

# Comunidad y Salud

Juan Herrero Olaizola

Gonzalo Musitu Ochoa

Universitat de València

## INTRODUCCION

Durante el último cuarto de este siglo se ha registrado un creciente interés por los procesos de participación e integración social en las sociedades plurales y democráticas. Este interés se registra tanto en el plano político como en el social y científico. De algún modo, la propia sociedad ha transformado su modelo de funcionamiento, pasando de un esquema de referencia basado en el culto a las grandes ideas encarnadas en los grandes líderes a un esquema más participativo articulado en pequeños grupos y asociaciones con objetivos bien definidos. Desde este punto de vista, la época de las grandes masas unidas en torno a un ideario común, con planes de acción conjuntos y relativamente beligerantes, se ha convertido en una reliquia de tiempos pasados. En otras palabras, el discurso exclusivamente ideológico encuentra cada vez mayores dificultades para movilizar a los individuos y éstos encuentran cada vez mayor atractivo en la implicación en pequeños grupos y asociaciones, en las que entran en contacto directo con otras personas que mantienen puntos de vista y estrategias de acción similares a las suyas y que comparten problemas idénticos.

Esta preocupación por los grupos reducidos con objetivos de acción muy definidos es relativamente independiente de la ideología política. Así, el flamante Presidente de la Repú-

blica Francesa Jaques Chirac, desde un pensamiento liberal, ha promovido con ímpetu la creación de organismos públicos que se preocupen precisamente por la participación e integración de los sectores 'periféricos' de la sociedad, fomentando para ello la participación social y el diálogo. Este pensamiento político puede extenderse sin gran esfuerzo de abstracción al conjunto de las sociedades democráticas, en las que el énfasis en la integración a través de la tolerancia hacia la diversidad es cada vez mayor. En Europa este tema registra una actualidad evidente si atendemos al debate de la Unión Europea en torno a una Europa unida en función de las Naciones que la componen o en función de los pueblos que la integran. Esto es, una Europa compuesta de españoles, belgas, etc., o una Europa compuesta de catalanes, balones, galeses, etc. Desde este punto de vista, el pensamiento nacionalista que defiende la diferenciación de los colectivos en función de su historia, cultura y lengua común no es sino una prueba más de la necesidad del individuo por implicarse en grupos humanos realmente próximos, cuyos objetivos y necesidades comparte.

Por su parte, en España esta diversidad cultural ha enriquecido sustancialmente el debate político y social y prácticamente no existe partido político que no acepte, si bien con diferentes niveles de compromiso, la existencia de una diversidad cultural

y nacional en el ámbito del territorio nacional. El discurso nacional abandona poco a poco el criterio de uniformidad para ir integrando progresivamente el concepto de diversidad y consenso como elementos que articulan la convivencia.

Desde un punto de vista filosófico, durante el siglo XIX y XX un buen número de pensadores ya habían anticipado estas ideas, analizando además las consecuencias que esta 'nueva' percepción del funcionamiento democrático podía producir en el desarrollo individual y social de personas y colectivos. Estas aportaciones teóricas han promovido un pensamiento científico que concede una importancia especial a la implicación del individuo en grupos próximos, no ya como una forma de asegurar la convivencia y vertebración social sino, incluso, como un mecanismo con profundos efectos en la salud y bienestar individual. Un pensamiento científico, por otra parte, que ha tenido en el concepto de Comunidad uno de los principales pilares de su edificio conceptual y teórico.

## Realidad y Comunidad

La corriente pragmatista resalta la participación libre y sin coacción en los miembros de una comunidad como requisito previo para la configuración del sistema de creencias e, incluso, como la base para el conocimiento objetivo. Así, Charles Peirce (1868) señaló que todo miembro de una comunidad tiene el derecho -y el deber-

de postular sus propias ideas de forma clara, así como de hacerse escuchar por los restantes miembros y criticar de forma permanente los puntos de vista ya establecidos. Ello no sólo deriva en un comportamiento democrático, sino que posibilita el acceso de los miembros a un conocimiento válido que sirve de instrumento para interpretar la experiencia vital. Más aún, es a través del proceso de participación libre en la comunidad como los miembros van «creando» una realidad coherente que es compartida y validada por un determinado grupo humano. En tanto que se maximice la libre participación -y podríamos añadir, la integración- el individuo es capaz de acceder a la «verdad»; esto es, al conjunto de conocimientos que son tenidos por ciertos en un momento temporal determinado.

