

Autoestima y sistemas informales de apoyo: Su efecto en el Bienestar.

Juan Herrero

Area de Psicología Social - Universitat de València

RESUMEN

Son múltiples las experiencias que a lo largo de este siglo han constatado, tanto en la literatura científica como en la práctica de los profesionales de la Psicología, que han constatado el efecto positivo que el apoyo social informal tiene en el bienestar psicosocial. Por otra parte, es también muy conocido el importante papel que juega la autoestima en el ajuste de los individuos. Ambos polos de análisis -lo social y lo psicológico- en absoluto son excluyentes. Muy al contrario, las relaciones de apoyo que se producen en los sistemas informales fomentan la autoestima la cual, a su vez, fomenta la integración, creación y mantenimiento de los sistemas informales de apoyo. El presente artículo analiza esta interrelación y pone de manifiesto las consecuencias positivas que se derivan de ambas estrategias de intervención, incidiendo muy especialmente en el efecto que los sistemas informales de apoyo ejercen en la autoestima, por una parte, y en la influencia de la autoestima en la percepción y recepción del apoyo social.

INTRODUCCION

Son numerosos los trabajos que en este siglo han incidido en el papel que las fuentes "informales" de apoyo juegan en el proceso de ajuste de los miembros de la comunidad. No en vano, a menudo se ha comprobado que en situaciones difíciles los integrantes de la comunidad buscan ayuda en las personas de su alrededor y no en los especialistas (Gurin et al., 1960; Duhl, 1963; Lin, Dean y Ensel, 1986; Gracia, Herrero y Musitu, 1995). De este modo, gran parte de los recursos de apoyo que una persona puede necesitar en un momento puntual de su vida se encuentran disponibles, o potencialmente disponibles, en el contexto humano que le rodea. Bien es cierto que algunas personas, por unas causas u otras, no disponen de este contexto potencial de ayuda por lo que su percepción de las situaciones de estrés se puede ver negativamente afectada (Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Como ha señalado Lin (1985), la creación y mantenimiento de estos contextos de ayuda -o lo que es lo mismo, la disponibilidad de apoyo social

durante el ciclo vital- es también una consecuencia, por una parte, de la propia actitud de la persona hacia el entorno social que le rodea y, por otra parte, de su capacidad para aprender a dar y recibir ayuda. Como señaló Bowlby (1969), parte de esta capacidad se adquiere en los primeros años de vida, en los que el bebé aprende a confiar en las figuras de apego y de cuya relación extraerá una conclusión sobre su futura actitud hacia los demás en situaciones difíciles o que requieren ayuda. Las relaciones de apego no sólo influyen en el bienestar del bebé sino que su posterior desarrollo quedará también condicionado por ellas, constituyéndose en la base primitiva para las posteriores relaciones sociales (Bowlby, 1969; Rutter, 1978). La función principal de estos vínculos es procurar la sensación de seguridad que el recién nacido necesita para continuar con su crecimiento y ser capaz de enfrentar nuevas experiencias (An isfeld y Lipner, 1983). Una propiedad importante de estas primeras relaciones con el mundo exterior radica en que es a través de ellas como el individuo configu-

ra sus expectativas y percepciones sobre el apoyo social y asume hasta qué punto el apoyo social debe formar parte de su repertorio de recursos de afrontamiento (Bruhn y Philips, 1985). En este sentido, las experiencias de parentesco en la infancia influyen en la posterior capacidad del individuo para desarrollar nuevos recursos de apoyo social. No es, sin embargo, un proceso ultimado o configurado definitivamente en los primeros años de vida. Muy al contrario, a lo largo del ciclo vital la persona continúa transformando su contexto de ayuda por medio de nuevas incorporación es en su red de apoyo. De este modo, su ajuste queda condicionado a su capacidad para mantener vínculos de apego durante su vida; vínculos que, habitualmente, irá creando a partir de la interacción con personas con las que comparte eventos significativos de su experiencia vital (colegio, trabajo, matrimonio, amistad, etc.).

