Shumaker y Brownell (1984) señalaron algunos de estos factores. Desde nuestro punto de vista, las dos principales variables a tener en cuenta son, por un lado, las condiciones externas bajo las que se presta el apoyo y, por otro, las características de personalidad del sujeto que recibe dicho apoyo.

Respecto al primer punto, citaremos, únicamente a modo de ejemplo, el trabajo de Revenson, Wollman y Felton (1983) y el de Dunkel-Schetter (1984) con pacientes de cáncer, que especifican algunas de estas condiciones externas que modulan la forma en que el apoyo social influye en el ajuste a la enfermedad. Los resultados del estudio de Revenson et al. (1983) indicaban que el apoyo social tenía efectos positivos únicamente en los pacientes sometidos a quimioterapia y/o radioterapia; mientras que para aquellos que no estaban recibiendo tratamiento, el apoyo social parecía tener efectos negativos. También el pronóstico ejercía un papel modulador sobre la relación apoyo social-ajuste a la enfermedad, tanto en el estudio de Revenson et al. (1983) como en el de Dunkel-Schetter (1984): en ambos, el apoyo social recibido correlacionaba con un mayor bienestar psicológico únicamente en los pacientes con un buen pronóstico.

Por lo que respecta a las características del sujeto que recibe el apoyo, se han señalado, entre otras, la edad (Heller y Mansbasch, 1984; Vaux, 1985), las diferencias sexuales (Taylor, Falke, Shoptaw, Lichtman, 1986) y los estilos de afrontamiento (Kobasa y Puccetti, 1983), como factores moduladores de la efectividad del apoyo social. Existe cierta evidencia que sugiere que, según el sexo de las personas, será más efectivo un tipo u otro de apoyo social. Así, parece que los hombres se benefician más del apoyo informativo que del emocional, siendo este último más positivo para las mujeres (Jacobs, Ross, Walker y Stockdale, 1983; Falke y Taylor, 1983). Por otra parte, se ha hablado de los «estilos de afrontamiento» como diferencias en la forma en que las personas hacen frente a los acontecimientos vitales; así, es plausible pensar que, por ejemplo, el apoyo informativo será beneficioso solamente para aquellos sujetos que tengan un estilo de afrontamiento de «búsqueda de información», mientras que puede ser incluso perjudicial para los «evitadores», en terminología de Miller (1987).

Por otra parte, se ha señalado que estos mismos factores pueden, no sólo influir en los efectos del apoyo social sobre el bienestar de las personas, sino que ellos mismos pueden determinar que un sujeto reciba o no apoyo, o que reciba un tipo u otro de apoyo social (Shinn, Lehmann y Wong, 1984). Es lo que Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus (1987) han denominado «correlatos del apoyo social recibido», hipotetizando que, tres tipos de factores —predisposiciones personales, la misma situación estresante y, la conducta o estilo de afrontamiento— actúan como determinantes causales del apoyo social recibido.

En definitiva, las investigaciones sobre apoyo social han evolucionado, desde una consideración acrítica de los beneficios del mismo, a una consideración de su carácter multidimensional y al reconocimiento de la existencia de una serie de factores que interactúan con él a la hora de influir en el bienestar psicofísico del individuo. Los estudios van examinados, hoy día, a determinar qué tipo de apoyo social, ofrecido por qué fuente, para qué tipo de personas y bajo qué circunstancias será beneficioso. Se ha utilizado la teoría de la «acomodación persona-ambiente» (person-environment fit) para explicar esta serie de interacciones. Según esta teoría, la adaptación o el ajuste depende de la correspondencia o acomodación entre las características individuales y las características ambientales. La idea clave es el ajuste entre las demandas individuales y los recursos ambientales (Caplan, 1979). Aplicada al campo del apoyo social, podemos considerar a éste como un recurso ambiental de tal modo que la naturaleza de sus efectos estará en función de su acople a las necesidades individuales (Rook y Dooley, 1985; Shinn, Lehmann y Wong, 1984).

