UCA
Pontificia Universidad Católica Argentina
Biblioteca digital
de la Universidad Catolica Argentina

**Brenlla, María Elena**

# *La tesis de la brecha psicosocial : un modelo de causalidad psicosocial del malestar psicológico*

**Tesis de Doctorado en Psicología**
**Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Brenlla, M. E. (2012). *La tesis de la brecha psicosocial : un modelo de causalidad psicosocial del malestar psicológico* [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/tesis-brecha-psicosocial-modelo.pdf [Fecha de consulta: …..]

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES

Tesis de Doctorado

# LA TESIS DE LA BRECHA PSICOSOCIAL

## UN MODELO DE CAUSALIDAD PSICOSOCIAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO

MARÍA ELENA BRENLLA

2012

A mi hijo Francisco,
A Nicolás, mi marido y compañero,
A mi padre, *in memorian*

Agradecimientos

Mi agradecimiento a las dras. Silvia Lépore, Cristina Richaud y Débora Burin por las sugerencias y comentarios realizados. También a la dra. Belén Mesurado y al lic. Roberto Muiños por el asesoramiento en el análisis de ecuaciones estructurales y en los modelos estadísticos. Y a la dra. María Martina Casullo (*in memorian*), que me formó como investigadora.

RESUMEN

La tesis de la brecha psicosocial.
Un modelo de causalidad psicosocial del malestar psicológico

El objetivo principal de esta tesis es presentar un modelo explicativo del malestar psicológico sobre la base de un enfoque interaccionista y psicosocial, teniendo como marco los postulados del desarrollo humano de Amartya Sen. El modelo contempla en forma conjunta variables socio-estructurales (estrés social, red social) e individuales (recursos de agencia, estilo de afrontamiento al estrés y apoyo emocional) para explicar la conexión entre la posición social y el malestar psicológico. La tesis principal es que si bien el malestar psicológico (MP) severo es independiente de la posición social no obstante, los niveles moderados están influenciados por el contexto socioeconómico en que se desarrolla la vida. Pero esta influencia no es directa. La presunción es que ésta cobra relevancia al combinarla con factores relacionados con la agencia humana, específicamente el locus de control y la percepción de autoeficacia que se expresan como diferencias individuales. Para analizar esta hipótesis, se apeló a un diseño correlacional con contrastación por encuesta (Encuesta de la Deuda Social Argentina –EDSA–), en la que se incluyeron tests psicológicos breves para evaluar las características mencionadas con la que se entrevistó a 1740 personas residentes en áreas urbanas de la Argentina. Para el análisis de datos y la comprobación del modelo propuesto se utilizaron métodos de ecuaciones estructurales. Entre los resultados más salientes cabe destacar que sistemáticamente las personas de las posiciones sociales más bajas reportaron más estrés social, menor red de apoyo y más percepciones de locus de control externo, baja autoeficacia y estilo evitativo de afrontamiento al estrés comparados con sus pares de clases más altas. Los coeficientes de determinación del modelo fueron moderados pero significativos, todos los índices de ajuste analizados reflejaron valores relevantes y la varianza explicada fue del 25%. En este sentido, el modelo propuesto se configura como una explicación plausible de la relación entre la posición social y el malestar psicológico y alerta acerca de la evidencia de que la desigualdad no solo implica una brecha económica sino también otra más profunda, de raigambre psicosocial. Estos resultados pueden ser de interés no solo para el desarrollo de la investigación en el área sino por su potencial contribución al diseño de políticas públicas.

Palabras clave: Modelo – Psicosocial – Malestar Psicológico

ABSTRACT

The thesis of psychosocial gap. A causal model of psychosocial distress.

The main objective of this paper is to present a descriptive model of psychological distress based on an interactionist and psychosocial approach, using as a frame the principles of human development of Amartya Sen. The model considers jointly socio-structural variables (social stress, social network) and individual variables (agency resources, stress coping style and emotional support) to explain the connection between social status and psychological distress. The main thesis is that although severe psychological distress (PD) is independent of social position however, moderate levels are influenced by the socioeconomic context in which life develops. But this influence is not direct. The presumption is that this becomes relevant when combined with factors related to human agency, specifically the locus of control and self-efficacy which are expressed as individual differences. To test this hypothesis, it was appealed to a correlational design with contrasting per survey (Survey on the Social Debt Argentina - EDSA -), in which brief psychological tests were included to evaluate the above mentioned characteristics with which 1740 people living in urban areas of Argentina were interviewed. For data analysis and verification of the proposed model structural equation methods were used. Among the most prominent results systematically found that people from lower social positions reported more social stress, less support network and perceptions of external locus of control, low self-efficacy and avoidant coping style stress compared with their peers of higher social positions. The coefficients of determination of the model were moderate but significant, all fit indices analyzed reflected relevant values and explained variance was of the 25%. In this sense, the proposed model is configured as a plausible explanation of the relationship between social position and psychological discomfort and alerts about the evidence that inequality not only implies a deeper economic gap but a gap of psychosocial roots. These results may be of interest not only for the development of research in the area but for its potential contribution to public policy design.

Keywords: Model- Psychosocial- Psychological distress

**ÍNDICE**


**I – INTRODUCCIÓN** 9
Planteamiento del problema de estudio 9
Propósito general 14
Enfoque metodológico global 17

**II – PARTE TEÓRICA** 19

Capítulo 1. Posición social y desigualdad: definiciones y enfoques 19
1.1. Estructura social, estratificación y desigualdad 20
1.2. Estructura social – acción individual: enfoques clásicos y contemporáneos 23

Capítulo 2. Salud mental, trastornos mentales y malestar psicológico 29
2.1. Definiciones de salud, salud mental y trastornos mentales 29
2.2. Desigualdades en salud mental 34

Capítulo 3. Explicaciones para las desigualdades sociales en salud mental 35
3.1. Hipótesis de la selección social 37
3.2. Hipótesis de la causalidad social 38
3.2.1. Explicaciones materiales 39
3.2.2. Explicaciones conductuales 42
3.2.3. Explicaciones psicosociales 44
3.2.3.1. Modelo del estrés social 44
3.2.3.2. Modelo del apoyo social 53
3.2.3.3. Modelo de la cohesión social 57
3.2.3.4. Modelos de la agencia humana y psico-sociológicos 59
a) La Teoría Social Cognitiva de Bandura 61
b) La teoría de la Expectativa de Valor de Rotter 72
c) Modelos psico-sociológicos y socio-psicológicos 77

Capítulo 4. Propuesta teórica y objetivos del estudio 79
4.1. Propuesta de un modelo teórico para la explicación de la relación entre la posición social y el malestar psicológico 79
4.2. Objetivos e hipótesis del estudio 87

**III – PARTE EMPÍRICA** 90

Capítulo 5. Método 90
5.1. Metodología y proceso de la investigación 90
5.1.1 Muestra 92
5.1.2 Variables 97

5.1.3 Medidas 99
5.1.4. Procedimiento 106
5.2. Métodos estadísticos 109

Capítulo 6. Resultados 110
6.1. Validez de las medidas utilizadas 110
6.2. Desigualdad social y malestar psicológico: pautas de asociación y de diferencias 134
6.2.1. Asociación entre la posición social y el malestar psicológico 134
6.2.2. Pautas de asociación entre las variables del modelo 137
6.2.3. Diferencias entre las variables del modelo según la posición social 145
6.3. Explicación de la relación entre el malestar psicológico y la posición social 149
6.3.1. Evaluación del modelo de la brecha psicosocial. Modelo de ecuaciones estructurales. Contrastación de hipótesis 149
6.3.2. Estabilidad temporal y consistencia intergénero del modelo 180

**IV – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** 190

Capítulo 7. Discusión 190
7.1 Resumen y discusión de los principales hallazgos 190
7.2 Limitaciones y consideraciones para políticas públicas 201

Capítulo 8. Conclusiones 205

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 208

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Principales explicaciones incluidas en la hipótesis de la causalidad social 39
Figura 2. Modelo teórico para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico (modelo inicial) 86
Figura 3. Lógica del proceso de investigación 92
Figura 4. Esquema operativo de la tesis 105
Figura 5. Etapas del proceso de desarrollo de un modelo de ecuaciones estructurales 154
Figura 6. Modelo teórico para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico (modelo final) 165
Figura 7. Resumen de la contrastación de hipótesis 188

## ÍNDICE DE TABLAS


Tabla A. Año 2007. Rangos de edad 95
Tabla B. Año 2008. Rangos de edad 95
Tabla C. Año 2007. Máximo nivel educativo alcanzado 95
Tabla D. Año 2008. Máximo nivel educativo alcanzado 96
Tabla E. Año 2007. Estado civil 96
Tabla F. Año 2008. Estado civil 96
Tabla G. Año 2007. Puntos muestra 97
Tabla H. Año 2008. Puntos muestra 97
Tabla 1. Correlaciones inter-ítem Cuestionario de Apoyo Emocional (CAE) 121
Tabla 2. Correlaciones entre los ítems de la EAG y el ICCAV 124
Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad de los ítems de la EAG y el ICCAV 125
Tabla 4. Resumen de las evidencias de fiabilidad de las medidas 133
Tabla 5. Año 2007. Malestar psicológico y posición social: estadísticos descriptivos 135
Tabla 6. Año 2007. Malestar psicológico y posición social. *Post - hoc* 135
Tabla 7. Año 2007. M y DE de las variables del modelo 138
Tabla 8. Año 2008. M y DE de las variables del modelo 138
Tabla 9. Año 2007: Correlaciones entre las variables del modelo 139
Tabla 10. Año 2008: Correlaciones entre las variables del modelo 140
Tabla 11. Correlaciones y tamaños del efecto (criterios de Cohen) 144
Tabla 12. Correlaciones corregidas y tamaños del efecto (criterios de Cohen) 145
Tabla 13. Año 2007. Factores sociales y psicosociales. Diferencia de Medias 147
Tabla 14. Año 2007. Factores psicológicos. Diferencia de Medias 147
Tabla 15. Año 2008. Factores sociales y psicosociales. Diferencia de Medias 148
Tabla 16. Año 2008. Factores psicológicos. Diferencia de Medias 148
Tabla 17. Año 2007. Estadísticos descriptivos univariantes 153
Tabla 18. Año 2008. Estadísticos descriptivos univariantes 153
Tabla 19. Descripción de los indicadores y sus relaciones en el diagrama de sendas 156
Tabla 20. Comparación de modelos. Índices de ajuste de los modelos 1 (inicial) y 2 (final) 167
Tabla 21. Coeficientes de regresión estandarizados y no estandarizados del modelo 170
Tabla 22. Coeficientes de regresión estandarizados. Mediadores proximales e individuales 173
Tabla 23. Modelo final. Efectos directos estandarizados 173
Tabla 24. Modelo final. Efectos indirectos estandarizados 173
Tabla 25. Modelo final. Efectos totales (directos e indirectos) estandarizados 173
Tabla 26. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Estrés social – Recursos de agencia – Estilo evitativo – Malestar Psicológico 175
Tabla 27. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Red social – Apoyo emocional 176
Tabla 28. Coeficientes de regresión estandarizados. Recursos de agencia – Red social 177
Tabla 29. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Recursos de agencia – Estilo evitativo – Malestar Psicológico 178
Tabla 30. Índices de bondad de ajuste del modelo: 2007, 2008, Mujeres, Varones 188

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Solución del Modelo estructural de autoeficacia. Salida AMOS 18 (124) 127
Gráfico 2: Modelo Inicial de ecuaciones estructurales del malestar psicológico. Salida AMOS 18 159
Gráfico 3: Modelo Final de ecuaciones estructurales del malestar psicológico. Salida AMOS 18 166
Gráfico 4. Año 2008. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS 182
Gráfico 5. Año 2007. Muestra mujeres. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS 186
Gráfico 6. Año 2007. Muestra hombres. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS 187

## ANEXOS

Anexo I : Anova y post hoc de las variables del modelo

Anexo II: Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA)

Anexo III: Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10)

# I. INTRODUCCION

*Planteamiento del problema de estudio*

La segunda mitad del siglo XX y lo que va del presente nos ha mostrado que el progreso económico y científico, por sí solos, no han logrado cumplir el ideal humanista de igualdad y bienestar. Antes bien, han redundado en el establecimiento de brechas de desigualdad comparables a épocas que ya creíamos pasadas. Si bien hemos avanzado en materia de derechos, no obstante, la desigualdad de origen socioeconómico ha tenido un aumento exponencial en las últimas décadas y se han resaltado las diferencias entre los extremos de la escala social.

La existencia de diferentes posiciones sociales no es algo nuevo sino que se remonta a los orígenes de las sociedades industriales. Pero lo insólito es la desigualdad a la que se ha llegado, tanto en los países desarrollados como en los que no. Así, entre los primeros, Estados Unidos, Gran Bretaña y Singapur son los de mayor desigualdad, con un segmento de mayores ingresos que es ocho veces más pudiente que el inferior (Wilkinson y Pickett, 2009) mientras que en Latinoamérica, la región más polarizada del mundo, los más ricos lo son de 20 a 30 veces (!) más que los más pobres (Ortiz Hernández, López Moreno y Borges, 2007). Pero, ¿Cuál es el costo que representan estas desigualdades para un país? ¿Son sólo económicos? ¿O sus efectos se extienden a otras dimensiones de la vida social y personal, tales como la salud mental?

Es evidente que las desventajas en cuanto a la posición social comportan un obstáculo para el acceso a la estructura de oportunidades y amenazan, en los casos extremos, la subsistencia de las personas y, en todos los casos, la posibilidad de un desarrollo humano pleno (Sen, 2000). Esto, sin dudas, representa una indignidad para la vida humana no solo porque efectivamente las personas pueden morir por falta de recursos, sino también porque compromete la subjetividad y la posibilidad de decisión personal al restringir el horizonte de posibilidades de los individuos. En este sentido, la posición que se ocupa en la escala social influye no solo sobre los aspectos materiales de la vida sino también sobre uno de sus bienes más preciados: la salud física y mental (Doyal y Gough, 1991).

Al respecto, los organismos internacionales (WHO, 2001, 2002; OMS, 2009) han constatado un aumento importante de los trastornos mentales en las últimas décadas. Estos desórdenes –en particular la depresión y los trastornos de ansiedad– representan un riesgo serio para la vida de las personas, contribuyen significativamente a las discapacidades en la mayor parte de los países y afectan al 20 por ciento de la población (WHO, 2009). Concomitantemente y en consonancia con la tendencia mundial, se ha observado un aumento del malestar psicológico en nuestro país. En 1980, el cinco por ciento de la población tenía riesgo de sufrir un trastorno afectivo serio (Pagés, Casullo y Vedia, 1982), hoy día esas cifras sobrepasan el 20 por ciento (Czernik, Almirón, Cuenca y Mazzaro, 2005; Festorazzi Acosta, Rodríguez y Lotero, 2008).

Pero lo particular de la situación es que desde los estudios pioneros de la década de 1960 se registra una relación negativa entre la posición socioeconómica y la presencia de trastornos mentales (Dohrenwend *et al*, 1992, 1998; Marmot *et al*, 1991; Muntaner, Borrel, Benach, Pasarín y Fernández, 2003). Esto es, a las posiciones sociales más altas corresponden los niveles más bajos de malestar psicológico y viceversa. Estos hallazgos llevaron a considerar muy seriamente que la salud mental de las personas depende, en parte, de su posición en la escala social.

De estas evidencias se desprende la pregunta principal de este estudio ***¿Cómo se relaciona la posición social con la salud mental?*** La relevancia de esta pregunta de investigación radica en la frecuencia con la que ocurren estos trastornos, lo discapacitantes que pueden ser para la vida personal y social y, por extensión, el impacto que tienen en la vida productiva y en el bienestar de un país. Los trabajos de Wilkinson *et al* (1996, 2009) han mostrado que en los países desarrollados con mayor desigualdad (EE.UU., Gran Bretaña) hay más personas que padecen trastornos mentales al compararlos con los de bajo nivel de desigualdad, como Japón, España o Finlandia. En cambio, cuando se los compara con países de América Latina con gran polarización (Ortiz Hernández *et al*, 2007) los datos son semejantes. Por tanto, no es ocioso que la Unión Europea (Eurobarómetro, 2009) y la OMS (2001, 2009) hayan indicado que los problemas de salud mental son una prioridad en materia de políticas públicas.

Como se señaló, esta preocupación tuvo su origen en los resultados de investigaciones que empezaron a revelar una asociación consistente entre el nivel socioeconómico y la salud

física y mental. En la década de 1980 el *Black Report* (Townsend y Davidson, 1982), un informe solicitado por el gobierno británico a sus servicios de salud, llegó a una conclusión muy llamativa: los pobres vivían menos y se enfermaban más comparados con los individuos de posiciones más altas. Más aún, una década después, los estudios de *Whitehall* dirigidos por Marmot *et al* (1991) comprobaron también que, cuando se comparaba a los empleados públicos, las diferencias en la salud se acomodaban exactamente al escalafón de la jerarquía laboral, haciendo que el bienestar fuera gradualmente mejor a medida que se avanzaba en la escala ocupacional y viceversa. A este fenómeno Marmot lo llamó *gradiente social*.

Estos hallazgos dieron lugar a dos hipótesis principales en cuanto a la relación entre la posición social y la salud: la hipótesis de la *selección social* y la hipótesis de la *causalidad social* (Townsend y Davidson, 1982).

La *hipótesis de la selección social* sugiere que las personas que están genéticamente predispuestas a la enfermedad también lo están a la pobreza, situación que, a su vez, aumenta su riesgo de enfermar.

La *hipótesis de la causalidad social*, en cambio, argumenta que las circunstancias socioeconómicas afectan causalmente la salud. Dentro de esta hipótesis, se han distinguido tres vertientes: las *explicaciones materiales*, que sostienen que la falta de acceso a recursos materiales es la responsable de las diferencias en salud; las *explicaciones conductuale*s, que ponen el acento en la adquisición y desarrollo de hábitos saludables y las *explicaciones psicosociales*, que enfatizan el vínculo entorno – persona e incluyen el modelo del estrés social, el del apoyo social y el de la agencia humana, entre otros.

A medida que se desarrolló la investigación, los resultados mostraron que la causalidad genética explicaba una parte menor de las desigualdades sociales en salud (Baird, 1994). Esto llevó a pensar que las explicaciones correspondientes a la hipótesis de la causalidad social podían ser más plausibles. No obstante, los estudios mostraron que ni las explicaciones materiales ni las conductuales fueron suficientes para comprender el porqué de dichas desigualdades. (Blane, Davey Smith y Bartley, 1997; Carroll, Davey Smith y Bennet, 1996; Elstad, 1998; Evans y Stoddart 1994; Tarlov, 1996; Vågerö e Illsley 1995, Wilkinson 1996). En cambio, las perspectivas psicosociales resultaron más consistentes e indicaron que el estrés psicológico, la calidad de las relaciones interpersonales y la magnitud de las desigualdades sociales son determinantes básicos de la salud (Elstad, 1998)

Pero, ¿qué ocurre en cuanto a la salud mental? ¿se observa el mismo patrón?

La evidencia es distinta según se consideren los *trastornos mentales graves* -como las psicosis esquizofrénicas- o los *desórdenes más frecuentes o comunes* como la depresión y la ansiedad (Kessler *et al*, 1995; Kessler, 1997; Laaksonen, 2010; Patel y Kleinman, 2003). Mientras que para los más graves la hipótesis de la selección parece más robusta (Dohrenwend *et al*, 1992, 1998; Muntaner *et al*, 2003, 2004), la de la causalidad social resulta más útil para explicar los trastornos mentales frecuentes (Skapinakis, Weich, Lewis, Singleton y Araya, 2006). Pero, al igual que lo observado para la salud física, de las tres explicaciones de que se compone -materiales, conductuales y psicosociales-, las más fructíferas para la comprensión de los desórdenes depresivos y de ansiedad han sido las últimas, sobre todo los modelos del estrés, del apoyo social y de la agencia humana.

En el *modelo del estrés* (Pearlin, 1989; Sandín, 2003) se estudia en qué medida las diferencias sociales propician diversas cantidades y cualidades de experiencias estresantes. En el *modelo del apoyo social* se analiza de qué manera el entorno próximo y distal de las relaciones sociales de los individuos puede amortiguar el estrés o intervenir en el bienestar psíquico. Ambos esquemas conceptuales han sido profusamente estudiados y sus hallazgos, si bien consistentes, presentan divergencias en la predicción de los trastornos mentales comunes o frecuentes. Quizá ello se deba, en parte, a que tanto el modelo del estrés como el del apoyo social asumen una determinación socio-estructural sobre el malestar psicológico pero soslayan el carácter activo de la conducta humana.

En cambio, en los *modelos de la agencia humana y los socio-psicológicos* (Aneshensel, 1992), se incluye la consideración de los recursos con los que cuentan las personas para afrontar el estrés. Entre ellos hay que destacar, en términos teóricos, el enfoque de House (1977, 1981, 1990) y los estudios de Thoits (1995) y, en términos empíricos, el modelo socio-psicológico de salud mental de Sánchez Moreno y Barrón López (2003). Estos modelos han supuesto que las diferencias individuales en cuanto a los recursos psicológicos de agencia son de relevancia para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico y, en particular, han estudiado los estilos de afrontamiento y la autoestima personal.

Como se verá en los capítulos siguientes, en este estudio se considera a los recursos de control personal y de autoeficacia como expresión de la agencia humana. ¿Por qué se pone el

foco en ellos? Porque, esencialmente, se configuran como la expresión psicológica de la libertad personal y avalan la idea de que nuestros pensamientos, afectos y acciones pueden incidir de manera positiva sobre el entorno y las circunstancias vitales. Las investigaciones actuales nos muestran que si bien los humanos estamos biológica, vincular y socialmente constituidos no obstante, no somos seres pasivos entre las determinaciones genéticas y las sociales sino que somos producto y productores de nuestra realidad y contamos con recursos para hacer frente a las adversidades (Fonagy, Gergely y Target, 2007; Lazarus, 2000; Siegel, 2007). Esto nos permite ser agentes de nuestra vida y no meros entes reactivos a estímulos internos y externos. En la misma línea, Bandura (2001, 2006) señaló que la esencia de lo humano es poder ejercitar cierto control sobre la naturaleza y la calidad de la propia vida, vale decir, tener capacidad de agencia. Según el autor las percepciones de control y de autoeficacia constituyen sus rasgos centrales y otros modelos teóricos (Alkire, 2005) y empíricos (Pick y Ruesga, 2006) los han sido reconocidos como tales.

En una perspectiva global, la agencia se relaciona con un tema clásico de la sociología: la tensión existente entre la estructura social y la acción individual. Esto es, si la vida está estructurada en formas que están fuera de nuestro control o si las personas tenemos posibilidad y habilidades para incidir en esas estructuras (Mc Anulla, 2002). En un sentido más específico, se trata de una noción clave tanto para el enfoque socio-psicológico de la salud mental como para las perspectivas social cognitivas de la personalidad (Bandura, 2006; Deci y Ryan, 2001; Rotter, 1966). Tal como se indicó, en esta tesis son de interés los modelos del *locus de control* –que expresa las expectativas que tienen las personas respecto de poder lograr los resultados que quieren (Rotter, 1966)– y de la *autoeficacia* que consiste en una evaluación subjetiva de la *capacidad* que suponen poseer para la consecución de las metas personales (Bandura, 1982, 1997, 2000; Schwarzer, 1992). En este sentido, el concepto de agencia humana representa el espacio de la libertad de los individuos para decidir qué tipo de vida quieren llevar. A pesar de reconocer su importancia, las explicaciones psicosociales de la salud mental rara vez han incluido en sus modelos a estos recursos psicológicos de agencia.

En mi opinión, la postulación de un modelo para la explicación del vínculo entre la posición social y el malestar psicológico ha de considerar muy seriamente a estos recursos y no solo a los de carácter estructural. En esta línea pueden plantearse ciertas preguntas básicas para la construcción de un modelo explicativo:

(1) ¿es evidente que la posición social se asocia negativamente con el malestar psicológico? Esto es, ¿las diferencias en cuanto a la posición social –y la desigualdad en el acceso al capital simbólico y material que implican– se corresponden con grados diferentes de malestar psicológico?
(2) ¿se trata de un efecto directo, o la posición social está mediada por otros niveles sociales y psicológicos que, a su vez, repercuten en el malestar psicológico? Si es así,
(3) ¿cuáles son estos niveles y cómo operan? ¿son consistentes y estables a lo largo del tiempo?

La primera pregunta de investigación pone el acento en cómo se vinculan las desigualdades según la posición social con el malestar psicológico. La segunda y la tercera, se centran en cómo la relación existente entre la estructura social y la acción individual puede contribuir a la explicación del malestar psicológico.

Estas preguntas tuvieron su germen en los resultados preliminares obtenidos con la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) en los años 2004, 2005 y 2006 (Brenlla en DII, 2005, 2007) en los que se observó que, sistemáticamente, las diferencias en cuanto a la estratificación socioeconómica se comparecían con diferencias en los rasgos y atributos psicológicos vinculados a la agencia humana y a la percepción de malestar.

*Propósito general*

El propósito principal de esta tesis es aportar un modelo nuevo, subsidiario de la hipótesis de la causalidad social, para comprender esta asociación. Si bien algunos estudios han incluido a los estresores sociales, la integración social y la autoestima (Sánchez Moreno y Barrón López, 2003) y otros se han enfocado en el control personal, la alienación y las diferencias socioeconómicas (Mirowsky y Ross, 1989) ninguno ha integrado los aspectos sociales y de agencia personal en una hipótesis global. En ello reside la originalidad de este estudio, en el planteo de un modelo teórico integrativo que permita comprender cómo la posición social influye sobre el malestar psicológico.

La tesis que propongo representa un intento por comprender a los rasgos y atributos individuales como mediadores entre los factores socio-estructurales y el malestar psicológico pero teniendo en cuenta que dichos recursos están, al mismo tiempo, modelados según el entorno de la posición social y condicionados por las disposiciones personales. En este

sentido, se asume una perspectiva que pretende superar la antinomia entre objetivismo –considerar a las estructuras sociales como subyacentes e independientes de los individuos– y subjetivismo –enfocar básicamente en la experiencia individual–, por lo que el enfoque de fondo se fundamenta en la teoría de los campos sociales y la noción de *habitus* de Bourdieu (1984, 1980/2007). Al mismo tiempo, y en virtud de la importancia que tiene la estratificación social para la comprensión de la desigualdad, se prestará especial atención a las diferencias en el malestar psicológico según la posición social.

Para abordar las preguntas que constituyen la esencia de esta tesis, se plantea un modelo en el que la posición social opera sobre la salud mental a través de *dos niveles de mediación*: el primero, al que denominaré *proximal*, se halla compuesto por las experiencias de estrés (crónico y puntual) y la extensión de la red social; el segundo, por los *mediadores psicológicos* (afrontamiento al estrés, locus de control y autoeficacia) y psicosociales (apoyo emocional percibido). En particular, se conjetura que la posición social se relaciona con el malestar psicológico a través de *tres trayectorias o sendas*: (a) el *estrés social*, (b) la *extensión de la red social* y su influjo sobre la percepción de apoyo emocional y (c) los *recursos de agencia* que, a su vez, condicionan el estilo de afrontamiento al estrés. De esta manera, se asume que la influencia sobre el malestar psicológico es indirecta.

*La intersección entre la posición social y el nivel psicológico de mediación delimita un espacio de interacción entre lo social y lo subjetivo –el espacio de la agencia humana–donde adquiere relieve la brecha psicosocial que se enuncia en esta tesis. La presunción es que la adversidad social sostenida genera no solo desigualdad socioeconómica sino que propicia una verdadera* ***brecha psicocial*** *en cuanto al estrés, la red de relaciones y los recursos de agencia que afectan a la salud mental y limitan cualitativamente el desarrollo de las personas. Esto generaría un círculo vicioso entre la posición social y estos componentes, en el que un entorno hostil –en términos socioeconómicos– minimiza su desarrollo y, a su vez, las personas inmersas en él, ven disminuidos los recursos sociales, psicológicos y psicosociales necesarios para transformar positivamente las circunstancias de su vida. La demostración de la brecha psicosocial constituiría, así, una prueba acerca de cómo la desigualdad social se comparece con falta de oportunidades para la libertad y el desarrollo personales. Por lo tanto, expresa una diferencia de cualidad más que de cantidad en la relación* de la posición

social y el malestar psicológico *y se constituye como un verdadero límite para el desarrollo humano.*

Tal como se describirá en los apartados siguientes, los lineamientos conceptuales sobre los que se basa el estudio indican, en forma resumida, que

(a) la salud mental puede definirse por la presencia o ausencia de síntomas psicológicos y psiquiátricos que indican diversos grados de malestar (APA, 2001). En este estudio se pone el foco sobre el malestar psicológico como expresión de los llamados trastornos mentales comunes o frecuentes (depresión y ansiedad) (Kessler *et al*, 1994) que, en las últimas décadas, han tenido un aumento considerable y se han asociado significativamente con la estratificación social (WHO, 2002, 2007).

(b) la desigualdad social –entendida como la distancia relativa entre posiciones sociales– incide más significativamente sobre la salud mental que la estrechez económica y material (Wilkinson y Pickett, 2009).

(c) los diferentes contextos de clase social producen modelos de agencia que consisten en esquemas implícitos acerca de lo que "hay que ser" y cómo relacionarse con los otros (Markus & Kitayama, 2003). Consisten en libretos culturales, esquemas y normas para la acción diferentes según la posición social y constituyen el *habitus* de clase del individuo (Bourdieu, 1984). Estos modelos suponen configuraciones distintas según la posición y reflejan el *principio componencial* de los procesos de estructuración social (House, 1981; Sánchez Moreno, 2003)

(d) la posición social se relaciona con la cantidad e intensidad de experiencias estresantes (Boekaerts y Röder, 1999; Cockerman, 2001; Pearlin, 1989; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995) y con la extensión y funcionalidad de las relaciones sociales (Cassel, 1976; Cobb, 1979). Ambas representan el *principio proximal* mediante el cual los procesos de estructuración causan efectos en la vida de las personas (House, 1981; Sánchez Moreno, 2003)

(e) el sujeto tiene un carácter activo ante las situaciones de estrés, expresado en la valoración cognitiva y emocional de éstas y en las actuaciones dirigidas a domeñar o minimizar su impacto sobre el propio bienestar (Lazarus y Folkman, 1984, 1987). Además, dispone de recursos de agencia –como el locus de control y la autoeficacia– que consisten en las potencialidades afectivas y cognitivas que permiten a los individuos desarrollarse y cambiar sus vidas (Undurraga y Avendaño, 1998). Estos recursos de agencia tienen un papel

fundamental en la valoración cognitiva de las situaciones estresantes y representan el *principio psicológico* que recibe influencias de los factores componenciales y proximales y afecta la percepción de malestar

(f) la evidencia que las conductas se modelan socialmente y que los entornos de pobreza tienden a reforzar conductas y actitudes de pasividad, negación y/o desesperanza en lugar de comportamientos de iniciativa, resolución y optimismo, característicos de las posiciones sociales medias y altas (Bandura, 2000, 2006; McCombs, 1991; Ryan y Deci 2000) y

(g) los hallazgos que indican que en la formación de la agencia humana interactúan con igual importancia factores sociales (apego, cuidado, relaciones tempranas significativas) y biológicos (bagaje genético) y que las disposiciones de los individuos para organizar las emociones –que, en parte, son producto del aprendizaje previo en las interacciones sociales– modelan directamente la habilidad de la mente para integrar la experiencia y para adaptarse a estresores futuros (Siegel, 2007)

*Enfoque metodológico general*

Para probar la tesis de la *brecha psicosocial* y el esquema multidimensional que vincula la posición social con el malestar psicológico se apeló a un modelo longitudinal, en el que una muestra de personas residentes en zonas urbanas de la Argentina contestó a la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) en los años 2007 y 2008 (Tami y Salvia en DII, 2004). Entre sus ítems, se incluyeron tests psicológicos breves y cuestionarios psicosociales que fueron diseñados para ser usados en contextos de encuesta y de los que se han estudiado sus propiedades psicométricas (Brenlla, en DII, 2007). En esta propuesta, la posición social es entendida en términos del acceso a oportunidades socioeconómicas, en particular al capital educativo y la posesión de bienes de comunicación e información tanto a nivel individual como del entorno residencial (Macció en DII, 2009). La idea fue captar el *habitus* de clase de los entrevistados y obtener una estratificación basada en criterios teóricos que permitan la comparación de la desigualdad en el acceso a estos bienes según la posición social. Para la evaluación del ajuste del modelo teórico propuesto y para la contrastación de las hipótesis específicas se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales, en virtud de que se trata de procedimientos de análisis de datos rigurosos, que superan las dificultades del análisis

de regresión múltiple en cuanto a la covariación y permiten el diseño de una estructura causal sobre la base del análisis conceptual previo.

La tesis está estructurada en una parte teórica y una parte empírica. La parte teórica se compone de cuatro capítulos. En el primero, se describen los enfoques clásicos y contemporáneos para el estudio de la oposición estructura social – acción individual y de la estratificación social, haciendo énfasis en la noción de *habitus* y puntualizando qué se entenderá por posición y desigualdad sociales; en el segundo, se definen las nociones de salud mental y malestar psicológico y cómo se vinculan con la desigualdad de origen socioeconómico. En el tercer capítulo, se explican las hipótesis que vinculan a la posición social con el malestar psicológico y se realiza una revisión bibliográfica de los antecedentes más importantes de las hipótesis de la causalidad social. En el cuarto capítulo se propone un modelo teórico que vincula la posición social con el malestar psicológico a través de la inclusión de dos niveles de mediación (socio estructural e individual) y tres sendas de influencia (estrés social, red social y recursos de agencia) y se describen los objetivos e hipótesis del estudio. La parte empírica comprende los cuatro capítulos siguientes. Así, en el quinto capítulo se describe la estrategia metodológica seguida y se brinda información acerca de las medidas utilizadas y, en el sexto, se reseñan los resultados obtenidos del estudio de campo para cada una de las hipótesis planteadas. Finalmente, en el séptimo y octavo capítulo se discuten los hallazgos de esta tesis a la luz de las investigaciones previas, se brindan las conclusiones y limitaciones y una contribución para el diseño de políticas públicas.

# II – PARTE TEÓRICA

## Capítulo 1. Posición social y desigualdad: definiciones y enfoques

Tal como se indicó en la introducción, los problemas de investigación que se plantean en esta tesis –si existe una asociación negativa entre la posición social y el malestar psicológico y si la posición social se relaciona con éste de manera indirecta, a través de su influencia en los estresores, la red social y los recursos de agencia de los individuos– se enmarcan, según mi parecer, en dos tópicos esenciales.

El primero se refiere al tema de la desigualdad de origen socioeconómico, entendida como la distancia relativa entre las posiciones sociales (clases, estratos, niveles, etc.) ¿Es indiferente que la distancia entre los grupos sea mayor o menor en cuanto al malestar psicológico? En este sentido, las diferencias en el malestar psicológico según la posición social ¿son más pronunciadas entre los extremos de la escala social o no?

El segundo, atañe a la discusión clásica en ciencias sociales acerca de la relación entre la estructura social y la acción individual. ¿Hasta dónde las fuerzas sociales configuran el comportamiento del individuo y hasta dónde las acciones del individuo configuran a la sociedad? O, lo que es análogo, ¿Se trata de la determinación de la estructura social sobre el comportamiento individual? ¿O las sociedades remedan, en términos macro, las leyes del comportamiento psicológico?

Por supuesto este estudio no tiene como objetivo responder a estos planteos que son constitutivos de las ciencias sociales, sino enmarcar el propósito principal del estudio en la discusión de fondo y, eventualmente, aportar elementos de juicio y empíricos que puedan estar relacionados con dichos tópicos.

Por eso, si bien no es intención de esta tesis adentrarse en ellos, no obstante es ineludible describir, aún en forma muy sucinta, algunos enfoques clásicos y contemporáneos en la discusión estructura social y acción individual y las definiciones y relaciones teóricas entre las nociones de estructura social, estratificación y desigualdad.

*1.1. Estructura social, estratificación y desigualdad*

Es evidente que los individuos estamos desigualmente dotados: no todos tenemos la misma salud, ni la misma fuerza, ni la misma imaginación, ni la misma inteligencia. Hay diferencias individuales claras en estas dotaciones. Pero una cosa son las diferencias y otra, muy distinta, las desigualdades (Martínez, 1999). En las últimas décadas, como nunca, se ha constatado una ampliación de las desigualdades socioeconómicas, generando brechas en el acceso a la estructura de oportunidades. A las desigualdades históricas por las diferencias de género, etnia o edad se suman, entonces, estas inequidades que, en términos lógicos, son evitables. Pero, ¿por qué son significativas estas desigualdades? Sencillamente porque vulneran la libertad y el desarrollo de las personas e impactan en los aspectos más básicos de su supervivencia, esto es, en su salud física (Marmot, 2005; Wilkinson, 1990, 1992) y mental (Dohrenwend *et al*, 1998; Wilkinson, 2009).

Para comprender la noción de desigualdad social, primero es necesario establecer y definir, aún en forma muy sucinta, su vinculación con las de estructura social y estratificación. La noción de estructura social puede entenderse como el modo en que las partes de un sistema social (individuos, organizaciones, grupos) se relacionan entre sí y forman el todo, pudiendo presentar sucesivas o diferentes conformaciones sin alterar la estructura social en cuestión. En este sentido, lo importante no son los individuos o componentes sino las relaciones que los ligan entre sí, configurando una totalidad integrada por un conjunto de individuos o partes que mantienen relaciones definidas (Beltrán Villalba, 2001). Así, el concepto de estructura social designa los elementos estables de un sistema y no a los elementos variables y refiere a las relaciones más permanentes y organizadas de la sociedad (Martínez, 1999). Por ende, puede concebírsela como el complejo de los principales grupos e instituciones que la integran. Pero, a su vez, estas estructuras pueden ser consideradas en su sentido manifiesto o latente o como una realidad que está más allá de la experiencia directa, algo que subyace a los hechos y que, en cierta medida, los determina. Por lo tanto, el estudio de las estructuras sociales aúna distintas perspectivas: por un lado, el conjunto de pautas de comportamiento institucionalizadas y, por otro, el conjunto de grupos en cuyo seno se realizan las instituciones.