Sin embargo, cuando este contexto de ayuda no está disponible la sociedad crea mecanismos, que podríamos denominar 'formales', dedicados específicamente a canalizar la ayuda desde los profesionales hacia el cliente. Este tipo de ayuda es probablemente la mejor conocida por los profesionales de la Psicología, bien en forma de práctica privada o de los diferentes servicios de ayuda que las instituciones ponen a disposición de los ciudadanos. A nuestro juicio, ésta es tan sólo una pequeña parte de la ayuda que percibi-

mos y recibimos a lo largo de nuestro ciclo vital, si bien extremadamente importante, debido a que utilizamos frecuentemente toda una suerte de mecanismos informales de ayuda que nos permiten mantener un nivel de ajuste adecuado. La complementariedad de ambos tipos de ayuda, qué duda cabe, tiene dos direcciones. Por una parte, en ocasiones son los propios sistemas informales de ayuda los que sugieren o animan a buscar ayuda en los profesionales. Por otra parte, desde los sistemas formales de ayuda se persigue la integración en sistemas informales en los que la persona necesitada pueda reorganizar su contexto de apoyo. Ejemplos de esta relación biunívoca se pueden encontrar en numerosos autores y profesionales. Ya en 1963, Duhl llegó a recomendar el aprovechamiento de los sistemas informales, por una parte, y a advertir sobre el peligro de profesionalizar a las personas que estaban ayudando eventualmente, lo que podría disminuir los recursos potenciales de ayuda. 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.

En esta misma línea, Klein (1959) había llamado la atención sobre el rol específico que la iglesia desempeñaba en las cuestiones de salud mental, no ya como una institución religiosa encaminada a servir de guía espiritual, sino como una fuente potencial de apoyo social que favoreciera el ajuste de sus miembros. Unos años después, Kelly (1966) analizaba 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; esto es, como un nexo de unión entre los sistemas formales e informales de ayuda que asegura un mejor aprovechamiento de los recursos y permite a los miembros de la comunidad mantener un buen nivel de ajuste.

Son cada día más los profesionales que trabajan de acuerdo con estos presupuestos: buscar la creación y mantenimiento de sistemas informales de ayuda que doten al individuo de recursos potenciales con los que hacer frente a las posibles fuentes de estrés. Un doble interés guía esta iniciativa. Por una parte, la percepción de ayuda potencial influye positivamente en la forma como las personas encaramos los problemas (Gracia, Herrero y Musitu, 1995) y, por otra parte, a través de la interacción en contextos de apoyo que permiten el crecimiento y desarrollo personal, configuramos percepciones positivas sobre nosotros mismos que, en sí, son ya un recurso positivo de afrontamiento ante las situaciones estresantes. Desde este punto de vista, entonces, los sistemas informales de apoyo no sólo favorecen el ajuste en situaciones en las que se precisa de ayuda -situaciones estresantes- sino que además constituyen un contexto de interacción con profundas implicaciones en el desarrollo de la propia estima. Como veremos, este desarrollo de la autoestima condiciona a su vez la actitud hacia la búsqueda y recepción de ayuda, creando de este modo un binomio -apoyo informal/autoestima-completamente interdependiente. El estudio de esta interrelación es el objeto de análisis del presente trabajo. Dos son los aspectos en los que incidiremos principalmente: cómo la interacción social caracterizada por la presencia de apoyo permite fomentar la autoestima y cómo la autoestima, a su vez, condiciona la actitud de las personas hacia los procesos relacionales que implican la percepción y la recepción de ayuda.

AUTOESTIMAY SISTEMAS INFORMALES

La influencia de las relaciones informales de apoyo en la autoestima

El concepto de autoestima ha traspasado con frecuencia el ámbito exclusivamente científico para formar parte del habla popular. De este modo, su significado ha llegado a ser evidente para numerosos investigadores, en detrimento de una búsqueda de definición consensuada. De acuerdo con Rosenberg (1965), por autoestima se entiende una actitud positiva o negativa hacia un objeto; en este caso, el objeto es el self. Así, cuando decimos que una persona posee una elevada autoestima, estamos diciendo que el sujeto se respeta a sí mismo, que se considera de algún modo valioso. Ello no quiere decir que el individuo se perciba en un máximo grado de perfección sino que reconoce y asume sus limitaciones con la expectativa de mejorarlas y crecer personalmente. Alternativamente, un individuo con baja autoestima se caracteriza por percepciones de rechazo e insatisfacción con el self; esto es, no respeta el objeto que contempla (self). Obviamente, su percepción del self no es agradable y, por tanto, desearía que fuera de otra manera.