3. APOYO SOCIAL EN PACIENTES DE CANCER

Hemos visto que, a pesar de la multitud de definiciones y conceptualizaciones sobre apoyo social, todas ellas se refieren a los mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales protegen a las personas de los posibles efectos negativos del estrés. En un momento histórico en el que el tema del estrés y el afrontamiento del mismo, son de interés prioritario, el cáncer se ha convertido en un estresor más que requiere el estudio de aquellas estrategias adecuadas para hacerle frente (Ibáñez, 1988). En este sentido, el apoyo social se convierte

en un arma importante de adaptación, tal y como parecía serlo frente a otros estresores o eventos amenazantes. Sin embargo, e irónicamente, la propia enfermedad cancerosa, por sus implicaciones socioculturales que la reflejan como una enfermedad mítica y temida (recuérdese simplemente la trilogía de «dolor, deterioro y muerte» asociada a ella), puede dificultar la provisión de un adecuado apoyo social al enfermo.

Numerosos autores han descrito los problemas interpersonales derivados de la enfermedad cancerosa. Estos problemas se reflejan en dificultades de comunicación entre el paciente y el staff médico, problemas en las relaciones familiares, o con los amigos y en las relaciones sociales. En definitiva, los problemas de comunicación parecen ser los más frecuentes en los enfermos de cáncer. Por ejemplo, en un estudio en el que se pidió a un grupo de pacientes con cáncer de mama, pulmón y sarcoma, que señalaran, de una lista de 100 problemas, aquellos que habían experimentado, se encontró que, de los 20 problemas más frecuentemente identificados por los pacientes, 7 se referían a aspectos interpersonales, por ejemplo, «la gente te trata de forma diferente cuando sabe que has tenido un cáncer», «dificultades para hablar del cáncer con los amigos» o «problemas para hablar con la familia sobre el futuro» (Gordon, Fridenbergs, Diller et al., 1980). En otro estudio sobre el apoyo disponible percibido por pacientes con cáncer de mama, el 72% de la muestra señalaba que habían sido tratadas de forma distinta por los demás cuando supieron que padecían cáncer, y, de éstas, el 72% indicaban que «no eran comprendidas por los demás», y el 50% sentían que los demás las «evitaban» o les «tenían miedo».

Esta contradicción, o ironía —como antes apuntábamos—, que dificulta la provisión de apoyo social precisamente en aquellos momentos en que es más necesario, ha llevado al análisis y aplicación de programas de intervención que intentan, o suplir por medio de redes de apoyo social artificial aquel que debería provenir de las redes naturales o, en el mejor de los casos, hacer frente a los problemas de comunicación surgidos a raíz de la enfermedad, intentando que las redes de apoyo social natural vuelvan a funcionar eficazmente.

Uno de los medios más conocidos por los que se ha intentado ofrecer apoyo social a los pacientes de cáncer han sido los denominados «grupos de apoyo social». Las características definitorias de éstos son (Katz y Bender, 1976):

- facilitan la interacción social cara-a-cara a través de un grupo pequeño,
- enfatizan la participación personal,
- tienen un carácter voluntario,
- los participantes tienen el propósito consciente de colaborar con otras personas para solucionar un problema o ayudarles a hacerle frente, y
- ofrecen apoyo emocional.

Estos grupos pueden incluir algún profesional (médico, psicólogo, asistente social, etc.), bien como iniciador y organizador del grupo, bien como consejero continuo, a diferencia de los grupos de autoayuda que no incluyen la participación de ningún profesional entrenado una vez que el grupo se establece.

Por supuesto que, estos grupos, no se han aplicado únicamente al campo oncológico; de hecho, tienen su origen en poblaciones y problemáticas muy distintas: geriatría, obesidad, viudez, alcoholismo, disminución física y mental, etc. (Taylor, Falke, Shoptaw y Lichtman, 1986). Los realizados con pacientes de cáncer postulan que los grupos de apoyo social pueden disminuir algunos de los problemas psicosociales ocasionados por el diagnóstico y/o tratamiento de esta

enfermedad (Bloom, Ross y Burnell, 1978; Ferlic, Goldman y Kennedy, 1979; Maisiak, Cain, Yarbrow y Josof, 1981; Spiegel, Bloom y Yalom, 1981).