Todos los grupos humanos poseen, en mayor o menor medida, una estructura que los distingue. Como ilustración, valga recordar los grupos humanos en los campos del deporte o la política, entre otros. Cada uno de los miembros ocupa una posición determinada (su estatus), a

la que le corresponden un conjunto de papeles (roles) (Martínez, 1999). Estos roles consisten en comportamientos consistentes y estables que se configuran en función de las expectativas asociadas a cada posición o estatus. Entonces, mientras que la estructura social designa formas características de los grupos y/o asociaciones humanas, la estratificación expresa una posición en la escala social. Por lo tanto, existen entre las personas distancias relativas en función de aquella. Tal como señala Martínez (1999), si bien pueden reconocerse distintos tipos de desigualdad, importan sobre todo las de posición social, ya que,

> Es desde la estratificación social desde donde los sociólogos estudian la desigualdad social; es decir la distribución desigual de bienes y servicios, derechos y obligaciones, poder y prestigio, en la consideración básica de que todos éstos son atributos de posiciones en la sociedad y no atributos individuales (Martínez, 1999: 24)

En términos globales, la estratificación social representa el proceso que permite la división entre distintos agregados a los que se ha dado el nombre de estratos, sustantivo tomado de la geología y que refiere a la superposición en capas de materiales terrestres. En ciencias sociales, cada estrato expresa un grado diferente de prestigio, propiedad y poder. Así, las posiciones sociales relativas patentizan los contrastes entre estatus altos y bajos, pobres y ricos, incluidos y excluidos y constituyen el interés principal de los análisis sobre estratificación social (Martínez, 1999). En tal sentido, la desigualdad social puede ser resultado de ventajas o desventajas a las que se enfrentan grupos sociales definidos en función de la condición socioeconómica además de las referidas al género, la raza, la religión o la orientación sexual.

Como puede notarse, la posición social no es sinónimo de desigualdad pero es una fuente de ella. A la vez, hay que apuntar que la desigualdad no es sinónimo de pobreza. Wilkinson (1996, 2009), demostró que los países ricos con una desigualdad importante –como Estado Unidos, Gran Bretaña y Singapur– tienen tasas de trastornos mentales y problemas de salud física en mucha mayor medida que países igualmente ricos pero con niveles bajos de desigualdad, como Suecia, Finlandia y España. Claro que cuando se suma la pobreza, la desigualdad adquiere aún más relevancia. En un estudio reciente, Ortiz Hernández *et al* (2007:6) encontraron que

> …en los adultos de países de América Latina el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de intento de suicidio, sintomatología depresiva…, trastornos mentales comunes (básicamente, depresión y ansiedad)… y otros cuadros clínicos específicos (Ortiz Hernández et al, 2007:6)

Según Wilkinson (2009) cuanto más amplias son las diferencias socioeconómicas, mayores son las distancias sociales por lo que la estratificación social cobra más importancia para la comprensión del bienestar general y subjetivo.

En el estudio de las desigualdades de origen social referidas a la salud, se han propuesto varios conceptos para analizar la estratificación socioeconómica y tratar de ubicar a los individuos en algún punto dentro ella (Krieger, Williams y Moss, 1997). En forma palmaria, Crompton (1994) indica que los estudios contemporáneos acerca de la estratificación pueden clasificarse en tres grandes grupos:

(a) los índices convencionales de tipo descriptivo –sistemas muy utilizados en las políticas sociales–, que no asumen ningún modelo teórico sino que ordenan las clases en función de algún criterio que permitan jerarquizarlas,

(b) los análisis de prestigio o estatus ocupacional que proponen un ordenamiento a partir del valor que representan las ocupaciones para designar el lugar donde está ubicado el individuo en una jerarquía social, sea con referencia a su relación con los recursos materiales o con los de prestigio social (Krieger *et al*, 1997; Lynch y Kaplan, 2000). También, la indagación de las *circunstancias socioeconómicas* (Laaksonen *et al*, 2007; Laaksonen, 2010) que incluye a los indicadores convencionales de educación, ingreso y ocupación y a las dificultades económicas, tanto las que pueden configurarse como estresores crónicos (Pearlin y Schooler, 1978) como la evaluación de las circunstancias socioeconómicas en la niñez que pudieron haber repercutido negativamente en la salud adulta (Kestila, 2008; Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Haliqvist y Power, 2003; Poulton *et al*, 2002).

(c) los esquemas teórico–relacionales que se nutren de las fuentes clásicas y que intentan describir y analizar la dinámica de las relaciones sociales. Estos sistemas tienen la ventaja de estar teóricamente estructurados y respaldar de manera consistente los resultados de investigaciones, aunque, al ser novedosos, se dificulta la comparación transcultural. En el caso de este estudio la estratificación se basa en criterios regionales e individuales de acceso a la educación y de posesión de bienes tecnológicos como una manera de aproximación a las

diferencias en cuanto al capital simbólico y cultural característicos del *habitus* de clase de los individuos.

### *1.2. Estructura social- acción individual: enfoques clásicos y contemporáneos*

El tema de la agencia humana remite a una discusión fundacional de las ciencias sociales: la tensión existente entre la estructura social y la acción individual. En este sentido, no puede soslayarse una referencia –apretada, sucinta y seguramente incompleta– de las concepciones más influyentes, para arribar a la postura que se tomará en esta tesis en cuanto a esta discusión. Esta toma de posición es absolutamente necesaria, ya que el objetivo consiste en el estudio de la relación entre la posición social (dimensión estructural) y el malestar psicológico (dimensión individual) y en qué medida los recursos psicológicos de agencia y de afrontamiento al estrés modulan esa relación.

En el corpus sociológico se han planteado, desde el origen mismo de la disciplina, preguntas que han referido a ese intrincado entramado de relaciones que se establece entre la sociedad y el individuo. En términos globales, si algo distingue a las teorías sociológicas clásicas de las contemporáneas es el peso que han otorgado al análisis de los aspectos socio-estructurales, individuales o interaccionales en sus sistemas conceptuales. Mientras que las corrientes clásicas se han diferenciado en virtud del peso explicativo que han otorgado a la estructura o a la acción, los enfoques actuales han tendido a estudiar la relación entre ambos (Favela y Calvillo, 1998).

Así, en su análisis social, Marx (1818–1883) toma en cuenta principalmente la estructura y, en forma subsidiaria, a la acción. Su énfasis en las relaciones de participación hace que su concepto de naturaleza humana sea social y no psicológico. El individuo es el objeto de la sociología sólo en la medida de su implicación en un tejido social. En la concepción de Karl Marx (1844/1985), la clase social es producto de la división del trabajo y se define en función de la propiedad de los medios de producción.

También en la teoría de Emile Durkheim (1858-1917) se asume una perspectiva estructural. Para el autor lo social es algo externo a las personas, que impone límites poderosos al comportamiento y de los cuales, en su mayoría, la gente no tiene conciencia. Además subrayó que existen fuerzas sociales intangibles que hacen posible la unión de las personas y

constituyen la esencia de la solidaridad social (Durkheim, 1897/1964). Cuando ésta se resiente, se deterioran los lazos sociales y su consecuencia es la anomia social que repercute en la incidencia de conductas límite como las delictivas o el suicidio.

Por su parte Weber (1864 – 1920) acuerda con la importancia del análisis estructural pero añade que los hechos sociales son el resultado acumulado de acciones individuales. Esto le llevó a enfocarse en las creencias subjetivas de las personas, sus valores y motivaciones. A partir de estos análisis, Weber arguyó que las ideas de la reforma protestante sirvieron de modelo para promover acciones individuales orientadas al trabajo, al ahorro y a la inversión que, a su vez, reflejaron estilos de vida distintos entre distintos grupos o clases sociales (Weber, 1914/1978). Al igual que Marx, Weber conjeturaba que el ejercicio del poder era fundamental para el orden social y que la lucha por ese poder estaba en la naturaleza social. Pero discrepaba con él en cuanto a que las clases sociales no siempre reflejaban intereses económicos sino también otros de estatus social. De acuerdo a Weber, el honor social y el estilo de vida son tan importantes como las posesiones materiales y reflejan la distribución del poder en las sociedades.

En las antípodas de estas posiciones sistémicas y estructurales, se encuentra lo que ha dado en llamarse *individualismo metodológico*. Estas posiciones enfatizan, no sin cierta lógica ineludible, que las leyes del comportamiento humano individual son análogas a las que rigen la composición de las sociedades. Un pionero de este enfoque, probablemente influenciado por las nociones utilitaristas de Jeremias Bentham, fue Stuart Mill quien sostuvo que las leyes de los fenómenos sociales se homologan a las leyes de la naturaleza humana ya que "… los hombres no se convierten una vez agrupados, en otra clase de sustancia, con diferentes propiedades" (tomado de Lukes, 1975: 139). También Popper (1989) ha sostenido una posición individualista, alegando que los fenómenos colectivos debían ser analizados en función de los individuos y sus acciones y relaciones.

Otra manera de entender la dualidad estructura social–acción individual fue introducida por George Herbert Mead (1863–1931) con su concepción del interaccionismo simbólico. Profundo crítico del conductismo clásico, creía que mediante la interacción social llegamos a aprender cuál es nuestro lugar en el mundo y que la identidad de una persona es una creación social. Según Mead (1934/1972), el individuo interioriza la realidad social de su tiempo, a la que accede a través de los procesos de socialización, pero participa con su individualidad

activa en los procesos de evolución social. Subsidiario de esta concepción, en la década de 1970 se inició un movimiento desde la sociología fenomenológica que se caracterizó por evitar las generalizaciones a gran escala sobre el comportamiento social. En lugar de ello, prefirieron enfocarse en la forma en que las personas perciben, experimentan y entienden el mundo social y cómo llegan los individuos a participar de una definición común de la realidad. Esto condujo al estudio de la lengua, el medio principal a través del cual los humanos comunicamos nuestros pensamientos y sentimientos a los otros (Schütz, 1970). Schütz, principal exponente de esta corriente, indicó que la comprensión sociológica de la acción social exige tanto el análisis profundo como la interpretación de las vivencias del actor. Una derivación de este enfoque fenomenológico lo configura el constructivismo social de Berger y Lukman (Favela y Calvillo, 1998). En su parecer, los procesos de externalización, objetivación e internalización sirven de fundamento para comprender cómo la sociedad es creada por las personas y cómo, simultáneamente, las personas son creadas por la sociedad.

En términos globales, puede notarse que los enfoques basados en la determinación estructural pecan de excesivamente comprensivos, con niveles diversos de prescindencia de los actores sociales, la omisión absoluta de los hallazgos de la psicología en cuanto al comportamiento social y el convencimiento de que la estructura social precede y determina el acontecer humano negando, en última instancia, la autodeterminación humana. Por su parte, las perspectivas individualistas reducen los fenómenos sociales a las leyes de composición de los fenómenos psicológicos lo que conduce a un elementalismo que desestima el poder de las situaciones sobre el comportamiento individual y la construcción de la identidad y soslaya el orden estructural que presentan los sistemas sociales. A su vez, las posiciones fenomenológicas, al enfatizar el estudio de las vivencias de los actores sociales, reducen el análisis de la intersubjetividad a un simple reflejo de aquellas y, al subsumir la realidad al lenguaje, niegan toda posibilidad de objetividad, ya que todo objeto reduce su realidad a lo que se ha construido socialmente acerca de él.

Las teorías contemporáneas han tratado de superar este dualismo entre estructura y acción. En especial Bourdieu, con su teoría de los campos y su concepto de *habitus*, es de sumo interés para recortar la posición sociológica desde la cual se enfoca el objeto de investigación, esto es si la relación entre los factores socioestructurales y los recursos psicológicos individuales explican las diferencias en el malestar psicológico.

En la perspectiva de Bourdieu (1984), el intento por superar la disyuntiva estructura–acción tiene su punto de partida en el rechazo de la antinomia entre el objetivismo –considerar a las estructuras sociales como subyacentes e independientes de los individuos– y el subjetivismo –enfocar básicamente en la experiencia individual– y en la asunción que los humanos tenemos un dominio práctico de la vida cotidiana.

En su Teoría de los campos, Bourdieu sostiene que existen leyes generales de funcionamiento de la sociedad que se pueden analizar independientemente de las características particulares de los individuos. Sobre la base de algunos preceptos esenciales del estructuralismo marxista, pero diferenciándose de la tradición que había privilegiado la orientación económica con énfasis en el espacio de la producción, los trabajos de investigación empírica de Bourdieu se centraron en la dimensión cultural, destacando el ámbito del consumo. Su enfoque estructural y constructivista reconoce que las clases sociales responden tanto a una base económica como a un sistema simbólico determinante en las relaciones de poder y que el mundo social está condicionado por "...estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones" (Bourdieu, 2000: 127)

Desde la perspectiva de Bourdieu, un campo es un espacio social estructurado y estructurante compuesto por instituciones, agentes y prácticas. Los principios de funcionamiento de los campos son asimilados por los sujetos a través de procesos complejos de socialización que hacen de estos espacios estructuras estructurantes. En tal sentido, los agentes construyen su visión del mundo. Pero esta construcción ocurre bajo coacciones estructurales. Es decir, los sujetos se hallan inscritos en espacios sociales estructurados y dinámicos, a los que responden y son capaces de modificar mediante la constante transformación del *habitus*. Bourdieu considera que el dominio práctico está constituido por un acervo de disposiciones para la acción adquirido sobre todo en las fases tempranas de socialización que van surgiendo para llevar a cabo las prácticas sociales. Este acervo, que incluye no solo el aprendizaje de roles simbólicos sino incluso los gestos, actitudes y movimientos, suministra un sentido práctico que permite a los individuos una variedad de estrategias para las distintas situaciones en que se encuentren. Tales disposiciones configuran el *habitus* y dependen del medio social en que han cristalizado. En términos generales, Bourdieu define al *habitus* como un "sistema de disposiciones adquiridas por medio del

aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores" (Bourdieu 1990:141).

Bourdieu asigna tres propiedades fundamentales a la noción de *habitus*. Es una *estructura estructurante* en el sentido que organiza las prácticas y las percepciones de las prácticas y es una *estructura estructurada*, ya que la concibe como producto de la división en clases sociales. Pero además, las condiciones definidas por el *habitus* son *relacionales*. La identidad, entonces, se define y se afirma en la diferencia. Como ejemplo de estas propiedades, en su ya clásico estudio sobre la ópera señala que el *habitus* de clase alta tiende a fomentar que se asista a estos actos artísticos, que el *habitus* sea producto de esa asistencia y que funcione como distintivo respecto de las demás clases sociales. En esta perspectiva, la acción individual es el producto de la relación entre la estructura social y el *habitus* y siempre está referida a las condiciones materiales de la existencia de los agentes, siendo el factor primordial de la reproducción de las clases sociales. Por lo tanto, puede decirse que el *habitus* de cada individuo es la manifestación del *habitus* de la clase a que pertenece (Sánchez de Horcajo, 1979).

En este sentido, las clases sociales están constituidas por un conjunto de agentes que ocupan posiciones, ejecutan prácticas y toman decisiones de manera semejante. El concepto "clase" en Bourdieu remite a una categoría construida a partir de las posiciones que los agentes ocupan en el campo social. Esta clasificación se construye a partir de la identificación de las posiciones en cuanto al capital económico, simbólico, cultural y social. A pesar de la importancia que le da a las condiciones materiales, las clases sociales para Bourdieu no se definen por la posesión o no de los medios de producción sino por la posición relativa en el espacio social que confiere mayor o menor poder en la definición de las percepciones acerca del mundo.

Las nociones de campo y de *habitus* de Bourdieu son de enorme importancia para ubicar el problema de investigación de esta tesis ya que, a mi entender, permiten realizar un recorte metodológico apropiado, superando las dificultados que presentan los enfoques centrados solamente en la estructura o en el individuo[1] y permitiendo un esquema conceptual

[1] Estas nociones de Bourdieu son sorprendentemente coincidentes con la Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura (1986, 2006), quien dedicó gran parte de sus investigaciones a dilucidar la cuestión de la agencia humana (Véase capítulo 3). En ellas, ayudó a esclarecer cómo las creencias de las personas acerca de su eficacia las habilita para ejercer influencia sobre la calidad de su funcionamiento y para crear y gestionar las circunstancias de la vida que afectan lo que llegan a ser. Bandura postuló tres modos de la agencia humana: individual, próxima y colectiva. El peso relativo proporcionado a las agencias varía

que contemple niveles estructurales e individuales para la explicación, en el caso de este estudio, de las diferencias en el malestar psicológico según la posición social.

*En tal sentido, entenderemos a la posición social en términos de una estratificación con respecto a la educación recibida y al acceso a determinados bienes que facilitan la comunicación tanto del individuo como de su entorno residencial.*
*La conjetura es que estas características son indicativas del habitus de clase del individuo y se relacionan no solo con el acceso diferencial a la estructura de oportunidades sino también con la posesión de capitales culturales, simbólicos y sociales diferentes según la posición ocupada. Esta configuración provee el marco normativo, cultural y simbólico en el que se modelan los recursos de agencia y, tanto la estructura social como el modelado subjetivo generan, al mismo tiempo, condiciones no solo para la autorrealización personal sino para la reproducción de los habitus de clase.*
*Así, la desigualdad se entenderá en términos de la comparación entre las distintas posiciones sociales, con especial atención a sus extremos y no en relación a una medida específica de la desigualdad socioeconómica.*

culturalmente pero se necesitan todas las formas de agencia para vivir cotidianamente. Esto configura a la agencia como un proceso cuya forma es universal y cuyo contenido está cultural y socialmente determinado. A su vez, las conductas se modelan en virtud de la capacidad de los humanos para el aprendizaje por observación. En este sentido, el modelado es considerado una capacidad general de los humanos, aunque qué es lo que se modela está estructurado socialmente.

# Capítulo 2. Salud mental, trastornos mentales y malestar psicológico

## *2.1. Definiciones de salud, salud mental y trastornos mentales*

El propósito general de esta tesis es analizar la relación entre la posición social y el malestar psicológico y brindar un modelo que integre factores estructurales e individuales para la explicación de este vínculo. En el punto anterior se explicó en qué sentidos sería considerada la posición social. Ahora, es menester definir qué se entiende por salud mental, por trastornos mentales y por malestar psicológico a fin de dar contenido a otro de los componentes de la ecuación.

En términos normativos, la *salud* es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta descripción revela una perspectiva integral para pensarla ya que destaca tanto su carácter positivo como la importancia de los aspectos sociales.

En la misma dirección, la definición de *salud mental* de la OMS (2001) la describe como "un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de estados biológicos y sociales donde el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás".

Aquí es importante recalcar que esta concepción de la OMS recoge los cuatro ejes conceptuales básicos (Houtman, 1997) que se han seguido para definir a la salud mental, vale decir como:

- un *estado*, en términos de la existencia de bienestar psicológico y social en un contexto dado y que expresa estados de ánimo y emociones positivas o su contrario, el malestar psicológico, que indica estados caracterizados por su tinte negativo, tales como percepción de ansiedad, estado anímico depresivo e insatisfacción
- un *proceso*, tal como lo representan los procesos y estrategias destinados a la consecución de la autonomía y de la independencia

- el *resultado* de un *proceso*, en el que la exposición continuada a estresores ambientales o psicológicos desembocan en un estado crónico de malestar como el caso del trastorno por estrés post-traumático o del síndrome de Burnout
- *rasgos* o *características de las personas*, tales como el estilo de afrontamiento predominante, la percepción de competencia (control personal; autoeficacia) y los proyectos personales. Estas son características comúnmente señaladas como típicas de una persona mentalmente sana, con interés por su entorno, motivación para participar en actividades y búsqueda de la propia proyección por medios personalmente significativos.

En este sentido, la salud mental puede ser entendida como una variable dependiente, sea un estado o el resultado de un proceso, o como una variable independiente, vale decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento de una manera consistente y estable.

Al respecto, hay que recordar que las investigaciones epidemiológicas han mostrado evidencia de una mayor presencia de desórdenes psicológicos en las mujeres. Por ejemplo, el trastorno depresivo unipolar que, según las predicciones de 2020 será la segunda causa de incapacidad global, es dos veces más común en las mujeres (Weissman y Klerman, 1977). Las explicaciones para estas desigualdades en salud según el género han seguido dos vertientes: unas que destacan las diferencias biológicas entre sexos y otras que enfatizan las causas sociales. En las primeras, se pone el acento en el funcionamiento hormonal en combinación con los sistemas adrenérgico y serotoninérgico (Trucco, 2002). En las segundas, se sostiene que el género determina la exposición y la susceptibilidad a riesgos específicos para la salud mental. La violencia de género, las desventajas socioeconómicas, los bajos ingresos, la posición social subordinada y las incesantes responsabilidades de cuidado hacia los otros son los factores de riesgo diferencial entre hombres y mujeres (WHO, 2002). A su vez, los hombres muestran mayor propensión a la dependencia del alcohol y al trastorno antisocial de personalidad. Aunque las diferencias por género son de interés ello no implica que no puedan proponerse explicaciones acerca de qué es la salud mental de manera general, ya que el hecho de que las mujeres padezcan más depresión y ansiedad que los hombres no significa que los procesos y mecanismos psicológicos implicados sean distintos.

Entre los modelos más importantes de salud mental se distinguen según cuatro concepciones básicas,

- la salud mental como *bienestar físico y emocional*, que alude a un equilibrio en el que las emociones y afectos positivos predominan sobre los negativos. Algunos autores han postulado que las emociones positivas y negativas son dos dimensiones independientes (Bradburn, 1969) mientras que otros han considerado que se trata de dos polos de un continuo dimensional (Mirowsky y Ross, 1989). En ambos casos, se tiene en mente una concepción homeostática de la emoción, esto es, del aspecto energético de la vida anímica
- la salud mental como *calidad de vida*, que se refiere a los aspectos objetivos y subjetivos del bienestar (*well-fare; well-being*) e incluye tanto las condiciones sociales y materiales como las psicológicas (Seligman y Diener, 2003). En tal sentido, en este enfoque, la percepción de satisfacción y las necesidades psicosociales son determinantes para la salud mental. Por ejemplo, en el modelo de la causación social de Mirowsky y Ross (1989) las diferencias en cuanto al nivel socioeconómico, a la alienación, al autoritarismo y al control personal repercuten significativamente en los niveles de salud mental
- la salud mental como *la presencia de rasgos y atributos positivos*. Desde esta perspectiva, lo que interesa es identificar aquellos componentes, recursos y mecanismos psicológicos indicativos de salud mental. Uno de los trabajos pioneros es el de Jahoda (1958) quien propuso un modelo teórico de salud mental positiva, compuesto por seis criterios generales: autonomía, capacidad introspectiva, auto-realización, integración, percepción de realidad y dominio del entorno. Winnicott (en Casullo, 1992) estableció su hipótesis de la psicomorfología de la salud que incluye el desarrollo autónomo, el sentido de integración y el logro de relaciones objetales. En nuestro medio, Bohoslavsky (1971, en Casullo, 1992) propuso el análisis de una persona psíquicamente sana en términos de seguridad, autonomía, responsabilidad, adaptación y renuencia a la omnipotencia. Por su parte, Warr (1987) consideró que los componentes esenciales de la salud mental son la autonomía, el bienestar activo, la competencia personal, los proyectos personales y el funcionamiento integrado.
- la salud mental como *ausencia de síntomas*, que representa una concepción más restringida pero más concisa de la salud mental. La validez de este enfoque descansa sobre la evidencia de que la aparición y duración de síntomas de malestar psicológico configuran un patrón de funcionamiento alterado que repercute negativamente en la vida social y personal de los individuos. Los sistemas de clasificación de los trastornos mentales que se

utilizan actualmente (DSM-IV; ICD-10) se basan en esta concepción y han demostrado una utilidad importante para la investigación basada en criterios estandarizados.

Si bien los modelos centrados en los atributos positivos resultan muy atractivos teóricamente, no obstante su complejidad hace que sea difícil comprobar empíricamente su validez. Es verdad que ciertos rasgos como el optimismo y el sentido del humor (Seligman, 2003) se asocian con la salud mental pero, en cuanto a los modelos, la evidencia es escasa. Por ejemplo, un estudio cuyo propósito fue evaluar las hipótesis de Jahoda (Lluch, 2002) mostró que, en realidad, los criterios propuestos por la autora presentaban fuertes indicios de unidimensionalidad salvo los de Integración y Autonomía, que se mantuvieron relativamente independientes. Sin desmerecer los logros de esta línea de investigación, lo cierto es que donde se patentiza el sufrimiento humano es en la presencia de trastornos mentales, que configuran la faz negativa de la definición de salud mental y constituyen el objeto de esta tesis. Más aún, la presencia de síndromes de depresión, ansiedad u otros constituye no solo un problema a nivel personal sino también social, ya que pueden influenciar negativamente en las habilidades o el interés para el trabajo, el estudio o la participación comunitaria.

Entre los trastornos mentales pueden distinguirse por un lado, los *desórdenes graves* –como las psicosis esquizofrénicas y el trastorno bipolar– y, por otro, los *trastornos mentales más frecuentes o comunes* (Kessler *et al*, 1994). Éstos incluyen a una amplia gama de trastornos relacionados con el estado de ánimo –como la depresión– o con problemas de ansiedad –como los ataques de pánico, la ansiedad generalizada o el estrés postraumático– que se diferencian cuali y cuantitativamente de los trastornos psicóticos. Pero no debe colegirse de esto que los trastornos comunes o frecuentes no puedan llegar a ser graves. De hecho sí pueden serlo, a punto tal de poder representar un riesgo para la vida de los individuos. La designación como trastornos mentales comunes obedece a su frecuencia de aparición y a su asociación con dos factores generales –la ansiedad y el temor– (Krueger, 1999) más que con la intensidad o la gravedad de sus síntomas.

Aún así, hay que indicar que mientras los desórdenes comunes impactan sobre la calidad de vida disminuyendo la capacidad para relacionarse, trabajar y sentirse bien, los trastornos como la esquizofrenia y otras psicosis son menos frecuentes pero tienen un alto impacto sobre las personas afectadas y sus familiares, considerándose más discapacitantes.

Según la OMS (2009) de todas las causas de incapacidad, los trastornos neuro-psiquiátricos representan el 13%, por lejos la cifra más alta entre las causas de inactividad forzada y se calcula que, para el año 2020, ese porcentaje ascenderá al menos a un 20%. En términos globales, los datos internacionales indican un aumento importante de los trastornos mentales frecuentes o comunes como los de ansiedad y de depresión. En particular, se ha notado que las tasas de prevalencia de estos trastornos son mayores de lo que se pensaba inicialmente, han aumentado en las últimas cohortes y afectan a cerca de la mitad de la población. Aproximadamente un 20% de las personas atendidas en centros de atención primaria de la salud sufren de síntomas de depresión y/o ansiedad. En la mayor parte de los casos estos síntomas no son detectados y, consecuentemente, no son tratados. A pesar de ser frecuentes, estos trastornos son sub-diagnosticados por los médicos. Menos de la mitad de las personas que reúnen los criterios para algún trastorno son identificados como tales por el diagnóstico clínico. Además, los pacientes son remisos a buscar ayuda profesional. Prueba de ello, es que solo 2 de cada 5 personas que experimentan síntomas de depresión, ansiedad o abuso de sustancias buscan ayuda dentro del primer año de la aparición de estos síntomas.

En Latinoamérica, la región del mundo con mayor polarización socioeconómica, los datos disponibles revelan un aumento de los trastornos mentales comunes en las últimas décadas, ya que se estima que las tasas de desórdenes de depresión y ansiedad pasaron de un 5% a un 20% (Ortiz-Hernández *et al*, 2007).

Aunque en la Argentina no existen datos epidemiológicos sistemáticos acerca de los trastornos mentales, no obstante, algunos estudios permiten verificar la misma tendencia. Una de las investigaciones pioneras es la de Pagés, Casullo y Viola (1982), quienes hallaron que cerca del 5% de la población estudiada evidenció serios trastornos afectivos con predominio de los de tipo depresivo. Quince años más tarde, Galli (1997) encontró que la prevalencia de la depresión en la Argentina rondaba el 12%. Más cerca en el tiempo, se realizaron estudios en distintas regiones del país. En un estudio con jóvenes de la localidad de Empedrado, en Corrientes, se encontró que el 11% reconocía síntomas de ansiedad y un 24% de depresión (Festorazzi Acosta, Rodríguez y Lotero, 2008) y en otro, realizado en la provincia de Santa Fe sobre población adulta, se encontró cerca de un 8% de sintomatología de ansiedad y un 25% de desórdenes depresivos (Czernik, Almirón, Cuenca y Mazzaro, 2005). Si bien los métodos e instrumentos utilizados en ambos estudios son diferentes, no obstante los resultados van en la

dirección señalada por la OMS: un aumento sistemático de la prevalencia de los desórdenes de ansiedad y depresión que, en términos globales, afectan a un 20% de la población.

En la última década, los organismos internacionales han prestado especial atención a esta evolución de los trastornos mentales habida cuenta del impacto que tienen para la vida social y productiva de un país. Por eso no es de extrañar que, para la Unión Europea, la salud mental se constituya como uno de los objetivos estratégicos de los próximos años, en la convicción de que sin ella no hay completa salud (Eurobarómetro, 2003, 2009).

### *2.2. Desigualdades sociales y salud mental*

Sumado a este escenario en que los trastornos de depresión y ansiedad se vuelven cada vez más frecuentes se constata que, al igual que en otras regiones del mundo, existe una relación negativa entre la posición social y los síndromes mentales. Tanto los trastornos graves (psicosis, esquizofrenia) como los frecuentes (ansiedad y depresión) están asociados a los factores estructurales (Wilkinson, 2006, 2009). En este sentido, las condiciones de adversidad crónica dificultan el desarrollo de la propia vida y exponen a las personas a una mayor cantidad de estrés (Pearlin, 1989, Cockerman, 2001). Asimismo, las políticas sociales y económicas que causan cambios disruptivos, repentinos y severos en los ingresos, el empleo y el capital social y que no pueden ser controlados o evitados, incrementan las tasas de estos trastornos y aumentan la vulnerabilidad a episodios agudos en los graves (WHO, 2007). En el siguiente capítulo veremos con detalle los estudios que han constatado este nexo negativo entre la posición social y la salud mental y cuáles han sido las hipótesis y modelos que se han conjeturado para su explicación.

*En esta tesis se considera a la salud mental en términos de la presencia o ausencia de malestar psicológico significativo (síntomas de depresión y ansiedad) y se presta especial atención al estudio de su asociación con la desigualdad de origen socioeconómico*

# Capítulo 3. Explicaciones para las desigualdades sociales en salud mental

El interés por el estudio de la asociación entre la posición social y la salud recibió un impulso importante con la publicación del *Black Report*. Hacia fines de la década de 1970, el gobierno laborista le solicitó a Sir Douglas Black un informe sobre la relación entre la desigualdad social y la salud general y qué recomendaciones sugeriría para políticas públicas. El informe fue editado en 1980 (Townsend y Davidson, 1982) y su hallazgo principal fue encontrar diferencias muy amplias en las tasas de mortalidad y morbilidad según el nivel socioeconómico: las personas de las clases altas vivían más y se enfermaban menos. Si bien el informe tuvo una fría acogida por parte del gobierno conservador de la década de 1980, el estudio se replicó en numerosas publicaciones que mostraron una asociación consistente entre la salud general y el nivel socioeconómico.

Uno de los estudios más impactantes fue el llevado a cabo por Marmot para la Administración Nacional de Salud Británica, el estudio de *Whitehall*. Marmot *et al* (1991) descubrió que no sólo la pobreza se vinculaba con una mala salud, ¡sino también el hecho de tener un estatus bajo! En particular encontró que, entre los empleados públicos, aquellos que estaban en el escalafón más bajo de la jerarquía tenían cuatro veces más riesgo de muerte que los funcionarios de arriba de la escala. Pero además, Marmot notó un fenómeno gradual: no es que sólo las categorías inferiores tuvieran peor salud que las categorías superiores, sino que los de la segunda posición tenían peor salud que los de tercera y así a lo largo de toda la jerarquía. A este fenómeno Marmot lo llamó *gradiente social*.

Para la explicación de este gradiente social los estudios se enfocaron en dos hipótesis principales: la hipótesis de la *selección social* y la hipótesis de la *causalidad social*.

La *hipótesis de la selección social*, que se inspira en la tesis darwiniana de la selección natural, sugiere que las personas que están genéticamente predispuestas a la enfermedad también lo están a la pobreza, situación que, a su vez, aumenta su riesgo de enfermar (Townsend y Davidson, 1982). En esta perspectiva, una salud pobre en la primera etapa de la vida puede redundar en desventajas socioeconómicas en la adultez, tales como un bajo nivel educativo y un menor acceso a trabajos de calidad. A la vez, este enfoque analiza si los individuos muy saludables se mueven hacia posiciones más altas en la escala social y

viceversa, en pos de constatar si las trayectorias sociales confirman la hipótesis de la selección.

La *hipótesis de la causalidad social*, en cambio, argumenta que las circunstancias socioeconómicas afectan causalmente la salud. Varias explicaciones se atribuyen a este gradiente social: (a) las *materiales*, (b) las basadas en los *hábitos de salud* y (c) las *psicosociales* (en especial, los modelos del estrés social, del apoyo social, de la cohesión social, de la agencia humana y socio-psicológicos).

La explicación *estructural o material* refiere que la desigualdad en el acceso a recursos materiales puede ser la responsable de la desigualdad en la salud. Las personas en las posiciones sociales medias y altas poseen mejores viviendas, mejores servicios sociales y tienen mejor calidad laboral y residencial, lo que comporta menos riesgos para la salud (Thrane, 2006). La explicación basada en el *estilo de vida* sugiere que las diferencias en la salud son debidas a diferencias en la práctica de hábitos saludables como hacer ejercicio físico y tener una buena dieta y evitar fumar o beber en exceso que, muchas veces, revelan estrategias ineficaces ante circunstancias adversas (Blane, Bartley y Smith, 1997; Sacker, Bartley, Firth y Fitzpatrick, 2001). Finalmente, las *explicaciones psicosociales* incluyen varios modelos entre los que se cuentan el modelo social del estrés (Thoits, 1995; Pearlin, 1989), el modelo del apoyo social (Cassel, 1976 y Coob, 1979) y la perspectiva de la psicología social (House, 1977, 1981; Mirowsky y Ross, 1989; Sánchez Moreno y Barrón López, 2003; Williams y House, 1991) que se describirán más adelante.

Si bien la evidencia en cuanto a la salud física no deja dudas en cuanto a su asociación con la posición social, no obstante, en relación a la salud mental, la información es diferente si consideramos los trastornos mentales graves o los comunes (Laaksonen, 2010).

Entre los primeros estudios que trataron acerca de la salud mental y las condiciones sociales se destacan el realizado en Chicago por Faris y Dunham (1939) y el de Hare (1956) en Gran Bretaña. En ambos se mostraba que las tasas de esquizofrenia tendían a concentrarse en las áreas urbanas con mayor pobreza. Estas primeras observaciones acerca de la relación entre los trastornos mentales severos y el nivel socioeconómico fueron confirmadas en estudios posteriores. Para su explicación, tanto la hipótesis de selección como la de causalidad social presentaron, en un principio, un buen soporte empírico (Muntaner *et al*, 2004). Sin embargo, y de acuerdo a la revisión realizada por Skapinakis *et al* (2006) en los últimos

tiempos, algunos enfoques epidemiológicos se han volcado a la hipótesis de la selección social para la comprensión de los trastornos severos.

A continuación, se realizará una revisión de los estudios más salientes que analizan las asociaciones entre las condiciones socio-estructurales y los trastornos mentales tanto desde la perspectiva de la selección social como en función de los modelos de causalidad social indicados (explicaciones materiales; hábitos de vida; explicaciones psicosociales).

### *3.1. Hipótesis de la selección social*

Entre los estudios que se inspiran en la hipótesis de la selección, se destacan aquellos vinculados a los trastornos esquizofrénicos, uno de los más estudiados y mejor conocidos en términos de la relación entre la neurobiología y las fuentes de estrés ambiental (Dohrenwend *et al*, 1998). En un estudio en el que se comparaba a qué clase social pertenecían los padres de pacientes esquizofrénicos, los resultados indicaron una distribución similar a la de la población general (Goldberg y Morrison, 1963) y, en otro en el que se compararon las circunstancias socioeconómicas al nacer y el riesgo de desarrollar esquizofrenia, se observó que dichas circunstancias no están asociadas a la presencia de la enfermedad en la adultez (Mulvany *et al*, 2001). Estos estudios han socavado la validez del modelo de diátesis del estrés, que sostiene que la adversidad socioeconómica *precipita* los episodios de psicosis en personas *vulnerables* genéticamente a ella.

Estos hallazgos están en línea con las ideas de Dohrenwend *et al* (1992, 1998), quienes habían conjeturado que la hipótesis de selección podía ser más importante para la esquizofrenia y las psicosis mientras que, la hipótesis de causalidad social, podía ser más útil para comprender los trastornos del estado de ánimo y de abuso de sustancias. En efecto, los estudios que se enfocaron en la asociación entre trastornos mentales graves y nivel socioeconómico siguieron encontrando evidencia del gradiente social que fueron atribuidos a la hipótesis de la selección pero, los que analizaron los trastornos mentales comunes, encontraron evidencia dispar en cuanto a su correspondencia con la hipótesis de la selección (Lorant, Deliege, Eaton, Robert, Phillippot y Ansseau, 2003).