Cómo se genera esta percepción de autoidentidad en el ser humano constituye un interrogante al que numerosos autores han pretendido responder. De acuerdo con los postulados del Interaccionismo Simbólico, el proceso de autodefinition del self se lleva a cabo en el ámbito de la interacción social, determinando en qué medida los otros son diferentes o similares a nosotros mismos, y delimitando a su vez nuestras propias características. Este proceso de autodefinition está acompañado por una continua autoevaluación -que puede considerarse como autoestima-, consecuentemente, la percepción del propio sí mismo es siempre cambiante y dinámica (Lila, Musitu y Molpeceres, 1995).

Una de las características más relevantes de este proceso perceptivo es la variedad de contextos o ámbitos en que esa evaluación o valoración puede llevarse a cabo. Esta singularidad del concepto de autoestima ha sido puesta de manifiesto por numerosos autores que han señalado la multidimensionalidad del concepto de autoestima. Esta idea no es nueva y ya en sus primeros trabajos William James (1890) diferenciaba entre los aspectos sociales, materiales y espirituales de la autoestima. En esta misma línea se sitúan los trabajos de diversos autores de principios de siglo (Cooley, 1902; Baldwin, 1908; Mead, 1934), quienes señalan que las evaluaciones del self dependen en gran medida de la interacción social y en ella encuentran su sentido. En general, la idea de que el proceso de configuración de la identidad reside fundamentalmente en la interacción social ha sido compartida por numerosos autores de diversas orientaciones teóricas (Lewin, 1936; Rogers, 1951; Kelly, 1955; Rosenberg, 1965; Markus, 1980).

De este modo, si la valoración que uno hace de sí mismo es producto de la interacción con los otros, los diferentes contextos en que esta interacción se produce estarán asociados a distintas evaluaciones sobre uno mismo. En este sentido, la evaluación de la propia capacidad intelectual puede ocupar una parte importante de las autoevaluaciones de un estudiante universitario mientras que este dominio de la evaluación del self puede ser menos relevante en individuos con otro tipo de roles (amas de casa sin trabajo remunerado fuera del hogar; jubilados, etc.). Además, estas dimensiones de la autoestima pueden ser relativamente independientes, si bien relacionadas (Herrero, Musitu y Gracia, 1995). Esta circunstancia permite analizar el nivel de bienestar psicológico de un individuo en función de las autoevaluaciones que realiza con respecto a los ámbitos del self más próximos a su rol social. Así, Musitu, Herrero y Lila (1994) com-

probaron que las mujeres casadas sin trabajo remunerado fuera del hogar mantenían como principal fuente de valoración personal sus relaciones con la familia -autoestima familiar- mientras que en mujeres casadas con trabajo remunerado fuera del hogar el respeto hacia el self provenía conjuntamente de los ámbitos familiar, laboral y social. Aunque ambos tipos de mujeres mantenían similares niveles de autoestima, la capacidad de las mujeres con trabajo remunerado para hacer frente a las situaciones que implican una amenaza a la estima personal es sensiblemente mayor puesto que su autoevaluación no depende exclusivamente de un sólo ámbito y, por tanto, pueden movilizar sus recursos psicológicos para hacer frente a esas amenazas. Esta misma lógica puede aplicarse a otros muchos ámbitos de las relaciones sociales. Básicamente, la idea que subyace en todas ellas es que cuanto mayor sea la calidad de las relaciones que mantenemos mayor será también el nivel de autoestima y, además, cuanto mayor sea el número de estos contextos de interacción mayor es también la posibilidad de enriquecer las percepciones del sí mismo, incrementando de este modo el número y la calidad de nuestros recursos personales para mantener un buen nivel de ajuste. Además, si el tipo de relaciones mantenidas se caracterizan por el apoyo y la ayuda, como es el caso de los sistemas informales de ayuda, durante la transacción de ayuda se produce no sólo una conducta real o percepción de que la ayuda está disponible, sino que se refuerzan las autopercepciones positivas incrementándose de este modo el nivel de autoestima.

Esta conceptualización de la autoestima como un recurso psicológico para hacer frente a situaciones estresantes ha permitido vincular la percepción del self con la salud mental. Así, numerosos autores han señalado que la autoestima es un aspecto de la personalidad del individuo que expresa un recurso

de afrontamiento (Pearlin y Schooler, 1978) un factor disposicional (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981; Wheaton, 1983), una dimensión de la fortaleza del self (Barron, 1953) o un predictor del estilo o conducta de afrontamiento (Husaini y Neff, 1981) que permite una adaptación satisfactoria a lo largo del ciclo vital. La influencia que este recurso psicológico ejerce en la salud mental, aunque bien documentada, merece una explicación de la que todavía no ha sido objeto. En este sentido, la autoestima puede relacionarse, al menos, de dos formas con la salud mental: de manera directa o de manera indirecta.