Para entender mejor cómo funcionan estos grupos describiremos dos de los más conocidos, llevados a cabo, además, en dos poblaciones culturalmente distintas: uno en Israel (Baider y Edelstein, 1981) y otro en EE.UU. (Spiegel et al., 1981).

El primero de ellos aborda la problemática del impacto de la mastectomía y la utilización de un grupo de apoyo social para ayudar a las pacientes a la recuperación postquirúrgica. El grupo estuvo formado por 15 pacientes mastectomizadas del Departamento de Oncología del Hadassah University Hospital de Jerusalem; algunas de las pacientes estaban recibiendo tratamiento postquirúrgico de quimio o radioterapia. Las sesiones se llevaron a cabo a lo largo de un período de nueve meses entre 1979 y 1980; el grupo se reunía una vez a la semana durante dos horas. La hipótesis de los autores era que el grupo aportaría a las pacientes una visión más clara y positiva de su enfermedad y de los mecanismos de coping (afrontamiento) apropiados a su particular estilo de vida. La idea era que las pacientes comprendieran que no existe el «mejor» estilo de afrontamiento, sino que cada persona utiliza el que se adecua mejor a su personalidad.

El proceso funcional del grupo se desarrolló en tres fases. La primera incluía la formación del grupo y el conocimiento de sus miembros con el objetivo de crear un clima de confianza. La discusión del grupo, durante esta fase, se centraba en el déficit emocional y cómo solucionarlo, animando a las pacientes a que vieran a los otros miembros del grupo como personas que podían ayudarles. En la segunda fase del programa, los miembros eran ya capaces de expresar sus necesidades y problemas más intensamente. Se trataba de centrarse menos en el hecho de la mastectomía (la pérdida del pecho) y más en la persona como un todo. Finalmente, la tercera fase se plantea como una especie de prueba o reto para los miembros del grupo puesto que en este momento llegan nuevas pacientes mastectomizadas que pueden despertar los antiguos miedos. Se trata de que la paciente vaya tomando contacto con la «realidad», enfrentándose a sus propias emociones. Este período se caracteriza también por la separación tanto del grupo formal como del terapeuta.

Como vemos, la idea principal de los autores es que la terapia de grupo ha de ser como el desarrollo de la propia vida, desde la niñez hasta la madurez: los pacientes deben ir pasando por distintas etapas hasta lograr la independencia, la aceptación y la integración en el mundo de los adultos. Por otra parte, el papel del terapeuta se centra en la conexión con la realidad con el mundo exterior que hay fuera del grupo. La mayoría de las críticas que se han realizado a los grupos de apoyo social es que son muy cerrados y que, cuando terminan, los pacientes no pueden adaptarse a la realidad, pues el grupo los había apartado de ella. Para Baider y Edelstein (1981), el terapeuta debe encarnar la realidad dentro del grupo, representar las actitudes de la sociedad frente al cáncer, para que las pacientes aprendan, dentro del grupo, a hacer frente a esos mismos problemas que se van a encontrar al salir. Este mismo objetivo tenía, como hemos visto, la entrada de nuevas pacientes en la última fase de la terapia. También las sesiones únicas a la semana y la larga duración del programa (9 meses) facilitan ese objetivo: alternar las sesiones del grupo de apoyo con la vida normal de la paciente durante un largo período, de forma que ésta no llega a depender totalmente de un grupo de apoyo artificial.

Otro programa de intervención a través de un grupo de apoyo social es el

que aplicaron Spiegel, Bloom y Yalom (1981) en California, para la población específica de pacientes con cáncer de mama en estadios terminales. Participaron un total de 34 mujeres, que se reunían por grupos de siete a diez pacientes, una vez a la semana, en sesiones de hora y media de duración. Las reuniones se llevaban a cabo fuera del hospital. En el grupo participaban, además de las pacientes, una psiquiatra, una asistente social y una consejera que era expaciente de cáncer. El objetivo básico del grupo era ofrecer apoyo de tipo emocional por medio de discusiones que hacían referencia a la muerte, problemas relacionados con la familia, dificultades en el tratamiento, temas de comunicación con los médicos y vivir lo mejor posible ante una enfermedad terminal. Se fomenta la interacción de los miembros, la participación y comunicación entre ellos.