Las investigaciones hasta la fecha señalan que, para los trastornos del estado de ánimo, la evidencia no favorece la hipótesis biológica. Si bien se conoce que el sistema monoaminérgico y que otros sistemas neuroquímicos no monoaminérgicos, probablemente

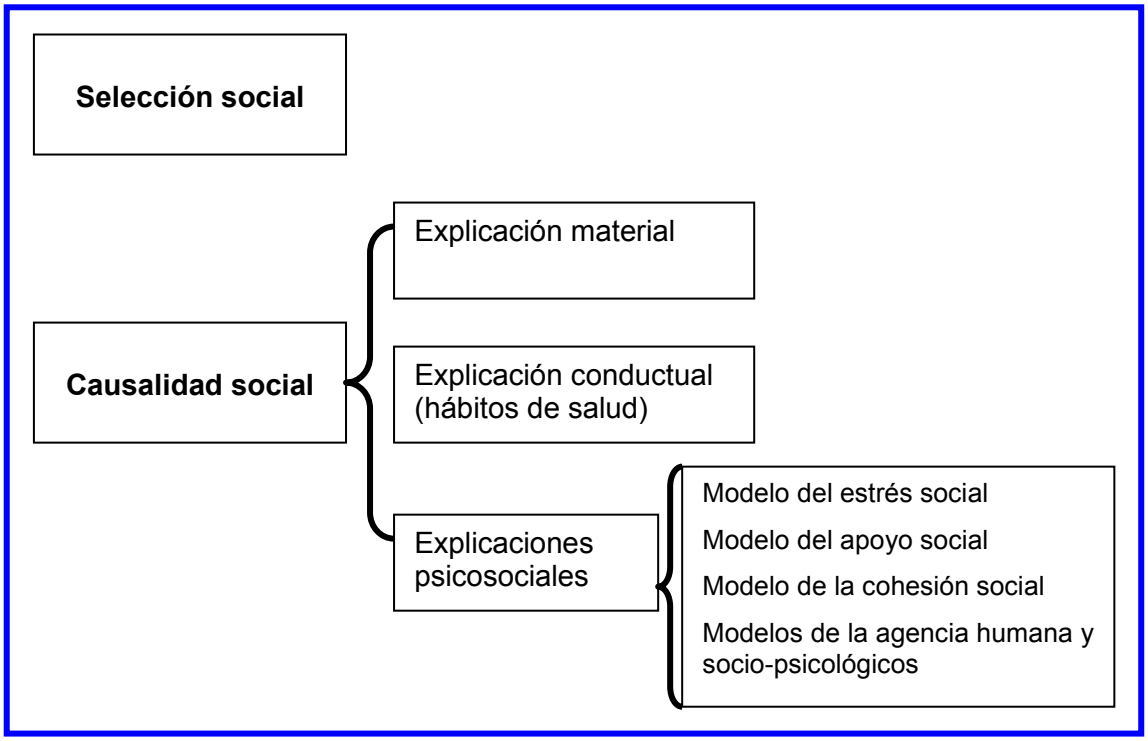
juegan un papel importante en la etiología y tratamiento de las depresiones, la investigación ya no se focaliza exclusivamente sobre alteraciones de la función o morfología cerebral, sino en mecanismos patogénicos que incluyen factores de estrés ambiental, experiencias adversas tempranas y aspectos genético–constitucionales (Trucco, 2002).

En cambio, los resultados son más consistentes desde una perspectiva de causalidad social. Así, en un estudio inter-generacional cuyo objetivo era testear si el bajo nivel económico es el que causa depresión (causalidad social) o si la depresión ancla a las personas en una determinada posición social (selección social), los autores hallaron que el bajo nivel educativo de los padres estuvo asociado al riesgo de depresión, aún después de controlar la depresión parental. En tal sentido, la evidencia se inclina por la hipótesis de la causalidad social e indica un efecto de la posición socioeconómica de los padres sobre la depresión futura de los hijos (Ritsher, Warner, Johnson, Dohrenwend, 2003).

### *3.2. Hipótesis de la causalidad social*

Esencialmente, la hipótesis de la causalidad social sugiere que el estrés asociado a la adversidad socioeconómica puede contribuir al desarrollo de trastornos frecuentes como la depresión y ansiedad. Como ya se indicó, existen tres explicaciones dentro de este modelo: las materiales, las conductuales (hábitos de vida) y las psicosociales (modelo del estrés; modelo del apoyo social; modelo de la cohesión social; modelo de la agencia humana y modelos socio-psicológicos). La figura 1 esquematiza los modelos de la hipótesis de la causalidad social.

**Figura 1: Principales explicaciones incluidas en la hipótesis de la causalidad social**




3.2.1. Explicaciones materiales

Desde la década de 1980, los estudios acerca de las situaciones de precariedad socioeconómica y su asociación con la salud se sirvieron de indicadores variados. Aún así, puede reconocerse que los estudios británicos se enfocaron en la clase ocupacional en tanto los norteamericanos lo hicieron en el nivel de educación (Dahl, 1994; Ross y Wu, 1995). Más tarde, comenzó a trabajarse con múltiples dimensiones de las circunstancias socioeconómicas, incluyendo la evaluación conjunta de la educación, la ocupación y el ingreso (Araya, Lewis y Fritsch, 2003; Lahelma, Martikainen, Laaksonen y Aittomäki, 2004; Rahkonen, Arber y Lahelma, 1997) pero también, con otros indicadores novedosos tales como las circunstancias socio-económicas en la niñez (Laaksonen *et al*, 2007) o la evaluación de la riqueza (Martinaiken, Adda, Ferrie, Davey Smith y Marmot, 2003). La revisión que se presenta a continuación indica, para cada estudio, qué concepción de la desigualdad social lo caracteriza.

En cuanto a los primeros, los estudios llevados a cabo en Gran Bretaña y Finlandia muestran que, más que el nivel de ingreso, son las circunstancias materiales y las dificultades económicas las que, en realidad, se asocian significativamente con los trastornos mentales comunes (TMC) (Lahelma, Laaksonen, Martikainen, Rahkonen, Sarlio, 2006). En el mismo sentido, otro estudio norteamericano reportó que la tensión financiera, medida por la razón de activos y pasivos, se asoció con la presencia de síntomas depresivos, independientemente del ingreso (Zimmerman y Katon, 2005). A su vez, Mirowsky y Ross (2001) informaron de un vínculo relevante entre los TMC y las dificultades económicas y Pudrovszka, Schieman y Pearlin (2005) hallaron que las dificultades económicas actuales y tempranas se asociaron notablemente con el desarrollo de síntomas depresivos mientras que el ingreso mostró valores muy marginales. No obstante, Skapinakis *et al* (2006) discute estos resultados sobre la base de una revisión de encuestas en salud mental realizadas en los EE.UU, Inglaterra y Alemania y señala que, luego de ajustar los modelos según el sexo y la edad, la mayoría de los indicadores socioeconómicos, salvo la educación, mostraron asociaciones significativas con los TMC. Pero esta crítica queda opacada por los estudios de Wilkinson (1996, 2009) en los que mostró que, en los países con más desigualdad en el ingreso (Estados Unidos, Reino Unido, entre otros), la cantidad de personas que padecían trastornos mentales era claramente mayor que la observada en los países con baja desigualdad de renta (Japón, Alemania y España). Así demostró que el ingreso, por sí mismo, no explicaba las diferencias en la salud mental sino que era la magnitud de las *desigualdades en el ingreso* –y las concomitantes desigualdades de poder y estatus que ello implica- la que lo hacía.

En relación a los estudios que usaron indicadores múltiples (educación, ocupación e ingreso) también se encontraron resultados en ambos sentidos. Algunos hallaron una asociación clara entre estos indicadores múltiples y los TMC. Por ejemplo, en investigaciones sobre muestras masculinas finlandesas (Harper *et al*, 2002) y turcas (Belek, 2000) se halló que la clase ocupacional baja y el ingreso se relacionaban con la presencia de síntomas de depresión. Por su parte, el estudio de *Whitehall* II (Marmot y Brunner, 2005), informó que la clase ocupacional era el mejor predictor del declive del funcionamiento mental, los síntomas depresivos y la salud mental en la población masculina (Hemingway, Nicholson, Stafford, Roberts y Marmot, 1997; Martikainen y Valkonen, 1999; Stansfeld, Head y Marmot, 1998) y, en un estudio reciente, Campo Arias y Cassiani Miranda (2008), encontraron que las únicas

variables socioeconómicas que estuvieron asociadas significativamente con los trastornos mentales fueron el bajo nivel educativo, una reciente caída del ingreso y una vivienda pobre.

En contraste, otros estudios hallaron que la asociación entre la posición social y los TMC es neutra o marginal y, en algunos casos, hasta contraria, ya que se observó que en los estratos más altos se reportaron desórdenes mentales más frecuentemente (Stansfeld y Marmot, 1992). Un estudio en Gran Bretaña informó valores insignificantes en la asociación entre TMC y clase ocupacional, ventajas sociales e ingreso (Wigginns, Schofiel, Sacker, Head y Bartley, 2004) mientras que, el citado estudio *Whitehall* II, no encontró asociación alguna entre la ocupación y los TMC en el grupo de mujeres.

También, en estudios recientes en países en desarrollo, se ha mostrado que las diferencias en los niveles de malestar psicológico parecen vincularse con situaciones de inestabilidad laboral o de pobreza (Bonantini, Simonetti y Michelín, 2005; Brenlla, Salvia y Despierre, 2008) más que con el tipo de ocupación o el ingreso. El examen de diversas revistas publicadas en inglés desde 1990 y de tres informes mundiales sobre la salud mental permitió a Patel y Kleinman (2003) identificar 11 estudios comunitarios sobre las relaciones entre pobreza y trastornos mentales comunes en seis países de ingresos bajos y medios. La mayoría de los estudios revelaron una relación entre los indicadores de pobreza y el riesgo de trastornos mentales, destacando sobre todo la asociación con los bajos niveles de instrucción. Del análisis de los artículos se desprende que la evidencia a favor de una asociación específica con el nivel de ingresos es débil. Factores como la experiencia de la inseguridad y la desesperanza, los cambios sociales rápidos y el riesgo de violencia y problemas de salud pueden explicar la mayor vulnerabilidad de los pobres a los trastornos mentales comunes.

La variedad en estos resultados puede deberse, en parte, a que los TMC podrían estar relacionados más significativamente con otro tipo de indicadores socioeconómicos (Laaksonen, 2010) tales como las medidas de desigualdad utilizadas por Wilkinson (2009). Muchos estudios encontraron gradientes claros y significativos para algunos indicadores como las dificultades financieras y las condiciones materiales de existencia por sobre la ocupación o la educación (Fryers, Melzer y Jenkins, 2003; Jenkins y Meltzer, 1998; Lewis, Bebbington, Brugha, Farrel, Gill). Estos antecedentes reflejan la importancia de evaluar los efectos de indicadores socioeconómicos múltiples en lugar de trabajar con solo uno que, además, podría estar sesgado por lo que se quiere evaluar, esto es los TMC. Por ejemplo, es muy probable que

la severidad de síntomas de depresión, irritabilidad o ansiedad, anclen a las personas en ocupaciones más bajas. Además, los datos varían de acuerdo a la población en estudio (empleados, desocupados o población general; hombres y/o mujeres; adolescentes o adultos, etc.) (Goodman y Huang, 2001; Wiggins *et al*, 2004) por lo que la edad, el sexo y los factores culturales podrían afectar también los patrones de asociaciones (Araya *et al*, 2003; Muntaner *et al*, 2003).

En conclusión, si bien las condiciones de adversidad socioeconómica (ingreso, ocupación, educación) han sido asociadas con los trastornos mentales más frecuentes o comunes (TMC), no obstante, no han tenido la misma claridad que la observada para la salud física y los trastornos mentales graves (Cheng, Chi, Boey, Ko y Chou, 2002; Fryers *et al*, 2003; Laaksonen, 2010; Lahelma *et al*, 2006; Stansfeld y Marmot, 1992). En cambio, la asociación es más clara cuando la indagación de las condiciones materiales se refiere a las circunstancias socioeconómicas en la infancia y actuales o cuando el análisis de centra en los distintos tipos de desigualdad social.

Esto parece indicar que las condiciones de adversidad socioeconómica intervienen solo en parte en la explicación del malestar psicológico, por lo que son insuficientes para la comprensión de porqué las bajas posiciones sociales se asocian sistemáticamente con mayor propensión a los trastornos mentales frecuentes.

### 3.2.2. Explicaciones conductuales

Las explicaciones que se centran en los comportamientos orientados a la salud han hallado asociaciones entre los tipos de hábitos y estilos de vida y una variedad de síndromes y síntomas. Los datos muestran más mortalidad, más enfermedades crónicas y peor salud mental y física entre los bebedores consuetudinarios (Marmot, Rose, Shipley y Thomas, 1981; Poikolainen, Vartiainen, Coronen, 1996), los fumadores (Ezzati y López, 2004; Laaksonen, Rahkonen, Martikainen, Karvonen y Lahelma, 2006; WHO, 2002) y los obesos (Doll, Peterson y Steart-Brown, 2000; Rohrer, Pierce y Blackburn, 2005; Strine y col., 2004). La actividad física y el ejercicio, en cambio, contribuyen a la salud mental y física (Lee, 2007; Manson *et al*, 2002; Rohrer y col., 2005; Strine, Balluz, Chapman, Moriarty, Owens y

Mokhad, 2004) y a una mejor calidad de vida en la vejez (Hillsdon, Brunner, Guralnik y Marmot, 2005).

Pero estos comportamientos saludables pueden variar según las circunstancias socioeconómicas y las explicaciones brindadas por este modelo pueden relacionarse, más bien, con factores tales como la falta de conocimiento, los recursos materiales y el estrés psicosocial (Stronks, van de Mheen, Looman y Mackenbach, 1996).

La investigación actual sugiere que el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida. Por ejemplo, el nivel elevado de estrés laboral puede incrementar la práctica de hábitos insanos como fumar y abusar del alcohol, o reducir la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico (Cockerham, 2001).

También se ha sugerido que la formación de estos hábitos ocurre en las primeras etapas del curso de la vida y que se originan por circunstancias tempranas de educación y ocupación (Lynch, Kaplan y Salonen, 1997). Así, el consumo de alcohol presenta diferencias según la condición socioeconómica (Osler *et al*, 2001; van der Oers, Bongers, van der Goor y Garretsen, 1999) y, el hábito de fumar, según la educación, la ocupación y los ingresos (Cavelaars *et al*, 2000; Rahkonen *et al*, 2005 y Stronks *et al*, 1996).

Coincidimos con Elstad (1998) en que si bien las explicaciones materiales y de hábitos de conducta tuvieron la importancia de reencausar la investigación a los modelos de causalidad social, no obstante, parecen insuficientes para una cabal comprensión del vínculo entre la posición socioeconómica y los TCM. Seguiremos, entonces, con la revisión de las explicaciones psicosociales para profundizar esta cuestión.

### 3.2.3. Hipótesis de la causalidad social: Explicaciones psicosociales

Dentro de las explicaciones psicosociales pueden distinguirse cuatro enfoques:

- el modelo del estrés social
- el modelo de la cohesión social
- el modelo del apoyo social
- los modelos de la autoeficacia y agencia humanas y los socio-psicológicos

Cada uno de ellos se halla, en mayor o menor medida, vinculado con los demás. Es a fines expositivos que se los separa, indicando para cada uno sus supuestos y una revisión sucinta de los antecedentes más relevantes.

#### 3.2.3.1. Explicaciones psicosociales: Modelo del Estrés social

El estrés es un determinante reconocido de la salud física y mental. Desde su postulación en los albores del siglo XX ha despertado la curiosidad de fisiólogos, psicólogos y sociólogos. ¿Cómo puede el estrés, esa respuesta inespecífica, generalizada y estereotipada ante cualquier demanda, causar enfermedades específicas como úlceras pépticas y trastornos psicológicos como el estrés postraumático o la depresión reactiva? (Trucco, 2002). El modelo del estrés social propone una respuesta a esta pregunta, cuyos antecedentes y rasgos esenciales se describen a continuación.

Fue en la física del siglo XVII donde, por vez primera, se empleó en forma sistemática el término estrés para designar al proceso dinámico por el que una estructura como un puente o un edificio "se defiende" – valga la metáfora psicológica – de las fuerzas internas o externas que pueden amenazar su equilibrio. Unos cientos de años después, Cannon (1932) describió que la reacción del organismo a cualquier amenaza consiste en una respuesta de lucha o huida. La percepción de amenaza produciría una rápida activación de los sistemas nervioso simpático y endocrino que tendría como principal función la de preparar al organismo para afrontar la amenaza o huir.

Pero es a Selye (1936, 1956) a quienes todos reconocen el mérito de haber introducido el concepto del estrés en la fisiología. Selye definió al estrés como el patrón inespecífico de activación fisiológica que presenta el organismo ante cualquier demanda del entorno, al que denominó *Síndrome General de Adaptación (SAG)*.

El SAG supone tres fases. En la fase de *alarma,* el organismo se prepara para la acción, discurriendo desde una disminución inicial del nivel de resistencia –que revela un estado expectante ante la presencia del estresor- a una recuperación del equilibrio a medida que el organismo pone en marcha estrategias defensivas. En la fase de *resistencia*, ocurren las reacciones destinadas a contrarrestar las presiones ejercidas por el factor estresante en pos de retornar al equilibrio previo pero, si esto no ocurre, se llega a la fase de *agotamiento*. Esta consiste en un debilitamiento progresivo de la capacidad de defensa y resistencia del organismo, aumentando su vulnerabilidad a la enfermedad.

La denominación de síndrome de adaptación generalizado obedece al hecho de que el estrés presenta manifestaciones fisiológicas, psicológicas y motoras. Entre las fisiológicas se encuentran la activación del sistema nervioso autónomo –que favorece la aparición de taquicardia, hipertensión, dilatación bronquial y aumento de la irrigación al cerebro y a los músculos– y la estimulación de la secreción de diversas hormonas, que facilitan la disponibilidad de recursos para afrontar el estrés. Cuando las situaciones de tensión son continuadas, se producen concentraciones elevadas de cortisol que están asociadas con deficiencias en el funcionamiento del sistema inmunológico y con la propensión a enfermar. En términos psicológicos, la experiencia de estrés se asocia con la aparición de ansiedad, sentimientos de inquietud y de desasosiego, irritabilidad, miedo y tristeza y a un conjunto de distorsiones cognitivas y de pensamientos de inutilidad e inadecuación (Beck, 1963; Ellis, 1962) así como de percepción de incontrolabilidad (Seligman, 1975); en tanto que, a nivel motor, el estrés puede inducir una serie de manifestaciones como tic, temblores, tartamudeo e hiperactividad.

A medida que fue pasando el tiempo, se hizo evidente que el estrés era algo más que una reacción. Sobre todo luego de los estudios de Lazarus y Folkman (1984, 1987) y de Pearlin (1989) comenzó a entenderse que la interacción entre el individuo y el entorno social era fundamental para comprender este fenómeno. A pesar de que la investigación acerca del estrés es multifacética, Thoits (2005) ha señalado que pueden distinguirse dos tendencias, una

de raigambre médica y otra sociológica (Aneshensel, 1992; Pearlin, 1989). Tanto una como otra utilizan la información social pero mientras la tendencia médico-fisiológica, de tipo reaccionalista, la utiliza como control en pos de acentuar las asociaciones entre los estresores y la reacción de los individuos a ellos; la sociológica, en cambio, estudia en qué medida la distribución de los estresores depende de la posición de las personas dentro de las estructuras sociales y cómo se comparece ello con las desigualdades en salud mental.

Dentro de la perspectiva social pueden distinguirse cuatro orientaciones básicas: (a) las que definen como objeto de estudio a los estresores negativos, (b) los estudios del impacto subjetivo del estrés, (c) la consideración del estrés crónico además de los sucesos vitales y (d) el estudio de los factores que podrían amortiguar el efecto dañino del estrés sobre la salud.

Los primeros estudios sobre el estrés comenzaron considerando que cualquier evento –positivo o negativo- podía tener un efecto sobre la salud (Pearlin, 1981). En este sentido no solo sucesos negativos como el deceso de un ser querido o una situación de divorcio podían ser fuente de tensión sino también, eventos afortunados como el casamiento o los nacimientos. Así se diferenció entre distrés para los sucesos negativos (Selye, 1978) y eutrés, para los positivos. La evidencia empírica de este enfoque fue muy pobre, lo que llevó a poner el foco en los estresores negativos, que se caracterizan por ser imprevistos e indeseables (Elstad, 1998). El estudio de la naturaleza y efectos de estos factores estresantes incluyó investigaciones que se enfocaron en analizar situaciones hipotéticas de tensión –en pos de encontrar tipologías de eventos de estrés– y las que se orientaron al estudio del efecto del estrés sobre la adaptación psicológica del individuo. Entre éstas, se distinguen entre las que buscan replicar situaciones específicas de estrés, en contextos naturales o de laboratorio, para analizar qué efecto ejercen sobre los individuos y las que analizan dimensiones de estrés que, o bien por el esfuerzo adaptativo que implican (*sucesos vitales*) o bien por su carácter recurrente (*sucesos cotidianos*) afectan el bienestar general del individuo.

Uno de los pioneros en el estudio de los factores sociales del estrés fue Holmes (Holmes y Rahe, 1967) quien, influenciado por la tesis reaccionalista de Adolf Meyer en cuanto al origen de los trastornos mentales, se interesó por el estudio de cómo el contexto social influye para que las personas enfermen y cuáles son los eventos que, en la mayoría de las personas, provocan estrés e interfieren en la salud. La presunción que ha guiado la investigación acerca de los *sucesos vitales* es que en la vida de las personas pueden ocurrir

determinados acontecimientos que introducen cambios importantes y que suponen una exigencia de ajuste que, con el tiempo, puede afectar significativamente el bienestar físico y psíquico. En colaboración con el sociólogo Norman Hawkins, Holmes y Rahe (1967) diseñaron una prueba para evaluar las experiencias recientes a la que llamaron *Schedule of Recent Experience* (SRE) (Inventario de Experiencias Recientes) con el objetivo de estudiar la carga social a la que están sometidos los individuos y que redunda negativamente en su salud. Situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo, jubilarse, cambiar de lugar de residencia, ser víctima de un delito o de una agresión, entre otros eventos, pueden activar estados emocionales negativos, favorecer el desarrollo de reacciones fisiológicas desequilibradas que incrementan la vulnerabilidad a enfermar o deteriorar la eficacia con la que el individuo se desenvuelve en su vida diaria.

A estas primeras perspectivas del estrés se las conoce como reaccionalistas porque, como puede notarse, centraban su atención en la reacción del individuo, sin considerar las diferencias individuales tanto en el tipo de factores que desencadenaban la respuesta de estrés como en la naturaleza de ella. Fue entonces que comenzó a pensarse que la respuesta es solo una parte de la experiencia de estrés y que entre la presencia del estresor y la reacción debe ocurrir algo que permita explicar en qué condiciones un individuo presentará o no manifestaciones de estrés (Bermúdez, 1996). Esto dio lugar a la segunda corriente de estudios que pone su atención en los aspectos subjetivos de la reacción al estrés.

Los estudios liminares de Lazarus y colaboradores (Lazarus, 1966, 2000; Lazarus y Folkman, 1984, 1987; Lazarus y Laurnier, 1978; Lazarus y Smith, 1990) conjeturaron la hipótesis proces*al del estrés*, que se definió como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1984: 43).

En este sentido, la hipótesis de Lazarus representa un proceso transaccional entre la situación estresante y los procesos cognitivos, emocionales y conductuales del individuo. Mediante ellos, las personas evalúan el equilibrio existente en su relación con el entorno y mantienen o, en caso de ser necesario, restablecen dicho equilibrio en niveles adaptativos. Como resulta claro, en este enfoque es crucial la apreciación cognitiva que el sujeto hace de la situación. Así, una situación evaluada como peligrosa será valorada como mucho más amenazante si la persona cree que no tiene recursos eficaces para afrontarla. Por lo tanto, las

discrepancias significativas entre las capacidades del individuo y las demandas del entorno o entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad le ofrece, se configuran como potenciales causas de estrés (Trucco, 2002).

De esta manera, el impacto de la situación está modulado por el modo en que el individuo la percibe, la analiza y la piensa. Según Lazarus y Folkman (1987) la experiencia de estrés consiste tanto en los procesos cognitivos de *valoración primaria* y *secundaria* como en la conducta de afrontamiento resultante. La valoración *primaria* se activa ante la situación de tensión y consiste en evaluar si tal acontecimiento es irrelevante, positivo o estresante para el bienestar personal. De esto se sigue que no todas las situaciones de estrés son negativas, por ello se las distingue según comporten daño o pérdida, amenaza o desafío (Bermúdez, 1996). Si bien todas requieren del individuo un esfuerzo adaptativo más allá del habitual, es de esperar que el potencial negativo de la situación se incremente a medida que implique más daño para él (Hobfoll, 1989, 1991). Una vez que la situación se valora como estresante, el individuo percibe qué riesgos implica y cómo pueden afectarle. En la valoración *secundaria*, la persona analiza de qué recursos dispone para afrontar la situación y constata que, según sea su actuación, se derivarán unas u otras consecuencias que afectarán su bienestar. Así, es de esperar que una persona que cree disponer recursos para afrontar una situación estresante la perciba como un desafío mientras que otra, en la que predomine una percepción de incompetencia, la vivirá como más amenazante de lo que en realidad es, favoreciendo el desarrollo de conductas evitativas y de huida.

Entonces, una vez que la situación ha sido valorada como una amenaza real o potencial, la presencia de estrés va a estar condicionada por la eficacia de las actuaciones que ponga en marcha la persona para afrontarla. A la valoración secundaria sucede esta capacidad para el afrontamiento (*coping*) que consiste en un proceso psicológico que Lazarus y Folkman definen como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984:141).

Los estudios que han tenido como objetivo analizar el modo en que los individuos hacen frente al estrés comenzaron por plantear dos categorías generales: las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las centradas en la emoción. Las primeras incluyen

la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la de soluciones y, las segundas, el distanciamiento, la autoinculpación y la evitación o escape, entre otras (Lazarus y Folkman, 1987). Si bien luego se sugirieron la presencia de tres (Moos, 1995; Moos y Billings, 1986) o más dimensiones (Carver, Séller y Weintraub, 1989), estudios posteriores constataron que los modelos que postulan muchas categorías tienden a fracasar teórica y empíricamente (Ojeda Pérez y cols., 2001) y que las soluciones factoriales parecen reflejar dos o tres dimensiones principales. Por ende, no es de extrañar que se retorne a las nociones más básicas como la de afrontamiento activo *versus* pasivo – que ya habían sido postuladas por Örbist en 1976 – y que se corresponden, teóricamente, con las estrategias centradas en el problema y en la emoción de Lazarus y Folkman (1987).

Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) indican que *son las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores las que pueden determinar si un individuo experimentará o no estrés*. El hecho de que cada sujeto tienda a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina – o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia – hace que deba pensarse en la diferencia entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Como señala Fernández-Abascal,

> Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997:190)

En esta perspectiva se intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento. Hay personas en las que predomina un estilo confrontativo (activo), que se caracterizan por la búsqueda activa de información y que exhiben una conducta directa ante cualquier problema. Hay otras que, en cambio, prefieren estrategias de huida o evitación (pasivo). Por lo general, el afrontamiento activo es adaptativo, y el evitativo no pero, sin embargo, hay situaciones en que la "actividad" es desadaptativa, o la "pasividad" adaptativa, según su efectividad ante determinada situación. Por ejemplo, el estilo confrontativo es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que

persiste a lo largo del tiempo –resolver situaciones de tensión laboral cotidiana– aunque suele tener un costo alto de ansiedad. El estilo de evitación puede ser más útil para sucesos amenazantes a corto plazo (por ejemplo, un atraco con intimidación).

La investigación acerca de las estrategias de afrontamiento vinculadas a la salud mental, señala que se trata de una herramienta que las personas utilizan para hacer frente al estrés y, como tal, representan un recurso adaptativo. Por la misma razón, deben distinguirse de los mecanismos de defensa que, por definición, son rígidos, distorsionados y poco diferenciados en tanto que las estrategias de afrontamiento son flexibles, propositivas, orientadas y diferenciadas (Haan, 1963, 1965). Claro que revisten distinta cualidad según sean activas o pasivas. En el caso del afrontamiento por evitación, éste rara vez conduce a una solución auténtica de los problemas (Holohan y Moos, 1985, 1990) y propicia un estilo represivo que coadyuva a posponer la resolución de ellos (Weinberger, 1990). En cambio, el afrontamiento activo, sobre todo cuando es constructivo, tiende a tener efectos positivos sobre la salud mental (Weiten y Lloyd, 2006). En una revisión acerca de las estrategias de afrontamiento (Campos, Iraurgi, Páez Rovira y Velasco, 2004), se halló que el afrontamiento directo, la reevaluación positiva y en cierta medida el apoyo social y la expresión emocional son funcionales a la salud mental en tanto que las estrategias de evitación, el aislamiento social, la rumiación y el abandono son disfuncionales para la regulación afectiva, ya que influyen negativamente en los motivos de ajuste social, auto-control y auto-estima y refuerzan la afectividad negativa. Dados estos antecedentes, la hipótesis procesal del estrés y la noción de afrontamiento son ampliamente aceptadas por la comunidad científica.

Un tercer grupo de estudios se enfocó en las diferencias en cuanto a la cualidad y temporalidad de los estresores. Si bien es verdad que hay ciertos sucesos puntuales que representan una fuente de estrés para la mayoría de las personas (por ej., ser despedido del empleo, divorciarse o sufrir un hecho de violencia) también lo es que hay otros sucesos menos ostensibles pero crónicos que elicitan estrés. Entre las amenazas de la sociedad moderna se encuentran factores tales como la competitividad e inestabilidad laborales, el tráfico, las disputas conyugales, las crisis socioeconómicas, la discriminación, etc. La mayor parte de ellas son de tipo simbólico más que físicas y, por lo general, no se resuelven con una acción como correr o enfrentarse físicamente. El estrés representa, finalmente, una herramienta para la supervivencia. Cuando el hombre primitivo tenía que habérselas con una fiera que le

amenazaba, el organismo estaba preparado con un sistema de alerta que le proveía los recursos necesarios para incrementar su actividad para huir o enfrentarse, según fuera la mejor opción. Ahora, la cultura y la socialización han ocurrido y las amenazas son, en su mayoría, intangibles. Pero el organismo sigue activándose ante cualquier estímulo que represente una amenaza para su integridad de la misma manera. La sobreabundancia de estímulos de estrés social que conlleva la vida actual deviene, de esta forma, en perjuicios para el bienestar y la integridad personales.

Esta incapacidad para responder de forma exteriorizada, entonces, deja al cuerpo fisiológicamente preparado para una acción que nunca llega, un estado de preparación que, al mantenerse en el tiempo, puede dañar seriamente la salud mental y física. Según Sandín,

> La investigación sobre el estrés centrada en los factores psicosociales ha tendido a orientar y organizar la teoría hacia las consecuencias que tienen las experiencias estresantes sobre la salud, más que hacia el origen de dichas experiencias. Este fenómeno representa un problema de gran relevancia actual en el marco del estudio social del estrés, ya que las condiciones sociales (organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003:143)

Los sucesos vitales suelen diferenciarse de estos estresores sociales más recurrentes y duraderos que se conocen con el nombre de *estrés crónico* (Pearlin, 1989). De acuerdo con Pearlin, los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente encuentra en sus vidas diarias. Muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, y consisten, por ejemplo, en dificultades en el trabajo, problemas de pareja, complicaciones en las relaciones entre padres e hijos. Algunos se refieren a aquellos estresores diarios que desmejoran la calidad de vida (por ej., tránsito, medios de transporte, etc.) (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000) mientras que otros se vinculan con los problemas cotidianos para asegurar la supervivencia propia y familiar (por ej., adquirir comida de menor calidad en forma continuada, no poder ir al médico, etc.)

Los estudios epidemiológicos y sociales han demostrado que el estrés asociado a condiciones de pobreza guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad debidas tanto a trastornos mentales (Williams y House, 1991) como a otras causas, como enfermedades cardiovasculares, infecciosas y accidentes y violencia, entre otras (MacFarlane, 2000).

En las poblaciones que residen en las peores circunstancias socioeconómicas se incrementa el riesgo de malestar psicológico y disminuye el bienestar subjetivo (Patel y Jané-Llopis, 2005). Las investigaciones de Cockerham (2001) mostraron que las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad. Palomar Lever y Cienfuegos Martinez (2006) señalaron la importancia de considerar a la pobreza como un estresor crónico, arguyendo que las personas que menos tienen se encuentran expuestas al estrés producto de carecer de los elementos básicos para poder tener una vida digna en donde puedan desarrollar sus capacidades. Al respecto Latkin y Curry (2003: 36) dicen: "los barrios que están empobrecidos pueden ser una fuente de numerosos estresores crónicos". A esto se le suma el estrés que genera los aspectos negativos que son comunes a barrios pobres como vandalismo, maltrato, muertes evitables de niños menores de 5 años, entre otros y que configuran sucesos vitales mayores que se adicionan a los crónicos.

El cuarto grupo de estudios acerca del estrés social incluye a las investigaciones que se han enfocado en la vulnerabilidad tratando de comprender porqué el impacto del estrés difiere entre los individuos aún cuando las circunstancias de adversidad son similares. Como se indicó, el modelo de diátesis al estrés (*diathesis-stress model*), sostuvo que la adversidad socioeconómica *precipita* los episodios de psicosis en personas *vulnerables* genéticamente a ella. Esta hipótesis no recibió sostén empírico para la explicación de los trastornos psicóticos y la esquizofrenia pero sí respecto de los trastornos comunes o frecuentes, donde la evidencia fue más consistente. Hoy se conoce que el estrés social tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de la depresión y la ansiedad (Hodel, Brenner y Merlo, 1998; Mumford, Minhas, Akhtar y Mubbasar, 2000), del estrés postraumático (Perkonigg, Kessler, De Rosa, Mandel y Salzinger, 2000) y constituye un factor de riesgo en los trastornos por abuso de sustancias (Kreek y Koob, 1998).

Según esta corriente, el acceso a recursos de afrontamiento de distinto tipo a los psicológicos podría actuar como moduladores del estrés, amortiguando su efecto sobre la

salud mental. Entre ellos se cuenta tanto el apoyo social, que se describe a continuación, como los recursos materiales y financieros (Maes, Binguerotes y Vanheck, 1987) con los que cuentan las personas. Nuevamente se patentiza la conexión entre la posición social y la aparición de estrés. Los estresores, particularmente los crónicos, están desigualmente distribuidos en la sociedad y se corresponden con las desigualdades socio-estructurales. De acuerdo con esta perspectiva, el estrés podría variar con la posición social y ello redundar en variaciones sociales en la salud mental (Elstad, 1998).

*Los sucesos que pueden elicitar estrés son en su mayoría sociales o psicológicos. De éstos, nos interesan los estresores sociales (sucesos vitales y estrés crónico) ya que son los que expresan la tensión social a la que está expuesta una persona pero también el análisis del estilo de afrontamiento, entendido como una variable mediadora en el vínculo posición social–malestar psicológico que tamiza la experiencia estresante. En este estudio se considera que la posición social propende a la acumulación de acontecimientos vitales y crónicos, por lo que se supone que podrían afectar diferencialmente a la salud mental de las personas.*

### 3.2.3.2. Explicaciones psicosociales: Modelo del apoyo social

El interés académico por el apoyo social se remonta a los trabajos de Cassel (1976) y Coob (1979) quienes informaron asociaciones notables entre los desórdenes mentales y ciertos factores como el estado civil, la movilidad geográfica y la desintegración social. Adujeron que tales problemas se acompañaban de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados y subrayaron la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de las personas. A partir de entonces, se realizaron investigaciones que trataron de establecer la naturaleza y el alcance de esta relación pero, hasta el momento, la evidencia no es concluyente.

Es posible que la definición de apoyo social más aceptada por los autores e investigadores sea la de Cobb (1979) que la define como la información que guía al sujeto a creer que es amado, estimado y que pertenece a una red de obligaciones mutuas.

El apoyo social, por lo tanto, remarca la importancia que tienen las relaciones sociales que establece el individuo tanto para su salud física como psíquica. No obstante, ha sido definido también en otros sentidos. En un intento por delimitar claramente este concepto, Gottlieb (1981) y Cohen y McKay (1984) llevaron a cabo revisiones y delinearon tres perspectivas distintas en la definición del apoyo social, a) en términos de la integración y la participación social (existencia o cantidad de relaciones sociales), b) como la estructura de las relaciones sociales de una persona (red social) con sus características específicas y c) en términos del contenido funcional de las relaciones sociales de la persona. Estas tres perspectivas recogen los aspectos esenciales de las relaciones sociales: cantidad, estructura y función, que están lógica y empíricamente relacionados.

En el primer caso, el apoyo social se refiere a la existencia, cantidad y frecuencia de relaciones sociales que una persona tiene. Estos son los indicadores más utilizados para evaluar la integración y participación social de un sujeto. En términos lógicos primero hay que constatar que las personas tengan relaciones sociales para luego poder pensar en la estructura y la función de ellas. Pero conocer la cantidad de relaciones que tiene una persona nada dice acerca de sus efectos ni tampoco si representan una fuente de apoyo efectiva. Así una pregunta del tipo *¿con cuántas personas que no viven con usted mantiene contacto semanal?* indicará solo la cantidad pero no la cualidad de las relaciones en términos de compromiso, intensidad o confianza.

En el segundo caso, se define el apoyo social como la estructura de las relaciones sociales de la persona. El término *red social* describe los vínculos establecidos entre los componentes de ella. Burt (2002) señala que no es posible explicar lo que ocurre en una sociedad si solamente se consideran los atributos o aptitudes de los actores y se soslayan la red de contactos y la posición que ocupan dentro de la estructura de relaciones dadas. La modelización de dichos vínculos y de sus efectos sobre las relaciones sociales permite obtener distintos patrones estructurales que coadyuvan a la explicación diferencial de dichos efectos. Entre las dimensiones que se evalúan para caracterizar a una red social se encuentra el tamaño, la densidad y la dispersión geográfica. No obstante, Burt (2002) señala que el foco debe ponerse en la calidad más que en estos atributos de las redes. Por lo tanto es también importante el estudio de las características de interacción de las redes sociales que incluyen el análisis de la multiplicidad, la reciprocidad, el equilibrio y la estabilidad de esas interacciones

y la homogeneidad o similitud entre los miembros de la red social. Aunque este tipo de estudios resulta interesante para conocer de forma exhaustiva el entorno del sujeto, no se han podido establecer relaciones importantes entre aspectos estructurales de las redes sociales e indicadores de salud.