Por ello, la primigenia concepción de la realidad reside en la noción de Comunidad, como contexto previo que posibilita la configuración de cualquier conocimiento. Obviamente, la no pertenencia, el aislamiento o la falta de integración en una comunidad imposibilita al organismo a desarrollarse como persona y, consecuentemente, cuantos más obstáculos encuentre en el proceso de integración menor solidez se observará en su sistema de creencias y en el conjunto articulado de sus concepciones sobre el mundo real. Esta circunstancia puede derivar en problemas de ajuste personal y en problemas de salud mental. Desde este punto de vista, la creación de una realidad compartida no puede residir en la interacción con la 'sociedad en general' que, al fin y al cabo, no pasa de ser un marco global de referencia que da sentido y coherencia al propio comportamiento individual, grupal y comunitario. Más bien, la implicación en grupos relativamente pequeños y estables, que comparten metas comunes y con los que se interactúa con frecuencia proporcionará al individuo los rudimentos necesarios para compartir su experiencia

vital a través de un conjunto de símbolos y creencias que son tenidas por 'ciertas'.

En esta misma línea, George H. Mead (1934) ha enfatizado la importancia de la construcción social de la realidad, y sitúa el acceso a los símbolos que constituyen el lenguaje como uno de los aspectos clave de la interacción social entre los miembros de la comunidad. De este modo, sólo a través de la implicación en grupos de referencia que proporcionen de forma consistente y ordenada este conjunto de símbolos, el individuo puede adquirir los elementos imprescindibles para desarrollarse personalmente.

Estas ideas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX -también en autores como Dewey (1939) y James (1919)- han impregnado el pensamiento político y científico reciente. Así, en política, se ha observado un creciente interés por legitimizar la democracia como único sistema de convivencia que permite a sus miembros un libre acceso a los asuntos de dominio público, al eliminar las fricciones que se pueden derivar de otros sistemas de relaciones sociales asimétricos y no recíprocos. En este sentido, Habermas (1969), heredero de las ideas de pensadores marxistas de principios de siglo (Horkheimer y Adorno, entre otros), ha señalado en su Teoría de la Acción Comunicativa la relevancia de un acto comunicativo completamente libre y racional como único método de asegurar una convivencia democrática que, a su vez, optimice el desarrollo personal. Toda vez que en grandes colectivos y sociedades muy dinámicas esta comunicación libre de coerciones es prácticamente una quimera, Habermas defiende la idea de las «microrevoluciones» como el mejor método de asegurarse un entorno personal que favorezca y permita el desarrollo individual. Las microrevoluciones representan, en última instancia, el esfuerzo individual por crear entornos de interacción personal -contextos en los que se produ-

ce la acción comunicativa- libres de restricciones en los que cada individuo configura un sistema de relaciones entre sus iguales. Esta idea entronca directamente con la orientación teórica que se ha preocupado de analizar la influencia de la Comunidad en el bienestar (Kadushin, 1982) y permite situar el nivel de análisis en el contexto más inmediato de los pequeños grupos en que se desarrolla la persona, dejando en un segundo plano la pertenencia a grandes sistemas sociales que, en ocasiones, poco dicen del ajuste real del individuo. Nuevamente observamos cómo el pensamiento filosófico se anticipa al ideario político y, a su vez, anima a la reflexión y promueve el trabajo científico en torno a los conceptos de participación, integración y Comunidad.