Evidentemente, hay otros muchos estudios y programas de intervención con grupos de apoyo social para pacientes con cáncer. Hemos descrito más detalladamente los dos anteriores pues corresponden a lo que tradicionalmente se ha entendido por «grupo de apoyo social» en el sentido de que lo que ofrecen es, básicamente, apoyo de tipo emocional. Sin embargo, como señalábamos en otro momento de este trabajo, las conceptualizaciones y operacionalizaciones del «apoyo social» han ido adquiriendo una mayor complejidad y multidimensionalidad, lo cual se ha visto reflejado, también, en las intervenciones y aplicaciones prácticas que se han realizado. En este sentido, otros modelos de grupos de apoyo social han incluido una operacionalización más comprehensiva del mismo, intentando ofrecer no sólo apoyo de tipo emocional, sino también de tipo instrumental, informativo o valorativo, según las taxonomías al uso. No vamos a describir todos y cada uno de ellos, pues, si bien varían en cuanto a duración, frecuencia de las sesiones, tipo de población concreta a la que se aplica, etc. el contenido de todos ellos es básicamente el mismo (Gordon, Freidenberg, Diller et al., 1980; Jacobs, Ross, Walker y Stockdale, 1983; Johnson, 1982; Vachon, Lyall, Rogers, Cochrane y Freeman, 1981-1982).

Podemos considerar, de forma general, que la actual conceptualización de los grupos de apoyo social considera que éstos deben operar a tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual.

A nivel CONGNITIVO se pretende ofrecer información sobre la enfermedad y el tratamiento para corregir las concepciones erróneas y clarificar las dudas de los pacientes. En este sentido, se han realizado numerosos estudios que tratan de determinar el papel que juega la información que sobre la propia enfermedad se ofrece a los pacientes de cáncer, intentando superar la histórica polémica de si la comunicación de un diagnóstico de cáncer repercute positiva o negativamente en el bienestar psicofísico del enfermo, y tratando de establecer las condiciones bajo las cuales se debe ofrecer este tipo de información a los pacientes (para una revisión ver Durá 1990).

En el nivel AFECTIVO, se hace frente a las reacciones y sentimientos del paciente ante su enfermedad, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales. Finalmente, a nivel CONDUCTUAL se pretende ofrecer al paciente estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas, utilizando todos aquellos recursos que puedan ser útiles: el modelo de otros pacientes que ya han pasado por la misma situación, terapia familiar en los casos necesarios, ofrecer ayuda instrumental concreta (prótesis), etcétera.

Desde este planteamiento, la única nota definitoria característica de un «grupo de apoyo social» sería la referente a la estructura del mismo en cuanto «grupo»,

es decir, el contacto cara-a-cara de un número reducido de personas. El resto de características: el contenido del mismo, la duración, frecuencia de contacto, participación de profesionales, familiares de pacientes o expacientes podrían ser comunes a otras formas de terapia de apoyo social.

Por ello, a la hora de hablar de «intervenciones para pacientes de cáncer basadas en apoyo social», tal vez sea más útil apelar a una clasificación de las mismas en función de su estructura. En concreto, Gottlieb (1988) señala cinco niveles o estructuras distintas sobre las que se puede actuar por medio del apoyo social: individual, diádico, grupo, sistema social y comunidad.

Las intervenciones de nivel INDIVIDUAL no implican intercambio entre distintas partes, por lo que en principio parecería un tanto sorprendente su inclusión en las aplicaciones del apoyo social. Sin embargo, como señala Gottlieb, su objetivo es la optimización de los recursos psicosociales que un individuo tiene para llevar a cabo interrelaciones sociales. En este sentido, y aplicado al caso concreto de los pacientes oncológicos, tendrían aquí cabida aquellas intervenciones dirigidas a incrementar las habilidades sociales de aquellos pacientes que tuvieran dificultades en sus interrelaciones sociales y que podrían estar limitando el apoyo social que reciben de los otros o impidiendo su participación en programas de nivel grupal.