En cambio, en el tercer caso, el apoyo social se define en términos de las *funciones* que las relaciones sociales pueden cumplir en relación con el bienestar de las personas. En este sentido, el apoyo social se considera "una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: preocupación emocional (amor, empatía, etc.), ayuda instrumental (bienes y servicios), información (acerca del contexto) o valoración (información relevante para la auto-evaluación)" (House, 1981: 39).

Por lo tanto, es necesario considerar tanto las características objetivo-estructurales como subjetivo-funcionales para una completa descripción de las relaciones sociales proveedoras de apoyo. Así, mientras las *redes formales de apoyo* designan a los sistemas comunitarios de prestación económica, asistencial y sanitaria, las *redes informales de apoyo* están referidas a las relaciones sociales que configuran el entorno del sujeto (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.) y que son fuentes proveedoras de distintos tipos de apoyo (instrumental, emocional, informacional). A propósito de éstas Granovetter (1973) distinguió entre los lazos fuertes, que son proporcionados por los grupos primarios (familiares, amigos, pareja y toda aquella persona con la cual se tiene una relación cercana) y los débiles, integrados por simples conocidos o amigos de amigos, con los cuales no se tiene una relación estrecha. Los lazos fuertes son los que proporcionan las relaciones que conforman el apoyo social que recibe o percibe la persona y los débiles, las redes sociales.

Como puede notarse, hay distintas teorías que analizan el apoyo social desde distintos marcos conceptuales por lo que también hay diferentes modos de evaluarlo. Algunos ponen el acento en el apoyo que la persona efectivamente recibe y otros, en lo que percibe. Dentro de los primeros también hay diferencias entre quienes sostienen que el apoyo social puede ser medido a través de las relaciones sociales que el individuo tiene y aquellos que dicen que esta medición debería basarse en las acciones concretas que realizan los demás para ayudarle. En general, la mayoría de los cuestionarios utilizados (Henderson, Byrne, Duncan-Jones, Scout y Adlock, 1980; Procidano y Heller, 1983; Sarason, Levine *et al*, 1983), incluyen la evaluación

de al menos *dos* de las siguientes dimensiones: número de personas, satisfacción de la persona con el apoyo recibido, tipo de apoyo recibido y tipo de fuentes de apoyo.

Los estudios que analizaron por que vías afecta el apoyo social a la salud concluyeron la existencia de tres orientaciones claras: las conductas orientadas a la salud, las expresiones psicológicas y las manifestaciones fisiológicas. La falta de apoyo social se ha asociado al tabaquismo, a la nutrición inadecuada y al menor uso de servicios de salud. En el sentido psicológico, afectaría a la salud mental a través de factores como la autoestima y de su vinculación con mejores recursos de afrontamiento, energía y vitalidad (Lehtinen, Sohlman y Kovess, 2005) y, en cuanto al aspecto fisiológico, a través de la disfunción del sistema inmune y cardiovascular (Berkman y Glass, 2000), donde el apoyo emocional parece tener especial importancia en su etiología y pronóstico (Seeman, 2000). Estas evidencias que relacionan el apoyo social tanto con la salud física como mental han sido explicadas a través de dos hipótesis principales: la del efecto directo y la de amortiguación.

La primera hipótesis sostiene que el apoyo social tiene un impacto directo sobre el bienestar y la salud, independientemente del estrés padecido (Cohen y Syme, 1985; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981). En tal sentido, un mayor nivel de apoyo social se comparece con menor malestar psicológico y un menor grado de apoyo social con una incidencia mayor de trastornos, independientemente de las circunstancias de estrés que vivan las personas. Se ha argumentado que el apoyo social puede estar relacionado directamente con el bienestar porque provee a los individuos de afectos positivos, sentido de predictibilidad y reconocimiento de dignidad y autoestima (Cohen y Wills, 1985; Rodin y Salovey, 1989). Diversos estudios han comprobado la existencia de este tipo de efecto (Berkman y Syme, 1979; Cohen y Syme, 1985; Kaplan *et al*, 1983).

La segunda hipótesis, denominada de amortiguación, establece que el apoyo social modera el impacto del estrés y supone que el soporte de personas significativas permite afrontar mejor las situaciones de tensión (Gore y Aseltine, 1995). En particular, se ha encontrado que el menor apoyo social está asociado a trastornos mentales tales como la depresión (Brown y Harris, 1978, 1986; Dalgard, Anstorp, Benum y Sorensen, 1995; House, 1981) y, en el estudio europeo realizado por el Eurobarómetro (2003, 2006), que el aumento de apoyo social se comparece con mejores estrategias para el afrontamiento del estrés. En esencia, la hipótesis del efecto amortiguador afirma que cuando las personas están expuestas a

estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre aquellos individuos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar ya que su papel se limita a proteger a las personas de los efectos nocivos del estrés. Esto es, el apoyo social es, esencialmente, un moderador de los efectos de los eventos de estrés (Cohen y Ashby, 1985; Cohen y McKay, 1984; Parker, Barnett y Hickie, 1992)

En un estudio llevado a cabo por Gencoz y Ozlale (2004) para testear las hipótesis del efecto directo o de amortiguación, encontraron que el apoyo instrumental y el bienestar estuvieron parcialmente mediados por las experiencias de estrés. En forma concomitante, hallaron un efecto directo muy robusto entre el apoyo emocional y la salud, independientemente del estrés percibido. De acuerdo con estos hallazgos, la hipótesis del efecto directo se presenta más consistente que la de amortiguación.

*Según estos antecedentes, el apoyo social considerado en su cariz funcional es el que ha mostrado las evidencias más consistentes de su papel como variable explicativa y, en cuanto a su impacto sobre la salud mental, ha sido la hipótesis del efecto directo la que ha mostrado mayor validez. Por tanto, en esta tesis se abordará la evaluación del apoyo social sobre la base de la cantidad de personas que conforman la red social y de la percepción de haber recibido apoyo emocional en el último año y su influencia directa sobre el malestar psicológico.*

3.2.3.3. Explicaciones psicosociales: Modelo de la Cohesión social

Los trabajos pioneros de Wilkinson (1986, 1990, 1992, 1996) indicaron, como ya se mencionó, que es la desigualdad en los ingresos y no la renta en sí misma la que explica las diferencias en la salud de las personas. Este enfoque, conocido como de la cohesión social, es subsidiario de la teoría de la deprivación relativa (Merton, 1940) en la que se sostiene que las personas evalúan su situación de acuerdo a cómo se comparan con los demás. En términos conceptuales, el modelo de Wilkinson se vincula con la noción de anomia social de Durkheim,

quien la entiende como un problema relacionado con el deterioro o la fragmentación de los lazos sociales. Para Durkheim la función moral de la división del trabajo es la instauración de la solidaridad social. Por lo tanto las fallas y los bloqueos que representan la exclusión de grupos, el acaparamiento de oportunidades y la desorganización social, ocasionan la fractura de los vínculos entre los individuos y afectan la perspectiva de la unidad social. De esta manera, cuando se genera desigualdad, la estructura social se altera y las posibilidades de identificación se ven amenazadas ante la ausencia de un proyecto común. Durkheim (1897/1964) señaló que si las sociedades fallan en configurar las funciones de integración y regulación, las consecuencias abarcan no solo la fragmentación de los lazos sociales sino también la erosión de la construcción de sentido y la generación de entornos desprovistos de confianza pública, estados de anomia que propician el aumento de conductas suicidas.

El análisis de las investigaciones sobre el estrés en distintas sociedades sorprendió a Wilkinson (1996, 2006, 2009): en las ciudades pequeñas con valores culturales igualitarios las tasas de mortalidad eran menores; en Italia, las variaciones en los datos de mortalidad infantil se correspondían con la magnitud de la inequidad social y, en Japón, el incremento de las tasas de longevidad obedecía no solo al progreso económico sino también al sentido de comunidad y a la reducción de la rigidez del orden social.

La hipótesis es que la inequidad de ingresos afecta la salud a través de las percepciones de la posición relativa que se ocupa en la jerarquía socioeconómica. Según Wilkinson (2009), en el caso de sociedades inequitativas y fragmentadas o de grupos en posiciones socioeconómicas más bajas, estas percepciones producen emociones negativas tales como vergüenza, desconfianza, hostilidad o miedo que pueden afectar la salud en forma directa –a través de mecanismos psico-neuro-endocrinos– o, indirectamente, propiciando conductas de riesgo para la salud tales como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol. Estas emociones negativas son expresadas a través de conductas antisociales, reducida participación cívica y menor capacidad para la acumulación de capital social dentro de la comunidad. Por lo tanto, asume que existe una asociación entre la magnitud de las desigualdades en una sociedad y la cantidad de emociones y sentimientos negativos que redundan en estrés psicológico.

Si bien este enfoque ha sido criticado por ignorar los mecanismos sociales que generan desigualdades económicas y soslayar la asociación entre la clase y la cohesión social (Muntaner y Lynch, 1999) no obstante, Elstad (1998) rescata que el modelo de Wilkinson ha

contribuido de manera significativa a la perspectiva psicosocial al tomar en cuenta que los componentes individuales se desarrollan a nivel macro y al mostrar que los atributos individuales están estrechamente relacionados con las características colectivas. Así, de acuerdo al autor, las experiencias individuales de armonía y apoyo social son paralelas, a nivel social, a la presencia de altruismo, confianza y generosidad.

*En esta tesis se toma en cuenta especialmente las evidencias que señalan una correspondencia entre las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en salud mental, en su aspecto conceptual.*

3.2.3.4. Explicaciones psicosociales: Modelos de la agencia humana y psico-sociológicos

En el modelo del estrés se pone el foco la naturaleza social de los estresores y en su distribución diferencial según la clase social para la explicación de las desigualdades en la salud mental. En el modelo del apoyo, el acento está puesto en la disponibilidad y acceso a recursos materiales, simbólicos y emocionales provenientes de las relaciones próximas y distales. En el modelo de la cohesión, se considera que las inequidades sociales se corresponden con las diferencias en el malestar en virtud de las comparaciones sociales entre los individuos. Pero en ninguno de ellos se consideran las características, atributos y rasgos psicológicos que pueden intervenir en la explicación de los trastornos mentales frecuentes y que, como veremos, están respaldados por una larga tradición teórica y de investigación. Antes bien, se ha notado que la investigación sobre el estrés social ha tendido a considerar a las personas como recipientes pasivos de las circunstancias externas.

El enfoque de la autoeficacia puede ser entendido como un desarrollo del modelo del estrés social que puntualiza que las capacidades y el poder personal son factores protectores cruciales del distrés. Por ende, la visión de lo humano implica a sujetos activos y no a meros espectadores gobernados por fuerzas estructurales externas. La autoeficacia es definida como "la orientación cognitiva de que los resultados obtenidos, tales como el éxito o el fracaso, son atribuidos a rasgos personales de habilidad y esfuerzo" (Aneshensel, 1992: 27). En este

sentido, la autoeficacia implica en qué medida las personas se ven a sí mismas con capacidad de control para domeñar las fuerzas que afectan sus vidas (Pearlin, Aneshensel y Leblanc, 1997).

Pero que la autoeficacia implique capacidad de agencia, no es óbice para desdeñar la influencia de los factores sociales. La investigación ha mostrado que el entorno y la posición social son dos condiciones de importancia para su desarrollo. Thoits (1995) ha indicado que la percepción de control sobre la propia vida está inversamente relacionada con la clase social en tanto que Karasek y Theorell (1990) han señalado que, en el ámbito laboral, el estrés está relacionado con el bajo nivel de decisión y control personal y no solo con las demandas de la tarea.

Estos modelos de la autoeficacia y agencia humana desde la perspectiva sociológica tienen el mérito de reconocer la importancia de aquellos componentes individuales que son producto del desarrollo a lo largo de la vida, especialmente la noción de control. Su mayor contribución a la perspectiva psicosocial en el estudio de las desigualdades en salud mental ha sido esclarecer cuáles pueden ser los mecanismos implicados en el proceso de estrés, considerar a las personas como sujetos activos en tal proceso y destacar que estos componentes se desarrollan a lo largo de la vida, siendo susceptibles a la influencia del medio en que lo hacen.

Los estudios psicológicos, en forma análoga, han mostrado que las experiencias tempranas son centrales para la comprensión de la agencia humana. En especial, la teoría del apego ha argüido y demostrado que los sentimientos internos de seguridad, que tienen consecuencias significativas para la resistencia al estrés, son el resultado de las características vinculares y sociales en la infancia y la niñez (Fonagy, 1996, Fonagy *et al,* 2007). En este sentido, las circunstancias de adversidad en los primeros años de vida forjan la formación de la subjetividad y tiene efectos poderosos sobre el desarrollo de la vida adulta, propiciando la transmisión intergeneracional de patrones de conducta negativos (Fonagy *et al*, 2007; Rutter, 2000).

Se ha mostrado que los factores de riesgo relacionados con el contexto familiar son cruciales para la propensión al malestar psicológico. Por ejemplo, el maltrato y haber tenido padres con trastornos mentales en la infancia pueden llevar al desarrollo de depresión y ansiedad en la vida adulta y habilitar la transmisión del malestar así como la discordia familiar

puede preceder a la aparición de depresión en los niños y de problemas con el alcohol en los padres (Dyer y Halford, 1998; Sandler, Ayers y Dawson-McClure, 2005). En cambio, la existencia de una base de apego seguro y de apoyo familiar y social pueden reducir estos riesgos (Beardslee, Solantaus y van Doesum, 2005; Hoefnagels, 2005) y aumentar la capacidad de resistencia al estrés.

De acuerdo con Lazarus (1991) las creencias relacionadas con la percepción de control y confianza respecto del entorno –entendidas como tendencias generalizadas a percibir la realidad o a percibirse a sí mismo de una determinada manera– son las que confieren a la personalidad las características que la hacen más resistente a la adversidad. Estas creencias van desarrollándose a lo largo de la vida, inciden en el proceso de estrés, modulando los procesos de valoración primaria y secundaria y están representadas por ciertos recursos de agencia como la percepción de autoeficacia (Bandura, 1982, 1997, 2000), el *locus* de control (Rotter, 1966), el optimismo (Scheier y Carver, 1987) y el sentido de coherencia (Antonovsky, 1987).

En función de los objetivos de este estudio –esto es analizar la relación la posición social y el malestar psicológico, tratando de hallar niveles de mediación relevantes– se indicarán sucintamente los fundamentos teóricos de dos enfoques psicológicos de la agencia humana: la Teoría Social-Cognitiva de Bandura (1986, 1987, 2000, 2001a, 2001b, 2006) y la Teoría del Control personal de Rotter (1966). Ambos son modelos con un importante aval teórico y empírico y guardan una afinidad conceptual significativa con la explicación psicosocial basada en los modelos de la agencia humana para la comprensión de las desigualdades en salud mental. Por esta razón, serán incluidos en el modelo que se propone para la explicación del nexo posición social – malestar psicológico.

*a) La Teoría Social-Cognitiva de Bandura: la noción de autoeficacia*

Bandura (1986, 1997, 2000, 2001a, 2006) fue uno de los pioneros en conceptualizar la agencia desde la perspectiva psicológica. Postuló que la esencia de lo humano es poder ejercitar cierto control sobre la naturaleza y la calidad de la propia vida (Bandura, 2001a:1). Bandura señaló que la agencia humana puede ser caracterizada como un conjunto de rasgos

centrales que operan a través de fenómenos y funciones conscientes. Estos constituyen la extensión temporal de la agencia y se expresan mediante (1) la intencionalidad y la previsión, (2) el interjuego entre la auto-regulación y la influencia reactiva y (3) la auto-reflexión acerca de las propias capacidades, de la calidad del funcionamiento personal y del sentido de los proyectos personales. Esta agencia personal está inmersa en una red amplia de influencias socio-estructurales y, en las transacciones de agencia, las personas son al mismo tiempo productoras y producto de los sistemas sociales. La teoría Social-Cognitiva distingue entre tres modos de la agencia humana: la agencia *personal*, donde cada uno aporta su influencia al acontecer vital y a los eventos ambientales; la agencia *proximal*, basada en la confianza que se tiene en el comportamiento de los demás y la agencia *colectiva*, que se expresa en la coordinación social y en los esfuerzos mancomunados. Es de notar la importante coincidencia conceptual entre estos conceptos de Bandura y el enfoque de Bourdieu para la comprensión de la acción humana.

Entre los mecanismos de la *agencia personal* ninguno es más central, a juicio de Bandura (2001a), que las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para ejercitar algún tipo de control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que ocurren en la vida. En tal sentido, Bandura (2001a:10) señala que "las creencias de eficacia son fundacionales de la agencia humana", las define como la percepción positiva de las propias capacidades en una situación determinada e indica que presentan una gran influencia en el ser humano, ya que actúan sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos (Bandura, 1995). Un aspecto que resalta la importancia de la autoeficacia es su valor predictivo de la conducta. El comportamiento de las personas, según Bandura, puede ser mejor predicho por las creencias que los individuos tienen acerca de sus propias capacidades que por lo que en verdad pueden hacer, puesto que estas percepciones contribuyen a delinear qué es lo que las personas hacen con las habilidades y el conocimiento que poseen (Schunk y Pajares 2002).

La percepción de autoeficacia ocupa un rol central en la estructura causal de la Teoría Social-Cognitiva porque afecta la adaptación y los cambios no solo a nivel individual sino también a través de su impacto sobre otros determinantes (Bandura, 1997; Maddux, Brawley y Boykin, 1995; Schwarzer, 1992). La autoeficacia influye sobre el predominio de pensamientos optimistas o pesimistas y sobre los modos en que las personas tienden a mejorar o empeorar sus vidas (Bandura, 2001a; 2001b). Por lo tanto, juegan un rol esencial en la regulación de la

motivación, en el modelamiento del curso de la vida –por los tipos de actividades y entornos que las personas eligen para sí– (Zimmerman, 1990) y en los comportamientos orientados a la salud (Bandura, 1997).

De esta manera, las percepciones de control y de autoeficacia son, para Bandura, los recursos psicológicos ineludibles para la agencia humana. No obstante, el curso de la vida una persona no es fijo. Nuestra vida está marcada por lo fortuito, por eventos inesperados que pueden cambiar su curso. De hecho, algunas cosas que constituyen lo más relevante de nuestra vida ocurren a través de las circunstancias más triviales. Un profesor del pasado bajo cuyo influjo se decide qué carrera seguir, conocer accidentalmente a una persona que luego será nuestra pareja, toparse con un amigo de la infancia y terminar cambiando nuestra ocupación son cosas que pueden ocurrirnos a los humanos. La cuestión de cómo lidiar con estos sucesos determinará, en parte, qué tipo de vida tendremos. A pesar de que lo fortuito puede ser de carácter positivo o negativo, ello no implica que sus efectos sean incontrolables sino que hay maneras, según Bandura, en que lo inesperado puede ser incorporado a la vida y que, en esto, tienen un papel fundamental tanto las condiciones del entorno como los recursos personales. Así, señala que la capacidad de agencia es indispensable para habérselas con lo fortuito y poder sortear o maximizar las situaciones inesperadas.

No obstante, es evidente que en muchas esferas de funcionamiento las personas no tienen un control directo sobre las condiciones y las prácticas institucionales que afectan su vida diaria. Se ejerce entonces la agencia *proximal*, que depende tanto de la confianza en encontrar a quienes tienen los recursos, el conocimiento y los medios para actuar en su favor, como de la percepción de la propia eficacia para hacerlo (Bandura, 2001a). También se apela a la agencia proximal cuando las personas deben habérselas con estresores y riesgos ambientales. Según lo positivo o negativo del contexto, tal ejercicio puede alentar el desarrollo personal o impedir la consolidación de competencias personales.

Finalmente, en el ejercicio de la agencia *colectiva* se mancomunan los conocimientos, habilidades y recursos y actúan en conjunto para configurar el futuro. El peso relativo proporcionado a las agencias individual, próxima y colectiva varía culturalmente pero se necesitan todas las formas de agencia para vivir cotidianamente, independientemente de donde se viva. Esto configura a la agencia como un proceso cuya forma es universal y cuyo contenido está social y culturalmente determinado. En tal sentido, Bandura (2001a) ha

postulado que los humanos han desarrollado avanzada capacidad para el aprendizaje por observación. Este modo de aprender, de modelar la conducta, es esencial para el auto desarrollo y funcionamiento y es independiente de factores culturales. El *modelado,* es así, una capacidad universal de los humanos. No obstante, cómo y qué es modelado está estructurado socialmente. Al respecto Bandura señala que,

> … los factores socioestructurales operan a través de mecanismos psicológicos del sistema del sí mismo (*self*) para producir efectos conductuales. Así, por ejemplo, las condiciones económicas, el estatus social y educativo y la estructura familiar afectan de forma indirecta pero muy significativamente al comportamiento a través de su impacto en las aspiraciones, el sentido de eficacia, las normas personales, los estados afectivos y otras características de la regulación subjetiva. Por ende, los determinantes socio-estructurales y psicológicos no pueden ser dicotomizados como influencias remotas y proximales. La pobreza, entendida en términos de bajo nivel socio-económico, no es una cuestión de causación distal o multidimensional. No tener dinero para proveer la subsistencia de la propia familia incide sobre la vida cotidiana en una manera muy proximal. La multicausalidad implica la co-determinación de la conducta por diferentes fuentes de influencia, no la dependencia causal entre niveles (Bandura, 2001a:15).

Pero, tal como indica el autor, la subjetividad no es meramente una condición de las influencias socio-estructurales,

> Aunque el sí-mismo está socialmente constituido, los agentes ejercen su influencia de modo generativo y proactivo y no solo reactivamente… La agencia personal y la estructura social operan de manera interdependiente. Las estructuras sociales son creadas por la actividad humana y, las prácticas socio-estructurales a su vez, imponen restricciones y proveen de recursos y estructuras de oportunidades para el desarrollo y el funcionamiento personal (Bandura, 2001a:15).

Así, las creencias de autoeficacia – que son fundantes de la agencia humana – reflejan el modelado de conductas en contextos socialmente determinados. En términos teóricos y operativos, la autoeficacia es, para Bandura, siempre referida a un dominio. Por tanto habrá percepciones de eficacia para el rendimiento académico, para el desempeño laboral, etc. No obstante, las corrientes actuales indican que, en realidad, la autoeficacia representa un rasgo general y que si bien la evaluación por dominios puede ser muy útil para intervenciones específicas, no lo es tanto para la comprensión de su influencia en la salud mental. Dado que

el carácter por dominio o general de la autoeficacia es un punto controversial de la teoría, a continuación se revisan los antecedentes de una y otra definición.

## Autoeficacia referida a dominio y Autoeficacia general: similitudes y diferencias

La Teoría Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1977, 1997, 2001) es una explicación alternativa a los postulados conductistas y psicoanalíticos acerca de la motivación y acción humanas. Mientras los primeros colocan el acento en la influencia de la situación, los segundos lo hacen sobre los mecanismos y procesos intrapsíquicos.

Bandura indicó que, en realidad, lo que ocurre es un determinismo recíproco entre la situación, la persona y su conducta que delimitan tres tipos de expectativas. Las expectativas de la *situación*, que están condicionadas por eventos ambientales independientes de la acción personal; las expectativas de *resultado*, que se refieren a las creencias que una conducta producirá determinadas consecuencias y las expectativas de *autoeficacia*, que aluden a los juicios que tiene una persona acerca de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995). En este sentido, si bien los humanos estamos claramente influenciados por el entorno en el que vivimos, no obstante, no somos meros receptores de estímulos sino constructores, en parte al menos, de nuestro destino. Esta característica de poder incidir activamente sobre el entorno es, según Bandura, la capacidad de agencia humana (Bandura, 2001).

Las creencias de autoeficacia son parte esencial de ella e influyen sobre el comportamiento de cuatro formas: en la elección de actividades y conductas; en la cantidad de esfuerzo que se invierte en una actividad; en los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales y en la producción del propio futuro. Por ende, la autoeficacia tiene una naturaleza prospectiva y operativa y se relaciona, directa e indirectamente con cómo tramitan las personas las situaciones novedosas y/o inesperadas. De acuerdo con Bandura (1997) los niveles de eficacia [altos (A) y bajos (B)] interactúan con dos tipos de entornos [responsivos (R) y no responsivos (NR)] y redundan en Éxito (A,R), Depresión (B,R), Apatía y desesperanza (B, NR) e Intensificación del esfuerzo/ Cambio de curso (A, NR). Así, en términos emocionales, la autoeficacia está asociada con el optimismo, la ansiedad o la depresión, según su cualidad (Bandura, 1997). En términos del pensamiento, la percepción de

competencia facilita los procesos cognitivos y la toma de decisiones mientras que el pesimismo se comparece con dubitación acerca de los propios logros.

Si bien Bandura (1997, 2001) ha analizado exhaustivamente su concepción de la agencia humana sobre la base de la noción de autoeficacia, existe una controversia sobre la delimitación conceptual entre ella y el *locus* de control en la que se sostiene que la autoeficacia se solapa tanto con el *locus* de control como con el resto de conceptos que le son añadidos (previsión, auto-reflexividad y auto-reactividad) (Hawkins, 1992; Kirsh 1982; Lefcourt, 1992; Zuroff y Rotter, 1985) y que, más bien, el *locus* de control es, junto con la dificultad de la tarea, un determinante de la autoeficacia y no al revés (Kirsch, 1986).

No obstante estas críticas, lo cierto es que en las últimas dos décadas se ha desarrollado una prolífica investigación en torno a esta noción que ha mostrado su potencia explicativa sobre los hábitos de salud, la efectividad deportiva o las metas académicas. Así, la autoeficacia ha sido estudiada en diferentes áreas del funcionamiento humano, demostrando su relevancia e influencia en campos diversos como pueden ser la elección vocacional (Carbonero Martín y Merino Tejedor, 2004), el comportamiento saludable y el funcionamiento físico en el ámbito del deporte, la Psicología y la Medicina (Garrido, 1993; Guillén Rojas, 2007; Holden, 1991; Maddux, Brawley y Boykin, 1995), en la gestión de organizaciones en el mundo laboral (Cisneros, Medina Díaz, Munduate Jaca y Dorado Mimbrero, 2000), la consecución de metas académicas en niños y adolescentes (Holden, Moncher, Schinke y Barker, 1990) y en la adaptación humana al medio social (Bandura, 1997).

Tradicionalmente, la autoeficacia es entendida por Bandura (1997, 2001, 2006) como referida a un dominio o a una tarea determinados y no corresponde a una disposición aislada, sino a un constructo multidimensional que varía con base al dominio, tarea y nivel de funcionamiento (Bandura, 1977, 1997). En cuanto a su evaluación, sostiene que los ítems deben ser enunciados en términos de la capacidad para realizar algo ("*I can*") mas que en la voluntad o intencionalidad de hacerlo ("*I will*"), que deben ser puntuados con un escalamiento de 0 a 100 y, fundamentalmente, que la evaluación debe ser en relación a un dominio específico:

> No existen medidas de propósito general de la autoeficacia percibida. El enfoque "la misma medida para todo" tiene usualmente un limitado valor tanto explicativo como predictivo, ya que la mayoría de los ítems de los tests basados en este enfoque pueden tener poca o

ninguna relevancia para el dominio de funcionamiento que está siendo estudiado (Bandura, 2001. Trad. Olaz, Silva y Pérez, 2001)

Si bien la cita no deja lugar a dudas en cuanto a la irrelevancia del planteo de un aspecto general de la autoeficacia, no obstante existen razones teóricas y empíricas que interpelan este supuesto.

Por una parte, la definición misma de autoeficacia indica que ésta incide decisivamente en lo que las personas sentimos, pensamos y hacemos (Bandura, 1997). En términos lógicos, una conclusión tan general implica un juicio universal que, por regla lógica, no puede deducirse de premisas particulares. Por ejemplo, Bandura (2001) indica que para analizar la autoeficacia en relación a un dominio se debería prestar atención a los factores conductuales sobre los cuales puede ejercerse algún control en función de su magnitud, generalidad e intensidad (Bandura, 1986). En el caso de la pérdida de peso, serían la eficacia percibida para regular la compra de comida, para incidir sobre los hábitos alimenticios y para realizar ejercicio físico. No obstante, los resultados de algunos estudios muestran que las creencias generales en la propia capacidad para perder peso es un buen predictor en los programas de dietas pero no así los de actividad física (Schulz, 2005; Schulz, 2010). Por su parte, Gerin *et al* (1996) indicó que la autoeficacia para una tarea puede ser parte integral de un esfuerzo involucrado en las respuestas de afrontamiento que, entonces, incluyen factores generales y específicos.

Según las recomendaciones convencionales, el nivel de autoeficacia (específico o general) debería incluir sus constructos relacionados para maximizar el poder predictivo (Bandura, 1997; Pajares, 2002). En tal sentido, la autoeficacia general podría usarse para evaluar un rasgo global – tal como la ansiedad – y otras medidas específicas para evaluar el dominio. En un estudio, Downey, Rainer, Summer y Bartczak (2010) analizaron este supuesto y su alternativo, esto es si las creencias de autoeficacia eran generales a través de distintos sub-dominios. Con respecto a la autoeficacia para la computación, que era el objeto del trabajo, existe evidencia de que esta opera a múltiples niveles, desde sub-dominios específicos de aplicación (por ejemplo, bases de datos) a juicios de habilidad para el dominio computacional completo, vale decir, de autoeficacia general. Los resultados de la investigación indicaron que tanto los juicios de autoeficacia general como específica se relacionaron con los aspectos globales y de sub-dominio. Esto, en opinión de los autores,

sugiere que los juicios de autoeficacia incluyen componentes globales y específicos simultáneamente e implica que, en cierta medida, la autoeficacia es generalizable.

En otro estudio, en el que se analizaban distintos niveles de autoeficacia en un grupo de cursantes de estadística, se encontró que la autoeficacia general, la autoeficacia académica, la autoeficacia estadística y las actitudes hacia la estadística son constructos distintos aunque relacionados entre sí. Las dos correlaciones más elevadas correspondieron a las parejas de constructos más próximos en términos de especificidad. Esto es, por un lado, autoeficacia estadística/actitudes hacia la estadística y, por otro, autoeficacia académica/autoeficacia general. No obstante, todas contribuyeron eficazmente al modelo de cuatro factores supuesto. Estos resultados sugieren que se pueden distinguir aspectos globales y específicos sustantivos para el estudio de la autoeficacia (Blanco Blanco, 2010).

Por su parte, Ryan (2001) analizó el solapamiento entre la autoeficacia general, la referida a dominios específicos y algunos rasgos de personalidad. Los resultados indicaron que la autoeficacia general no podía ser entendida como la sumatoria de las específicas y que presentaba una mayor varianza compartida con las dimensiones de personalidad. En su opinión, la autoeficacia general representa un sistema de creencias acerca del sí mismo que se relaciona pero también se distingue de la autoeficacia específica y de otros rasgos de la personalidad.

En el mismo sentido Chan (2008), en un estudio para analizar la autoeficacia general y específica respecto de la formación docente, encontró que los maestros con mayor experiencia mostraron niveles altos tanto de una como de otra y Reigal Garrido y Videra García (2010) que la autoeficacia general se relacionó significativamente con la intención específica de practicar actividad física en la adolescencia.

Hay que notar que si bien ambos enfoques se diferencian en el grado de focalización del dominio, no obstante, comparten la evaluación de procesos auto-regulatorios comunes. De otra manera, sería lógicamente imposible que la evaluación de la autoeficacia general se relacione tan claramente con las mismas características que la medición por dominios.

De esta manera, la presunción de un carácter general de la autoeficacia es, al menos, lógica. Algunos investigadores han conjeturado este sentido general de autoeficacia que alude a las percepciones sobre cuán efectiva piensa ser la persona al afrontar una *variedad* de situaciones estresantes (Luszczynska, Gibbons, Piko y Tekozel, 2004; Luszczynska, Scholz y

Schwarzer, 2005; Schwarzer y Jerusalem, 1995). En tal sentido, la autoeficacia general (AG) podría explicar un amplio rango de la conducta humana y ser especialmente útil cuando la investigación se centra en varias conductas simultáneamente (Luszczynska et al., 2004).

En cuanto a los instrumentos para la evaluación de la autoeficacia general, hay que mencionar Escala de Autoeficacia General (EAG) de Jerusalem & Schwarzer (1992), cuyo objetivo es evaluar las creencias estables de competencia personal para manejar con eficacia las diferentes situaciones estresantes a las cuales las personas se ven expuestas a lo largo de su vida. La EAG fue desarrollada en Alemania en 1981, su versión original incluía 20 ítems y luego de estudios de consistencia, se redujo a una escala de 10 elementos (Schwarzer, 1993). Se han llevado a cabo diversos estudios con muestras de distintas nacionalidades cuyos resultados permiten inferir adecuada consistencia interna (alfa = .76 a .91, según la muestra, Schwarzer, 2002, 2011; Kumar y Lal, 2006). En la Argentina, hemos realizado una adaptación y tipificación de la EAG (Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010) y entre sus resultados pueden indicarse una consistencia interna aceptable, semejante a la hallada en otros países ($\alpha$ = .76) y, en relación a las evidencias de validez convergente, se obtuvieron correlaciones significativas con estrategias de afrontamiento al estrés de planeamiento (r = .459; $p < .001$) y actividad (r = .393; $p < .001$). En cuanto al escalamiento elegido por Schwarzer (1993), es de notar que difiere de las recomendaciones realizadas repetidamente por Bandura (2001, 2006) en el sentido de que la medición de autoeficacia debe ser en relación a un dominio específico, que los ítems deben ser enunciados en términos de la capacidad para realizar algo y que la escala de medida deber comprender un rango de puntuaciones de 0 a 100. Pero, como se señaló, la EAG de Schwarzer alude a un aspecto general y no específico de la autoeficacia (Luszczynska et al., 2004; Luszczynska et al., 2005), por lo que se justifica su elección de un escalamiento tipo Likert basado en la frecuencia de la percepción de eficacia ante una variedad de situaciones y no en la de la capacidad específica para realizar algo determinado.

Por otra parte, la unidimensionalidad y la universalidad de la AG han sido investigados por Scholz, Gutiérrez-Doña y Schwarzer (2002) quienes realizaron un estudio comparando los datos de 19.120 personas que respondieron a la EAG en 25 países diferentes. El objetivo fue analizar si la medida era equivalente en distintas culturas y si se correspondía con una sola dimensión. Mediante análisis factorial confirmatorio, compararon el ajuste del modelo de unidimensionalidad y de otro alternativo de dos dimensiones. Los resultados mostraron que

los estadísticos de bondad de ajuste fueron claramente mejores y con valores considerados como excelentes (Scholz *et al*, 2002) para el modelo de una dimensión.

Los resultados hallados en estos estudios a lo largo del mundo proveen evidencias de esta condición general de la autoeficacia (Scholz *et al*, 2002; Schwarzer, 1997) y de su predicción sobre la depresión, la soledad, el optimismo o la desesperanza (Schwarzer, 2011).

Como se señaló, las disfunciones por ansiedad y depresión son las formas más frecuentes de problemas de salud mental en la población. La investigación ha mostrado que estos trastornos pueden debilitar el funcionamiento de las personas tanto en la esfera privada como en la pública (Bromberger y Costello, 1992; Friedmann, McDermut, Solomon, Ryan, Keitner y Miller, 1997). Entre las variables psico-sociales, la autoeficacia ha sido considerada como una clave para modular la aparición de estos trastornos. Teóricamente hablando, puede esperarse que aquellas personas cuyas expectativas de autoeficacia son realzadas tienen más oportunidades de experimentar éxito y de observar y aprender de las experiencias de éxito de otros y, en consecuencia, de sentirse capaces de habérselas con sus estados fisiológicos y emocionales (Bandura, 1986). En forma palmaria, la evidencia indica que la percepción de baja autoeficacia es un rasgo importante de una variedad de problemas de ajuste psicológico, incluyendo la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias (Bandura, 1995; Maddux y Meier, 1995).

Maciejewski, Prigerson y Mazure (2000) estudiaron la hipótesis acerca de si la autoeficacia es una característica protectora contra la depresión o si esta condición es socavada por los sucesos de estrés. En su estudio, en el que usaron una muestra longitudinal norteamericana de 2858 encuestados, estimaron el efecto de los sucesos de estrés sobre la autoeficacia y analizaron el papel de ésta como variable mediadora entre los eventos de tensión y los síntomas de depresión. Los resultados indicaron que la autoeficacia explicó aproximadamente un 40% del efecto de los sucesos estresantes sobre los síntomas de depresión, dando robustez a la hipótesis de su papel mediador para el malestar psicológico. En el mismo sentido, en otra investigación, en la que se examinó el efecto de la autoeficacia y el apoyo social sobre la salud mental, se constató que la autoeficacia fue un predictor robusto del bienestar en tanto que el apoyo social fue mediado por aquella (Cheung y Sun, 2000).

De acuerdo con los antecedentes, se ha observado que la percepción de baja autoeficacia general se correlaciona negativamente con medidas de ansiedad, depresión y de

síntomas físicos (Schwarzer, 1993; Schwarzer & Born, 1997), así como con creencias de control externo y con estrategias negativas en el manejo del estrés (Kumar & Lal, 2006; Sanjuán Suárez, Pérez García & Bermúdez Moreno, 2000). En cambio, se asocia positivamente con los constructos de autoestima y optimismo (Schwarzer, 1993; Schwarzer & Born, 1997) y con la calidad de vida (Kvarmel, Haraldstad, Helseth, Serum & Natvig, 2009). Asimismo, las percepciones de alta autoeficacia general se han asociado con las creencias de control interno y con las estrategias de afrontamiento al estrés centradas en la tarea. En este sentido, si bien, la AG puede vincularse con los estilos activos de afrontamiento al estrés, no obstante, difiere en que los ítems de AG se refieren a juicios acerca de la percepción de eficacia para resolver problemas y no a la manera en que esto se instrumenta.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, Wilson (1996) desarrolló la hipótesis de la correspondencia entre el nivel socioeconómico de la zona residencial y el nivel individual de las percepciones de autoeficacia. Para testear esta hipótesis, Boardman y Robert (2000) analizaron qué relación existe entre las características del nivel socioeconómico del vecindario y las percepciones individuales de autoeficacia y si esta relación se da solo a título personal o si el nivel socioeconómico del barrio está asociado a la autoeficacia *per se*. Los resultados indicaron que las zonas residenciales con proporciones elevadas de desempleo y déficit de asistencia pública se encuentran asociados con bajos niveles de autoeficacia, más allá de la posición social concreta del individuo. En este sentido, la autoeficacia es un constructo de interés no solo en su papel mediador de la salud mental sino también como un producto del entorno social en el que desarrollan su vida las personas.