### El pensamiento comunitario en las Ciencias Humanas

En el plano de la investigación científica, una de las aportaciones más originales en cuanto a la relevancia de la integración social en el bienestar del individuo procede del pensamiento sociológico. Así, la publicación de los trabajos del sociólogo francés Emile Durkheim sobre integración y ajuste individual han supuesto para los científicos sociales un referente obligado en sus elaboraciones teóricas. Las ideas de Durkheim con respecto al papel que juega la integración social en el bienestar individual son afines hasta cierto punto con las orientaciones teóricas expuestas. Divergen, sin embargo, en su evidente pesimismo en lo que se refiere al desarrollo de las sociedades modernas y al lugar que en ellas ocupa el individuo. Para este autor, el desarrollo individual es hasta cierto punto incompatible con el desarrollo social y político. Así, a medida que la sociedad gana en complejidad y desarrolla mecanismos más democráticos de participación en las instituciones, el individuo se siente por una parte más libre y por otra más comprometido con su

sociedad. Estas tendencias antagónicas -ser individual *versus* ser social- generan un desequilibrio en el individuo que frena su desarrollo global y le sitúan en un constante estado de tensión interna. Una lucha interna que recuerda los postulados freudianos de conflicto permanente entre las diferentes instancias de la psique -social o *superyo* e individual o *ello*-, si bien desderrando de manera más o menos explícita toda referencia a comportamiento instintivo y a conducta predeterminada e incidiendo en la importancia que poseen las relaciones sociales más próximas al individuo como mecanismo de vinculación del individuo con su sociedad y, en este sentido, como reductor de la tensión interna.

De uno u otro modo, las ideas de Durkheim han promovido durante este siglo un gran número de trabajos sobre integración social y salud (Thomas y Znaniecki, 1920; McKenzie, 1926; Park y Burgess, 1926; Faris y Dunham, 1939; Dohrenwend, 1959; Thoits, 1981; entre otros), iniciando una línea de investigación científica que ha desembocado en el análisis de la relación del individuo con su contexto social a través de conceptos tales como red social (Hirsh et 1990; Mitchell y Trickett, 1980; Wellman, 1985; Fisher, 1977), integración social y participación social (Laireiter y Baumann, 1988; Berkman y Syme, 1979; Musitu, Herrero y Lila, 1994; Herrero, 1994; Gracia, Herrero y Musitu, 1995), apoyo social y apoyo comunitario (para una revisión, ver Gracia, Herrero y Musitu, 1995) o sentimiento comunitario (Kadushin, 1982).

Esta pluralidad conceptual ha enriquecido considerablemente el debate teórico en el seno de una disciplina tan pujante como la Psicología Comunitaria, cuyos planteamientos son totalmente afines a los argumentos filosóficos, políticos y científicos expuestos. A menudo se olvida, sin embargo, el componente psicológico de esta disciplina, y se incide mucho más en la vertiente política de acción, protagonismo e, in-

cluso, autogestión de las comunidades. Esta práctica es muy común, por ejemplo, ante comunidades muy deprivadas en las que la existencia de necesidades básicas (sustento, organización, servicios, instrucción, etc.) exige un planteamiento de acción inmediata que relega irremisiblemente los problemas de salud mental y ajuste a un segundo plano. Esta circunstancia convierte frecuentemente al interventor comunitario en 'activista' político puesto que uno de los objetivos de su trabajo consiste, precisamente, en ayudar a generar un sistema coherente de planteamientos de acción entre los miembros, quienes se convierten en auténticos protagonistas activos de la intervención. Una lectura excesivamente política de los planteamientos comunitarios puede dar una imagen falsa del rol del psicólogo comunitario, cuyo objetivo último debe ser la mejora del bienestar comunitario e individual en el plano psicológico y de interacción social. La práctica diaria ha enseñado a los profesionales de la intervención comunitaria, sin embargo, las profundas implicaciones políticas de su trabajo. Implicaciones que derivan, por una parte, del propio crecimiento de la Comunidad, que prioriza, organiza y sistematiza sus demandas ante las instituciones; y, por otra, de la necesidad que tiene el profesional de justificar su intervención, definir objetivos y evaluar el proceso ante la institución, que es a menudo quien pone los medios materiales para llevar a cabo el trabajo comunitario.

Más allá de este debate ideológico en torno al rol del psicólogo comunitario, cuya riqueza y complejidad merece ser tratada en detalle y con un espacio del que aquí no disponemos, lo cierto es que el trabajo comunitario, en su vertiente más psicológica, ha transformado las concepciones clásicas del concepto de comunidad y ha situado este nivel de análisis colectivo y comunitario en el centro de interés de lo que podríamos denominar 'intervención psicosocial'.

