

P.V.P.: 800 ptas.

revista de
SERVICIOS y SOCIALES
Politica Social

SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL - Núm. 21



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES
DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL
SERVICIOS SOCIALES

LAS NECESIDADES
SOCIALES

COMITE EDITORIAL

José Manuel Ramírez,
 Balbino Pardávilas,
 María Dolores Caballero,
 Luz Verde, Amelia Sampedro,
 Pedro Compte, Gustavo García
 y Montserrat Bacardit

COORDINADOR GENERAL

Pedro Compte

SECRETARIA

Rosa Gandara

CONSEJO ASESOR

Elvira Cortajarena,
 Gregorio Rodríguez, Joan Artells,
 Josep Arenas, M^o Angeles
 Campo, Miguel Angel Cabra,
 Rosa Doménech, Teresa Ordinas,
 Ana Díaz, J. M. García Madaria
 y Luis Valenciano

EDITA

Consejo General de Colegios
 Oficiales de Diplomados en
 Trabajo Social y
 Asistentes Sociales

**El Comité Editorial no
 se identifica,
 necesariamente, con el
 contenido de los artículos
 publicados**

**ADMINISTRACION
 Y REDACCION**

C/ Campomanes, 10, 1.º
 28013 Madrid... Tel 541 57 76
 Horario: de 9 a 12 horas
 Lunes a Viernes

REALIZA

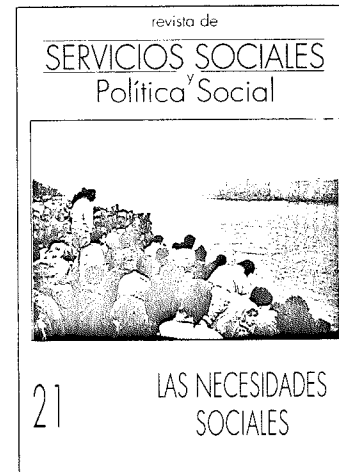
Graphic Trade, S. L.
 Almagro, 11. Tels. 319 81 85
 y 319 82 35 - 28010 MADRID

IMPRIME

Colomar, S. A.
 Depósito Legal: M-16020-1984

SUSCRIPCIONES Y VENTA DE EJEMPLARES SUeltOS, DISTRIBUCION:
LIBRERIA CERTEZA - Revista S. S. y P. S. - Tél.: (976) 27 29 07
C/ María Moliner, 4 - 50007 ZARAGOZA

S U M A R I O



Portada: Miklo's Deri

EDITORIAL

TEMA CENTRAL: LAS NECESIDADES SOCIALES

EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES Y RECURSOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL. <i>Por Carmen Rubi</i>	6
PLANIFICACION Y NECESIDADES SOCIALES. <i>Por Josep M. Pascual</i>	20
LA DOCUMENTACION COMO TECNICA ESTRATEGICA EN LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES SOCIALES. <i>Por Dolors Colom</i>	38
ESTUDIO SOBRE LA DEMANDA POTENCIAL DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. <i>Por Teresa Facal y Luz Verde</i>	50
ESTUDIO DE NECESIDADES SOCIALES DE ENFERMOS MENTALES CRONICOS EN EL MEDIO COMUNITARIO COMO INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACION DE RECURSOS. <i>Por Elisenda Pique</i>	58
CONCEPTO Y EVALUACION DEL APOYO SOCIAL EN LA ACCION VOLUNTARIA. <i>Por Jorge Garcés</i>	68
SECCION LIBRE	
LOS TRABAJADORES SOCIALES HOY. <i>Por Angel Acebo</i>	78
DEL COMPROMISO A LA TECNOCRACIA Y DEL CAMBIO A LA ADAPTACION: EL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA VISTO DESDE AMERICA LATINA. <i>Por María José Aguilar</i>	94
LA PROTECCION DEL MENOR EN CANADA. <i>Por Albert Baqués</i>	102

CONSEJO, COLEGIOS Y ESCUELAS

MASTER EN GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES	108
DIRECTORIO DE COLEGIOS OFICIALES Y ESCUELAS UNIVERSITARIAS...	110
CONGRESO DE TRABAJADORES SOCIALES DE ARAGON	115

LA GUINDILLA. <i>Por Cyrano</i>	116
ENGLISH SUMMARY	118

fotografías:

Angel de Castro	24, 49, 67, 71
Carlos Gálvez	18, 31, 61
Janine Niepce	12
Robert Doisneau	54
Frank Horvart	83
Kumpli Bela	89

APOYO SOCIAL

Por Jorge Garcés Ferrer. Profesor S. Sociales de la E.U.T.S. Universidad de Valencia

CONCEPTO Y EVALUACION DEL APOYO SOCIAL EN LA ACCION VOLUNTARIA

El artículo trata aspectos teóricos acerca del concepto y líneas de investigación que actualmente vertebran el apoyo social, así como las dimensiones fundamentales para su evaluación y medida. Estos aspectos teóricos, posibilitan que el autor, después de algunas reflexiones críticas del concepto, pueda plantear cómo puede instrumentalizarse el apoyo social, mediante grupos de acción voluntaria. La dinámica funcional, contenidos, estructura y características son aspectos tratados a nivel teórico y cuyo objetivo no es otro que dar a conocer cómo la organización de grupos de apoyo social, en base a distintas experiencias, pueden y deben erigirse como la alternativa estructurada de la acción voluntaria a nivel comunitario.