Dadas estas evidencias empíricas y las razones teóricas citadas, es plausible pensar en la existencia lógica de la noción de autoeficacia general, entendida como las *creencias de un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectivo se puede ser al afrontar una variedad de situaciones estresantes* (Schwarzer y Jerusalem, 1995).

*b) La Teoría de la Expectativa de Valor de Rotter: la noción de locus de control*

En 1966 el psicólogo clínico Julien Rotter observó en sus pacientes que, a iguales condiciones de aprendizaje en el contexto de la psicoterapia, las personas aprendían diferentes cosas. Algunas, respondían de manera predecible y encontraban una conexión clara entre su conducta y el refuerzo recibido (positivo o negativo) mientras que otras respondían de forma errática e impredecible.

Estos hallazgos contradecían uno de los supuestos más sólidos del conductismo, esto es, que el refuerzo determina la conducta. Rotter destacó la importancia de los valores y de las expectativas de refuerzo únicas para cada situación –expectativas específicas–, pero también sugirió que las personas desarrollan expectativas que se mantienen a través de diversas situaciones –expectativas generalizadas– (Pervin, 1998).

Las investigaciones de Rotter (1966), llevaron a la formulación de la Teoría de la expectativa de valor en la que se asume que la conducta no solo es determinada por la presencia o intensidad de los refuerzos sino también por las creencias acerca de cuán probable es que se obtenga el refuerzo y cuáles serán los resultados de la propia conducta. Para ilustrar esta teoría puede considerarse el siguiente ejemplo:

> Un recién graduado está buscando trabajo y encuentra dos anuncios, en uno el sueldo es de $4000 y en el otro de $6000. ¿Qué pasa si la persona no tiene la esperanza de obtener el trabajo de $6000 pero cree que tiene una buena chance de obtener el de $4000? Si la chance de obtener el mejor trabajo es de 50/50 y la de obtener el trabajo con menor sueldo es del 100% entonces el mejor trabajo es "peor" para la persona. Por lo tanto el empleo de $4000 tiene una mayor expectativa de valor.

Desde esta perspectiva se asume que las personas tienen expectativas y que éstas influyen la conducta. Estas expectativas son representaciones mentales basadas en los resultados previos confrontados con la situación actual que influyen en el juicio y las creencias de obtener o no el resultado deseado. De esta manera, las expectativas tienen un efecto causal sobre las decisiones conductuales.

Al igual que la mayoría de los teóricos del aprendizaje social, Rotter postula que si se puede establecer un nexo entre las conductas y los refuerzos, entonces el comportamiento es afectado por los estímulos. En cambio cuando esta conexión no existe, la reacción es más

impredecible y, por lo tanto, no es probable el aprendizaje de que los refuerzos se corresponden con la conducta.

Rotter acuñó el término de *locus* de control para designar a estas creencias de la consistencia entre la conducta y los resultados y para señalar el "lugar" desde donde lo hacen. Las personas con un *locus* de control interno (altas expectativas generales) creen que a través de sus conductas pueden controlar la probabilidad de recibir refuerzos positivos. En cambio, los individuos con *locus* de control externo (bajas expectativas generales) no perciben una conexión clara entre su comportamiento y esa posibilidad de recibirlos.

El autor consideraba que el *locus* de control consiste en un continuo cuyos extremos están representados por el *locus* externo y el interno. Sin embargo, diversos estudios han cuestionado la unidimensionalidad del constructo. Lefcourt, Martin y Saleh (1984) señalaron que el *locus* de control presentaba tres dimensiones bien diferenciadas: la atribución a la internalidad, al destino o el azar y a otras personas poderosas y que, por ende, una persona podría presentar diferentes *locus* según la dimensión que se analice. Por su parte, Paulhus *et al* (1981, 1990) concibieron un modelo de esferas concéntricas que se correspondían, del centro a la periferia, con el control personal, el control interpersonal y el control socio-político. Pero más allá de la controversia acerca de la dimensionalidad del constructo lo cierto es que el *locus* de control es reconocido, hoy día, como un rasgo de personalidad que modera entre los refuerzos del entorno y las conductas individuales. En tal sentido, representa un recurso psicológico de importancia para comprender cómo las personas reaccionan a los eventos de su vida.

Después de 50 años de investigación, conocemos que las personas con creencias de control interno se caracterizan por tener iniciativa y orientación a la meta, resistencia a la coerción externa, tolerancia en las situaciones de ambigüedad y proyectos personales significativos y, los individuos con creencias de control externo, por desestimar la eficacia del propio accionar para cambiar el entorno, ser más influenciables a la coerción social, tener escasa motivación al logro y bajas expectativas hacia el futuro. (Lefcourt, 1973, 1984; Lachman y Weaver, 1998).

Además, los estudios han mostrado que el desarrollo de las creencias de control está asociado con los recursos y estilos familiares, la consistencia de los patrones culturales y el tipo de conductas que recibieron refuerzos positivos. Así, las personas con creencias de

control internas, por lo general, crecieron en familias o entornos que modelaron este tipo de creencias al enfatizar el esfuerzo personal, la educación, la responsabilidad y el discernimiento como recursos eficientes para promover cambios positivos en la propia vida. Según Lefcourt (1984) la calidez, el apoyo y la estimulación del entorno familiar son esenciales para el desarrollo de un *locus* de control interno. Aunque la pobreza no puede ser considerada como sinónimo de descuido parental se ha notado, sin embargo, que los entornos de adversidad tienden a modelar y propiciar el desarrollo de creencias de control externas. Los estudios han mostrado que estas creencias están típicamente asociadas a los grupos más desfavorecidos y que la pobreza se comparece con la percepción, muchas veces realista, de un menor control sobre la propia vida. Esto promueve el refuerzo de conductas de sumisión, de aislamiento o de pasividad, en lugar de conductas autónomas y de iniciativa (Lachman y Weaver, 1998; Lefcourt, 1966; Schultz y Schultz, 2005).

McCombs (1991) indica que, en esencia, el *locus* de control interno es un concepto referente a la agencia personal, en el sentido de que nuestros pensamientos y acciones de control pueden afectar positivamente nuestras creencias, motivación y competencia. "La agencia puede actuar consciente o inconscientemente y seleccionar y regular el uso de todas las estructuras y procesos intelectuales disponibles en apoyo de los proyectos personales, las intenciones y las decisiones… El grado en que se elige ser autodeterminado es una función de la realización de cada uno en cuanto a la agencia y el control personal" (McCombs, 1991: 6,7)

Por tanto, el supuesto es que las personas tienen margen para elegir dirigir sus pensamientos y energía hacia la realización en lugar de desanimarse por sentimientos de inadecuación. Así, la perspectiva del control sugiere que el *locus* interno promueve las conductas propositivas en tanto que, el externo, inhibe las habilidades de agencia. La diferencia con la noción de autoeficacia es que ésta se refiere a las creencias de las personas acerca de su *capacidad* para obtener resultados positivos mientras que el locus de control alude a las *expectativas* acerca de cómo serán los resultados. Si bien Bandura (1996, 1997) indicó que el *locus* de control tiene un carácter general y la autoeficacia siempre está referida a un dominio, también en su teoría resaltó la importancia del control personal para la regulación personal. En tal sentido, la autoeficacia y el control se asemejan en que versan acerca de cómo las personas pueden actuar en sus contextos en la dirección de la agencia personal. Por su parte, Schwarzer (1997) indicó que la noción de autoeficacia general se asocia con la de *locus*

de control pero mantiene independencia conceptual de ella mientras que, otros estudios, constataron la misma dirección al encontrar evidencias de validez convergente y discriminante entre las creencias de control, la autoeficacia general y las estrategias de afrontamiento al estrés (Kumar y Lal, 2006; Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno, 2000).

Si bien los conceptos de salud mental, autoeficacia y *locus* de control están relacionados, no obstante, representan dominios independientes. Esto implica que no se sigue inexorablemente que de una alta autoeficacia o de un locus de control interno, devenga la salud mental ni al revés, que la percepción de una baja eficacia o de control externo redunde en la aparición de malestar psicológico. Por lo tanto, como se indicó, tanto las percepciones de eficacia cuanto las de control han sido pensadas como mediadores válidos entre las influencias ambientales y la salud mental.

Dadas las características del *locus* de control, muchas investigaciones se han orientado a analizar la asociación entre el control y la salud, tanto física como mental. En cuanto a la salud física, la evidencia no es concluyente ya que se han encontrado asociaciones positivas entre las creencias de control personal, la menor incidencia de trastornos cardiovasculares y la percepción de un funcionamiento saludable (Karasek y Theorell, 1990; Marmot, 2005; Seeman y Lewis, 1995) pero también entre dichas creencias y sucesos negativos para la salud (Seeman, 1991; Thompson y col., 1988).

En cambio, respecto de la salud psicológica y los trastornos mentales comunes (TMC), los estudios muestran un vínculo significativo entre ambas nociones (Rodin y Salovey, 1986; Haidt & Rodin, 1995). Uno de los primeros estudios que indicaron esta hipótesis fue el de Johnsona y Sarasona (1977) quienes examinaron si la relación entre los cambios vitales y los TMC podía ser entendida como una función de las orientaciones de control. Sus resultados revelaron que particularmente fueron las creencias de control externo las que predijeron con más precisión los TMC e indicaron que era mejor evaluar los cambios vitales negativos (sucesos de estrés) que los cambios vitales en general.

En la misma dirección, otras investigaciones señalaron que las personas con creencias de control externo –que perciben un menor control sobre sus vidas– tienden a estar más estresadas y a presentar más síntomas de depresión clínica (Benassi, Sweeney y Dufour, 1988; citado en Maltby, Day y Macaskill, 2007). En coincidencia con estos hallazgos, los antecedentes muestran que las creencias de control son un predictor robusto del malestar

psicológico (Bovier *et al*, 2004) y que la percepción de control que se desarrolló en la infancia afecta el bienestar psicológico en la juventud (Gale, Batty y Deary, 2008)

Además, Lazarus y Folkman (1987) consideran que las percepciones de control tienen un papel fundamental tanto en la evaluación primaria (percepción de peligro o amenaza) como en la evaluación secundaria (disponibilidad de recursos para afrontarla) de una situación estresante (Folkman y Lazarus, 1988). En las investigaciones sobre el tema, se ha asociado el *locus* de control interno a un estilo resolutivo en el afrontamiento al estrés y el locus de control externo a estilos caracterizados por estrategias pasivas y evitativas (Banyard y Graham-Bermann, 1998; Clement y Nilsson-Schonnesson, 1998). Así, las personas que creen tener escaso control sobre lo que les ocurre perciben mayor amenaza en un número mayor de situaciones y la sensación de que sus estrategias para afrontarlas son inefectivas. Por el contrario, quienes albergan creencias de control interno y confían en que poseen recursos, afrontan con menor tensión esas situaciones (Bermúdez, 1996). Por ello, se ha señalado que el *locus* de control funge como mediador entre el estrés y el bienestar psicológico (Young, 2001).

La complejidad de la relación entre las creencias de control y la salud está también indicada por la evidencia que señala diferencias significativas en los patrones de asociación entre salud y control según el nivel socioeconómico. En un estudio llevado a cabo por Lachman y Weaver (1998) para estudiar la relación entre salud física y mental y posición social en muestras norteamericanas, se encontró que las creencias de control interno están asociadas con mejor salud, mayor satisfacción con la vida y menor presencia de síntomas depresivos. El hecho de que las personas de clase baja con un alto sentido de control mostrasen niveles de salud y bienestar psicológico comparables a los individuos de clases más altas provee evidencia para pensar que esta variable puede ser útil para comprender la relación entre las diferencias de clase social y de salud (Lachmar y Weaver, 1998)

*En este estudio se conjetura que tanto las creencias de autoeficacia como las de locus de control pueden tener un papel mediador de importancia para la comprensión de la relación entre la posición social y el malestar psicológico. Por lo tanto, se considera que un modelo que intente dar cuenta de tal relación debería incluir el análisis de estos mediadores psicológicos, que revelan el carácter propositivo de la conducta, son expresión de la agencia humana e influyen significativamente en la valoración primaria y secundaria ante situaciones de estrés.*

*c) Modelos psico-sociológicos y socio-psicológicos*

Uno de los precursores de este tipo de estudios fue House (1977, 1981) quien se adentró en el estudio de la estructura social de la personalidad, denominándola *sociología psicológica*. Esta variante de la psicología social relaciona los fenómenos macro-sociales con los patrones de comportamiento y atributos psicológicos individuales y es subsidiaria del interaccionismo simbólico y de la sociología weberiana. De acuerdo al autor, su modo de entender la psicología social está fundamentado en las investigaciones de Weber en las que demostró que los valores y las creencias de la ética protestante llevaron a cambios importantes en la estructura social de su tiempo.

Su enfoque general se base en tres principios: (a) el *principio componencial*, que se refiere los procesos de estructuración social, sean debidos a la posición socioeconómica, el sexo, la edad, la etnia, el nivel de educación, la ocupación u otro componente; (b) el *principio proximal*, que supone que los efectos de la estructura social son transmitidos a los individuos mediante estímulos o situaciones, por ejemplo, las experiencias de estrés social, la anomia o la integración social y (c) el *principio psicológico*, que alude a los constructos psicológicos que deben ser considerados para comprender el impacto de la estructura social sobre los individuos. En la visión de House, existe una dependencia causal entre estos tres principios o niveles.

El modelo propuesto por Sánchez Moreno y Barrón (2003) es un claro ejemplo de este enfoque. En la concepción de los autores, existen dos niveles de mediación entre la posición social (medida según el nivel de ingresos y la ocupación) y el bienestar/malestar psicológico.

En el primero se incluyen la integración comunitaria (medida a través de la percepción de apoyo institucional), la percepción de anomia (evaluada mediante una escala autoperceptiva de alienación) y el estrés padecido (que se evalúa por una serie de eventos individuales y sociales).

En el segundo nivel, se ubican la percepción de autoestima y la de apoyo social y, finalmente, como variable dependiente, la salud mental. Como puede notarse, este modelo sigue la idea de una dependencia causal entre niveles ya que, la posición social (nivel componencial) determina la presencia de estrés y del nivel de integración social (nivel

proximal) que, a su vez, determinan los recursos psicológicos (nivel psicológico), los cuales impactan en la salud mental.

Los autores llevaron a cabo un estudio para probar este modelo en una muestra española de 400 individuos de población general y los resultados de las ecuaciones estructurales indicaron que el modelo teórico propuesto no presentó un buen ajuste a los datos. Por ejemplo, no se encontró asociación causal entre la integración social y la autoestima ni del apoyo social como amortiguador del estrés. Contrario a lo que habían hipotetizado, el análisis mostró un efecto directo de la integración comunitaria y de la autoestima sobre la salud mental y otro del estrés y de la integración sobre la alienación (Sánchez Moreno y Barrón López, 2003).

Como se verá en el capítulo siguiente, conjeturo que las dificultades del modelo residen en tres cuestiones: el significado y evaluación de la posición social, los mediadores psicológicos considerados y la consideración del apoyo social como amortiguador del estrés.

*En este estudio, se tendrá en cuenta el esquema propuesto por House de dependencia causal entre niveles y el modelo de Sánchez Moreno y Barrón López para el diseño de otro alternativo que integre los hallazgos de la hipótesis procesal del estrés, del apoyo social y de los recursos de agencia humana.*

# Capítulo 4. Propuesta teórica y objetivos

## *4.1. Propuesta de un modelo explicativo de la relación entre la posición social y el malestar psicológico*

Es evidente que la hipótesis de la selección social, en última instancia, hace referencia a que la dotación biológica determina el malestar psicológico en tanto que la hipótesis de la causación social indica que, en realidad, las circunstancias sociales son tan poderosas que inducen dicho malestar. Ambas posiciones ignoran la importancia de los recursos psicológicos con los que cuenta una persona para tener algún tipo de control sobre la propia vida y ejercer, de este modo, la experiencia de la libertad humana. Como señalaba Pieron "la psicología es la más natural de las ciencias sociales y la más social de las ciencias naturales".

Sobre todo en este último medio siglo la psicología ha aprendido que los recursos de la agencia se desarrollan inmersos en una interdependencia biológica y social. Sabemos desde Bowlby y Ainsworth de la importancia crucial de la interacción vincular no solo para la formación de la subjetividad sino también para el desarrollo de las funciones fisiológicas y mentales (Fonagy, 2007; Rutter, 1990; Siegel, 2007). Pero, a pesar de estar biológica, vincular y socialmente constituidos, los humanos no somos seres pasivos entre las determinaciones genéticas y las sociales. Tal como nos lo muestran las corrientes socio-cognitivas, los humanos somos producto y productores de nuestra realidad y contamos con recursos para hacer frente a las adversidades sociales. No obstante, éstas pueden tener la intensidad suficiente como para precipitar malestar psicológico significativo.

Como se adelantó, los modelos de causalidad social se han orientado a tratar de comprender el vínculo entre posición social y el malestar psicológico a través de la postulación de explicaciones acerca de (a) las circunstancias económicas, (b) los hábitos y estilo de vida y (c) las condiciones psicosociales, incluyendo las hipótesis del estrés, del apoyo social, de la cohesión y de la agencia humana y socio-psicológicos.

Si bien se reconoce que las circunstancias socioeconómicas y los hábitos saludables explican en parte esta relación, no obstante, han resultado insuficientes para una cabal comprensión del vínculo entre la posición socioeconómica y los trastornos mentales más frecuentes (Elstad, 1998). Tal como se señaló en la revisión de las explicaciones materiales respecto de la predicción del malestar, la evidencia es dispar cuando se analizan el ingreso, la

educación o la ocupación pero es más consistente cuando se incluyen las circunstancias socioeconómicas adversas tempranas o la desigualdad en las condiciones materiales de vida. Considero que este punto es central: es la desigualdad y no simplemente la falta de recursos la que se asocia al malestar psicológico. Así, las clasificaciones socioeconómicas basadas en los indicadores convencionales (educación, ocupación, acceso a servicios de salud, etc.) son "débiles" para explicar el fenómeno del malestar psicológico pero, en cambio, se tornan robustas cuando se incluye la evaluación de características estructurales de la subjetivación como expresivas de la desigualdad respecto de la posición social. Pero además, me parece cuestionable pensar que la posición social entendida en los términos convencionales *per se*, afecta directamente a la salud mental. No se trata de fuerzas físicas ni de transformaciones químicas que extienden sus efectos de manera directa sobre el bienestar sino que más bien lo hacen a través de sus asociaciones con la exposición a sucesos de estrés y con la tendencia a favorecer un marco diferencial para el modelamiento de conductas. En este sentido, creo que no debe soslayarse la importancia de la asociación de la posición social con la exposición a situaciones de estrés pero tampoco, a un nivel más general, con las nociones de modelado y de *habitus* ya reseñadas.

La hipótesis de las condiciones psicosociales me parece más robusta para explicar la relación entre el malestar psicológico y la posición social aunque, los estudios que la representan, rara vez contemplan la inclusión de variables personales de agencia que, a mi criterio, implicarían una indagación más integral del problema de investigación que nos ocupa.

Una de las pocas excepciones es el modelo propuesto por Sánchez Moreno y Barrón López (2003), que se describió en el capítulo anterior. En forma resumida, este modelo contempla dos niveles de mediación entre la posición social (medida según el nivel de ingresos y la ocupación) y el malestar psicológico. En el primero se incluyen la integración comunitaria (medida a través de la percepción de apoyo institucional), la percepción de anomia (evaluada mediante una escala autoperceptiva de alienación) y el estrés padecido (que se evalúa por una serie de eventos individuales y sociales). En el segundo nivel, se ubican la percepción de autoestima y la de apoyo social percibido. Los autores llevaron a cabo un estudio para probar este modelo en una muestra española de 400 individuos de población general y sus resultados, si bien promisorios, no reflejaron un soporte empírico apropiado (Sánchez Moreno y Barrón López, 2003).

Aunque de acuerdo en lo esencial, considero que hay algunas cuestiones que podrían pensarse. La primera, concierne a cómo se ha evaluado la posición social. Como se indicó, las clasificaciones sociales realizadas sobre la base del ingreso indican que no es el mejor predictor de la salud mental y, en cuanto a la ocupación, la evidencia es diversa. En cambio, las agrupaciones que incluyen las circunstancias socioeconómicas permiten una mejor captación de la desigualdad social. En este sentido, me parece más apropiado construir la clasificación social sobre la base de indicadores personales y de entorno residencial con respecto al acceso a la educación y a bienes de comunicación (teléfono celular, televisión por cable, acceso a Internet) como una manera de captar el *habitus* de clase de los individuos.

La segunda, es acerca de la variable psicológica incluida en su modelo. La autoestima no representa un recurso que sirve a las personas para habérselas con el estrés ni indica el carácter propositivo de la conducta sino que se trata de la expresión de valoraciones sobre el sí mismo que, si bien pueden relacionarse con el malestar psicológico (por ejemplo, la baja autoestima se considera un síntoma de la depresión), no constituyen una explicación de éste. Además, la autoestima no siempre es una característica positiva sino que puede enmascarar un egocentrismo reactivo a la valoración de los demás (Wilkinson y Pickett, 2009). Por tanto, no es de extrañar que en otros estudios se haya encontrado que la autoestima está directa pero débilmente asociada a la salud mental (González Ramírez, 2008). En cambio, pienso que puede ser de mayor relevancia considerar aquellos recursos de agencia descriptos en el marco teórico (*locus* de control y autoeficacia) ya que expresan cogniciones acerca de cómo orientar la conducta e intervienen significativamente en la valoración primaria y secundaria del estrés.

La tercera, que el apoyo social percibido está considerado en términos de amortiguación del estrés cuando, en realidad, la bibliografía actual tiende a desestimar este cariz por considerar que la necesidad de percepción de apoyo es constitutiva de la subjetividad humana y no un recurso de afrontamiento en sí mismo (Gencoz y Ozlale, 2004). Antes bien, hubiera sido preferible incluir la evaluación de los recursos psicológicos de afrontamiento al estrés.

Mi hipótesis general es que el malestar psicológico ha de ocurrir con mucha mayor probabilidad *cuando fallan los recursos psicológicos de agencia (percepciones de autoeficacia y de control) y de afrontamiento destinados a proteger el psiquismo del estrés social y que es en este sentido en que la posición social también opera. A través de prácticas*

*de habitus y del modelado contextual de recursos de agencia, se favorece el desarrollo de conductas eficaces o ineficaces. Éstas son activadas ante situaciones de estrés (que pueden ser puntuales o crónicas) y coadyuvan al bienestar o malestar psicológico según su cualidad. A la vez, conjeturo que para resolver las situaciones de estrés, las personas no utilizan el apoyo social como un recurso de afrontamiento sino como una fuente vincular que provee compañía y atención y es en este aspecto que tendrá un efecto directo sobre el malestar psicológico. Considero que la explicación del efecto de la posición social sobre el malestar psicológico incluye al estrés y al apoyo social –ya que propicia una distribución desigual de estresores y de relaciones significativas– y adquiere mayor relevancia cuando se incluye en la ecuación también a los recursos de agencia y a las estrategias de afrontamiento al estrés. En este sentido, presumo la hipótesis de una brecha psicosocial que sintetiza la importancia de los factores estructurales y los individuales para la explicación del vínculo entre el malestar psicológico y la posición social.*

Tomando como punto de partida el modelo de Sánchez Moreno y Barrón López (2003) y los postulados de House (1977, 1981), el que propongo a continuación representa una contribución al diseñado por estos autores. Como se anticipó en la introducción, en este modelo también se contempla dos niveles de mediación entre la posición social y el malestar psicológico, pero difiere en la cualidad de algunos de sus componentes poniendo el acento en las capacidades de agencia de las personas y la dirección por las que influye la primera sobre el segundo.

En el primer nivel se consideran dos aspectos relacionados indisolublemente con la posición social y que mediarán entre ésta y el malestar psicológico: los factores de estrés social (sucesos de estrés y estrés crónico) y la extensión de la red relacional. Ambos representan efectos de la estructura social –cuyo principio componencial es, en este caso, la posición social– y constituyen el nivel proximal de mediación. En este estudio se considera que tanto los *sucesos de estrés*, que implican una irrupción negativa y transversal en la corriente emocional de los individuos, como el *estrés crónico*, que se comparece con la exposición frecuente a estresores socioeconómicos, influyen en el malestar de dos maneras. En forma *indirecta*, a través del tamiz que representan los recursos psicológicos de agencia; en forma *directa*, en virtud de la intensidad que puedan presentar, con independencia ya de los recursos de agencia para afrontarlos. Por ejemplo, si una persona es objeto de un robo violento

o de un accidente grave, es altamente probable que desarrolle un trastorno por estrés post-traumático, independientemente de su nivel de recursos psicológicos y de su posición social. En este caso, el estresor es de tal magnitud que vence cualquier andamiaje defensivo individual y colectivo y redunda en un intenso malestar psicológico.

El segundo componente de este primer nivel de mediación entre la posición social y el malestar lo constituye la *extensión de la red social*, entendida como un mediador relevante pero *indirecto* entre la posición social y el malestar psicológico. Considero que la extensión de la red social se vinculará positivamente con la posición social ya que el acceso diferencial a distintas fuentes de relaciones (de trabajo, de tiempo libre, de participación política, etc.) incide en la cantidad de personas que se conocen. Esto hace que quienes detentan las mejores posiciones tengan la probabilidad de extender su red social en tanto que, los más desfavorecidos, al ver restringidas sus oportunidades de participación en la esfera del mercado, la sociedad y el estado, disminuyan también su posibilidad de contactos interpersonales y tiendan a concentrarse en los lazos primarios. El carácter indirecto de la red social se expresará en una dilución de su efecto sobre el malestar psicológico a través de su asociación con el apoyo emocional percibido. Es evidente que para que ocurra la percepción de apoyo hay que tener una red de personas disponible. En este sentido, la red social es condición necesaria pero no suficiente para impactar en la salud mental de las personas. Sí lo es, como se adelantó, la percepción de apoyo emocional.

Por otra parte, conjeturo que la extensión de la *red social* se relacionará marginalmente con el estrés (crónico y sucesos). Esta presunción descansa en que del tamaño de la red no se sigue la cualidad de la misma. Esto es, tener pocos o muchos amigos nada dice acerca de si representan un factor de protección del estrés o no. Es verdad que una vida signada por las preocupaciones diarias de subsistencia, la disminución del tiempo libre y la escasez de recursos disminuye las ocasiones para cultivar las relaciones sociales pero de ello no puede inferirse una relación consistente con la presencia de estrés.

Hasta aquí establecimos la hipótesis que un nivel de mediación importante entre la posición social y el malestar psicológico lo constituye el ambiente estresante (en virtud de la cualidad y cantidad de los estresores) y la extensión de la red social. En términos del enfoque de House (1981), este nivel constituye el *principio proximal* del modelo.

El segundo nivel de mediación comprende, a su vez, los recursos de agencia personal (locus de control y autoeficacia), las estrategias de afrontamiento al estrés y el apoyo emocional percibido y representa el *principio psicológico y psicosocial* del esquema hipotético. No obstante estos discurren por dos sendas distintas. Mientras las estrategias y los recursos de agencia median entre el estrés asociado a la posición social y el malestar psicológico, el apoyo social percibido, como ya se indicó, tiene un impacto directo sobre el malestar, con relativa independencia del estrés padecido y de la posición social ocupada. Los antecedentes indican que los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional –como sentirse querido y valorado- parecen ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984; Menagham, 1983). Así, considero que la evaluación del *tipo* de apoyo recibido puede indicar la cualidad de la necesidad: si bien todos necesitamos apoyo emocional, no obstante, quienes están sumidos en estados de malestar psicológico tendrán más necesidad de este tipo de apoyo y ello se expresará en una asociación positiva entre ambos.

Pero, por más apoyo emocional que se reciba, ante el estrés es necesario poner en marcha mecanismos psicológicos de adaptación que regulen su impacto sobre la salud mental. Las estrategias de afrontamiento constituyen el elemento esencial que emplea el individuo para cambiar o modificar el grado de amenaza del estresor o para reducir los síntomas a él asociados. Por lo tanto, creo que tienen un papel esencial en la explicación del malestar psicológico y coincido con quienes sostienen que son las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores las que pueden determinar si un individuo experimentará o no estrés (Holroyd y Lazarus, 1982; Vogel, 1985).

A su vez, los recursos personales para la agencia – *locus* de control y autoeficacia – son decisivos para tamizar la experiencia de estrés, orientar debidamente la conducta y amortiguar su efecto sobre la salud mental. Ya se hizo notar que el *locus* interno y una alta autoeficacia promueven las conductas propositivas en tanto que, las de control externo y de baja eficacia, inhiben las habilidades de agencia. Así se combinan las *expectativas* (*locus* de control) acerca de cómo serán los resultados y las creencias de la propia *capacidad* para obtenerlos (Bandura, 1997; Schwarzer, 1997, 2000). A la vez, las percepciones de control tienen un papel fundamental tanto en la evaluación primaria (percepción de peligro o amenaza) como en la evaluación secundaria (disponibilidad de recursos para afrontarla) de una situación estresante (Folkman y Lazarus, 1988) por lo que no es de extrañar que los

antecedentes refieran asociaciones significativas entre las percepciones de autoeficacia, de creencias de control y de estrategias de afrontamiento (Kumar y Lal, 2006; Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno, 2000). Por estas razones, son incluidas en el modelo en tres aspectos: considerando la interacción entre ambas; como mediadoras entre el estrés y el estilo de afrontamiento y con un efecto directo sobre el malestar psicológico.

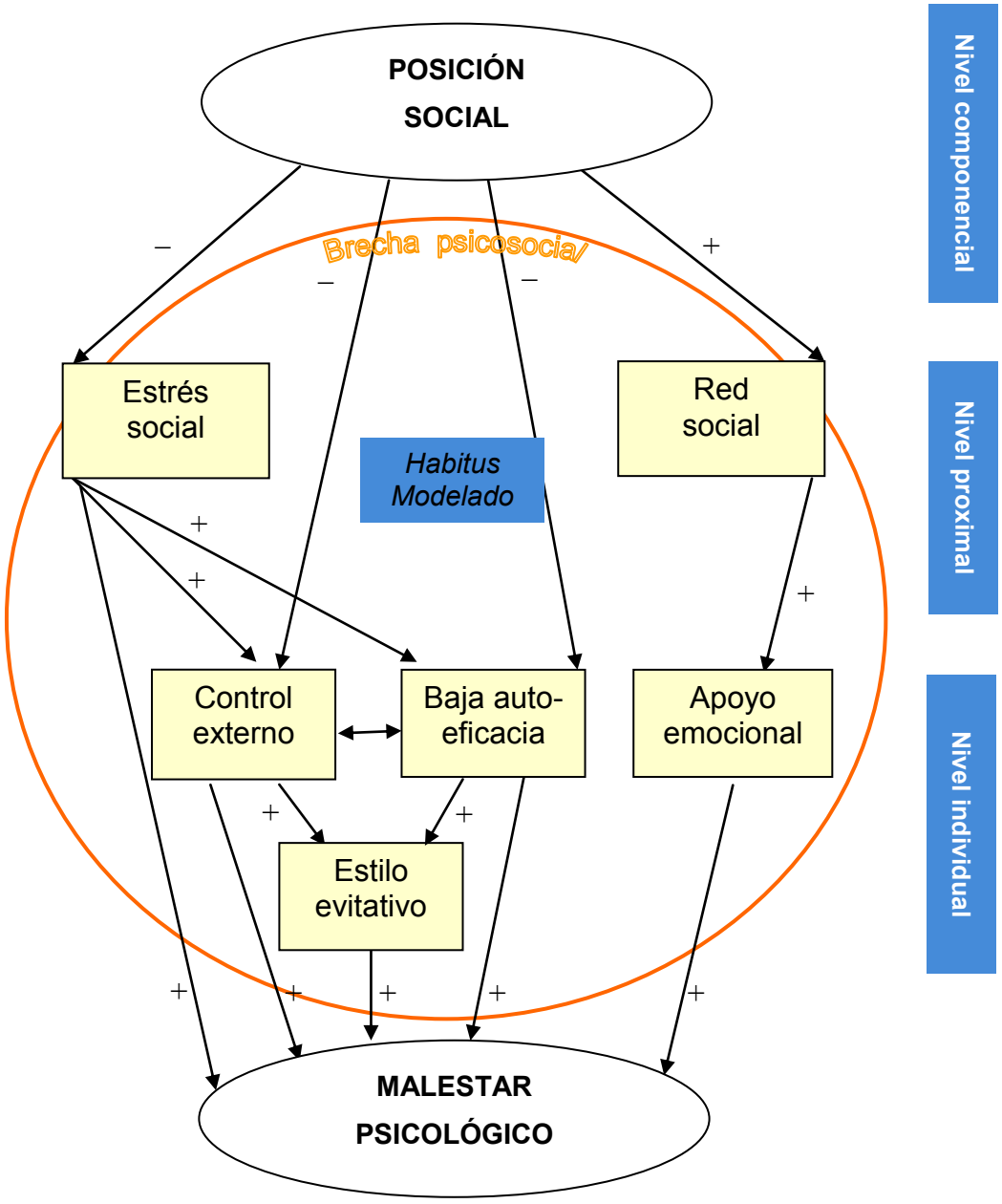
En resumen y en concordancia con las ideas de House (1977, 1981), considero que la posición social refleja el *principio componencial* del modelo en tanto y en cuanto remite a los procesos de estructuración de índole socioeconómica. A la vez, conjeturo dos niveles de mediación entre la posición social y el malestar psicológico

1) un nivel *proximal*, constituido por las experiencias de estrés (sucesos y crónico) y por la extensión de la red y que representan los efectos de la estructura social transmitidos a los individuos bajo la forma de situaciones de estrés crónico o puntual y/o aislamiento social

2) otro nivel *psicológico y psicosocial*, compuesto por recursos de la agencia humana (*locus* de control y autoeficacia), el estilo de afrontamiento al estrés y la percepción de apoyo emocional

La Figura 2 esquematiza el modelo teórico de causalidad psicosocial propuesto.

**Figura 2: Modelo teórico para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico (modelo inicial)**



*4.2. Objetivos e Hipótesis*

Sobre la base de los antecedentes teóricos que se desarrollaron en los capítulos anteriores, del modelo recién descripto y de los propósitos planteados, se establecen los siguientes objetivos generales y específicos e hipótesis principales y derivadas.

Objetivos generales

► Evaluar si la noción de *gradiente social* se aplica a la de malestar psicológico

► Proponer un modelo subsidiario de la causalidad social para la explicación del vínculo entre la posición social y el malestar psicológico. Para ello, analizar la relación entre la posición social y el malestar psicológico, proponiendo un modelo conceptual que considera dos niveles de mediación: uno proximal (sucesos y estrés crónico – extensión de la red social) y otro psicológico (recursos de agencia – estrategias de afrontamiento – apoyo emocional percibido) y tres sendas por las que discurre la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico, la senda del estrés social, de la red social y de los recursos de agencia.

► Analizar la plausibilidad de la tesis de la brecha psicosocial tanto a nivel proximal como psicológico en función de los procesos de estructuración social que expresan el *habitus* de clase de los individuos y son una fuente importante de desigualdad social

► Evaluar si el modelo propuesto es estable en el tiempo y consistente en cuanto al sexo

Objetivos específicos

► Analizar la relación entre la posición social y el malestar psicológico en población adulta.

► Conocer si la posición social tiene un efecto indirecto sobre el malestar psicológico a través del análisis de dos niveles estructurales: el proximal y el psicológico. En tal sentido, evaluar la capacidad explicativa del estrés social, la red social y los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia) sobre el malestar psicológico.

► Analizar la relación entre el estrés y la posición social y de qué manera ésta relación influye sobre el malestar psicológico.

► Estudiar la asociación entre la posición social y la red social y de qué manera influyen sobre el apoyo emocional recibido.

► Conocer si el apoyo emocional recibido es una condición que se asocia con el malestar psicológico con independencia del estrés reconocido.

► Analizar las relaciones entre la posición social, el estrés percibido y los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia) y de qué manera se asocian con el malestar psicológico.

► Evaluar la estabilidad en el tiempo y la consistencia respecto del género del modelo propuesto.

*Hipótesis*

Hipótesis principales

*H1: La posición social influye diferencialmente sobre el malestar psicológico percibido, revelando un gradiente social para dicho malestar*

*H2: El efecto de la posición social sobre el malestar psicológico es indirecto. La posición social incide sobre la cantidad de experiencias de estrés, sobre la extensión de personas disponibles en la red social y sobre la percepción de los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia). Estos componentes, a su vez, impactan de manera diferencial sobre el malestar psicológico*

*H3: El modelo de la brecha psicosocial mostrará evidencias razonables de estabilidad temporal y de consistencia en cuanto al género*

Hipótesis derivadas

H.D.1: *El estrés influye de manera directa sobre el malestar psicológico, de modo tal que la cantidad de estresores padecidos explica las diferencias en el malestar psicológico percibido*

H.D.2.: *El estrés influye de manera indirecta sobre el malestar psicológico, mediante su asociación con los recursos de agencia personal (locus de control y autoeficacia) que, a su vez, coadyuvan a la explicación del malestar psicológico*

H.D.3: *La red social, determinada por la posición social, incide sobre el apoyo emocional recibido*

H.D.4: *La red social impacta de manera indirecta sobre el malestar psicológico*

H.D.5: *El apoyo emocional está asociado con la extensión de la red social e interviene en forma directa y positiva en la explicación del malestar psicológico, con relativa independencia del estrés percibido y de las otras variables personales.*

H.D.6.: *La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de locus de control externo*

H.D.7: *La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de baja autoeficacia*

H.D.8: *Tanto las percepciones de control externo como de baja autoeficacia intervienen de manera directa en la explicación del malestar psicológico*

H.D.9: *La percepción de locus de control interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo*

H.D.10: *La percepción de baja autoeficacia interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo*

# III – PARTE EMPÍRICA

# Capítulo 5. Método

## *5.1. Metodología y Proceso de la investigación*

Los objetivos específicos de este estudio se centran en dos aspectos esenciales: cómo se vincula la posición social con el malestar psicológico y qué papel juegan los niveles intermedios (proximales y psicológicos) entre ambos.