## Comunidad y Salud: evidencia empírica

Las ideas expresadas por los pensadores y científicos de estos dos últimos siglos en torno a la importancia de la Comunidad en el desarrollo del individuo ha promovido en numerosos investigadores y profesionales un interés científico por descubrir los elementos que vertebran la Comunidad. De este modo, se ha pretendido aislar conceptualmente aquellos elementos que inciden favorablemente en el desarrollo personal con el objeto de incluirlos en los objetivos y metas de la intervención comunitaria.

Por una parte, los tratados filosóficos pragmatistas han defendido la noción de Comunidad como un entorno que, a través de la libre participación de sus miembros, permite la creación de una 'realidad' compartida (Pierce, 1865) a través de un conjunto de símbolos creados en la propia interacción y cristalizados en el lenguaje (Mead, 1934). Por otra parte, la evidencia empírica acumulada desde finales del siglo XIX ha puesto de manifiesto que la ausencia de vínculos sociales fuertes y próximos puede fomentar la aparición de conductas desajustadas en los individuos (Durkheim, 1898); de la misma forma que los individuos cuando se ven aislados de su comunidad y se encuentran en entornos de interacción ajenos y complejos desarrollan problemas de comportamiento tanto si se trata de campesinos que se trasladan a un área urbana (Simmel, 1902) como de emigrantes en zonas industriales (Thomas y Znaniecki, 1920). Además, los problemas de organización social en zonas urbanas -podría interpretarse como una desintegración de la comunidad- se relacionan directamente con la aparición de sintomatología psicopatológica (Farish y Dunhan, 1939). Estos hallazgos han animado a los investigadores a buscar la respuesta del efecto beneficioso de la participación e integración comunitaria, precisamente, en la natu-

raleza de las relaciones sociales mantenidas en su seno.

Así, la posibilidad de acudir a un conjunto de relaciones sociales que presen ayuda facilita la recuperación del paciente psiquiátrico (Dunham, 1939). De forma añadida, los individuos encuentran muy útil acudir a personas claves de su comunidad que, por su trabajo y estatus, tienen una capacidad especial para proporcionar información y ayuda (Gurin et al., 1960; Duhl, 1963). Estos ayudantes clave abarcan un variado espectro social y van desde ministros religiosos de la comunidad (Klein, 1959) hasta agentes urbanos como peluqueros, porteros y comerciantes (Kelly, 1966). Su papel es, fundamentalmente, facilitar la interacción comunitaria, permitiendo la paulatina integración de los nuevos miembros y posibilitando la existencia de un mundo compartido entre personas que, de otro modo, quizás no llegaran nunca a interactuar.

Como vemos, es posible trazar una sólida línea argumental que conecte el pensamiento democrático, la preocupación científica por los problemas de integración social y el concepto de Comunidad. Un argumento que refleja el interés cada vez más evidente en pensadores y científicos por explicar el funcionamiento individual en referencia a la pertenencia, participación e implicación en grupos humanos percibidos como próximos.

Entre estos trabajos, destacan los estudios con diseños temporales realizados en diversas comunidades durante los años 70 y 80. Así, Berkman y Syme (1979) comprobaron que los índices de matrimonio, asistencia a la Iglesia y Asociaciones de grupos formales e informales reflejaban adecuadamente el grado de integración de los miembros de la comunidad de Alameda y que, a su vez, correlacionaban de forma negativa con las tasas de mortalidad de esa comunidad. Por su parte, House y colaboradores (1982) analizaron la in-

tegración en la comunidad de Tecumseh a través de las relaciones íntimas de sus miembros, la implicación en organizaciones formales durante el tiempo libre así como el empleo del ocio en actividades sociales (cine, conciertos, etc.) o individuales (lectura, por ejemplo). Estos autores encontraron también una relación inversa entre integración y mortalidad. Blazer (1982) también analizó la integración, en este caso en la comunidad de Durham, mediante los índices de estado civil, nº de familiares próximos y la frecuencia en la interacción social y encontró apoyo empírico para la relación entre vínculos sociales débiles -relaciones sociales poco relevantes- y la mayor incidencia de mortalidad en los individuos que mantenían una mayor proporción de ese tipo de relaciones sociales. En general, esta influencia de la integración comunitaria en la salud se ha observado en comunidades de diferente naturaleza cultural y social: población japonesa emigrante en EEUU (Joseph y Syme, 1982); población hawaiana (Reed et al., 1983); población israelí (Medalie y Goldbourt, 1976); población norteamericana (Haynes y Feinleb, 1980).