1. EL APOYO SOCIAL: CONSIDERACIONES TEORICAS

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 psicosociales 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. La idea básica subya-

cente a las primeras definiciones es que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse asimismo como miembro aceptado de un grupo social. House (1981) introdujo una definición más conductual, y 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.

Posteriormente se empezó a enfatizar

LAS NECESIDADES SOCIALES

más el carácter de ayuda del apoyo social. Uniendo ambos aspectos, Hobfoll y Stoke (1988) ofrecen una interpretación amplia e integradora del mismo, definiéndolo como «aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada» (Hobfoll y Stokes, 1988, pp. 499). Adhiriéndonos al planteamiento de estos autores 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 porqué 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).

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).

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 stress, se recuperan más pronto 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 hi-

pótesis 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. EVALUACION Y MEDIDA DEL APOYO SOCIAL

A pesar de la diversidad de instrumentos desarrollados para evaluar el apoyo social, existe un cierto acuerdo en que estos 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, 1982; Procidino y Heller, 1983; Turner, Frankl y Levin,

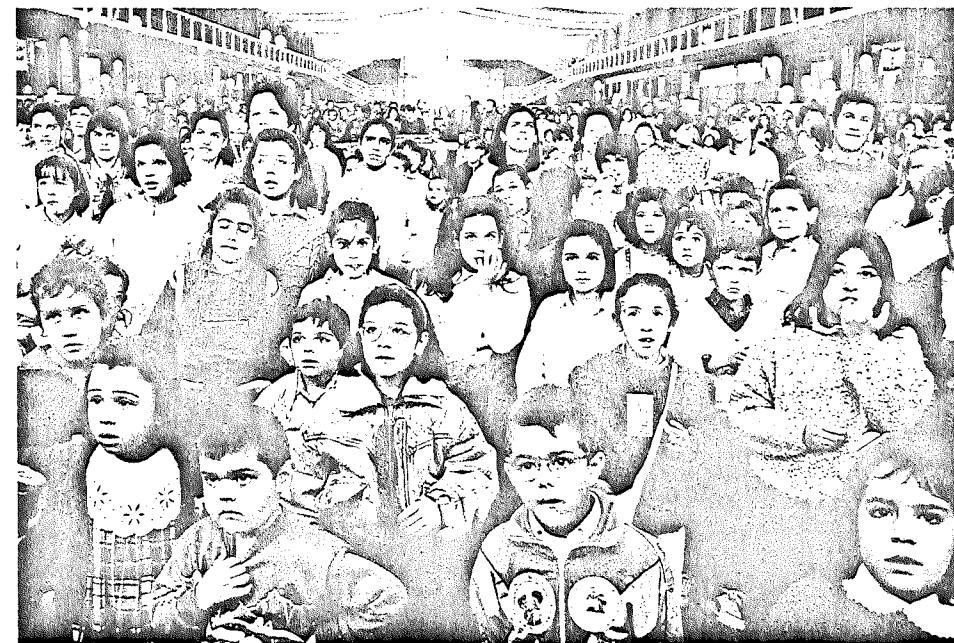
1983). Otros instrumentos se centran exclusivamente en la segunda dimensión, es decir, en la satisfacción con el apoyo (Barrera, 1981; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983).

El apoyo social puede ser también evaluado a través de las 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), 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».

3. REFLEXIONES CRITICAS SOBRE CONCEPTO Y METODO DEL APOYO

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.



Existe una estrecha interrelación entre el concepto de apoyo social, el método utilizado para medirlo, y los efectos que tiene en la salud psico-física de los individuos

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 ha 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 ayudarlo. 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 «Direccionabilidad» 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 en 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 pregunta sería aquí: ¿qué tipo de apoyo debe realizar concretamente la acción voluntaria?; todos los mencionados, o so-

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

lamente el instrumental y emocional. 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 será beneficioso, mientras que en esa misma situación estresante, otra forma diferente de apoyo social incrementaba el efecto negativo (Cons-

tanza, Derlega, y Winstead, 1988). La quinta, y última dimensión, postulada por Tardy, es la denominada «Conexión» y se refiere a la fuente de dónde 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 al 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.

¿qué tipo de apoyo debe realizar concretamente la acción voluntaria?; todos los mencionados, o solamente el instrumental y emocional

Teniendo en cuenta esta multidimensional 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 psico-física del individuo.

4. LA INSTRUMENTALIZACIÓN DEL APOYO: GRUPOS DE APOYO SOCIAL

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 este sentido, el apo-

yo 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 sociedad actual y su concepción de servicios sociales, puede incluso dificultar la provisión de un adecuado apoyo social a través de redes sociales primarias, como, por ejemplo, la familia, siendo necesario, por ello, la creación de redes de apoyo social artificial.

la sociedad actual y su concepción de servicios sociales, puede incluso dificultar la provisión de un adecuado apoyo social a través de redes sociales primarias

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

- facilitan la interacción social cara-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 auto-ayuda que no incluyen la participación de ningún profesional entrenado una vez que el grupo se establece. Tienen su origen en poblaciones y problemáticas

muy distintas: geriatría, obesidad, viudez, alcoholismo, disminución física y mental, etc... (Taylor, Falke, Shoptaw y Lichtman, 1986).