El objetivo final es brindar (a) un modelo explicativo de la relación entre la posición social y el malestar psicológico que contemple tanto la influencia de factores estructurales (estrés y red sociales) como de factores individuales (recursos de agencia, estrategias de afrontamiento y apoyo emocional) que sea estable en el tiempo y (b) la tesis de la brecha psicosocial para referir cómo la posición social – y el *habitus* que implica- explica las desigualdades en cuanto al estrés social, la red social, los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia) y de afrontamiento que, a su vez, inciden cualitativamente sobre la probabilidad de malestar psicológico.

El enfoque general del trabajo se basa en un diseño transversal en el que una muestra de personas de zonas urbanas de la Argentina contestó a la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA en Anexo II) (Tami y Salvia, 20049). Se trata de un estudio de naturaleza estadístico-inferencial basado en las evaluaciones realizadas en junio de 2007 y 2008 a 2520 personas residentes en las principales conglomerados de la Argentina.

La EDSA es un cuestionario multipropósito que evalúa las condiciones materiales (protección y resguardo, salud y alimentación, seguridad e integridad corporales), las condiciones sociales (relación con otros, vida ciudadana, trabajo e ingresos) y las condiciones psicológicas (riesgo de malestar psicológico, creencias de control y de autoeficacia general). Para evaluar cada una de estas últimas variables, en la EDSA se incluyeron tests psicológicos breves y cuestionarios psicosociales que fueron diseñados para ser usados en contextos de encuesta y de los que se han estudiado sus propiedades psicométricas (Brenlla, 2007; Brenlla y Aranguren, 2010; Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010; Brenlla y Vázquez, 2010).

En “Variables” e “Instrumentos” se detallan las definiciones teóricas y operativas de dichas variables.

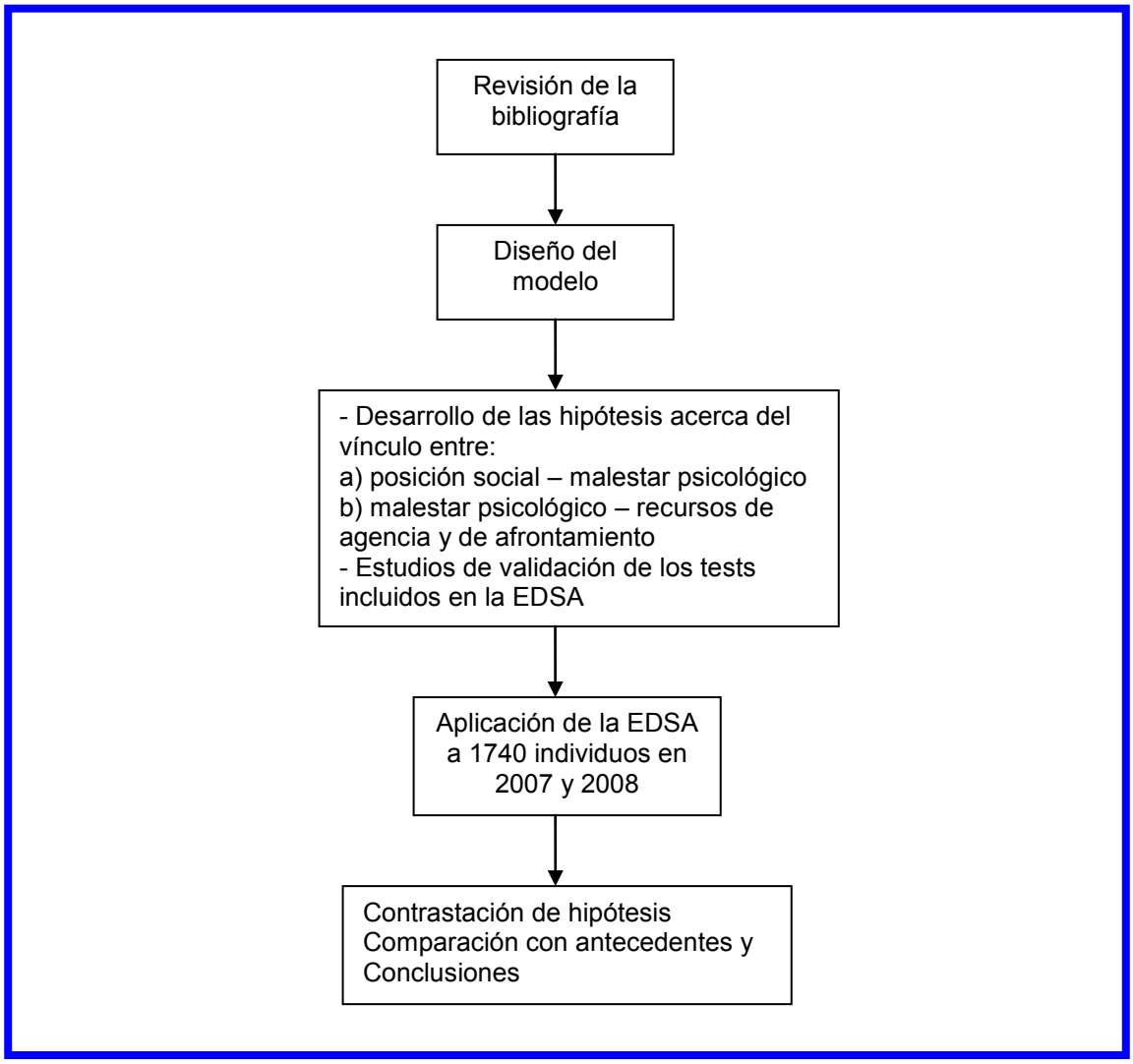
Este estudio tuvo su germen en los resultados preliminares obtenidos con la EDSA en los años 2004, 2005 y 2006 (Brenlla, 2005, 2007b), en los que se observó que, sistemáticamente, las diferencias en cuanto a la estratificación socioeconómica se comparecían con diferencias en rasgos y atributos psicológicos vinculados a la agencia humana y a la percepción de malestar.

Esto llevó al planteamiento de tres preguntas fundamentales (1) ¿la posición social se asocia negativamente con el malestar psicológico de manera consistente? (2) ¿se trata de un efecto directo, o la posición social está mediada por otros niveles sociales e individuales que, a su vez, repercuten en el malestar psicológico? Si es así, (3) ¿cuáles son estos niveles y cómo operan? y ¿es consistente y estable esta configuración a lo largo del tiempo?

A partir de estas preguntas esenciales se comenzó un proceso de investigación que constó de dos fases. En la primera se relevaron los antecedentes acerca de (a) la asociación entre el malestar psicológico y las desigualdades de origen socioeconómico, (b) las explicaciones propuestas para las desigualdades en salud mental y posición social, con especial énfasis en los modelos psicosociales y (c) la conceptualización de las nociones de posición social, *habitus* y agencia humana.

En la segunda, se realizaron los estudios para la validación de los tests y escalas que sirvieron de base para la evaluación de las variables del modelo, se administró la EDSA a una muestra representativa de las zonas urbanas de la Argentina y se contrastaron empíricamente las hipótesis enunciadas en el capítulo anterior. Para hacerlo, se eligió el modelo de ecuaciones estructurales como principal técnica de análisis multivariante en virtud de que permite examinar simultáneamente una serie de relaciones de dependencia y medir el efecto de todas las variables independientes sobre las dependientes. Este procedimiento supera los inconvenientes del análisis de regresión múltiple, en el cual cada variable deber ser probada independientemente. Para poder analizar si el modelo es estable en el tiempo, se focalizó el análisis en las mediciones de los años 2007 y 2008. En tal sentido el análisis longitudinal que se realiza es estático. La Figura 3 ilustra la lógica seguida en el proceso de investigación.

**Figura 3: Lógica del proceso de investigación**




*5.1.1. Muestra*

Para realizar el relevamiento de los datos en la estructura socio-residencial urbana, se planteó un diseño que pudiera aproximarse a los diferentes grupos a partir de dos factores estructurantes de condiciones y oportunidades de inclusión social: (a) uno de tipo regional / metropolitano (medido por el grado de concentración urbana de las ciudades) y (b) otro de tipo socioeconómico (medido según las características socioeducativas de los puntos muestra) (DII, 2009).

- Regiones Metropolitanas: se consideró a partir de la diferencia de dos grandes sistemas socio-económicos urbanos. Por una parte, el Área Metropolitana del Buenos Aires o AMBA (incluyendo en la misma a la Ciudad de Buenos Aires y a 24 partidos del conurbano bonaerense) y, por otra, las principales ciudades del interior del país, aquellas con más de 200 mil habitantes (Gran Córdoba, Gran Salta, Gran Resistencia, Gran Mendoza, Bahía Blanca y Neuquén-Plotier).
- Estratos Socioeconómicos Residenciales: se definió según las características socioeducativas de las unidades censales como medida de proximidad a una estratificación socio-residencial de la población y sus hogares. Siguiendo este criterio se diferenciaron tres estratos socioeducativos vulnerables (muy bajo y bajo) dos estratos de vulnerabilidad media (medio-bajo y medio), y un estrato de comparación de clase media-alta (medio-alto).

En función de la estratificación residencial se utilizó como variable muestral principal el porcentaje de jefes de hogar con educación secundaria completa por radio censal (datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 provistos por el INDEC). A partir de estudios previos y aplicación de análisis de correlación con variables como el NBI (necesidades básicas insatisfechas) y la tasa de desempleo, entre otras, dicho indicador mostró ser un criterio altamente confiable para representar diferentes probabilidades de vulnerabilidad socioeconómica. La aplicación de este indicador sobre el marco muestral formado por los radios de siete áreas metropolitanas permitió definir –para una distribución observada de tipo multimodal- cinco tipos teóricamente relevantes de espacios residenciales.

Los puntos de corte asignados a cada segmento fueron seleccionados buscando representar las diferentes modas presentes en la distribución. Habiéndose aplicado este criterio, la estructura socioeconómica pudo quedar representada a partir de la definición de cinco estratos residenciales socioeducativos (ERS) medidos al nivel de radio censal: 1) Radios de Clase Muy Baja (muy bajo nivel educativo), 2) Radios de Clase Baja (bajo nivel educativo), 3) Radios de Clase Media Baja (nivel educativo medio bajo), 4) Radios de Clase Media (nivel educativo medio o medio alto) y 5) Radios de Clase Media Alta (alto nivel educativo). Con el objetivo de que la población seleccionada resultara representativa de los distintos tipos de espacios socioeconómicos residenciales, el muestreo fue de tipo polietápico, estratificado de acuerdo a los niveles socioeducativos del radio censal y región metropolitana

(Área Metropolitana del Gran Buenos Aires y Ciudades del Interior). Los recursos disponibles determinaron un tamaño de muestra de 2500 casos.

A partir de esta definición, se procedió a la selección aleatoria ponderada de 420 radios censales y se decidió que a cada radio seleccionado se le asignaran 6 unidades de estudio. Seleccionado el individuo, se administró la EDSA en forma personal, relevándose además características de la vivienda y de los demás miembros del hogar, identificando a cada uno de los individuos en función de su posición respecto al jefe laboral. Tanto en el año 2007 como en 2008 se entrevistaron a 2520 individuos (DII, 2009). El error de una muestra aleatoria simple de 2500 casos es de +/- 1,95%. No obstante, la estratificación no proporcional –que reduce el error de las comparaciones entre estratos- aumenta el error total natural de la muestra. En este caso, el valor es de +/- 3,06 (DII, 2009:145). Dado que la EDSA representa un estudio de tipo panel y se administra desde el año 2004, es de interés señalar que aproximadamente la cantidad de casos panel entre 2007 y 2008 fue del 35%.

La muestra final para este estudio estuvo conformada por 1740 casos comparables, en virtud de los procedimientos para la obtención de la clasificación socioeconómica que se explican en las *Definiciones Operativas*. A continuación se brindan las características de la muestra para las evaluaciones de 2007 y 2008, ya que ambas se utilizan en distintos momentos del análisis.

En el año 2007 se entrevistaron a 886 varones (50.9%) y a 854 mujeres (49.1%) y, en el año 2008, a 872 hombres (50.1%) y 868 mujeres (49.9%). El rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y los 94 años (2007: $M$ = 44.19 y $DE$ = 17.58; 2008: $M$ = 43.97 y $DE$ = 17.48). En las Tablas A y B, se muestran las proporciones según rangos de edad; en las Tablas C y D, el máximo nivel educativo alcanzado, en las Tablas E y F, el estado civil de los entrevistados tanto para la medición de 2007 como de 2008 y en las Tablas G y H, la cantidad de entrevistados por punto muestra. Como puede notarse, las características de ambas muestras son similares en cuanto a estos atributos.

**Tabla A. Año 2007. Rangos de edad**

| | F | % |
|---|---|---|
| 18 a 34 años | 636 | 36,6 |
| 35 a 59 años | 738 | 42,4 |
| 60 ó más años | 366 | 21,0 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla B. Año 2008. Rangos de edad**

| | F | % |
|---|---|---|
| 18 a 34 años | 635 | 36,5 |
| 35 a 59 años | 739 | 42,5 |
| 60 ó más años | 366 | 21,0 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla C. Año 2007. Máximo nivel educativo alcanzado**

| | F | % |
|---|---|---|
| Sin instrucción | 27 | 1,6 |
| Primaria incompleta | 126 | 7,2 |
| Primaria completa | 388 | 22,3 |
| Secundario incompleto | 350 | 20,1 |
| Secundario completo | 322 | 18,5 |
| Terciario incompleto | 72 | 4,1 |
| Universitario incompleto | 171 | 9,8 |
| Terciario completo | 120 | 6,9 |
| Universitario completo | 164 | 9,4 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla D. Año 2008. Máximo nivel educativo alcanzado**

| | F | % |
|---|---|---|
| Sin instrucción | 10 | ,6 |
| Primaria incompleta | 122 | 7,0 |
| Primaria completa | 350 | 20,1 |
| Secundario incompleto | 371 | 21,3 |
| Secundario completo | 338 | 19,4 |
| Terciario incompleto | 69 | 4,0 |
| Universitario incompleto | 213 | 12,2 |
| Terciario completo | 104 | 6,0 |
| Universitario completo | 163 | 9,4 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla E. Año 2007. Estado civil**

| | F | % |
|---|---|---|
| Soltero | 458 | 26,3 |
| Casado | 763 | 43,9 |
| Unido de hecho | 238 | 13,7 |
| Divorciado | 43 | 2,5 |
| Separado | 98 | 5,6 |
| Viudo | 134 | 7,7 |
| Nr | 6 | ,3 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla F. Año 2008. Estado civil**

| | F | % |
|---|---|---|
| Soltero | 461 | 26,5 |
| Casado | 704 | 40,5 |
| Unido de hecho | 273 | 15,7 |
| Divorciado | 51 | 2,9 |
| Separado | 110 | 6,3 |
| Viudo | 140 | 8,0 |
| Nr | 1 | ,1 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla G. Año 2007. Puntos de muestra**

| | F | % |
|---|---|---|
| Capital Federal | 228 | 13,1 |
| Gran Buenos Aires | 522 | 30,0 |
| Córdoba | 330 | 19,0 |
| Mendoza | 390 | 22,4 |
| Salta | 90 | 5,2 |
| Resistencia | 60 | 3,4 |
| Bahía Blanca | 60 | 3,4 |
| Neuquén | 60 | 3,4 |
| Total | 1740 | 100,0 |

**Tabla H. Año 2008. Puntos de muestra**

| | F | % |
|---|---|---|
| Capital Federal | 228 | 13,1 |
| Gran Buenos Aires | 522 | 30,0 |
| Córdoba | 330 | 19,0 |
| Mendoza | 390 | 22,4 |
| Salta | 90 | 5,2 |
| Resistencia | 60 | 3,4 |
| Bahía Blanca | 60 | 3,4 |
| Neuquén | 60 | 3,4 |
| Total | 1740 | 100,0 |

### *5.1.2. Variables: Definiciones teóricas*

*Salud mental/Malestar psicológico:* Estado sujeto a fluctuaciones provenientes de estados biológicos y sociales donde el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás. En este estudio se considera como tal la ausencia de síntomas de depresión y ansiedad, conocidos como trastornos mentales comunes o frecuentes (Kessler *et al*, 1994) y que se expresan, en forma negativa, en el malestar psicológico. Además, hay que puntualizar que, de acuerdo al modelo explicativo que se propone, el malestar psicológico será entendido como una variable dependiente de los mediadores socio-estructurales (estrés y red

social) e individuales (*locus* de control, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y apoyo emocional recibido) pero sin desconocer que expresa también las disposiciones innatas de las personas – sean biológicas o psicológicas – e influye en el desarrollo de los recursos de agencia y las estrategias de afrontamiento.

*Posición social*: Posición que ocupan los individuos en la escala social en relación a criterios definidos y que expresan el *habitus* de clase del individuo (Bourdieu, 1984). En este caso, los criterios se basan en (a) el acceso a oportunidades socioeducativas, en particular al capital educativo propio y las características educativas del entorno residencial y (b) acceso a recursos tecnológicos, en particular, teléfono celular, acceso a internet y televisión por cable (DII, 2009) como una manera de aproximarse al capital cultural y simbólico del *habitus* de clase de las personas. En la definición operativa se explica el procedimiento seguido para estimar la posición social de los entrevistados.

MEDIADORES SOCIO-ESTRUCTURALES (PROXIMALES)

*Estresores sociales:* Condiciones sociales que pueden actuar como agentes estresantes y modificar el estatus de salud de los individuos (Sandín, 2002). Se los puede clasificar entre sucesos de estrés y estrés crónico en función de lo transversal o longitudinal de su efecto. Entre los primeros, pueden citarse el despido laboral, el divorcio, ser víctima de un hecho violento, entre otros; entre los crónicos (Pearlin, 1989), el desempleo, padecer una enfermedad o vivir sumido en la pobreza.

*Red social:* Cantidad de personas conocidas que constituyen el entorno próximo y distal de los individuos (Cassel, 1986). Los vínculos de ella devenidos se agrupan como fuertes (parientes o amigos) y débiles (conocidos, amigos de amigos, etc.)

MEDIADORES PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

*Estrategias de afrontamiento:* Son las actuaciones dirigidas a frenar, amortiguar y domeñar el impacto de las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984). Se las clasifica como activas/positivas (por ej.: afrontamiento resolutivo) o pasivas/negativas (por ej.: afrontamiento evitativo) (Folkman y Lazarus, 1988)

*Locus de control:* Expectativa de carácter general acerca de las actuaciones personales que asume dos formas. La expectativa de que los eventos dependen solo parcialmente de la propia

conducta o acción y, en mayor medida de la suerte, el azar o las acciones emitidas por otras personas (*locus* de control externo) y la atribución de contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados, entendida como una predisposición o tendencia sistemática a ello (*locus* de control interno) (Rotter, 1966).

*Creencias de autoeficacia general:* Se definen como la percepción sobre cuán efectiva considera ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer, 1997)

*Apoyo emocional*: Forma del apoyo social que consiste en la percepción de que los demás proveen apoyo, afecto y compañía en los momentos difíciles. Acciones de tipo emocional llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas tales como amigos, familiares y/o compañeros de trabajo. El apoyo social representa los recursos que efectivamente utiliza un individuo para hacer frente a los avatares de la existencia (House y Kahn, 1985).

### *5.1.3. Medidas*

En este estudio pueden distinguirse dos tipos de medidas. Las *medidas primarias,* que se obtuvieron por la aplicación directa de escalas, cuestionarios o ítems para evaluar características sociales (estrés social, redes sociales) y psicológicas (malestar psicológico, afrontamiento al estrés, creencias de control y percepciones de autoeficacia y apoyo emocional recibido) y las *medidas secundarias* que fueron derivadas de la combinación de ciertas medidas primarias con el objetivo de construir un índice de la posición social de los entrevistados.

Medidas secundarias

*Posición social:* El sistema de clasificación socioeconómica presentado sigue los lineamientos de los estudios del Observatorio de la Deuda Social Argentina (Macció en DII, 2009: 170) en los que la posición socioeconómica de un hogar se realiza según tres niveles (a) el hogar, (b) el entorno de la vivienda y (c) el radio censal. El esquema clasificatorio integró los atributos del hogar y del vecindario en materia de dotación de capital educativo y de acceso a las tecnologías de información y comunicación (TIC). Las variables utilizadas fueron:

- El capital educativo del vecindario: definido operativamente como el porcentaje de jefes de hogar con secundaria completa o más en el radio de localización del hogar.

- Acceso a tecnologías en el vecindario: definido como el promedio de los porcentajes de hogares en el barrio con acceso a medios de comunicación. Los bienes considerados son televisión por cable, teléfono celular e Internet.
- Capital educativo del hogar: definido como el total de años de educación del jefe de hogar, como miembro más representativo del mismo.
- Acceso a tecnologías en el hogar: definido como un indicador compuesto del acceso que logra el hogar a los TIC. Los tres elementos se combinaron para formar un índice, producto de la sumatoria simple de bienes que se poseen. Así, los hogares que posean todos los bienes recibirán una puntuación de 3, mientras que aquellos que no posean ninguno tendrán una puntuación de 0.

Posteriormente se combinaron ambos atributos del hogar y del radio censal en dos índices. Cada uno de ellos resultó de un promedio ponderado que otorga mayor peso al capital educativo (75%) por sobre el acceso a tecnologías (25%). Luego, los dos índices correspondientes al radio censal y al hogar se combinaron mediante el procedimiento de análisis factorial y se obtuvieron los coeficientes que sirvieron para establecer el juego de ponderaciones en busca de la construcción del índice socioeconómico (Macció, en DII, 2009). Una vez obtenido éste, se calcularon sus cuartiles que consisten en cuatro grupos ordenados según niveles crecientes de capital educativo y acceso a tecnologías de la información, incluyendo tanto el capital individual como el capital del entorno residencial donde habitan los individuos que forman parte del estudio. Los cuatro grupos resultantes quedaron clasificados como 1) Muy bajo, 2) Bajo, 3) Medio bajo y 4) Medio alto.

Este procedimiento se repitió para cada medición. Dado que el número de casos fue variando desde 2004 ($n$ = 1100) hasta 2007 y 2008 ($n$ = 2520), se calculó el factor de ordenamiento socioeconómico de los hogares para las mediciones anteriores manteniendo constantes los valores observados en las variables de clasificación. Este procedimiento permitió disponer de 1740 casos comparables en todas las ondas.

Medidas primarias

Uno de los desafíos de este estudio fue diseñar pruebas psicológicas que pudieran ser utilizadas en contextos de encuesta. Salvo la Escala de Malestar Psicológico, que es una adaptación de un instrumento diseñado por Ronald Kessler y que se aplica en la encuesta

nacional de salud de los Estados Unidos, todas las demás medidas fueron construidas en el contexto del programa de investigación de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina y del proyecto PICT 2004 y, tal como se detalla en el punto 6.1., validadas con muestras independientes. A continuación se describen los instrumentos y técnicas que se utilizaron para la evaluación de las variables definidas y, en el apartado 6.1., los estudios psicométricos realizados para el presente estudio.

*Escala de Malestar Psicológico de Ronald Kessler (K-10) (Kessler y Mroczek, 1994)* (adaptación castellana: M. E. Brenlla, 2005; Brenlla y Aranguren, 2010): Se trata de una escala de despistaje (*screening*) para evaluar el riesgo de presentar síntomas de ansiedad o depresión, considerados trastornos mentales comunes. Sus diez ítems aluden a síntomas de niveles mínimos y máximos de malestar psicológico. Cada ítem se contesta en función de una escala que va desde "Todo el tiempo" hasta "Nunca" y la puntuación obtenida se coteja con el puntaje de corte con el fin de identificar a los sujetos con alto, moderado o bajo riesgo de malestar psicológico (escala 10 a 50). Sus propiedades psicométricas han sido estudiadas tanto en investigaciones internacionales (Andrews y Slade, 2001; Kessler y Mroczek, 1994) como nacionales (Brenlla, 2005). En nuestro medio, los resultados en cuanto a las evidencias de fiabilidad indican muy buenos coeficientes de consistencia interna (alfa = 0,89) y de estabilidad test –retest ($n$ = 1402; test, m = 19,81 y DE = 7,43/ re-test, m = 19,17 y DE = 7,40; r = .448 $p$ < 0,001) así como adecuadas evidencias de validez convergente, discriminante y factorial. En el Apéndice III se muestra el artículo publicado con la adaptación argentina de la escala.

*Cuestionario de Redes Sociales (CAS):* Consiste en preguntas directas acerca de la cantidad de personas con las que se mantiene contacto mensual: *¿Con cuántos parientes (hermanos, tíos, abuelos, primos) que no viven con usted tiene contacto regular en forma personal, telefónica, correo o e-mail?* y *¿Con cuántos amigos personales que no viven con usted tiene contacto regular en forma personal, telefónica, correo o e-mail?* Se construyó una medida mediante la sumatoria simple de ambos datos cuantitativos por lo que, a mayor puntuación, más extensa es la red social.

*Cuestionario de Estresores Sociales (CES):* En las EDSA se introdujeron preguntas acerca de haber padecido eventos estresantes tales como desempleo, accidentes, delitos, hechos de violencia o haber padecido hambre (Ver Figura 4). Se recodificaron las respuestas en función de discriminar si la persona reconocía haber padecido los eventos o no. Esto permitió generar una medida de sucesos estresantes vividos formada por la sumatoria simple de eventos reconocidos, cuya puntuación oscila entre 0 y 10 puntos. Cuanto más alto es el valor, más eventos vitales puntuales o crónicos reconocidos. Se estudiaron las propiedades psicométricas del cuestionario y se hallaron evidencias aceptables de fiabilidad (KR-20 = .65; alfa de Cronbach = .648) y una estructura factorial consistente con la perspectiva teórica de la diferencia entre sucesos de estrés y estrés crónico. En el punto 6.1. se detalla el estudio psicométrico.

*Cuestionario de Apoyo Emocional (CAE)*: Consiste en ítems que indagan acerca de haber recibido apoyo social emocional por parte de los demás *(¿Recibió ud. ayuda de parientes/ amigos/ vecinos/ compañeros de trabajo/ otros para escuchar sus problemas?*). Se recodificaron todos los ítems para lograr puntuaciones dicotómicas (recibió o no recibió apoyo emocional) y se sumaron para obtener una puntuación que cuanto más alta es, indica más apoyo social percibido. Los coeficientes de fiabilidad son satisfactorios (alfa = 0,65) y, en términos globales, indican evidencias de una buena consistencia interna del instrumento (Véase punto 6.1.). La modalidad en que están formulados los ítems indaga el apoyo que el individuo *efectivamente* percibe haber recibido en una ventana de tiempo específica (el último año) y difiere de las escalas que se refieren a la percepción de la *expectativa* de apoyo ante una situación de adversidad. En tal sentido, la evaluación realizada en este estudio no refleja estas creencias generales de contar con personas en momentos difíciles sino, como se señaló, la percepción de haber recibido este tipo de apoyo. La puntuación total del cuestionario indica entonces el hecho de *haber recibido efectivamente* apoyo emocional durante el último año y no la *expectativa* de recibir apoyo emocional –en qué medida la persona *cree* que podría contar con otros en caso de necesidad–. Como se indicó, se considera que este tipo de apoyo se asocia con el malestar ya que representa la necesidad y búsqueda de contención que requieren las personas en estos estados.

*Test abreviado de Locus de Control*: Se trata de una selección de cinco ítems de la escala de Locus de control de Rotter que se contestan como "verdadero" o "falso" (escala 0 a 4). Se ha observado que quienes presentan creencias de estar sometido a los avatares del destino, la suerte o personas poderosas reconocen al menos dos ítems de los propuestos. El análisis psicométrico indica coeficientes de consistencia interna apropiados en virtud de lo breve del instrumento (alfa = 0,64) y correlaciones moderadas pero significativas con la escala de Locus de control de Rotter (r = .327, $p < 0.001$) y con las estrategias de afrontamiento relacionadas (r = .319, $p < 0.001$) (Brenlla, 2007, Brenlla *et al*, 2010). En el punto 6.1. se detalla el estudio psicométrico realizado.

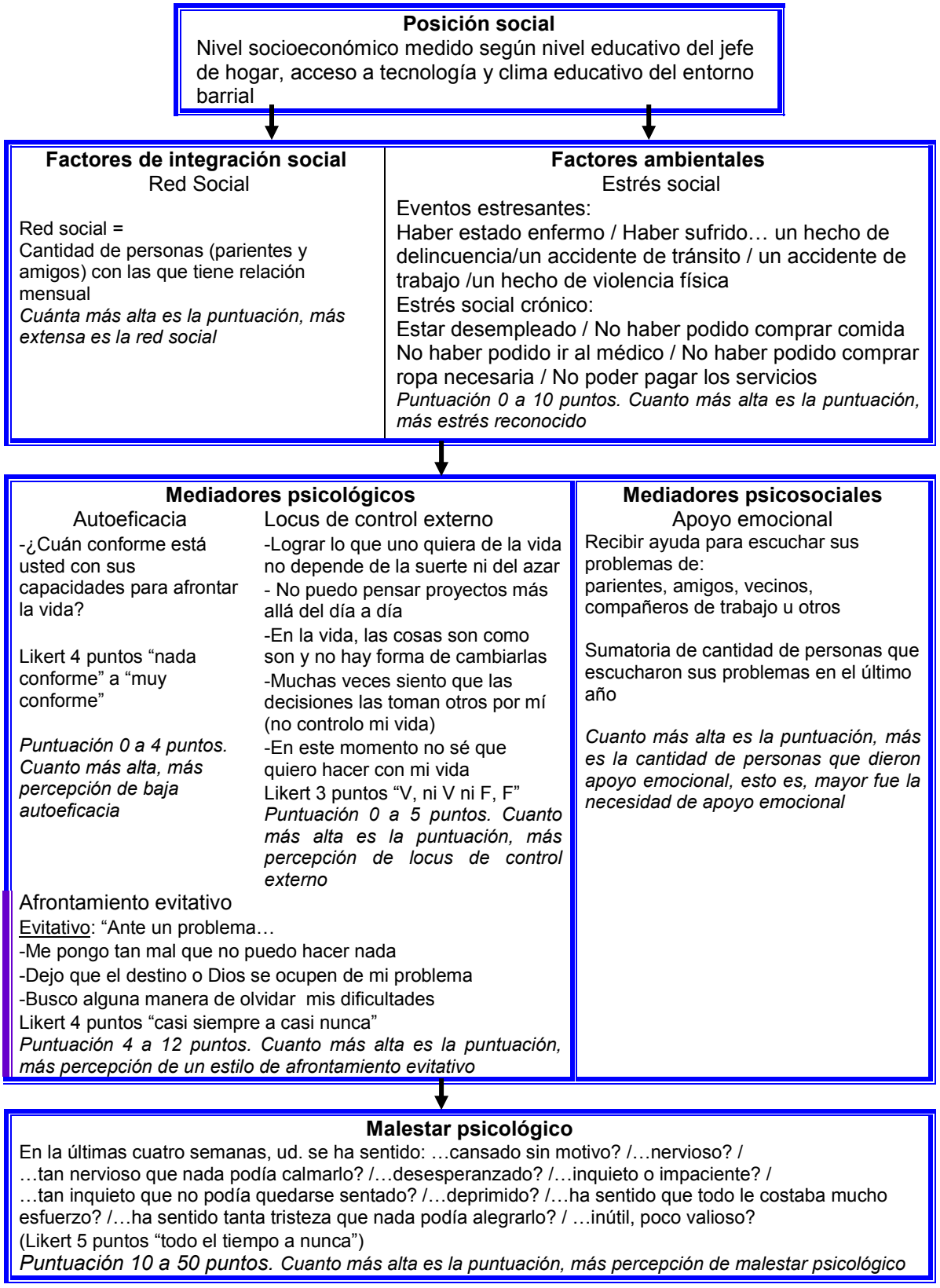
*Percepción de Autoeficacia general*: Se evaluó mediante un ítem inspirado en la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer, y que se redactó como: *¿Qué tan conforme está con sus capacidades para afrontar la vida?* Este ítem se responde con escalamiento tipo likert de 4 puntos (de "Muy conforme" a "Nada conforme") cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 4. Dado el carácter inverso del escalamiento a mayor puntuación, menor percepción de autoeficacia general y viceversa. Se analizó la consistencia conceptual y su asociación con constructos relacionados. A pesar de que se trata de un ítem, mostró una notable correlación con ellos, lo que indica evidencias de convergencia conceptual. Véase el punto 6.1. donde se detallan sus características psicométricas.

*Escala Abreviada de estilo Evitativo:* Se trata de una escala compuesta por tres ítems que evalúan el predominio de un estilo evitativo en el afrontamiento al estrés y cuya redacción se inspiró en la escala *Brief Cope* de Carver (1997) y en el Cuestionario de Estrés de Folkman y Lazarus (1988). Los ítems representan a estrategias como la culpa, la evasión y la distracción: *Ante un problema… Me pongo tan mal que no puedo hacer nada/ Dejo que el destino o Dios se ocupen de mi problema/ Busco alguna manera de olvidar mis dificultades*. Presenta un escalamiento tipo Likert con cinco opciones de respuesta (4=Casi siempre, 3=Muchas veces, 2=Pocas veces, 1=Casi Nunca, 0=No sabe) y se obtiene una puntuación total en el rango de 0 a 12 puntos. El coeficiente de fiabilidad obtenido (alfa = 0.51) es bajo pero aceptable con fines de investigación (Morales Vallejo, 2007; Georges y Mallory, 2005). Las evidencias de validez concurrente respecto de la Escala de estrategias de distracción de la *Brief Cope* de Carver

fueron significativas (r = .339, $p$ < .001) y se obtuvieron indicios sólidos de la unidimensionalidad del constructo. En el punto 6.1 se detalla el estudio psicométrico realizado.

La Figura 4 presenta un esquema con los indicadores que forman cada una de las medidas utilizadas.

**Figura 4: Esquema operativo de la tesis**



*5.1.4. Procedimiento*

Tanto en el año 2007 como en 2008 se entrevistaron a 2520 individuos (DII, 2009) pero, como se indicó oportunamente, la muestra final estuvo conformada por 1740 casos comparables de los principales aglomerados urbanos del país. En ambas ocasiones, un equipo especializado liderado por Lidia de la Torre y Ianina Tuñón fue el encargado de llevar adelante el trabajo de campo que fue solicitado y supervisado por el Observatorio de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (ODSA). En ambos años se mantuvieron las mismas características en cuanto al procedimiento de recolección de los datos y de supervisión del trabajo de campo.

Se instruyó a los encuestadores acerca de cómo informar los objetivos generales de la encuesta a los participantes, garantizar la confidencialidad de las respuestas, indicar que los datos serían utilizados para dar informes de conjunto y no individuales y solicitar la firma de un consentimiento para responder a la EDSA. Los encuestados no recibieron ningún incentivo económico y su participación fue completamente voluntaria. Luego de terminada la encuesta, el entrevistador le daba un obsequio a la persona (en su mayoría, artículos de librería o de tocador). Dado que el diseño muestral tenía prefijados los hogares que el encuestador debía evaluar, una parte esencial del procedimiento consistió en que la persona accediera voluntariamente a la evaluación. Si la persona no accedía, el encuestador tenía casos de sustitución con las mismas características. Si no se hallaba a nadie mayor a los 18 años, el encuestador repetía la visita en el curso de una semana y si no, era sustituido. Este procedimiento se repitió en los años 2007 y 2008.

Seleccionado el individuo, se administraba la EDSA en forma personal, relevándose también las características de la vivienda y de los demás miembros del hogar. Cada uno de ellos se identificaba en función de su posición respecto al jefe laboral (cónyuge, hijo, etc.) y la administración fue realizada en forma individual por un encuestador entrenado para tal fin. El rango de tiempo de respuesta fue entre 50 y 110 minutos.

Para garantizar la calidad de la administración, cada uno de los investigadores del ODSA se reunió con las coordinadoras para indicar cuáles eran los requisitos y cómo debían administrarse los ítems correspondientes a cada área. Una vez acordados estos criterios para la aplicación de la EDSA, se daba inicio al trabajo de campo, en cuyos informes de los años 2007 y 2008 se indicaron los procedimientos de coordinación y supervisión del trabajo de

campo así como de la edición, codificación y carga de los datos que se resumen y describen a continuación.

Coordinación del trabajo de campo

Tanto en la medición de 2007 como la de 2008, el trabajo de campo se organizó en dos Unidades de Seguimiento (US): US1) Central que capacitó, coordinó y superviso el trabajo de campo del AMBA y US2) una que centralizó todo el campo del interior del país. La coordinación general estuvo a cargo de Lidia de la Torre y Ianina Tuñón y la mayoría de los encuestadores participaron en ambas ocasiones.

La US1 estuvo en campo en los meses de junio de los años 2007 y 2008 y concentró el 75% del relevamiento en los tres primeros fines de semana del período señalado. La coordinación de este campo fue realizada por una especialista en tanto que la supervisión del trabajo de campo estuvo a cargo de otro equipo de profesionales externos (ver Supervisión). La US2 se organizó en torno a una profesional localizada en AMBA y seis profesionales situados en cada aglomerado de los seleccionados en la muestra. La US2 estuvo en campo en los meses de junio de los años 2007 y 2008. Estos profesionales pertenecían al campo de la Investigación en Ciencias Sociales y presentaban una larga trayectoria en coordinación de encuestas en las localidades respectivas.

Cada coordinador del interior del país se ocupó de la capacitación de los encuestadores, del control del marco muestral y de la supervisión del trabajo de campo a partir de los lineamientos recibidos desde la coordinación general. En algunos aglomerados se realizaron cambios en los radios seleccionados como consecuencia de su inaccesibilidad (por ejemplo, barrios cerrados o problemas de inseguridad), por errores en la correspondencia del radio con el marco muestral o por no ser representativos del estrato socio-económico señalado previamente.