Si los estudios sobre integración comunitaria y salud física han mostrado el efecto positivo que la primera ejerce en la segunda, cuando se ha analizado la relación entre la integración comunitaria y la salud mental no sólo se han encontrado similares resultados sino que esta relación se ha mostrado considerablemente más robusta (Kessler y McLeod, 1985; Laireiter y Baumann, 1992). En principio, no resulta extraño que la salud mental se resienta de forma más acusada que la salud física en aquellos casos en los que se observa un elevado grado de desintegración comunitaria o aislamiento social. Esta idea ya está presente en un buen número de pensadores que han analizado desde diferentes disciplinas y orientaciones teóricas el papel de la comunidad en el desarrollo del individuo (Durkheim, 1898; Faris y Dunham,

1938; Dohrenwend, 1959; Caplan, 1976; Kadushin, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Laireiter y Baumann, 1992; entre otros).

Una característica de estos trabajos es el amplio abanico de conceptos afines que proponen para ilustrar aquellos elementos del entorno social y psicosocial que inciden de forma positiva en el bienestar. Entre estos conceptos destacan: la integración social (Durkheim, 1898/1951), la integración comunitaria (Laireiter y Bauman, 1992), la participación en las organizaciones de la comunidad (Lin, Dean y Ensel, 1986), la satisfacción con la comunidad (Lin y Ensel, 1979) o el sentimiento de comunidad (Kadushin, 1982). Esta diversidad conceptual refleja un interés bien en el análisis de las condiciones sociales objetivas que rodean al individuo (integración social y comunitaria, participación en organizaciones de la comunidad, etc.) o, alternativamente, en la percepción que el individuo mantiene con respecto a ese entorno social y psicosocial (satisfacción con la comunidad, sentimiento de comunidad, etc.).

En este sentido, algunos autores han delimitado el marco de referencia social hasta circunscribirlo a pequeños grupos con los que el individuo se relaciona. Así, Caplan (1974) destaca la importancia de los sistemas formales e informales de la comunidad en su papel de proporcionar aquella información relevante para el individuo. Una información que la propia sociedad -en su sentido más amplio- frecuentemente no es capaz de proporcionar. Estos grupos tienen la virtud, entonces, de suministrar al individuo un feedback sobre sí mismo y sobre los otros que, de alguna manera, compensa las deficiencias de comunicación con el contexto social más amplio. Kadushin (1982) también ha resaltado la mayor importancia de los pequeños grupos en los que se implica el individuo frente al contexto más amplio de la comunidad y la sociedad en general. De es

tos pequeños grupos el individuo extrae un sentimiento de comunidad; esto es, una percepción de pertenencia a un contexto social con el que se siente especialmente vinculado. Otros autores han reducido aún más el tipo de entorno psicosocial que ejerce un efecto positivo en el bienestar y se han preocupado exclusivamente de aquellas personas próximas al individuo con las que éste mantiene relaciones afectivas o con las que comparte un sentimiento mutuo de obligación y compromiso (Norbeck et al., 1983; Cobb, 1976; Cassel, 1976; Conner et al., 1979; Lowenthal y Haven, 1968; Wills, 1985).