Si la autoestima se relaciona de forma directa con la salud mental, una disminución de la autoestima fomentará inevitablemente la aparición de diferentes desórdenes psicológicos. Dicho de otro modo, una autoestima negativa es en sí misma un indicador de desorden psicológico. Esta orientación ha recibido abundante apoyo empírico, como lo muestra el hecho de que es relativamente frecuente encontrar indicadores de baja autoestima incluidos en cuestionarios e instrumentos que evalúan la depresión (Beck, 1967; Radloff, 1977). En este sentido, algunos autores han comprobado que la autoestima y la depresión correlacionan moderadamente tanto en el caso de una medida global de autoestima (Dean, 1986) como cuando se analizan las relaciones entre las diferentes dimensiones de la autoestima y una medida de depresión (Herrero, 1994; Herrero et al., 1995); si bien es posible trazar una independencia entre ambas variables que elimina la sospecha de que quizás se tratara de constructos similares. Así, Dean comprobó que aunque ambos constructos mostraban una correlación moderada, al analizar la relación de éstos con otras variables se observaba un comportamiento diferencial. Mientras la depresión se relacionaba con la presencia de un mayor número de eventos vitales estresantes, con el género, la educación

y la ausencia de vínculos sociales fuertes que proporcionaran apoyo social, la autoestima sólo mostraba relaciones significativas con estas dos últimas variables. De este modo, aunque probablemente exista una convergencia entre ambos constructos, pueden considerarse independientes (Dean, 1986).

Por otra parte, si la autoestima ejerce una influencia indirecta en la salud mental, una autoestima negativa no incidirá necesariamente en la salud mental, debido probablemente a la mediación de otras variables que impiden esa transición. De este modo, una persona con una autoestima negativa puede mantener un nivel de ánimo depresivo relativamente satisfactorio en ausencia de otras circunstancias que desencadenen la depresión de ese ánimo. Entre estas variables, se han destacado la existencia de situaciones estresantes en la vida del individuo (Hirschfeld y Klerman, 1979) y la posibilidad de acceder a la ayuda de los sistemas informales (Wills, 1985). De acuerdo con Hirschfeld y Klerman (1979), la baja autoestima no predice necesariamente un elevado nivel de depresión; es la reacción de la autoestima ante los eventos vitales estresantes lo que eleva el riesgo de deprimir el ánimo.

Desde nuestra orientación, la autoestima puede presentar tanto una relación directa como indirecta con la depresión, debido a la influencia diferencial que las distintas dimensiones de la autoestima del individuo ejercen en el desarrollo personal. Así, en aquellos dominios o dimensiones de la autoestima que ocupan una parte importante de las autoevaluaciones individuales en un periodo temporal determinado, se observará un efecto directo en el nivel de salud mental del individuo puesto que las percepciones negativas están minando el núcleo principal de la identidad personal (este sería el caso de la autoestima intelectual en estudiantes universitarios, autoestima familiar en mujeres casadas sin trabajo remunerado fuera del hogar o autoestima labo-

ral en hombres y mujeres con una clara orientación profesional). Por el contrario, aquellos aspectos del self con menor potencial de amenaza a la identidad, mostrarán una relación indirecta con el nivel de salud mental. Esto es, sólo en el caso de que un bajo nivel de autoestima venga acompañado de la presencia de un elevado número de eventos vitales estresantes y/o de una disminución sensible del apoyo social disponible, se observará un incremento de problemas y desórdenes psicológicos.

En cualquier caso, sea una relación directa o indirecta la que observemos entre la autoestima y el ajuste personal, lo cierto es que podemos considerar este proceso de autopercepción como uno de los recursos personales más importantes con los que cuenta el individuo para mantener un buen ajuste psicosocial. Un recurso personal, además, que mantiene unos vínculos muy estrechos con los procesos de interacción social en general y, muy especialmente, con aquel tipo de relaciones que tienen que ver con la percepción y recepción de ayuda. Obviamente, el papel de los sistemas informales de apoyo en la configuración, mantenimiento y mejora de la autoestima es clave debido, fundamentalmente, a que es en ellos en los que transcurre buena parte de la vida del individuo.