LA DINAMICA FUNCIONAL del grupo se desarrolla en tres fases. La primera incluye 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 centra en el déficit emocional y cómo solucionarlo, animando a las personas receptoras del apoyo a que vean a los otros miembros del grupo como personas que podían ayudarles. En la segunda fase del programa, los miembros son ya capaces de expresar sus necesidades y problemas más intensamente. Finalmente, en la tercera se trata de que un 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.

Para un conocimiento más profundo e integral de cómo funcionan estos grupos, el lector puede remitirse a las investigaciones realizadas por Baider y Edelstein en 1981 en el hospital Hadassah de Israel y al estudio de Spiegel y colaboradores en el mismo año en un hospital de California.

Por lo que respecta a su CONTENIDO, los grupos de apoyo social operan a tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual. A nivel cognitivo, se pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por ejemplo, de una enfermedad como es el caso del sida. En el nivel afectivo, se hace frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales. Finalmente a nivel conductual se ofrecen estrategias concre-

tas para hacer frente a dichos problemas.

En realidad, estos tres niveles de contenido serían aplicables a cualquier intervención basada en apoyo social, independientemente de la estructura organizativa de la misma (grupo o no). Respecto a la ESTRUCTURA, Gottlieb (1988) señala cinco niveles o estructuras distintas sobre las cuáles se puede actuar por medio del apoyo social, a saber: individual, diádico, grupal, sistema social y comunidad. Las intervenciones a 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, el autor arriba citado, piensa que su objetivo es la optimización de los recursos psicosociales que un individuo tiene para llevar a cabo sus interrelaciones sociales. Las intervenciones a nivel diádico implican el aporte del apoyo social, o bien a través de un miembro perteneciente a la red social, o bien a través de una desconocida para el sujeto a la que se inyecta 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 introduce a una persona externa dentro de la estructura social del receptor con el objetivo de establecer entre los dos una alianza de apoyo.

Como ejemplo de intervención diádica de apoyo social, podemos mencionar el programa americano denominado «Reach Recovery» creado en 1952 por Teres Lasser, paciente mastectomizada, y que en 1969 se convirtió en un servicio social de la Sociedad Americana de Cáncer. 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

Por lo que respecta a su CONTENIDO, los grupos de apoyo social operan a tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual

una serie de folletos informativos respecto a su situación (ejercicios adecuados para la rehabilitación, tipo de actividades que se pueden realizar, información sobre prótesis mamarias, etc...), al tiempo que le entrega 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, ellas han sido mastectomizadas, al menos, dos años antes de su ingreso como voluntarias del programa. El programa se ha extendido a Europa; concretamente en nuestro país, la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer ha empezado a promocionar un programa similar denominado «Vivir como antes».

Las intervenciones a 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 bien a la movilización del apoyo a través de un grupo nuevo para el sujeto. El primer caso caracterizaría a las terapias familiares y el segundo haría referencia a lo que tradicionalmente se ha conocido como «grupos de apoyo social».

Por su parte las intervenciones a nivel de sistema social intentan influir en el contexto físico y socio-cultural en el que se mueve la persona, manipulando variables tales como la política social, la definición de roles u otras variables microsociales. Finalmente, las intervenciones más am-

plias, a nivel de Comunidad tienen el objetivo de promover la confianza de la comunidad en las fuentes informales de apoyo, estimulando la expresión de apoyo en la vida cotidiana.

5. 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 en 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 y 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.

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

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

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.

BROADHEAD, W. E.; KAPLAN, B. H.; JAMES, S. A. Y COLS. (1983): «The epidemiological evidence for a relationships between social support and health». *American Journal of Epidemiology*, 117, 5, 521-537.

CAPLAN, G. (1974): *Support Systems and Community Mental*. New York Behavioral Publications.

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 buffering hypothesis». *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

COOB, S. (1976): «Social support as a moderator of life stress». *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

CONSTANZA, R. S.; DERIEGA, 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 bases 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.

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.

GOTTUEB, B. H. (1983): *Social support strategies: Guidelines for Mental Health Practice*. Beverly Hills, Sage.

GOTTUEB, B. H. (1988): «Support Interventions: A topology and agenda for research». En S. W. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships*. New York, Wiley and Sons.

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.

HENDERSON, S.; BYRNE, D. G. Y DUNCAN-JONES, P. (1981): *Neurosis and the social environment*. Sydney, Academic Press.

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.

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.

LEAVY, R. L. (1983): «Social support and psychological disorder: A review». *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.

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.

SALINDLER, 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, 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 SA-

RASON, B. R. (1983): «Assessing social support: The social support questionnaire». *J. of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 127-139.

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.; SHOFTAW, 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.