Las intervenciones de nivel DIADICO implican el aporte de apoyo social, o a través de un miembro perteneciente a la red social natural del individuo, o, a través de una persona desconocida para el sujeto a la que se introduce en su medio natural. En el primer caso, el objetivo básico es aumentar o intensificar el lazo social existente entre el individuo y otra persona de su estructura social. El segundo caso implica un proceso algo más complicado por el que se introduce una persona externa dentro de la estructura social de receptor con el objetivo de establecer entre los dos una alianza de apoyo. Estos dos tipos de intervenciones diádicas difieren, fundamentalmente, en que, en el primer caso, la persona que ofrece el apoyo no está experimentando, generalmente, la misma situación estresante que el receptor, mientras que en segundo caso, la persona que ofrece el apoyo se encuentra en la misma situación de sufrimiento que el receptor.

Aplicado al campo oncológico, el primer tipo de intervención diádica que señala Gottlieb se referiría a aquellos programas en los que se trabaja conjuntamente con el paciente y, generalmente, su cónyuge o la persona más allegada, con el objetivo de restaurar u optimizar el apoyo social que el paciente recibe de esta persona. Por su parte, el segundo tipo de intervención diádica señalado, se corresponde con los programas denominados de «voluntarios» en los que algún ex paciente, desconocido para el sujeto, contacta con él e inicia una nueva relación social dirigida a ofrecer, al nuevo paciente, el apoyo social que éste necesite.

Como ejemplo de este último tipo de intervención diádica, es imprescindible mencionar el programa norteamericano denominado «Reach to Recovery» creado en 1952 por Terese Lasser, paciente mastectomizada, y que en 1969 se convirtió en un servicio de la Sociedad Americana del Cáncer (Lasser, 1972). La dinámica básica del programa es la siguiente: una voluntaria del programa visita a una paciente mastectomizada en el hospital entre tres y seis días después de la operación, entregándole una serie de folletos con información relativa a su situación (ejercicios adecuados para la rehabilitación, tipo de actividades que puede realizar, información sobre prótesis mamarias, etc.), al tiempo que le en-

trega, temporalmente, una prótesis mamaria. Estas voluntarias son seleccionadas, cuidadosamente, entre mujeres mastectomizadas, y todas ellas reciben un entrenamiento adecuado para la función que van a desempeñar; normalmente, todas ellas han sido mastectomizadas, al menos, dos años antes de su ingreso como voluntarias en el programa.

El Reach to Recovery es un programa que cuenta con una amplia difusión tanto en EE.UU. como fuera de su país de origen; de hecho, en 1974, la Sociedad Americana del Cáncer extendió el programa a Europa, aunque en algunos países se ha aplicado de forma algo diferente. Hemos de señalar que la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer ha empezado a promocionar, recientemente, un programa similar denominado «Vivir como antes».

Las intervenciones de nivel GRUPAL también pueden ser divididas según vayan dirigidas a la optimización del apoyo ofrecido por un grupo social ya existente al que pertenece el beneficiario o, a la movilización de apoyo a través de un grupo nuevo para el sujeto. El primer caso caracterizaría a las terapias familiares para pacientes de cáncer en las que el término «familiar» se podría extender a todas las personas conocidas por el sujeto y que jueguen un papel importante en sus relaciones sociales, todas las cuales podrían participar en estos programas de grupo dirigidos a mejorar el apoyo social que el paciente recibe a través de sus lazos sociales naturales. El segundo tipo, haría referencia a lo que tradicionalmente se ha conocido como «grupos de apoyo social», tal y como los hemos descrito anteriormente.