La influencia de la autoestima en la percepción y percepción del apoyo informal

No sólo la autoestima deriva en parte, como hemos visto, del tipo de interacciones que se producen en el seno de las relaciones que implican apoyo, sino que condiciona también el mantenimiento y la creación de estos sistemas informales de ayuda. Así, Sarason et al. (1991) confirmaron esta predicción -las personas con puntuaciones elevadas en apoyo social percibido se describían a sí mismos más positivamente que las personas con puntuaciones bajas-. Estos resultados serían congruentes con los obtenidos en otros

estudios (Sarason et al., 1983; Cohen, 1985) en los que se observa reiteradamente que los niveles elevados de autoestima pueden estar relacionados, además, con el desarrollo de una mayor intimidad en las relaciones, lo que a su vez puede conllevar una mayor satisfacción con el apoyo recibido (Hobfoll et al., 1988). Desde el punto de vista de Wills (1985), una elevada autoestima anima al sujeto a participar en un mundo de relaciones recíprocas, en el que se recibe y ofrece ayuda, posibilitándose el acceso al apoyo social disponible para hacer frente a las situaciones estresantes e incidiendo en la promoción del bienestar psicológico (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982; Cohen y Syme, 1985; Lin, Dean y Ensel, 1986; Sarason, Pierce y Sarason, 1990; Herrero, 1994; Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

También la autoestima y la autoconfianza pueden desempeñar un rol importante como determinantes no ya sólo de cómo se percibe la disponibilidad de ayuda sino también de la recepción del apoyo social. Así, por ejemplo, Dunkel-Schetter et al. (1987) observaron que aquellas personas con mayor nivel de autoestima informaban también de un mayor número de transacciones que implicaban apoyo en el ámbito de sus relaciones informales de ayuda. Como señalan estos autores, esta asociación puede ser debida bien a que las personas con una mayor autoestima buscan con mayor facilidad apoyo, o bien a que el apoyo se ofrece con mayor frecuencia a las personas con una mayor autoestima. Probablemente, las personas con alta autoestima generen en los demás sentimientos positivos hacia ellos lo cual facilita enormemente los procesos de búsqueda y recepción de ayuda. Además, una elevada autoestima parece estar relacionada con la búsqueda activa de ayuda en caso de necesidad. En este sentido, los resultados aportados por Coml y Peterson (1989), sugieren que las personas que poseen una elevada autoes-

tima y sentimientos de autoeficacia, esperan que los resultados de la búsqueda de apoyo sean positivos y, por tanto, en situaciones de necesidad tienden a buscar apoyo. De este modo, la autoestima se convierte en un vehículo de integración en los sistemas informales, posibilitando la pertenencia a contextos caracterizados por la presencia de transacciones de apoyo. Este extremo ha sido confirmado en los trabajos llevados a cabo por Caldwell y Reinhart (1988) y Hobfoll y Lerman (1988), en los que observaron que aquellas personas con alta autoestima informaban de un número mayor de ayuda recibida -apoyo recibido- a la vez que mostraban una actitud más favorable hacia el desarrollo y mantenimiento de una red de apoyo social amplia y responsiva (Newcomb, 1990).

Por otra parte, debido a que la interacción social es una fuente importante de feedback acerca del self, las personas con una pobre autoestima pueden adoptar estrategias interpersonales disfuncionales con la finalidad de minimizar los riesgos de recibir un feedback negativo. Horowitz (1983) ha descrito tres estrategias disfuncionales que pueden desempeñar esta función autoprotectora: excesiva conformidad, rebelión y retraimiento. Una conformidad excesiva con los deseos de los demás puede evitar la crítica y el rechazo social. La rebelión, por el contrario, invalida a los demás como fuentes de feedback negativo. Finalmente, el retraimiento de situaciones interpersonales, al eliminar el contacto social, elimina al mismo tiempo las amenazas de crítica o rechazo. Como señala Rook (1984), en aquellas personas con una pobre autoestima, la motivación para evitar el feedback negativo acerca del self puede llegar a ser más poderosa que la motivación para establecer relaciones sociales. Así, una autoestima social negativa puede condicionar las transacciones de apoyo social en el caso de que el individuo, movido por una percepción negativa de sí mismo como

persona con capacidad para interactuar en diferentes situaciones sociales, eluda el contacto social. Si además la persona atraviesa una situación difícil o estresante, no sólo disminuye la posibilidad de buscar ayuda sino que la influencia del estrés persiste pudiendo fomentar la aparición de desórdenes psicológicos (Cohen et al., 1981; Lazarus y Folkman, 1986; Newcomb, 1990; Herrero, 1994; Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