Recientemente, Lin et al. (1986) han relacionado el tipo de contexto en el que se sitúa el análisis con su efecto en el bienestar. Así, el ámbito de la comunidad proporciona a sus miembros un *sentimiento de pertenencia* a una estructura social amplia; por su parte, las redes sociales más próximas al individuo pueden producir un *sentimiento de vinculación* derivado del trato directo con sus miembros; finalmente, el ámbito de las relaciones íntimas o de confianza fomenta un *sentimiento de compromiso* en el que cada individuo asume una serie de normas de reciprocidad y cierta responsabilidad por el bienestar de los demás. De acuerdo con estos autores, conforme nos alejamos de las relaciones de confianza disminuye la proximidad en las relaciones sociales (*compromiso* frente a *vinculo* y *vinculo* frente a *pertenencia*) y, consecuentemente, su efecto en la salud mental se ve reducido.

De acuerdo con Benjamin Gottlieb (1981), en un nivel de análisis macro los conceptos que más interesan al investigador son la integración y la participación social. Estos conceptos hacen referencia a la implicación del individuo en la vida comunitaria a través de su contacto con instituciones, asociaciones de voluntarios y grupos informales de su entorno comunitario. Este tipo de contactos en la comunidad proporcionan al individuo un sentimiento de per-

tenencia. A pesar de que la participación y asistencia a este tipo de organizaciones y grupos puede ser en ocasiones impersonal, el sentimiento de pertenencia que se deriva influye positivamente en la salud de los individuos (Lin et al., 1986).

En este sentido tanto la integración comunitaria como la participación en asociaciones e instituciones de la comunidad han mostrado ejercer un efecto positivo en la salud física (Berkman y Syme, 1979) y en la salud mental (Lin et al., 1979). Así, los miembros de organizaciones religiosas, aquellos individuos con un elevado índice de participación en organizaciones cívicas y con un contacto continuado con los miembros de su familia muestran unas tasas de mortalidad y enfermedad física más bajas que aquellos individuos que carecen de ese tipo de lazos (Berkman y Syme, 1979; Blazer, 1982; Stroebe y Stroebe, 1983). Este tipo de trabajos, caracterizados por la utilización de medidas objetivas de integración comunitaria, encuentran relaciones más bajas con la salud física y mental que aquellas otras investigaciones que incorporan la percepción que los individuos mantienen con respecto a su implicación comunitaria (Lin et al., 1979; Lin et al., 1986). Para Lin et al. (1986), la relación de estas variables con la salud mental debe ser, sin embargo, menor que la que se esperaría encontrar al analizar los contextos más inmediatos al individuo (redes sociales y personas próximas y de confianza) ya que el vínculo que se establece en estas relaciones es menor y, por tanto, la pérdida de las mismas tiene menos importancia para la salud que la desaparición de otras relaciones más próximas. Para Mestrovic y Glassner (1983), el nivel de integración y participación comunitaria constituye un marco general en el que se inscriben las demás relaciones y, por tanto, su importancia en la salud es más significativa de lo que habitualmente se concede. Estos autores presentan el ejemplo del desempleo, una situación

en que la presencia de relaciones próximas que puedan mitigar el estrés derivado está condicionada a la integración comunitaria de los miembros más próximos de la red; de este modo, se asegura el flujo de los recursos disponibles en la comunidad y se evita el aislamiento de la red social próxima al individuo.

## A modo de conclusión

En este trabajo hemos tratado de presentar una reflexión ordenada en torno a los conceptos de Comunidad y Salud. Para ello, hemos acudido a algunas ideas procedentes de la filosofía y sociología de los dos últimos siglos para ilustrar cómo el pensamiento dirigido a explicar el ajuste del individuo en sociedad tiene unas profundas raíces filosóficas y políticas. Afortunadamente, estas reflexiones previas han posibilitado el desarrollo científico de sus premisas, permitiendo comprobar de forma empírica cómo la interacción del individuo en grupos próximos (Comunidad) permite mejorar su bienestar tanto en el ámbito psicológico como fisiológico. Esta circunstancia abre un prometedor campo en la praxis de los profesionales de la Psicología interesados en el trabajo de intervención psicosocial y comunitaria; un trabajo que, por otra parte, hace ya tiempo que se viene llevando a cabo pero que tradicionalmente ha carecido de una sólida justificación teórica y de una sistematización de la distintas experiencias de los diferentes grupos de trabajo.

## RESEÑA BIBLIOGRAFICA

Berkman, L. S. y Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 110, 186-204.

Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 648-694.

Caplan, G. (1974). Support systems and

community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publications.

Caplan, G. (1976). The family as support system. En G. Caplan y M. Killilea (Eds.), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

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

Conner, K. A., Powers, E.A. y Bultena, G.L. (1979). Social interaction and life satisfaction: An empirical assessment of late-life patterns. *Journal of Gerontology*, 34, 116-121.

Dewey, J. (1939). *Freedom and Culture*. New York: Capricorn Books.

Dohrenwend, B. (1959). Egoism, altruism, anomie and fatalism: a conceptual analysis of Durkheim's types. *American Sociological Review*, 24, 466-473.

Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe, Ill.: The Free Press.

Faris, R. E. y Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.

Fisher, C. S. (1977). *Networks and places: Social relations in the urban setting*. New York: Free Press.

Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (Eds.), *Social networks and social support*. London: Sage.

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

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

Habermas, J. (1968). *Toward a rational society*. Boston: Beacon Press.

Haynes, S. y Feinleib, M. (1980). Women, work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health*, 70, 133-141.

Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste biopsico-social*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

Hirsch, B., Engel-Levy, A., Du Bois, D. y Hardesty, P. (1990). The role of social environments in social support. En S. Sarason y P. Sarason (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley and Sons.

House, J. S., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.

James, W. (1890). *Principles of Psychology*. New York: Dover.

Joseph, J.G. y Syme, S.L. (1981). Risk factor status, social isolation, and CHD. Presented at 21st Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology, American Heart Association, San Antonio, Texas.

Kadushin, C. (1982). Social density and mental health. En C. Marsen y N. Lin, (Eds.), *Social structure and networks analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.

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

Kessler, R. C. y McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.

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

Laireiter, A. y Baumann, U. (1988). Klinisch-psychologische soziodiagnostik: Protektive-variablen und soziale anpassung. *Diagnostica*, 34, 190-226.

Laireiter, A. y Baumann, U. (1992). Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Lin, N., Simeone, R., Ensel, W., Walter, M. y Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and a empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.

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

Lowenthal, M. F. y Haven C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.

McKenzie, R. (1926). The ecological approach to the study of the human community. En R. Park y E. Burgess (Eds.), *The city*. Chicago: University of Chicago Press.

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

Mediate, J. y Goldbourt, V. (1976). Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk

factors as evidenced by a multivariate analyses of a five year incidence study. *American Journal of Medicine*, 60, 910-921.

Mestrovic, S. y Glassner, B. (1983). A Durheimian hypothesis on stress. *Social Science Medicine*, 17, 1315-1327.

Mitchel, R. E. y Trickett, E.J. (1980). Task force report: Social networks as mediators of social support. *Community Mental Health Journal*, 16, 27-44.

Musitu, G., Herrero, J. y Lila, M. (1994). La familia ante las nuevas demandas sociales: la incorporación de la mujer al mundo laboral. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.

Norbeck, J. y Tilden, V. (1983). Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 30-46.

Park, R. y Burgess, E. (1926). *The city*. Chicago: University of Chicago Press.

Pierce, C. (1868/1955). Some consequences of four incapacities. En J. Buchler (Ed.), *Philosophical writings of Charles Pierce*. New York: Dover.

Reed, F., McBroom, W., Lindekugel, D., Roberts, V. y Tureck, A. (1986). Perceived value similarity in the transmission to adulthood: a study with parents and peers. *Youth and Society*, 17, 267-285.

Simmel, G. (1902/1950). The metropolis and mental life. En K. Wolf (Ed.), *The sociology of George Simmel* (Trabajo original publicado en 1902). Glencoe, Ill.: The Free Press.

Stroebe, W., Stroebe, M.S., Gergen, K.J. y Gergen, M. (1982). The effects of bereavement on mortality: A social psychological analysis. En J. R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley.

Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

Thomas, W. y Znaniecki, F. (1920). *The Polish peasant in Europe and America*. New York: Knopf.

Wellman, B. (1983). Applying network analysis to the study of support. En B. H. Gottlieb (Eds.), *Social networks and social support*. London: Sage.

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. 9.