Las intervenciones a nivel individual, diádico y grupal, trabajan, respectivamente, con los determinantes disposicionales, interpersonales y sistémicos del apoyo social. Por su parte, las intervenciones a nivel de sistema SOCIAL intentan influir en el contexto físico y sociocultural en el que se mueve la persona. Es evidente que se puede alterar la estructura y las funciones de los lazos sociales manipulando variables tales como la política social, las normas, la definición de los roles o, incluso, las características físicas u otras variables microsociales. A modo de ejemplo, y dentro del campo oncológico, señalaremos la influencia determinante que tiene la normativa legal existente en cada país, respecto a la información y comunicación con los enfermos, en el nivel de información que sobre su enfermedad (apoyo social informativo) se ofrece a los pacientes, o, incluso, variables ambientales —como el tamaño del hospital— influyen también en el nivel de información que se ofrece a los enfermos oncológicos. También es evidente la importancia que juega la enseñanza y el entrenamiento que reciben los profesionales médicos para que éstos puedan ofrecer en su práctica posterior el apoyo social que requieran sus pacientes. Finalmente, es necesario reconocer también, dentro de estas variables sociales, la importancia de los aspectos ecológicos que pueden incrementar o disminuir las oportunidades de intercambio y expresión social, tanto dentro de los ambientes hospitalarios, como a nivel de comunidad (barrio o ciudad).

Finalmente, las intervenciones más amplias, a nivel de COMUNIDAD, según Gottlieb, tienen el objetivo de promover la confianza pública en las fuentes informales de apoyo y estimular la expresión de apoyo en la vida cotidiana. Tendrían cabida aquí, los programas y campañas de educación pública sobre el cáncer dirigidos a incrementar el nivel de conocimiento social sobre esta enfermedad, de forma que, cambiando la concepción fatalista predominante actualmente, se consiga una mejor adaptación social de los enfermos oncológicos.

4. UN COMENTARIO FINAL

El concepto de «apoyo social» tiene una reciente historia que, sin embargo, no ha estado exenta de polémicas que se han centrado, fundamentalmente, en la definición y medida del concepto. A pesar de estas controversias de índole más conceptual, sin embargo, en la práctica, parecía existir un acuerdo unánime en el carácter beneficioso del apoyo social; pero incluso, este aspecto ha empezado a cuestionarse, tal y como hemos visto, en los últimos años. Todo ello ha llevado, hoy día, al reconocimiento del carácter multidimensional del apoyo social y a la necesidad de adecuar los programas terapéuticos a las necesidades individuales.

Una segunda cuestión que se plantea en la actualidad, respecto a las intervenciones basadas en el apoyo social, es el carácter multidisciplinar del mismo y las controversias surgidas, al respecto, entre, fundamentalmente, los profesionales de la Psicología y los del Trabajo Social. La monopolización del concepto por parte de unos u otros no tiene sentido, ya que, si bien el primero debe tratar de que sus clientes, por medio de la terapia pertinente, sean efectivos en su medio ambiente, los profesionales de los Servicios Sociales deberían crear y promocionar el desarrollo de redes de apoyo social en la comunidad concreta donde esté inserto el sujeto; una tarea más estructural que individual. De esta forma, adquiere sentido y práctica la diferenciación por niveles de intervención apuntados por Gottlieb (1988), que anteriormente hemos descrito.

En definitiva, conjugando «contenido» y «estructura» del apoyo social, es decir, distintos tipos de apoyo social y distintos niveles de aplicación, se podría diseñar una amplia variedad de programas de intervención, en los que tendrían cabida distintos profesionales, y con los que se podría satisfacer las demandas individuales de las diferentes poblaciones de clientes.

Referencias

- ALLPORT, F. H. (1924). *Social Psychology*. Boston, Houghton-Mifflin.
- BAIDER, L. y EDELSTEIN, E. L. (1981). «Coping mechanisms of postmastectomy women. A group experience». *Israel Journal of Medical Sciences*, 17, 9-10, 988-992.
- BARRERA, M., Jr., (1981). «Social support in the adjustment of pregnant adolescent: assessment issues». En, B. H. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, Sage.
- BARRERA, M., Jr., y BALLS, P. (1983). «Assessing social support as a prevention resource: An illustrative study». *Prevention in Human Services*, 2, 59-74.
- BLOOM, J. R.; ROSS, R. D. y BURNELL, G. M. (1978). «The effect of social support on patient adjustment after breast surgery». *Patient Counseling Health Education*, 1, 50-59.
- BROADHEAD, W. E.; KAPLAN, B. H.; JAMES, S. A. y cols. (1983). «The epidemiological evidence for a relationship between social support and health». *American Journal of Epidemiology*, 117, 5, 521-537.
- CAPLAN, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York, Behavioral Publications.
- CAPLAN, R. D. (1979). «Social support, person-environment fit, and coping». En L. A. Ferman y J. P. Gordons (Eds.), *Mental Health and the Economy*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute, 89-137.
- CARVETH, W. B. y GOTTLIEB, B. H. (1979). «The measurement of social support and its relation to stress». *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 179-187.
- CASSEL, J. (1974). «Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations». *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.