Por último, existe otra situación muy común en la que los intentos de ayuda que se generan en el seno de los sistemas informales tropiezan reiteradamente con el destinatario de la ayuda. No es ya una cuestión de que el individuo que precisa la ayuda, debido a la negativa valoración que mantiene sobre sí mismo, evite mostrar cualquier conducta que permita deducir a los demás que se encuentra en situación de necesidad sino que aquel percibe la conducta de ayuda en términos negativos. En este último caso, los intentos de proporcionar ayuda en las relaciones próximas y de confianza son percibidos por el potencial receptor en términos de amenaza personal, no sólo negando la ayuda sino experimentando ese intento de ayudar como un suceso gravoso o molesto. Algunos autores han explicado esta circunstancia a partir del concepto de autoestima. Según estos autores, en toda ayuda existe una mezcla de elementos de apoyo y de amenaza a la autoestima. La conducta de ayuda puede proporcionar apoyo si transmite adecuadamente la preocupación que el emisor posee del receptor; así como si realmente proporciona beneficios materiales. Por otra parte, puede suponer una amenaza a la autoestima al implicar una relación con posibles sentimientos de superioridad-inferioridad en el binomio emisor-receptor de la ayuda (Merton, 1968). Cuando se percibe que existe o puede existir una amenaza a la autoestima las reacciones al apoyo recibido son negativas y defensivas (Gergen y Gergen, 1974). A

su vez, la percepción de amenaza a la autoestima depende de factores situacionales y factores personales (tanto del emisor como del receptor). Fisher et al., (1982) han propuesto un modelo de amenaza a la autoestima que recoge las distintas conceptualizaciones de las reacciones del receptor ante la ayuda. De acuerdo con este modelo, la reacción ante la ayuda es una síntesis de la influencia de numerosas variables. Además de las características personales del emisor de la ayuda y de la naturaleza de la situación de ayuda, estos autores resaltan la importancia que tiene para el sujeto su propia tendencia hacia la auto-ayuda que, junto a la percepción de la amenaza a su estima, van a determinar las reacciones del receptor:

CONCLUSIÓN

Como hemos visto, la génesis, transformación, mantenimiento y mejora de los sistemas informales de apoyo está estrechamente vinculado a las autopercepciones que los individuos integrantes de esos sistemas mantienen sobre sí mismos. A su vez, las autopercepciones están condicionadas por la recepción y percepción de conductas de apoyo en estos sistemas hasta tal punto que la carencia de transacciones y/o percepciones de apoyo puede producir en el individuo una impresión negativa ya no sólo de los sistemas informales en los que participa sino también de su propia capacidad como persona para dar y recibir apoyo. Esta profunda interdependencia entre, por una parte, las relaciones sociales caracterizadas por la presencia de apoyo social y, por otra, el bienestar personal en términos de mejora de la autoestima conlleva unas profundas implicaciones para la intervención psicosocial y comunitaria, toda vez que gran parte de la preocupación de los profesionales que trabajan en estos ámbitos es, precisamente, lograr que los individuos no sólo encuentren o recuperen aquellos sistemas informales de apoyo de