Supervisión del trabajo de campo

La supervisión del trabajo se subdividió en tres áreas: 1) Supervisión del trabajo de campo; 2) Supervisión de la consistencia interna de los formularios de encuesta y 3) Supervisión del ingreso de datos.

1) Supervisión del trabajo de campo: se realizó una muestra del 20% de las encuestas realizadas por aglomerado urbano, dentro de dicha selección se buscó que todos los encuestadores que participaron del campo estuvieran representados con al menos una

zona. En aquellas zonas en que se detectaron problemas se procedió a la supervisión completa de ella y de todas las zonas realizadas por el mismo encuestador.En las mediciones de los años 2007 y de 2008 el resultado de la supervisión fue positivo, ya que tan sólo se detectó alrededor de un 10% de zonas que requerían modificaciones. Las encuestas que presentaron problemas fueron reemplazadas por nuevos casos. Básicamente, las dificultades detectadas fueron debidas a encuestas en las que no coincidían los datos de identificación de la persona con los datos de quienes habitaban la vivienda seleccionada y entrevistas realizadas en forma coincidental en zonas en que no correspondía hacerlo.

2) Supervisión de la consistencia interna de los formularios de encuesta. El 100% de los formularios fueron supervisados durante el proceso de edición por cada uno de los coordinadores de campo y por la US correspondiente. De esta manera, cada encuesta pasó por un doble proceso de edición y corrección de errores.
3) Supervisión del ingreso de datos. Se diseñó una base de datos para la carga que previó el límite de ingreso de códigos para cada campo. Es decir, que cada campo (variable) tenía un rango predeterminado de ingreso de códigos. Asimismo, se aplicó un programa de limpieza que tuvo en cuenta los pases y códigos esperados según la lógica de los mismos.

Edición, Codificación y Carga de datos

El 100% de los formularios de la encuesta fueron editados y codificados por un equipo central de codificadores. Este equipo diseñó el manual de códigos de ambas mediciones. Los formularios de encuesta fueron trabajados por profesionales expertos en carga de información. Dicha carga se realizó en el entorno Excel debido a su facilidad para ser traducida a otros entornos (por ejemplo, SPSS y Stata) y se confeccionaron dos tipos de bases de datos: 1) base en las que se cargaron los datos de personas y 2) base en la que se cargaron los datos del hogar.

*5.2. Métodos estadísticos*

Se utilizaron las puntuaciones directas de las medidas de malestar psicológico, estrés, red social, *locus* de control externo, estrategias de afrontamiento pasivas y autoeficacia. Tal como se indicó en Medidas, la posición social se clasificó en 4 categorías ("muy bajo", "bajo", "medio bajo" y "medio alto"). En caso de las distribuciones sesgadas, las puntuaciones se elevaron al cuadrado y luego se calculó su raíz para obtener valores normalizados y permitir una mejor adecuación de los datos a los requerimientos estadísticos.

En este estudio se analizaron seis hipótesis. Para contrastar la primera hipótesis se realizó un análisis del patrón de asociaciones mediante la correlación entre las medidas de malestar psicológico y de la posición social y una estimación de la significación de las diferencias a través de un análisis de variancia (ANOVA de un factor). Ello permitió comparar las puntuaciones promedio del malestar psicológico en función de la clasificación socioeconómica. Para la confección de la planilla de datos y para el procesamiento de los análisis de correlación y diferencia de medias se utilizó el paquete estadístico SPSS-15 y se consideró la medición de 2007.

Para contrastar el resto de las hipótesis –que esencialmente refieren al modelo alternativo para la comprensión del vínculo entre la posición social y el malestar psicológico– se realizó un análisis de ecuaciones estructurales por considerarlo un método más riguroso que el análisis de regresión lineal múltiple, ya que calcula simultáneamente las covarianzas entre las variables consideradas y permite analizar la validez interna del modelo. Con el fin de conocer la validez temporal de éste, se aplicó este método para la medición de los años 2007 y 2008. Los datos fueron procesados con el programa AMOS 18 (Arbuckle, 2009). En el siguiente capítulo se explican con detalle los métodos de análisis de datos y los resultados obtenidos para la contrastación de las hipótesis.

# Capítulo 6. Resultados

## *6.1. Análisis de las evidencias de Fiabilidad y Validez de las medidas utilizadas*

Una cuestión de importancia en cualquier investigación social es evaluar la calidad de las medidas utilizadas en el estudio. La adecuación conceptual y la precisión de la medición son el punto de partida para poder realizar inferencias teóricamente válidas y empíricamente fiables.

Como se indicó, en la EDSA (Ver Anexo II) se incluyó un test breve de diez ítems de malestar psicológico, cuyas puntuaciones van de menor a mayor riesgo de malestar. Por lo tanto las puntuaciones altas expresan una alta probabilidad de riesgo y las bajas, uno menor. La misma dirección en cuanto a la puntuación se siguió para la evaluación del estrés social, las estrategias pasivas de afrontamiento al estrés, la baja percepción de eficacia para resolver problemas y el *locus* de control externo: a mayor puntuación, más presencia de la característica evaluada.

En cambio, para las redes sociales y la percepción de apoyo emocional las puntuaciones altas expresan el polo positivo del continuo (tener una red social más extensa/ haber recibido apoyo emocional en el último año) y, las bajas, el polo negativo (no tener una red social extensa / no haber recibido apoyo emocional en el último año). So pena de parecer insistente, se las indica porque es fundamental para la claridad del análisis de ecuaciones estructurales, que es el método elegido para validar el modelo teórico propuesto. En éste se distinguen un nivel de mediación proximal (estrés social/ redes sociales) y otro de índole psicológico/ psicosocial (locus de control, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, apoyo emocional) y el análisis de la influencia directa e indirecta del estrés social, del apoyo y red sociales, de los recursos de agencia y del estilo evitativo de afrontamiento.

Para garantizar la validez de las *medidas primarias*, se realizaron varios estudios con muestras independientes en pos de analizar las propiedades psicométricas de las escalas de malestar psicológico (K-10) (Brenlla, 2007; Brenlla y Aranguren, 2010), afrontamiento al estrés (Brenlla e Infante Geronimi, 2008) y *locus* de control (Brenlla y Vázquez, 2010) y otros

para analizar las del Cuestionario de Estrés Social, de Apoyo Emocional y la medición de la Autoeficacia. Estos estudios se reseñan a continuación,

*Cuestionario de Estrés social (CES)*

La presunción que ha guiado la investigación acerca de los sucesos vitales es que en la vida de las personas pueden ocurrir determinados acontecimientos que introducen cambios importantes y que suponen una exigencia de ajuste que, con el tiempo, puede afectar significativamente el bienestar físico y psíquico. Situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo, jubilarse, cambiar de lugar de residencia, ser víctima de un delito o de una agresión, entre otros eventos, pueden activar estados emocionales negativos (por ejemplo, tristeza o inquietud), favorecer el desarrollo de reacciones fisiológicas desequilibradas que incrementan la vulnerabilidad a enfermar o deteriorar la eficacia con la que el individuo se desenvuelve en su vida diaria.

Uno de los pioneros en el estudio de los factores sociales del estrés fue Holmes quien, influenciado por la tesis reaccionalista de Adolf Meyer en cuanto al origen de los trastornos mentales, se interesó por el estudio de en qué medida el contexto social influye para que las personas enfermen. En colaboración con el sociólogo Norman Hawkins, Holmes y Rahe (1967) diseñaron una prueba para evaluar las experiencias recientes a la que llamaron *Schedule of Recent Experience* (SRE) (Inventario de Experiencias Recientes) con el objetivo de estudiar la carga social a la que están sometidos los individuos que redunda negativamente en su salud. En la SRE se seleccionaron únicamente aquellos sucesos que, de forma repetida, habían resultado ser suficientemente significativos en las historias personales y que parecían asociarse al inicio de los trastornos. Por ende, los sucesos vitales implicaban algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo. De este modo, los sucesos vitales podrían definirse igualmente como cambios vitales. A mayor cambio (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales) mayor probabilidad de enfermar (Sandín, 2003). El cambio vital puede referirse a situaciones estresantes extremas, tales como las catástrofes naturales o ciertas situaciones especialmente traumáticas (situaciones bélicas, etc.) pero, por lo general, es una noción que se aplica a sucesos menos traumáticos y más normativos, es decir, a los denominados sucesos vitales en su sentido más estricto. Son ejemplos de sucesos vitales situaciones sociales tan dispares como el matrimonio, la pérdida de un hijo, el divorcio, la

compra de una casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el embarazo, la viudez, etc. La investigación basada en los sucesos vitales no se centra en un suceso concreto sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos años (habitualmente durante los dos o tres últimos años), fenómeno que se conoce habitualmente como estrés reciente.

Los sucesos vitales suelen diferenciarse de otros estresores sociales más recurrentes y duraderos que se conocen con el nombre de *estrés crónico* (Pearlin, 1989). De acuerdo con este autor, los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente encuentra en sus vidas diarias. Muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, y consisten, por ejemplo, en dificultades en el trabajo, problemas de pareja o complicaciones en las relaciones entre padres e hijos. También son indicadores del estrés crónico aquellos sucesos que implican no poder realizar actividades vitales por dificultades económicas, por ejemplo, no poder comprar comida o ir al médico por razones materiales. Estas condiciones de adversidad socioeconómica se convierten en estresores al representar una carga de tensión que repercute en el bienestar emocional de quienes están expuestos a ellas.

En las EDSA se introdujeron once preguntas acerca de haber padecido eventos estresantes tales como desempleo, accidentes, delitos, hechos de violencia, haber padecido hambre o no haber podido realizar actividades necesarias por dificultades económicas. Estos ítems conformaron el Cuestionario de Estrés Social (CES) en el que indaga si los individuos estuvieron expuestos, efectivamente, a una situación o suceso de estrés y no la percepción de algún estado, rasgo o atributo particular. Los diez ítems finales del CES se responden en función de si la persona reconoce o no haberlos padecido, por lo que cada respuesta se puntúa como 0 (declara no haber padecido el suceso) ó 1 (declara haber padecido el suceso). La sumatoria simple de los eventos reconocidos otorga una medida de sucesos y situaciones estresantes que oscila entre 0 y 10 puntos por lo que, cuanto más alto es su valor, mayor es la cantidad de eventos sociales estresantes que reconoció el individuo. En este sentido, no se trata de un test en los términos clásicos, sino de un *recuento* de la cantidad de estresores sociales a los que ha estado sometido un individuo. Esto es, no se inquiere acerca de cómo le afectó el estresor sino que se le solicita que declare si le sucedió o no. Por lo tanto, el estudio de la fiabilidad y validez que se presenta a continuación debería ser considerado teniendo en cuenta

esta característica de la medida de ser un recuento bajo la forma de cuestionario y no un test psicológico propiamente dicho.

Evidencias de validez interna:

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales para estudiar la estructura interna del Cuestionario de Estresores Sociales (CES). Se introdujeron los once ítems originales en pos de conocer cuál o cuáles eran los factores latentes que explicaban en mayor medida la variabilidad de las puntuaciones. La expectativa era que arrojase dos factores relacionados: uno de sucesos puntuales y otro de estrés crónico.

Se comprobó previamente que la matriz de correlaciones era la adecuada para el método a utilizar (Año 2007: Test de Esfericidad de Barttlet = 3315.646, $p < .001$; Índice de Adecuación Muestral Kaiser Meyer Olkin = .765). El test Scree de Cattell (1966) indicó que emergieron dos factores que explican el mayor porcentaje de la variancia (37%). Los dos primeres autovalores (2.63 y 1.44) y las matrices factoriales sugieren que, tal como se había supuesto, existen dos componentes del constructo. Uno que podría denominarse de "estresores traumáticos", con cargas entre .507 y .630 y otra de "estrés crónico", con cargas entre .386 y .769. El ítem "haber estado enfermo" – tal como fue señalado muy constructivamente por uno de los evaluadores de la tesis – no presentó coeficientes importantes en ninguno de los dos factores. Por tanto, se decidió adoptar como criterio complementario retener aquellos ítems con una saturación factorial superior a .40 en un factor y no superior a .30 en el otro, razón por la cual el ítem "haber estado enfermo" fue eliminado ya que presentó cargas de .288 y .151 en ambos. De los diez ítems restantes, "estar desempleado" presentó una carga muy próxima a .40 (.386) en el primer factor y otra pequeña en el segundo (-.056) y los otros nueve ítems presentaron cargas factoriales mayores a .40 en el primero y menores a .30 en el segundo. Específicamente, en el factor de estrés crónico los coeficientes fueron de 0.769 para "no poder comprar comida", 0.762 para "no tener ropa necesaria", 0.713 para "no poder ir al médico"; 0.594 para "no poder pagar servicios básicos" y 0.473 para "haber tenido hambre". En cuanto al segundo componente de sucesos de estrés, los coeficientes fueron de 0.630 para "haber sufrido un acto de violencia", 0.594 para "haber sufrido un accidente de tránsito", 0.575 para "haber sufrido un delito" y 0.507 para "haber sufrido un accidente de trabajo".

Puede notarse que hay dos factores claramente diferenciados pero, aún así, relacionados ya que la correlación entre ambos es de .119, débil pero significativa ($p < .001$).

Esto es consistente con la idea de que el estrés social incluye tanto a las situaciones crónicas como a los sucesos puntuales. Ambas se diferencian en cuanto al tiempo de exposición al estrés pero se relacionan respecto del carácter negativo del estresor.

Para analizar estas evidencias exploratorias se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC). Se conjeturó que cuatro de los ítems se agruparían en un factor latente de *sucesos* y el resto en otro factor latente de eventos *crónicos* y que ambos estarían positivamente pero débilmente relacionados en su condición de pertenecer a la categoría estrés social. Por ende se construyó un diagrama inicial en el que se ilustraban estas relaciones entre variables observadas y latentes. Dado que los indicadores son categóricos y que podía esperarse una distribución no normal se optó, como método de estimación, el de mínimos cuadrados ponderados. Este método, en el programa AMOS, recibe el nombre de ADF (*Asymptotically Distribution-Free*) o funciones asintóticamente libres de distribución y es el recomendado cuando las variables son categóricas; además, su aplicación no requiere el cumplimiento del requisito de multinormalidad (Arias, 2008; Stahl, 2010) pero sí un tamaño muestral superior a las 1500 observaciones. En este caso, la muestra está formada por 1740 casos, cantidad considerada suficiente para la aplicación del ADF.

El modelo de dos factores relacionados entre sí produjo una $\chi^2$= 86.81 significativa. Como es conocido, el índice $\chi^2$ raramente es utilizado como prueba única o concluyente de bondad del ajuste de un modelo ya que se basa en la hipótesis excesivamente restrictiva de que S es igual a Σ. Además, en muchos casos, la distribución de los datos no se ajusta a una distribución $\chi^2$ o su valor está influenciado por el tamaño de la muestra (Arias, 2008; Tanaka, 1993; SEMNET, 2010). Por ello, muchos autores (Arbuckle, 2000; Tanaka, 1993) recomiendan examinar no solo la significación sino también la magnitud del $\chi^2$ a través del índice $\chi^2$ /gl, donde los grados de libertad se utilizan como un estándar para juzgar si ese valor de $\chi^2$ es grande o pequeño. En este caso, el valor fue de 2.55, muy próximo a la puntuación de corte recomendada (< 2) (Arias, 2008; Ruiz, Pardo & San Martín, 2010).

Además, los índices incrementales CFI (*Comparative Fix Index*) y el TLI (*Tucker-Lewis Index*) –que evalúan en qué medida el modelo es mejor que el de independencia– fueron de .95 y .93, que coincide con el valor de corte sugerido y el error RMSEA (*Root Mean Square-Error of Aproximation*) fue de .03 y el RMR de .006. Estos valores son considerados como premonitorios de buen ajuste.

Por otra parte, todos los ítems fueron buenos indicadores de los factores subyacentes respectivos con coeficientes estandarizados significativos ($p < .001$). Los ítems "haber sufrido un delito" y "haber sufrido un hecho de violencia" tuvieron las cargas más altas en el factor de *sucesos* de estrés ( .39 y .67, respectivamente) En el factor denominado estrés crónico, "no poder comprar comida o comprar comida de menor calidad" y "no poder tener ropa necesaria" mostraron las cargas más altas (ambas, .76), seguido de "no poder ir al médico" ( .62) y "no poder pagar servicios" (.44). Los coeficientes de "haber padecido hambre" (.27) y "estar desempleado" (.26) –ambos pertenecientes a *crónicos*– y de "haber sufrido un accidente de tránsito" ( .24) y "haber sufrido un accidente de trabajo" ( .23) – los dos de estrés crónico –, mostraron valores menores al resto. Quizá ello se deba a que la frecuencia de aparición de estos eventos fue escasa y su asociación con otros indicadores de estrés social, más azarosa. Si bien estos cuatro ítems presentaron coeficientes que indican un tamaño del efecto moderado según los criterios de Cohen (1988) también es cierto que fueron claramente significativos ($p < .001$). En virtud de ello, se decidió mantenerlos en la escala de estrés ya que son consistentes conceptualmente e intervienen, aún con un tamaño del efecto pequeño, en la descripción del estrés social. Al igual que en el estudio exploratorio de las puntuaciones, el coeficiente entre *sucesos* y *crónico* fue bajo pero significativo (.14). Esto es coherente con los antecedentes que indican que los estresores crónicos se distribuyen y presentan frecuencias más regulares mientras que, los estresores puntuales, son más erráticos y menos frecuentes. Sin embargo, ambos comparten el carácter de ser eventos negativos y tensionantes en la vida de las personas. En función de estos resultados, se decidió no separar la medida en dos escalas ya que a) ambos factores representan, teóricamente, distintos aspectos de un mismo constructo y, empíricamente, los resultados avalan la idea de dos factores relacionados, b) la inclusión de todos los ítems neutraliza los posibles sesgos según posición social y c) el coeficiente de fiabilidad para puntuaciones dicotómicas obtenido a partir de las puntuaciones de los diez ítems puede considerarse apropiado (KR-20 = .65, ver próximo punto).

Evidencias de fiabilidad:

La consistencia interna de los ítems fue evaluada mediante el coeficiente de Kuder-Richardson 20 (KR-20), ya que es el procedimiento aconsejado cuando los ítems son dicotómicos, tal como es el caso de los del CES (Cortada de Kohan, 1999; Nunnally, 1970). Nunnally (1970:152) y Cortada de Kohan (1999) indican que, en estos casos, se trata de una

ecuación útil ya que proporciona una buena estimación de la fiabilidad correlacionando formas alternativas. Se la calcula sobre la base de la varianza de las puntuaciones de cada ítem y la varianza de los totales del test (Número de ítems (N) * Varianza total – Sumatoria de la varianza de cada ítem/ N-1* Varianza total). En este caso, las puntuaciones de los diez ítems del CES resultan en un coeficiente KR-20 de **.65** (10*3.081-1.286/ 9-3.081). Adicionalmente, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de .646, muy cercano al KR-20.

La cuestión de conocer si un coeficiente de fiabilidad es suficientemente alto no puede desligarse de cuál es el uso pretendido del instrumento, ya que la exigencia no es la misma si el objetivo es la investigación sobre grupos o la toma de decisiones sobre sujetos (Morales Vallejo, 2007:15; Schmitt y Hunter, 1996). En este sentido, la valoración de un coeficiente de fiabilidad depende sobre todo del uso que se vaya a hacer de las puntuaciones obtenidas con la prueba. Así, Morales Vallejo (2007:15) recomienda, a título orientativo, que respecto de los **tests que se utilizan para la toma de decisiones sobre individuos**, son *aceptables* los coeficientes mayores de .85; *cuestionables* los que se encuentran entre .60 y .85 e *inadmisibles* los menores de .60. Esta perspectiva es compartida por otros autores que consideran que en los casos de toma de decisiones sobre las personas, el coeficiente debe ser mayor a .85 (Pfeiffer, Heslin y Jones, 1976).

En cambio, para los **tests usados en investigación**, el autor considera como *muy buenos* a los mayores de .85; *aceptables* a los que se encuentran entre .60 y .85 y *aceptables pero cuestionables* a los menores de .60. Por su parte, Nunnally (1978) recomienda un minimun de .70 en cualquier situación aunque también acepta a los que están alrededor de .60 para usos en investigación y Guilford considera que una fiabilidad de solo .50 es suficiente para el uso de tests en estudios de carácter básico (1954: 388-389).

Como puede notarse, existe acuerdo en que para la toma de decisiones en psicología aplicada los coeficientes deben ser altos. En cambio, respecto del uso de los tests en contextos de investigación, no hay un valor mínimo para aceptar un coeficiente de fiabilidad como adecuado en el que todos los especialistas estén de acuerdo. Los antecedentes indican que medidas con un coeficiente bajo (.50) pueden resultar muy útiles (Schmidt & Hunter, 1996) en tanto que medidas con coeficientes muy altos (> .90) pueden indicar redundancia en los ítems y ser poco útiles para la investigación (Streiner, 2003).

En este estudio, los tests son utilizados con fines de investigación y no con propósitos de diagnóstico por lo que la valoración de sus coeficientes de fiabilidad se realiza en este contexto. En este sentido, y sobre la base de los antecedentes revisados, el coeficiente KR-20 de **.65** del CES puede considerarse *aceptable* según las pautas de Morales Vallejo (2007) y muy *cercanos* al *valor de referencia* indicado por Nunnally (1978).

Evidencias de validez externa:

Para analizar las evidencias de validez concurrente de esta reformulación del CES, se correlacionaron las puntuaciones de estrés y de malestar psicológico. El resultado indicó una asociación positiva y significativa entres ambas (r = .356, $p < 0{,}001$), con un tamaño del efecto de moderado a grande según los criterios establecidos por Cohen (1988) que señalan que una correlación de .358 se corresponde con una *d* de entre 0.7 y 0.8. Es menester recordar que una *d* de 0.5 (r = .243) indica un tamaño del efecto moderado mientras que a partir de 0.8 (r = ≥ .371) el efecto se considera grande.

*Cuestionario de Apoyo Social (CAS)*

El apoyo social es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales. En la literatura aparece una gran variedad de instrumentos que intentan evaluar este constructo. Un gran número de investigadores (House y Kahn, 1985; Wortman y Conway, 1985) coinciden en que hay deficiencias conceptuales y técnicas en cuanto a la evaluación del apoyo social. Por ende, cuando se intenta hacerlo, hay que tener en cuenta: la noción de proximidad emocional o intimidad, la procedencia del apoyo, el tipo de apoyo, la cantidad de apoyo recibido y, una variable muy importante, la percepción de apoyo por parte del sujeto. Esta variable subjetiva hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de relaciones proveedoras de apoyo suficientes y adecuadas. Por lo tanto, es importante considerar tanto las características objetivo-estructurales como subjetivo-funcionales para una completa descripción de las relaciones sociales proveedoras de apoyo. La mayoría de los cuestionarios utilizados (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983; Henderson *et al,* 1980; Procidano & Heller, 1983), incluyen la evaluación de al menos dos de las siguientes dimensiones: número de personas, satisfacción de la persona con el apoyo recibido, tipo de apoyo recibido, y tipo de fuentes de apoyo.

Siguiendo la línea de estos instrumentos, y con el interés central de evaluar el "apoyo emocional recibido" se generó una medida en la que se registran la cantidad de personas que conforman la red social y la percepción de haber recibido apoyo emocional en el último año.

Se seleccionaron aquellos ítems de las EDSA que indagan acerca de haber recibido apoyo social emocional durante el último año (¿Recibió ud. ayuda de *parientes*/ *amigos*/ vecinos/ *compañeros* de trabajo/ *otros* para que escuchen sus problemas y le dediquen tiempo?) para formar el Cuestionario de Apoyo Emocional (CAE). Se recodificaron todos los ítems en forma dicotómica (0 = no recibió apoyo emocional y 1 = recibió apoyo emocional) por lo que a medida que aumenta la puntuación, aumentan las personas que dieron su apoyo emocional al entrevistado. La modalidad en que están formulados los ítems indaga el apoyo que el individuo *efectivamente* percibe haber recibido en una ventana de tiempo específica (el último año) y difiere de las escalas que se refieren a la percepción de la *expectativa* de apoyo ante una situación de adversidad. Por ejemplo, las escalas que evalúan expectativas contienen ítems tales como "Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar" o "Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme" y que se responden sobre la base de la frecuencia con que creen que lo obtendrán (Arechábala *et al*, 2002). En tal sentido, la evaluación realizada en este estudio no refleja estas creencias generales de contar con personas en momentos difíciles sino, como se señaló, la percepción de haber recibido este tipo de apoyo. La puntuación total del cuestionario indica entonces el hecho de *haber recibido efectivamente* apoyo emocional durante el último año y no la *expectativa* de recibir apoyo emocional –en qué medida la persona *cree* que podría contar con otros en caso de necesidad–. Al igual que en el caso del Cuestionario de Estrés Social se trata de un recuento y no de un test en el sentido clásico por lo que el CAE expresa la cantidad de personas que brindaron apoyo emocional. En este sentido, el estudio de la fiabilidad y validez que se presenta a continuación debería considerarse teniendo en cuenta esta característica de la medida.

Evidencias de validez interna:

Para analizar la unidimensionalidad del CAE, se aplicó el método de componentes principales. Un primer análisis indicó dos factores que explicaban el mayor porcentaje de la variancia (58%). El primero se asoció con los vínculos fuertes (familiares, vecinos, compañeros de trabajo) y, el segundo, con los nexos débiles (otros). Estos resultados se comparecen con los supuestos conceptuales descriptos en el marco teórico. No obstante – y

como consecuencia de una oportuna observación realizada por uno de los evaluadores de la tesis – se eliminó el ítem que cargaba en un segundo factor ya que un solo reactivo inhabilita su consideración como tal. Se reanalizaron los datos y, en primera instancia, se evaluó si la matriz de correlaciones era la adecuada para el método a utilizar. Los índices fueron medios pero aceptables según los criterios establecidos por Kaiser (Año 2007: Test de Esfericidad de Barttlet = 733,263, $p < .001$; Índice de Adecuación Muestral Kaiser Meyer Olkin = .674). Se utilizó el método de componentes principales y el criterio Kaiser-Guttman de autovalores mayores a 1 para la extracción de factores.

Los resultados mostraron un solo factor que explica el 46,2% y cuyo autovalor fue 1,848. También la inspección del *scree plot* sugirió la extracción de un factor. Todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .50 en este factor: haber recibido apoyo emocional de parientes ( .757), de amigos ( .741), de vecinos ( .623) y de compañeros de trabajo ( .580). Los coeficientes de consistencia interna, que se detallan más adelante, indican una fiabilidad media pero aceptable (KR-20 = .61; alfa = .612). Estos resultados llevaron a la reformulación del CAE que, en su versión definitiva, incluyó a los cuatro ítems señalados.

Estos cuatro ítems aluden a si la persona declara haber recibido apoyo emocional de parientes, amigos, vecinos y/o compañeros de trabajo. La suposición es que cuando las personas padecen malestar psicológico necesitan de la compañía de otros significativos. Para analizar la estructura interna explorada con el método de componentes principales se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. El modelo propuesto agrupó los ítems del CAE en un factor subyacente de "apoyo emocional". Como método de estimación se eligió el ADF debido a la naturaleza categórica de los ítems del CAE y, en menor medida, a la posible no normalidad de la distribución.

La evaluación de la bondad de ajuste del modelo incluyó el análisis del índice $\chi^2$, que fue de 15.12 ($p <.05$) y el $\chi^2$ /gl fue de 7.56. Ambos índices de ajuste absoluto se encuentran próximos a los criterios establecidos pero no son aceptables. Por ello, es de interés analizar otros índices de ajuste como los incrementales y los de error. Así, el CFI fue de .98 y el TLI de .94, ambos considerados como indicativos de buen ajuste. El RMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) fue de .004 y el error RMSEA, de .06. Estos índices, en conjunto, denotan un buen ajuste del modelo propuesto a los datos. Además, los cuatro ítems fueron buenos indicadores del factor latente hipotetizado, con las cargas factoriales más altas en los ítems que

aluden vínculos próximos – "parientes" (.68) y "amigos" (.64) – y, con cargas un poco menores, en las relaciones menos próximas – "vecinos" (.43) y "colegas" (.39).

Evidencias de fiabilidad:

La estabilidad test – retest se estimó correlacionando las puntuaciones entre las evaluaciones de 2007 y 2008. La correlación fue significativa pero baja (año 2007, m = 1,59 y DE = 1,19; año 2008 m = 1,48 y DE = 1,17; r = .226, $p < .001$) con un tamaño del efecto de pequeño a moderado (*d* entre 0.4 y 0.5), según los criterios establecidos por Cohen (1988).

La consistencia interna se evaluó mediante el cálculo de la fórmula de Kuder Richardson para ítems dicotómicos y la del índice alfa de Cronbach. Los coeficientes, en ambos casos, fueron muy similares: **.61** y **.62**, respectivamente. Tal como se señaló, la cuestión de cómo interpretar un coeficiente de fiabilidad puede ser materia de discusión.

No obstante y en especial para el coeficiente alfa de Cronbach, que es el más informado, existen ciertos criterios que la comunidad científica considera apropiados. George & Mallery (1995) los reseñan indicando que es comúnmente aceptado que los valores de alfa mayores de .90 son considerados excelentes; entre .80 y .90, buenos; mayores que .70, aceptables; entre .60 y .70, cuestionables; entre .50 y .60, débiles y, los menores de .50, son considerados inaceptables.

Al respecto, Neal Schmitt (1996) en su artículo *"Usos y abusos del Coeficiente Alfa"* plantea que, en muchas ocasiones, los investigadores utilizan el valor de referencia de un coeficiente alfa igual o mayor a .70 como aceptables sin diferenciar que el alfa se refiere a la homogeneidad de la varianza y no a la unidimensionalidad del constructo que se quiere medir. Como ejemplo de ello muestra cómo dos tests con un mismo alfa de .86 presentan una estructura de correlaciones distintas. En uno de ellos el patrón resultante implica la existencia de dos factores independientes, por lo que no puede inferirse la unidimensionalidad del constructo medido ni utilizar el coeficiente alfa, aunque sea alto, para calcular la corrección por atenuación debida a la fiabilidad. En este sentido, considera que no hay un nivel de alfa "sagrado" para considerar su aceptabilidad. "En algunos casos, medidas con bajos niveles de coeficiente alfa (según los estándares convencionales) pueden ser útiles" (Schmitt, 1996: 353) y "Aún una fiabilidad tan baja como .49 puede no ser un impedimento para su uso cuando tiene otras cualidades deseables, tales como un contenido que cubre un dominio unidimensional" (Schmitt, 1996: 352). Por lo tanto, más que excusarse en la cantidad de ítems

–argumento frecuente cuando se reportan bajos niveles de alfa- Schmitt propone que estos coeficientes bajos sean analizados en función de las evidencias de unidimensionalidad, intercorrelación y convergencia conceptual de los ítems.

Para analizar en profundidad el coeficiente de fiabilidad obtenido a partir de las puntuaciones del CAE y siguiendo las recomendaciones de Schmitt (1996) se inspeccionó la matriz de correlaciones inter-ítem, cuyos resultados se aprecian en la Tabla 1, las asociaciones fueron positivas y significativas en todas las combinaciones, con tamaños del efecto de moderados a grandes en cuatro de las combinaciones y de pequeños a moderados en las dos restantes. En este sentido, y sobre la base de los antecedentes revisados, el coeficiente KR-20 de **.61** y el alfa de .**62** del CAE pueden considerarse *aceptables* según las pautas de Morales Vallejo (2007) y *cuestionables pero aceptables* según las de George & Mallery (1995). Además, el hecho de que las cargas factoriales se concentrasen en un factor de manera muy definida y que las correlaciones inter-ítem hayan sido significativas sugiere una convergencia de contenidos que permitirían pensar que, aunque el coeficiente es medio, pueda considerarse *aceptable*.

**Tabla 1: Correlaciones inter-ítem Cuestionario de Apoyo Emocional (CAE)**

| | | parientes | amigos | vecinos | compañeros |
|---|---|---|---|---|---|
| parientes | Corr. | 1 | ** | ** | ** |
| | N | 1740 | | | |
| amigos | Corr. | ,428 ** | | ** | ** |
| | Sig. | ,000 | | | |
| | N | 1740 | | | |
| vecinos | Corr. | ,307 ** | ,242 ** | | ** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | | |
| | N | 1740 | 1740 | | |
| compañeros | Corr. | ,229 ** | ,262 ** | ,199 ** | 1 |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |

**. p < 0.01

a. Haber recibido apoyo emocional de...

*Percepción de Autoeficacia General*

Como se indicó en el marco teórico, la autoeficacia general se define como la percepción sobre cuán efectiva considera ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer, 1997). Si bien se relaciona con el estilo de afrontamiento activo, no obstante, se diferencia de éste porque la autoeficacia implica un juicio sobre las propias capacidades para afrontar las adversidades y no el modo preferente de hacerlo. Dadas las limitaciones de tiempo que supone la administración de una encuesta del tipo de la EDSA, la autoeficacia fue evaluada mediante un ítem inspirado –pero no textual– en la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Schwarzer, y que se redactó como: *¿Qué tan conforme está con sus capacidades para afrontar la vida?* (Ítem Conformidad con las Capacidades para Afrontar la Vida -ICCAV-). Nótese que se solicita al entrevistado que indique un juicio acerca de su *capacidad* para afrontar la vida y no la autopercepción de *cómo* lo hace. El ICCAV se responde con un escalamiento tipo Likert de 1 a 4 puntos (de 1 "Muy conforme" a 4 "Nada conforme") por lo que a mayor puntuación, menor percepción de autoeficacia general y viceversa.

Evidencias de fiabilidad:

Para conocer si esta medida de autoeficacia representa una característica relativamente duradera se analizó la estabilidad de las puntuaciones en las evaluaciones de 2007 y 2008 sobre los casos panel, vale decir aquellos que respondieron en alguna de las mediciones anteriores. Los resultados indicaron una correlación moderada y significativa entre ambas, dato que aporta evidencia de la estabilidad del reactivo ($n$ = 968; año 2007, m = 1.75 y DE = 0.64; año 2008 m = 1,81 y DE = 0.65; $r$ = .338 $p$ < 0.001). Dado que el coeficiente de correlación de Pearson se basa sobre el ordenamiento de las puntuaciones, el análisis de la distribución de frecuencias de las puntuaciones del ítem de autoeficacia puede ser de utilidad para comprender estos datos. En particular pudo notarse proporciones parecidas para "Muy conforme" (2007 = 33%; 2008 = 29%), "Conforme" (2007 = 58%; 2008 = 58%), "Poco conforme" (2007 = 7%; 2008 = 10%) y "Nada conforme" (2007 = 1%; 2008 = 0.8%).

Evidencias de validez de constructo:

Para analizar la consistencia conceptual del ICCAV, se analizó su asociación con las puntuaciones de la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Schwarzer y Jerusalem (1992; adaptación Brenlla *et al,* 2010) en una muestra independiente ($n$ = 290). Como se indicó, la

EAG consta de diez ítems que se responden en función de una escala tipo Likert de cuatro opciones y los estudios realizados con muestras de distintas nacionalidades permiten inferir adecuada consistencia interna (alfa = .76 a .91, según la muestra (Kumar y Lal, 2006; Schwarzer, 2002, 2011) y la unidimensionalidad del constructo medido (Scholtz *et a*l, 2002). Para una descripción más detallada, véase la adaptación argentina de la EAG (Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010). Los resultados mostraron que el valor de la correlación y la significación del coeficiente entre el ICCAV y la EAG fueron satisfactorios ($n$ = 290; $r$ = -.511 $p < 0.001$). Como era de esperar, la relación es negativa ya que el ICCAV es inverso (a mayor puntuación, peor percepción de autoeficacia) mientras que el índice de la EAG es directo (a mayor puntuación, mejor percepción de autoeficacia). En este sentido, se relevan indicios de convergencia conceptual entre ambas medidas. De esta manera, se supuso que el ítem de la EDSA capta, de manera global y relativamente consistente, las percepciones de autoeficacia de quienes lo responden. Una corrección realizada por uno de los evaluadores en el sentido de la validez del ítem para evaluar autoeficacia llevó a profundizar el estudio del ICCAV. Para ello, se trabajó con una muestra de adultos de la Ciudad de Buenos Aires ($n$ = 182), compuesta por 93 mujeres y 89 varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 76 años (M = 37.54, DE = 14.43), de los cuales el 25.2 % tenía estudios primarios completos o secundarios incompletos, el 51.1 %, secundarios y el 23.6 % había alcanzado un nivel superior (terciario o universitario). A todos se les administró, en forma individual, la Escala de Autoeficacia General (EAG, adaptación Brenlla *et al,* 2010) y el ICCAV (*¿Qué tan conforme está con sus capacidades para afrontar la vida?*). Los ítems se presentaron con un escalamiento de 4 puntos y se recodificaron las respuestas para que el sentido de la puntuación fuera en la misma dirección. Así, a mayor puntuación, mayor percepción de autoeficacia en cada uno. El hecho de que el escalamiento sea ordinal (1=Nada conforme; 2=Poco coforme; 3=Conforme; 4=Muy conforme) habilita, con limitaciones, su uso como una variable continua para los análisis posteriores. El objetivo de esta aplicación conjunta de la EAG y del ICCAV fue (a) realizar un estudio del patrón de correlaciones entre cada uno de los ítems de la EAG y el ICCAV, (b) analizar la consistencia interna de la escala EAG considerando al ICCAV como un ítem adicional y (c) analizar si el ICCAV aporta significativamente a la descripción de la autoeficacia general mediante la aplicación de AFC. Además, se planteó como objetivo adicional el análisis del patrón de asociaciones entre el ICCAV y el estilo activo de

afrontamiento al estrés, a través de la comparación entre aquel y una medida de afrontamiento activo incluida en la EDSA. Si estas evidencias son satisfactorias, entonces podrá considerarse que el ICCAV representa una medida aproximada y limitada pero sustantiva de la autoeficacia general.

Correlaciones entre las puntuaciones totales y por ítem de la EAG y el ICCAV:

En la Tabla 2 puede notarse que el ICCAV se asoció significativamente tanto con la puntuación total de la escala como con siete de los diez ítems que conforman la EAG. Las asociaciones más importantes se registraron respecto de aquellos ítems que aluden a la confianza en las propias capacidades para manejar situaciones imprevistas y para el logro de objetivos. En todas ellas el tamaño del efecto puede considerarse amplio según los criterios de Cohen (1988), ya que superan el coeficiente .371, que se corresponden con una $d \geq 0.8$.