- COHEN, S. y HOBERMAN, H. M. (1983). «Positive events and social supports as buffers of life change stress». *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 99-125.
- COHEN, S. y WILLS, T.A. (1985). «Stress, social support and the bufferin hypothesis». *Psychological bulletin*, 98, 310-357.
- COOB, S. (1976). «Social support as a moderator of lige stress». *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- COSTANZA, R. S.; DERLEGA, V. J. y WINSTEAD, B. A. (1988). «Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same-sex friends». *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 182-193.
- DUNKEL-SCHETTER, C. A. (1984). «Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications». *Journal of Social Issues*, 40, 4, 77-98.
- DUNKEL-SCHETTER, C. A. y WORTMAN, C. B. (1982). «The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient». En H. S. Friedman y M. R. DiMatteo (Eds.) *Interpersonal Issues in Health Care*. New York, Academic Press.
- DUNKEL-SCHETTER, C. A.; FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. S. (1987). «Correlates of social support receipt». *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1, 71-80.
- DURA, E. (1990). *El dilema de informar al paciente de cáncer*. Valencia, Nau Llibres.
- FALKE, R. L. y TAYLOR, S. E. (1983). «Social support for cancer patients». *UCLA Cancer Center Bullentin*, 10, 13-15.
- FERLIC, M.; GOLDMAN, A. y KENNEDY, B. J. (1979). «Group counseling in adult patients with advanced cancer». *Cancer*, 43, 760-766.
- GANSTER, D. C. y VICTOR, B. (1988). «The impact of social support on mental and physical health». *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17-36.
- GORDON, W. A.; FREIDENBERGS, I.; DILLER, L.; HIBBARD, M. y cols. (1980). «Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 6, 743-759.
- GOTTLIEB, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for Mental Health Practice*. Beverly Hills. Sage.
- GOTTLIEB, B. H. (1988). «Support Interventions: A typology and agenda for research». En S. W. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships*. New York, Wiley and Sons.
- GUERIN, B. (1986). «Mere presence effects in humans: a review». *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 38-77.
- HELLER, K. y MANSBACH, W. E. (1984). «The multifaceted nature of social support in a community sample of elderly women». *Journal of Social Issues*, 40, 4, 99-112.
- HELLER, K. y SWINDLE, R. W. (1983). «Social networks, perceived social support, and coping with stress». En R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Mortisugu y S. S. Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York, Pergamon Press.
- HENDERSON, S.; BYRNE, D. G. y DUNCAN-JONES, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Sydney, Academic Press.
- HENDERSON, S.; DUNCAN-JONES, P.; BYRNE, D. G. y SCOTT, R. (1980). «Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction». *Psychological Medicine*, 10, 723-734.
- HOBFOLL, S. E. y STOKES, J. P. (1988). «The processes and mechanics of social support». En S. Duck (Ed.), *Personal Relationships. Theory, Research and Intervention*. London, Wiley and Son.
- HOLAHAN, C. J. y MOOS, R. H. (1981). «Social support and psychological distress: A longitudinal analysis». *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- HOUSE, H. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- IBÁÑEZ, E. (1988). «La información como estrategia de dominio del stress en pacientes aquejados de cáncer». *Boletín de Psicología*, 19, 97-103.
- JACOBS, C.; ROSS, R. D.; WALKER, I. M. y STOCKDALE, F. E. (1983). «Behavior of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer groups». *American J. of Clinical Oncology*, 6, 347-353.
- JOHNSON, J. (1982). «The effects of a patient education course on persons with a chronic illness». *Cancer Nursing*, 5, 2, 117-123.
- KATZ, A. H. y BENDER, E. I. (1976). «Self-help in society —the motif of mutual aid». En A. Katz y E. Bender (Eds.), *The strength in use: Self-help groups in the modern world*. New York, New Viewpoints.
- KOBASA, S. C. y PUCETTI, M. C. (1983). «Personality and social resources in stress resistance». *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.
- LASSER, T. (1972). *What is Reach to Recovery Program?* New York, Academic Cancer Society.
- LEAVY, R. L. (1983). «Social support and psychological disorder: A review». *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- MAISIAK, R.; CAIN, M.; YARBRO, C. y JOSOF, L. (1981). «Evaluation of TOUCH: An oncology self-help group». *Oncology Nursing Forum*, 8, 10-25.
- MILLER, S. M. (1987). «Monitoring and Blunting. Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat». *J. of Personality and Social Psychology*, 52, 2, 345-353.