los que en ese momento carecen sino que se integren y participen plenamente en ellos para recuperar aquella parte del control de sus vidas que habían perdido o, en el peor de los casos, nunca habían tenido. En otras palabras, que mejoren su estima personal. Este objetivo, en verdad, persigue una meta mucho más ambiciosa: que el individuo crezca personalmente hasta el punto de ser capaz de generar sus propios recursos de ayuda, fundamentalmente a través de su implicación en relaciones sociales positivas que le permitan a su vez vivir en un contexto humano que favorezca su ajuste psicosocial. Esta meta refleja, en el fondo, un cambio en la orientación del trabajo del profesional, consistente en una filosofía de los recursos más que de los déficits. De este modo, el profesional centra su trabajo en la búsqueda de los posibles recursos -psicológicos y sociales- con los que cuenta el individuo para superar con éxito sus problemas personales, centrandose entonces sus esfuerzos para que el individuo perciba sus recursos personales -en este caso, autoestima- y aprenda a acudir a su contexto social para aprovechar mejor sus recursos psicosociales -en este caso, el apoyo derivado de los sistemas informales, con la doble confianza de que ambos caminos -de lo personal a lo social y de lo social a lo personal- confluyen en un mismo punto: el ajuste psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, A. (1967) *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss*: Vol. I. Attachment. Nueva York: Basic Books.
- Bruhn, J. y. Philips, B. (1985). A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 10, 213-229.
- Caldwell, R. A. y Reinhart, M. A. (1988). The relationship of personality to individual differences in the use of type and source of social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 140-146.
- Cohen, S. (1985). Measuring the functional components of social support. En I. G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications*. Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. New York: Springer.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.M. (1985) Measuring the functional components of social support. En I. Sarason y B. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. En I. G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Conn, M. K. y Peterson, C. (1989). Social support: Seek and ye shall find. *Journal of Social and personal Relationships*, 6, 345-358.
- Cooley, C. H. (1902). *Human individual and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Dean, A. (1986) Measuring psychological resources. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and illness: formulations of the issues. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.
- Dohrenwend, B.P. y Dohrenwend, B.S. (1981). The 1980 Division Award for

Distinguished Contributions to Community Psychology and Community Mental Health. *American Journal of Community Psychology* 9, 123-163.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S y Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 71-80.

Fisher, C. (1982). *To dxvell amohg friends*. Chicago: Chicago University Press.

Gergen, K. J. y Gergen, M. (1974). Understanding foreign assistance through public opinion. 1974 Yearbook of World ASJairs.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.

Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960) *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

Herrero, J. (1994) *Estresores Sociales y Recursos Sociales: el papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

Herrero, J., Musitu, G. y Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*, 1995, 2, 191-204.

Hobfoll, S. E. y Lennan, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance:

Mothers reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16, 565-589.

Horowitz, L. M. (1983). The toll of loneliness: Alalfestations' mechanisms, and means of prevention.

Washington, DC: National Institute of Mental Health, Office of Prevention

Husaini, B.A., Neff, J.A., Newbrough, J. R. y Moore, M. C. (1982). The stress-buffering role of social support and personal confidence among the rural married. *Journal of Community Psychology*, 10, 409-426.

Husaini, B. y Neff, J. (1981). Social class and depressive symptomatology: the role of life change events and locus of control. *The Journal of Nervous and Mental Disease* volumen 169, 638-647.

James, W. (1890). *The principles of psychology* Nueva York: Henry Holt.

Kelly, J. G. (1966). The mental health agent in the urban community. *American Psychologist* 21, 535-539.

Klein, D. C. (1959). The minister and mental health: An evaluation. *Journal of Pastoral Care*, 13, 230-236.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.

Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lieberman, M. A. (1982). The effects of social supports on responses to stress. En L. Goldberger y S. Breznit (Eds.), *Handbook of stress*. New York: The Free Press.

Lila, M., Musitu, G. y Molpeceres, M. (1995). Familia y autoconcepto. En G. Musitu y P. Allatt (Eds.), *Psicosociología de la Familia*. Valencia: Albatros.

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression*. New York: Academic Press.

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

Markus, H. (1980). The self in thought and memory. En A. Wegner y C. Vallacher (Eds.), *The self in social psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Mead, G. H. (1934). *The mind, self, and society*. Chicago: Chicago University Press.

Merton, R. K. (1968). Contribution to the theory of reference group behavior. En R. K. Merton (Ed.), *Social theory and social structure*. New York: Free Press.

Musibl, G., Herrero, J. y Lila, M. (1994) *La familia ante las nuevas exigencias sociales: la incorporación de la mujer al mercado laboral*. Informe no Publicado. Instituto de la Mujer: Ministerio de Asuntos Sociales.

Nadler, A. (1986). Self-esteem and the seeking and receiving of help: Theoretical and empirical perspectives. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. Vol 14. New York: Academic Press.

Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, volumen 19, 2-21.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Assessment* volumen 1, 385-401.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, 39, 1389-1407.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Sarason, I. G., Pierce, G. R. y Sarason, B. R. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.

Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 208-229.

Wills, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.