- PAYNE, R. L. y JONES, J. G. (1987). «Measurement and methodological issues in social support». En, S. V. Kasl y C. L. Cooper (Eds.), *Stress and Health: Issues in research methodology*. London, Wiley and Sons.
- PROCIDANO, M. E. y HELLER, K. (1983). «Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies». *American J. of Community Psychology*, 11, 1-24.
- REVENSON, T. A.; WOLLMAN, B. A. y FELTON, B. F. (1983). «Social support as stress buffers for adult cancer patients». *Psychosomatic Medicine*, 45, 4, 321-331.
- ROOK, K. S. y DOOLEY, D. (1985). «Applying social support research: Theoretical problems and future directions». *Journal of Social Issues*, 41, 1, 5-28.
- SANDLER, I. N. y LAKEY, B. (1982). «Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support». *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-80.
- SARASON, B. R.; SHEARIN, E. N.; PIERCE, G. R. y SARASON, I. G. (1987). «Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications». *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 4, 813-832.
- SARASON, I. G. y SARASON, B. R. (1985). «Life change, social support, coping and health». En R. M. Kaplan y M. H. Cripni, *Behavioral Epidemiology and Disease Prevention*. Plenum Press.
- SARASON, I. G.; LEVINE, H. M.; BASHAM, R. M. y SARASON, B. R. (1983). «Assessing social support: The social support questionnaire». *J. of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 127-139.
- SHINN, M.; LEHMANN, S. y WONG, N. W. (1984). «Social interaction and social support». *Journal of Social Issues*, 40, 4, 55-76.
- SHUMAKER, S. A. y BROWNELL, A. (1984). «Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps». *Journal of Social Issues*, 40, 4, 11-36.
- SPIEGEL, D.; BLOOM, J. R. y YALOM, I. (1981). «Group support for patients with metastatic cancer». *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.
- TARDY, C. H. (1985). «Social support measurement». *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- TAYLOR, S. E.; FALKE, R. L.; SHOPTAW, S. J. y LICHTMAN, R. R. (1986). «Social support, social groups, and the cancer patient». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 5, 608-615.
- THOIS, P. A. (1982). «Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress». *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 2, 145-159.
- TURNER, R. J.; FRANKL, G. y LEVIN, D. (1983). «Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health». En J. Greenley (Ed.), *Research in community and mental health* (Vol. 3). Greenwich CT, JAI Press.
- VACHON, M. I.; LYALL, W. A.; ROGERS, J.; COCHRANE, J. y FREEMAN, S. J. (1981-1982). «The effectiveness of psychosocial support during post-surgical treatment of breast cancer». *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 4, 365-372.
- VAUX, A. (1985). «Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age». *Journal of Social Issues*, 41, 1, 89-110.
- WEISS, R. S. (1974). «The provision of social relationships». En Z. Rubin (Ed.), *Doing Unto Others*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- WHITE, R. W. (1959). «Motivation reconsidered: The concept of competence». *Psychological Review*, 66, 297-334.
- ZAJONC, R. B. (1965). «Social facilitation». *Science*, 149, 268-274.