**Tabla 2. Correlaciones entre los ítems de la EAG y el ICCAV**

| | *r* |
|---|---|
| Autoeficacia general (EAG total) | 0.495** |
| Gracias a mis capacidades y recursos, sé cómo manejar situaciones imprevistas | 0.452** |
| Tengo confianza en que podría manejar eficazmente situaciones imprevistas | 0.425** |
| Por lo general puedo manejar cualquier situación que se me presente | 0.382** |
| Me resulta fácil enfocarme en los fines que persigo y lograr mis objetivos | 0.379** |
| Cuando me enfrento a un problema, generalmente puedo encontrar varias soluciones alternativas | 0.346** |
| Puedo resolver problemas difíciles si hago el esfuerzo suficiente | 0.305* |
| Puedo mantener la calma cuando me enfrento a un problema porque confío en mis habilidades para resolverlo | 0.286* |

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$

Consistencia del ICCAV con los ítems de la EAG:

A modo de ejercicio de investigación, se analizaron en forma conjunta los ítems de la EAG con el ICCAV. El valor del alfa total fue de .849 –considerado muy bueno según los criterios de George & Mallory (1995)- y, como puede notarse en la Tabla 3, las puntuaciones al ICCAV presentaron una importante coherencia interna con los ítems de la EAG. Nótese que si el ICCAV se elimina de la escala, ésta no gana valor de alfa.

**Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad de los ítems de la EAG y el ICCAV analizados en forma conjunta**

| | Media de la EAG si el ítem es eliminado | Varianza de la EAG si el ítem es eliminado | Correlación ítem-total corregida | Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado |
|---|---|---|---|---|
| eag1 | 33,03 | 14,983 | ,663 | ,825 |
| eag2 | 33,31 | 16,446 | ,517 | ,838 |
| eag3 | 33,44 | 15,922 | ,455 | ,843 |
| eag4 | 33,19 | 15,470 | ,534 | ,836 |
| eag5 | 33,21 | 15,086 | ,645 | ,826 |
| eag6 | 33,03 | 15,999 | ,566 | ,834 |
| eag7 | 33,29 | 16,177 | ,473 | ,841 |
| eag8 | 33,21 | 16,037 | ,472 | ,841 |
| eag9 | 32,98 | 16,180 | ,464 | ,841 |
| eag10 | 33,19 | 15,864 | ,597 | ,832 |
| ICCAV | 33,27 | 16,038 | ,495 | ,839 |

Análisis factorial confirmatorio de los ítems EAG e ICCAV:

Se realizó otro ejercicio –consistente en la aplicación de AFC- para analizar la unidimensionalidad de esta medida simulada formada por los ítems de la EAG y el ICCAV. Se decidió utilizar el método de Máxima Verosimilitud para la estimación de la bondad de ajuste del modelo. Para usar este método es necesario primero asegurase que no haya colinealidad entre las variables, normalidad multivariada, variables continuas en el modelo y un tamaño muestral adecuado. En este caso, si bien los ítems presentan correlaciones significativas entre sí, ninguno de los coeficientes es mayor a .80 (véase Tabla 2) por lo que se supone ausencia de colinealidad. Para analizar la normalidad multivariada primero se observó si existían puntuaciones atípicas entre los datos. Se registró solo una que se mantuvo sin transformaciones. El análisis de la distribución mostró que la mayoría de los ítems tenían valores de asimetría entre -.091 y -.765 y solo dos mostraron valores algo mayores (eag1 = -1.25 y eag9 = -1.37). En cuanto a la curtosis, siete de los ítems oscilaron entre -.823 y -823 y cuatro presentaron puntuaciones mayores (eag7 = 1.54; eag1 = 1.62; eag2 = 2.67 y eag9 = 3.97). Estas desviaciones son consideradas aceptables y no representan un grado de asimetría y curtosis que inhabilite el uso del método ML. Además, se registraron tres valores atípicos entre las puntuaciones bajas y ninguno entre las altas. Dado el escaso número de estos valores atípicos se decidió conservar la muestra de puntaciones sin modificaciones. Como se indicó, el

ICCAV y los ítems de la EAG están medidos con un escalamiento Likert de cuatro puntos y el tamaño muestral es de 182 observaciones; ambos datos con considerados como requisitos mínimos para la aplicación del método de estimación elegido.

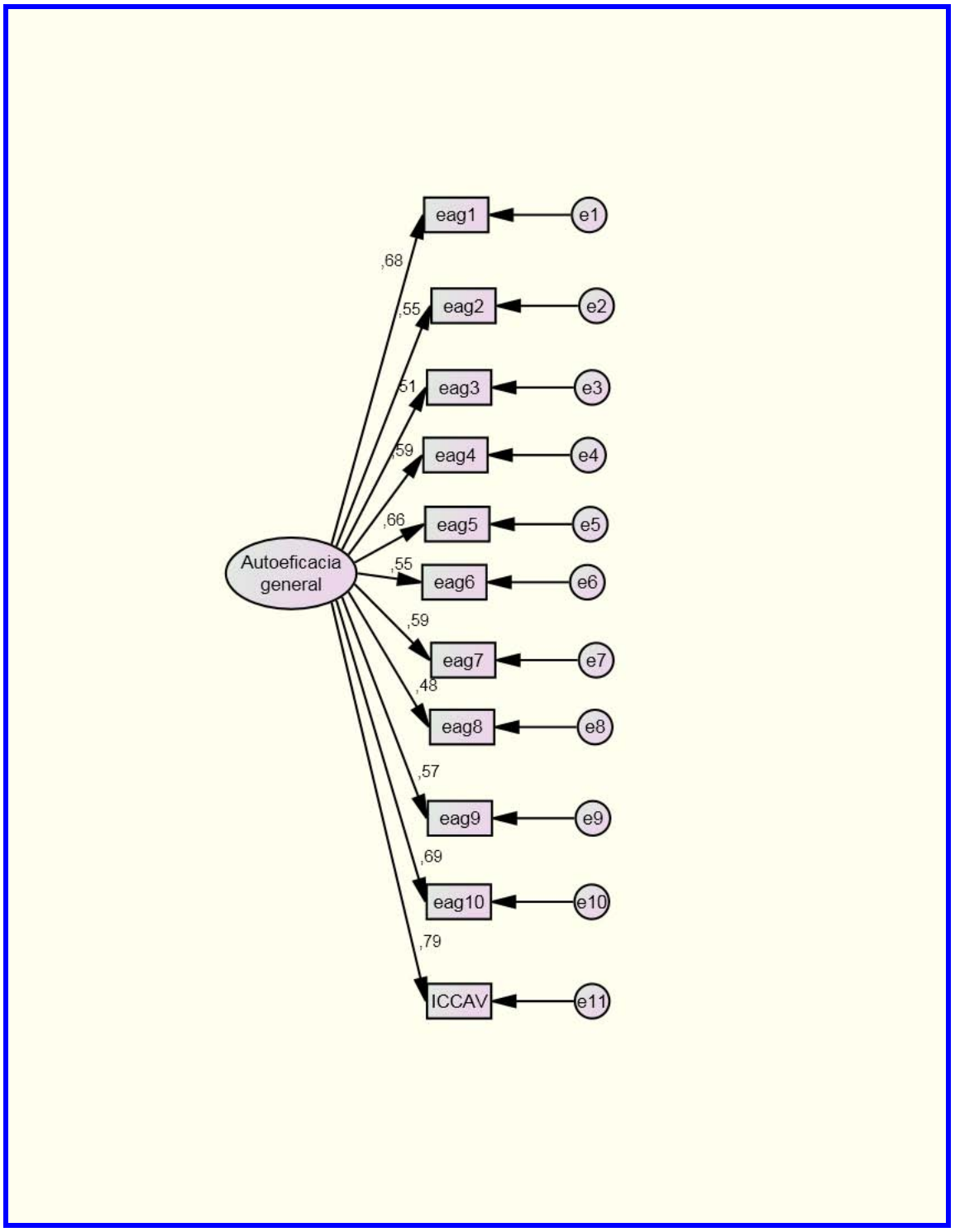
Se construyó un diagrama inicial en el que se incluyeron los diez ítems de la EAG y el ICCAV que remitían a un factor latente (autoeficacia general). La evaluación de la bondad de ajuste del modelo abarcó el análisis del índice $\chi^2$, que fue de 104.18 ($p$ .001) y el $\chi^2$ /gl, que fue de 2.36. El primero no puede considerarse aceptable en tanto que el segundo dista solo .36 del valor recomendado (< 2). El índice incremental CFI (*Comparative Fix Index*)–que evalúa en qué medida el modelo es mejor que el de independencia– fue de .91, que coinciden con el valor de corte sugerido y el error RMSEA (*Root Mean Square-Error of Aproximation*) fue de .08 y el RMR, DE .02. Estos valores son considerados premonitorios de buen ajuste (Bentler, 1987). Además, los diez ítems de la EAG y el ICCAV fueron buenos indicadores del factor latente hipotetizado, con cargas factoriales superiores a .45 tal como se ilustra en el Gráfico 1. Específicamente, el ICCAV mostró la mayor carga ( .79) sobre el factor latente de autoeficacia general hipotetizado.

Correlación del ICCAV con el estilo activo de afrontamiento al estrés:

Como se indicó, la autoeficacia se asocia con el estilo activo de afrontamiento al estrés pero se diferencia de éste en que la autoeficacia implica un juicio acerca de la propia capacidad y no sobre el modo en que se enfrenta la adversidad. Por ende, la expectativa teórica es que deberían observarse correlaciones positivas pero bajas entre ambas. Se utilizó una medida de afrontamiento activo incluida en la EDSA (Brenlla, 2007). Esta escala está compuesta por tres ítems inspirados en la escala *Brief Cope* de Carver (1997) y fueron redactados de la siguiente manera, *Señale cuál es su forma de actuar o reaccionar ante un problema*: *Me dedico a resolver lo que está causando el problema/ Me trazo un plan de acción y lo sigo hasta resolver el problema/ Pienso en diferentes formas de afrontar el problema.* Estos ítems se responden con una escala tipo Likert de 4 puntos (Casi siempre a Casi nunca) y su consistencia interna fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El resultado obtenido (.80) es considerado muy bueno según los criterios usuales (George y Mallory, 1995; Morales Vallejo, 2007; Nunnally, 1970). Se analizaron las puntuaciones de la medición del año 2007 del ICCAV y esta medida de afrontamiento activo. La correlación

entre ambas fue de .222 ($p$ < .001) que concuerda con el resultado esperado. Esto es, correlaciones significativas pero bajas entre ambas.

**Gráfico 1. Solución del Modelo estructural de autoeficacia. Salida AMOS 18**



En resumen, las evidencias en cuanto a las correlaciones, el análisis de consistencia y el estudio de validez interna (AFC) entre los ítems de la EAG y el ICCAV así como la correlación entre el ICCAV y la escala de estilo activo de afrontamiento al estrés pueden evaluarse como satisfactorias. Además, el hecho de que el escalamiento del ICCAV sea ordinal (1=Nada conforme; 2=Poco coforme; 3=Conforme; 4=Muy conforme) habilita, con las limitaciones propias del caso, su uso como una variable continua para los análisis posteriores.

Por supuesto, se puede criticar el hecho de que un solo ítem es insuficiente para evaluar un rasgo psicológico y esto, parcialmente, es cierto. Sin embargo, quizá sea de interés valorar con qué justeza se evalúa determinada característica como una manera de comprender porqué un solo ítem puede constituir una medida aproximada pero sustantiva de ella.

En lógica, se denomina *comprensión* de un *concepto* a la precisión con que éste es definido y *extensión* a los entes, objetos o personas que abarca. En forma análoga, para los *términos* se habla de *connotación* y *denotación*. Así, podría pensarse que una sola pregunta o reactivo que aluda correctamente a un concepto o constructo (comprensión y extensión) y sea expresado con los términos convenientes (connotación y denotación) puede conducir a una evaluación pertinente de un atributo.

Quizá el ejemplo más ilustrativo de esto sea el ya clásico estudio sobre el bienestar psicológico de Diener (1984, 1994) quien se basó en una sola pregunta para hacerlo: *En una escala de 1 a 10 ¿cuán feliz cree ser usted?* Esta pregunta dio lugar a una prolífica investigación acerca de la felicidad y el bienestar humanos que fue el cimiento de la Teoría Hedónica del Bienestar.

El ítem utilizado en este estudio para evaluar la autoeficacia general *¿Qué tan conforme está con sus capacidades para afrontar la vida?* mostró evidencias de coherencia lógica y de consistencia con los diez ítems de la Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Jerusalem, 1992; adaptación Brenlla *et al*, 2010) así como asociaciones esperables teóricamente con el estilo activo de afrontamiento al estrés. En este sentido, puede considerarse que el ICCAV representa una medida aproximada y limitada pero sustantiva de la autoeficacia general.

*Escala Abreviada de estilo Evitativo*

Se trata de una escala compuesta por tres ítems que evalúan el predominio de un estilo evitativo en el afrontamiento al estrés y cuya redacción se inspiró en la escala *Brief Cope* de Carver (1997) y en el Cuestionario de Estrés de Folkman y Lazarus (1988). Los ítems representan a estrategias como la culpa, la evasión y la distracción: *Ante un problema… Me pongo tan mal que no puedo hacer nada/ Dejo que el destino o Dios se ocupen de mi problema/ Busco alguna manera de olvidar mis dificultades*. Presenta un escalamiento tipo Likert con cinco opciones de respuesta (4=Casi siempre, 3=Muchas veces, 2=Pocas veces, 1=Casi Nunca, 0=No sabe) y se obtiene una puntuación total en el rango de 0 a 12 puntos. En un estudio previo, se analizaron las propiedades psicométricas de este test breve y se hallaron coeficientes significativos de estabilidad test-retest ($n$ = 290; r = .280, $p$ < 0.001 para pasivo) pero coeficientes bajos de consistencia interna (alfa = 0.49). En cambio, las evidencias de validez concurrente respecto de la Escala de la adaptación argentina de la *Brief Cope* de Carver fueron satisfactorias, en especial con las estrategias de distracción ($n$ = 290; r = .339, $p$ < .001) y algo menores, aunque igualmente significativas, con desconexión ($n$ = 290; r =.236, $p$ < .001) y negación ($n$ = 290; r = .208, $p$ < .001). A la vez un estudio de correlación entre los ítems de la EAE y las subescalas de la *Brief Cope* mostraron correlaciones moderadas y significativas entre *Me pongo tan mal que no puedo hacer nada* y "autoculpa" ($n$ = 290; r = .249, $p$ < .001) y entre *Busco alguna manera de olvidar mis dificultades* y "distracción" ($n$ = 290; r = .362, $p$ < .001) y valores de pequeños a moderados entre *Dejo que el destino o Dios se ocupen de mi problema* y "religión" ($n$ = 290; r = .204, $p$ < .001) (Brenlla e Infante Geronimi, 2008; Brenlla, 2007).

Si bien este estudio muestra indicios de unidimensionalidad del constructo, no obstante el coeficiente alfa de .49 es, según los criterios de George y Mallery (1995), inaceptable y, según los de Morales Vallejo (2007), cuestionable. Por ello y tal como se hizo con las medidas antes señaladas, se decidió realizar una exploración factorial de los datos para analizar su dimensionalidad y un análisis de la consistencia interna de la EAE sobre la base del conjunto de las puntuaciones obtenidas en la medición de 2007, que se presentan a continuación.

Evidencias de Validez Interna:

Se utilizó el método de componentes principales y el criterio Kaiser-Guttman de autovalores mayores a 1 para la extracción de factores. Como criterio adicional, se consideró

que las cargas fueran > .35 en un factor y menores a .20 en otros. Primero, se evaluó si la matriz de correlaciones era apta para este tipo de análisis. Los índices fueron bajos pero aún así aceptables según los criterios establecidos por Kaiser (Año 2007: Test de Esfericidad de Barttlet = 163,704, $p < .001$; Índice de Adecuación Muestral Kaiser Meyer Olkin = .583) y el análisis mostró un factor que explica el 45,6 % de la varianza y cuyo autovalor fue de 1,379. También la inspección del *scree plot* sugirió la extracción de un solo factor. Además, las cargas factoriales fueron superiores a .40 en todos los casos: *Busco alguna manera de olvidar mis dificultades*, .690; *Dejo que el destino o Dios se ocupen de mi problema*, .675 y *Me pongo tan mal que no puedo hacer nada*, .661. En este sentido, los tres ítems parecen responder a un aspecto global de afrontamiento pasivo o negativo. Dado que la Escala está formada por solo tres ítems no pudo aplicarse el AFC ya que en el programa AMOS no se permite el diseño de modelos con menos de cuatro indicadores.

Evidencias de fiabilidad:

Para conocer si esta medida de estilo evitativo en el afrontamiento al estrés presenta indicios de consistencia interna, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El resultado obtenido (alfa = **.501**) es considerado *aceptable pero cuestionable* según los criterios de Morales Vallejo (2007), y *débil aunque aceptable* según los de George & Mallery (1995). El patrón de correlaciones entre los ítems fue positivo y significativo en todas las combinaciones (entre r = .172, $p < .001$ y r = .196, $p < .001$) aunque el tamaño del efecto debe considerarse pequeño. Hay que notar que los ítems refieren a tres estrategias propias del estilo pasivo pero que son distintas entre sí; esto es la culpa, la evasión y la distracción. En este sentido, es esperable que la correlación sea positiva pero baja, ya que cada uno parece representar un aspecto distinto del mismo constructo. Es probable que si se aumentasen los ítems, la escala ganaría en términos de fiabilidad. Tomando en cuenta las recomendaciones de Schmitt (1996) respecto de analizar el coeficiente alfa en el contexto de la unidimensionalidad del test, las evidencias indican que si bien las puntuaciones de la EAE se traducen en un coeficiente débil no obstante, podría considerarse aceptable dada la convergencia de contenido observada entre los ítems, tanto según el análisis de las cargas factoriales en el componente principal como del patrón de correlaciones.

*Test abreviado de Locus de Control (TLC)*

El Test abreviado de Locus de Control (Brenlla, 2005, 2007b, 2008) es un conjunto de ítems inspirados en el test de *Locus* de control de Rotter que se contestan como "verdadero", "ni verdadero ni falso" y "falso", (escala 0 a 2). En este estudio, el test está formado por cinco ítems cuyas puntuaciones se dicotomizaron en pos de lograr puntuaciones claras de control externo (*Lograr lo que uno quiere de la vida no depende de la suerte ni del azar/ En la vida las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas/ No puedo pensar proyectos más allá del día a día/ Muchas veces siento que las decisiones las toman otros por mi (no controlo mi vida)/ En este momento no sé que quiero hacer con mi vida*). Tal como se indicó en el Marco teórico, se han distinguido distintas dimensiones relacionadas del locus de control y muchos autores coinciden en considerar a los factores de "destino, suerte o azar", "control sobre el presente y el futuro", "otros poderosos" y "socio-políticos" como los más prominentes (Paulhus y Christie, 1990; Lefcourt, 1973). Los ítems que conforman el TLC remiten a las dos primeras dimensiones. (Destino, suerte y azar: *Lograr lo que uno quiere de la vida no depende de la suerte ni del azar/ En la vida las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas/* Control presente y futuro: *Muchas veces siento que las decisiones las toman otros por mi (no controlo mi vida)/ En este momento no sé que quiero hacer con mi vida/ No puedo pensar proyectos más allá del día a día*).

Evidencias de Validez Interna:

Se utilizó el método de componentes principales y el criterio Kaiser-Guttman de autovalores mayores a 1 para la extracción de factores. Como criterio adicional, se consideró que las cargas fueran > .35 y menores a .20 en otros. Primero, se evaluó si la matriz de correlaciones era apta para este tipo de análisis. Los índices fueron mediocres pero aceptables según los criterios establecidos por Kaiser (Test de Esfericidad de Barttlet = 1148.498, $p <$ .001; Índice de Adecuación Muestral Kaiser Meyer Olkin = .639) y el análisis mostró un factor que explica el 39.4 % cuyo autovalor fue de 1.96. También la inspección del *scree plot* sugirió la extracción de un solo factor. Además, las cargas factoriales fueron superiores a .40 en todos los casos: *En la vida, las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas* (.77)*; Muchas veces siento que las decisiones las toman otros por mí (no controlo mi vida)* (.77); *Lograr lo que uno quiere de la vida no depende de la suerte ni del azar* (.53); *En este*

*momento, no sé que quiero hacer con mi vida* (.51) y *No puedo pensar proyectos más allá del día a día* (.48). En este sentido, los ítems del TLC parecen responder al constructo Locus de control externo de manera consistente.

Para estudiar con mayor profundidad la unidimensionalidad de los ítems del TLC se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que se supuso que sus cinco ítems referían al constructo locus de control externo (*destino, suerte y azar, control presente y control sobre el futuro*). Como método de estimación se utilizó el ADF ya que las variables en estudio eran categóricas. La evaluación de la bondad de ajuste del modelo incluyó el análisis del índice $\chi^2$, que fue de 13.115 ($p < .011$) y el $\chi^2$ /gl fue de 3.28. Este último dista 1.3 del valor considerado óptimo (< 2). En cambio, los índices CFI y TLI fueron muy buenos (.98 y .97, respectivamente) así como el RMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) (.004) y el error RMSEA (.03). Todos estos índices parciales indican un buen ajuste del modelo propuesto a los datos. Además, la mayoría de los ítems fueron buenos indicadores del factor latente hipotetizado, con cargas factoriales entre .41 y .74. Los ítems acerca de control presente y control futuro estuvieron relacionados y presentaron cargas menores (.24 y .22, respectivamente) estas suponen un tamaño del efecto pequeño pero aún así sustantivo para la descripción del locus de control externo. Prueba de ello es que no devino un índice de modificación que implicase que la eliminación de alguno de estos ítems mejoraría el modelo. En función de estos resultados en el TLC se mantuvieron estos cinco ítems.

Evidencias de fiabilidad:

Tal como se realizó con las demás medidas, se realizó un estudio de la consistencia interna del instrumento para el conjunto de las puntuaciones obtenidas en la evaluación del año 2007. Dado que para el cálculo de las puntuaciones totales se dicotomizaron los valores de los ítems se utilizó el coeficiente de Kuder-Richardson, cuyo valor fue de **.642**. Este puede considerarse aceptable según los criterios establecidos.

**Resumen acerca de las evidencias de fiabilidad y validez de las medidas utilizadas**

Los estudios reseñados hasta aquí en cuanto a las evidencias de fiabilidad y validez de las medidas utilizadas en este estudio permiten señalar que:

⇒ la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (adaptación Brenlla y Aranguren, 2010) presenta muy buenas evidencias de fiabilidad y validez (Véase artículo adjunto)

⇒ el Cuestionario de Estrés Social presenta buenas evidencias de validez interna y evidencias aceptables de fiabilidad

⇒ el Cuestionario de Apoyo Emocional presenta muy buenas evidencias de validez interna y evidencias cuestionables pero aceptables de fiabilidad

⇒ el Test breve de Locus de Control presenta buenas evidencias de validez interna y evidencias aceptables de fiabilidad

⇒ la Escala breve de Estilo de Afrontamiento Evitativo presenta buenas evidencias de validez interna pero evidencias débiles de fiabilidad

⇒ el ICCAV puede considerarse una medida limitada y aproximada pero, a la vez, sustantiva de la autoeficacia general

En la Tabla 4 se resumen los coeficientes de fiabilidad a la luz de los criterios de Morales Vallejo (2007); George & Mallery (1995) y Schmitt (1996). Como puede notarse, si bien todos son aceptables, las mejores medidas son la Escala de Malestar Psicológico (K-10) (alfa = .89) y el Cuestionario de Estrés Social (alfa = .65) y la más débil, con un alfa de .50, es la Escala breve de Estilo Evitativo (EAE). El resto presenta coeficientes alfa y/o KR-20 entre .60 y .64.

**Tabla 4. Resumen de las evidencias de fiabilidad de las medidas**

| **Medida** | **α** | **KR-20** | **Criterios Morales Vallejo** (2007) | **Criterios George & Mallery** (1995) | **Criterios Schmitt** (1996) |
|---|---|---|---|---|---|
| Escala de Malestar Psicológico (K-10) | .89 | - | Aceptable | Aceptable | Aceptable |
| Cuestionario de Estrés Social (CES) | .65 | .64 | Aceptable | Aceptable | Aceptable |
| Cuestionario de Apoyo Emocional (CAE) | .61 | .62 | Aceptable | Aceptable cuestionable | Aceptable |
| Escala de Estilo de Afrontamiento Evitativo (EAE) | .51 | - | Aceptable cuestionable | Aceptable débil | Aceptable con análisis teórico |
| Test breve de Locus de Control (TLC) | - | .64 | Aceptable | Aceptable | Aceptable |

*6.2. Desigualdad social y malestar psicológico: pautas de asociación y de diferencia*

6.2.1. Asociación entre la posición social y el malestar psicológico

Al comenzar este trabajo señalé que hay algunas preguntas esenciales para comprender en qué medida un desigual acceso a recursos económicos, educativos y simbólicos puede propiciar no solo una brecha socioeconómica sino también otra de tipo psicosocial. Entonces primero deberemos responder a la pregunta ¿la posición social se asocia con el malestar psicológico? ¿de qué manera? De estas preguntas se desprenden dos más, que se tratarán luego ¿se trata de un efecto directo, o la posición social está mediada por otros niveles? Si es así, ¿cuáles son estos niveles y cómo operan?

Por ahora comencemos por lo esencial ¿cómo es la relación entre la posición social y el malestar psicológico considerados en forma aislada? ¿se verifica un gradiente social en cuanto al malestar psicológico? Según se indicó, la hipótesis principal 1 indica que:

*H1: La posición social influye diferencialmente sobre el malestar psicológico percibido, revelando un gradiente social para dicho malestar*

Para ello, primero se inspeccionó el patrón de correlaciones entre el malestar psicológico y la posición social. Los resultados indicaron una relación negativa y significativa entre ambas ($n$ = 1740; r -.104, $p$ < .000) aunque el valor de la correlación –menor a .20 – es considerada, en términos estadísticos, muy débil (Cohen, 1988). En tal sentido, aunque la correlación sea significativa, la potencia de la asociación es exigua por lo que habría que tomar con cautela la idea de una relación inversa genuina entre la posición social y el malestar psicológico.

Para analizar si dicha relación inversa es relevante, se compararon las puntuaciones de malestar psicológico en función de la posición social y se aplicó un análisis de varianza de un factor. Como puede notarse en las tablas 5 y 6, las puntuaciones de malestar van descendiendo a medida que la posición social es más alta.

**Tabla 5. Año 2007. Malestar psicológico y posición social: estadísticos descriptivos**

| | N | Media | Desvío estándar | Error estándar | Mínimo | Máximo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy bajo | 371 | 20,6388 | 8,06956 | ,41895 | 10,00 | 50,00 |
| Bajo | 390 | 19,5462 | 7,31071 | ,37019 | 10,00 | 48,00 |
| Medio bajo | 398 | 19,3693 | 7,41751 | ,37181 | 10,00 | 50,00 |
| Medio alto | 581 | 18,4785 | 6,68077 | ,27717 | 10,00 | 48,00 |
| Total | 1740 | 19,3822 | 7,33981 | | 10,00 | 50,00 |

**Tabla 6. Año 2007. Malestar psicológico y posición social. *Post - hoc***

Bonferroni

| (I) Posición social | (J) Posición social | Diferencias entre medias (I-J) | Error estándar | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| **Muy bajo** | Bajo | 1,09266 | ,52971 | ,236 |
| | Medio bajo | 1,26947 | ,52711 | ,097 |
| | **Medio alto** | 2,16033* | ,48541 | **,000** |
| Bajo | Muy bajo | -1,09266 | ,52971 | ,236 |
| | Medio bajo | ,17681 | ,52042 | 1,000 |
| | Medio alto | 1,06767 | ,47814 | ,154 |
| Medio bajo | Muy bajo | -1,26947 | ,52711 | ,097 |
| | Bajo | -,17681 | ,52042 | 1,000 |
| | Medio alto | ,89086 | ,47525 | ,366 |
| **Medio alto** | **Muy bajo** | -2,16033* | ,48541 | **,000** |
| | Bajo | -1,06767 | ,47814 | ,154 |
| | Medio bajo | -,89086 | ,47525 | ,366 |

*. La media es significativa al nivel de .05.

El ANOVA indicó que existían diferencias significativas entre estas puntuaciones (2007: $F_{(3,\ 1736)} = 6{,}691$ $p < .000$). Para conocer en qué sentido lo son se realizaron pruebas *post hoc*, cuyos resultados indicaron (Tabla 6) que las diferencias son claramente

significativas entre los extremos de la escala social (Bonferroni. 2007: (I-J) = 2,160 $p < .000$) pero no entre las demás combinaciones.

Este es un resultado de sumo interés que va en la línea de la tesis de la brecha psicosocial. En el caso del malestar psicológico, el gradiente social propuesto por Marmot *et al*, 1991) parece poco sostenible, ya que si bien estos datos indican mayor malestar a medida que se desciende en la escala social, no obstante, el hecho de que las diferencias se tornen claramente significativas al poner en comparación las puntuaciones de los extremos de la escala social pero no respecto de las posiciones intermedias hace pensar que es quizá la magnitud de la desigualdad y no tanto las condiciones materiales en sí mismas las que estarían influyendo para la constitución de la brecha psicosocial respecto de la salud mental.

Nótese que la posición más baja recibe las puntuaciones más altas en comparación con todos los demás estratos. Es más, de acuerdo al estudio realizado para la adaptación de la escala K-10 en nuestro medio (Brenlla y Aranguren, 2010) el puntaje de corte con mayor sensibilidad y especificidad es 24.5. En este, las personas de los estratos más bajos presentaron una media redondeada de 21, valor que es próximo al de corte y que supera el percentil 60, en tanto que las personas de estratos medio altos, obtuvieron una media de 18 comprendidas en el percentil 50 de la distribución de puntuaciones. De acuerdo al modelo propuesto, creo poder afirmar que estas diferencias no obedecen a razones biológicas sino más bien a consideraciones psicosociales. No es que, natural e idiosincrásicamente, los más desfavorecidos sean más proclives al malestar psicológico. Pero sí, como se verá en el punto siguiente, que las condiciones materiales y simbólicas de existencia sean cualitativamente diferentes y propicien el modelado de conductas y actitudes negativas para el afrontamiento del estrés y, consecuentemente, aumenten la chance de malestar psicológico entre los más desfavorecidos de la escala social.

En resumen, la hipótesis 1 que indicaba el carácter directo de la posición social sobre la explicación del malestar psicológico recibió un sustento empírico menor.

6.2.2. Pautas de asociación entre las variables del modelo

En esta tesis se sugirió una contribución al modelo de Sánchez Moreno y Barrón López (2001, 2003) para la explicación del vínculo entre la posición social y el malestar psicológico. Se enunciaron, entonces, dos niveles hipotéticos de mediación:

- un nivel proximal, representado por el estrés social y la extensión de la red social y
- un nivel psicológico, que incluye a los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia), a las estrategias de afrontamiento al estrés y al apoyo emocional.

Estos niveles influyen mediante cauces de asociaciones entre la posición social, el estrés social, la red social, el apoyo emocional, los recursos de agencia, el estilo pasivo de afrontamiento y el malestar psicológico.

Pero antes de analizar empíricamente el modelo, es menester primero conocer el patrón de correlaciones y de las diferencias según la posición social entre las variables que lo componen y luego realizar un análisis aplicando el método de ecuaciones estructurales para conocer el ajuste empírico del modelo propuesto. En función de éste se establecieron, hipotéticamente, las siguientes asociaciones entre las variables del modelo:

▪El malestar psicológico se asociará negativamente con la posición social y la red social y positivamente con el control externo, la baja autoeficacia, el estilo evitativo y el apoyo emocional efectivamente recibido

▪La posición social se asociará negativamente con todas las variables del modelo, salvo con la extensión de la red social, con la que presentará asociaciones positivas

▪El estrés estará positiva y significativamente asociado con el malestar psicológico, el control externo, la baja autoeficacia y el estilo evitativo y, en forma negativa, con la red social y el apoyo emocional recibido

▪La red social estará positivamente relacionada con el apoyo emocional y negativamente con el estrés social aunque, en este caso, las asociaciones serán débiles

▪El apoyo emocional estará positivamente asociado al malestar psicológico y negativamente con al estrés social pero, en relación a éste, las asociaciones serán menores.

El análisis de correlación indica tipos e intensidades de asociaciones entre variables. Así, una correlación muy alta, a veces, puede estar indicando que se trata de dos evaluaciones distintas de un mismo constructo, por lo que es un método recomendado para analizar

evidencias de validez convergente y concurrente. No obstante, en este caso, el análisis de correlación sirve para conocer si la dirección de las asociaciones van en la esperada por el modelo, por lo que la magnitud de las asociaciones no deberían ser muy altas –ya que si no estarían indicando el mismo constructo– pero sí orientadas en el sentido especificado. De esta manera, la inspección del patrón de correlaciones es un paso obligado en la estimación de un modelo de ecuaciones estructurales.

El análisis que se presenta incluye las mediciones de 2007 y 2008. Ello obedece a que la evaluación de 2008 será utilizada más adelante para poner a prueba la estabilidad temporal del modelo. En las tablas 7 y 8 se muestran las medias y desvío estándar de las variables incluidas en las evaluaciones de 2007 y 2008 y, en las tablas 5 y 6, el esquema de asociaciones entre ellas.

**Tabla 7. Año 2007. M y DE de las variables del modelo**

| | N | M | *DE* |
|---|---|---|---|
| Malestar psicológico | 1740 | 19,38 | 7,34 |
| Estrés social | 1740 | 1,74 | 1,75 |
| Red social | 1740 | 13,76 | 11,01 |
| Apoyo emocional | 1740 | 1,60 | 1,19 |
| Baja autoeficacia | 1740 | 1,73 | ,64 |
| Control externo | 1740 | 1,65 | 1,43 |
| Afront. pasivo | 1740 | 5,35 | 1,91 |

**Tabla 8. Año 2008. M y DE de las variables del modelo**

| | N | M | *DE* |
|---|---|---|---|
| Malestar psicológico | 1740 | 18,69 | 7,25 |
| Estrés social | 1740 | 1,58 | 1,64 |
| Red social | 1740 | 14,53 | 11,75 |
| Apoyo emocional | 1740 | 1,49 | 1,17 |
| Baja autoeficacia | 1740 | 1,78 | ,62 |
| Control externo | 1740 | 1,01 | 1,12 |
| Afront. pasivo | 1740 | 5,42 | 1,96 |

**Tabla 9. Año 2007: Correlaciones entre las variables del modelo**

| | | Malestar psicológico | Posición social | Estrés social | Red social | Apoyo emocional | Baja autoeficacia | Control externo | Afront. pasivo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Malestar psicológico | Corr. Pearson | 1 | -,104** | ,356** | -,067** | ,092** | ,233** | ,322** | ,320** |
| | Sig. | | ,000 | ,000 | ,005 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Posición social | Corr. Pearson | -,104** | 1 | -,336** | ,160** | ,158** | -,136** | -,296** | -,151** |
| | Sig. | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Estrés social | Corr. Pearson | **,356**** | **-,336**** | 1 | -,080** | -,063** | ,217** | ,276** | ,171** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | | ,001 | ,008 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Red social | Corr. Pearson | -,067** | **,160**** | -,080** | 1 | ,195** | -,146** | -,192** | -,048* |
| | Sig. | ,005 | ,000 | ,001 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,044 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Apoyo emocional | Corr. Pearson | ,092** | **,158**** | -,063** | ,195** | 1 | -,086** | -,041 | -,005 |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,008 | ,000 | | ,000 | ,086 | ,822 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Baja autoeficacia | Corr. Pearson | **,233**** | **-,136**** | **,217**** | **-,146**** | -,086** | 1 | ,206** | ,108** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Control externo | Corr. Pearson | **,322**** | **-,296**** | **,276**** | **-,192**** | -,041 | **,206**** | 1 | ,204** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,086 | ,000 | | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Afront. pasivo | Corr. Pearson | **,320**** | **-,151**** | **,171**** | -,048* | -,005 | ,108** | **,204**** | 1 |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,044 | ,822 | ,000 | ,000 | |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |

**. *p < 0.01*

*. *p < 0.05*

**Tabla 10. Año 2008: Correlaciones entre las variables del modelo**

| | | Malestar psicológico | Posición social | Estrés social | Red social | Apoyo emocional | Baja autoeficacia | Control externo | Afront. pasivo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Malestar psicológico | Corr. Pearson | 1 | -,126** | ,301** | -,032 | ,065** | ,274** | ,292** | ,323** |
| | Sig. | | ,000 | ,000 | ,188 | ,006 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Posición social | Corr. Pearson | -,126** | 1 | -,313** | ,157** | ,154** | -,186** | -,218** | -,143** |
| | Sig. | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Estrés social | Corr. Pearson | **,301**** | **-,313**** | 1 | -,087** | -,001 | ,248** | ,224** | ,121** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | | ,000 | ,965 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Red social | Corr. Pearson | -,032 | **,157**** | -,087** | 1 | ,199** | -,166** | -,173** | -,047* |
| | Sig. | ,188 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,050 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Apoyo emocional | Corr. Pearson | ,065** | **,154**** | -,001 | **,199**** | 1 | -,046 | -,095** | ,064** |
| | Sig. | ,006 | ,000 | ,965 | ,000 | | ,054 | ,000 | ,007 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Baja autoeficacia | Corr. Pearson | **,274**** | -,186** | **,248**** | **-,166**** | -,046 | 1 | ,243** | ,140** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,054 | | ,000 | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Control externo | Corr. Pearson | **,292**** | **-,218**** | **,224**** | **-,173**** | -,095** | **,243**** | 1 | ,282** |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |
| Afront. pasivo | Corr. Pearson | **,323**** | **-,143**** | **,121**** | -,047* | ,064** | **,140**** | **,282**** | 1 |
| | Sig. | ,000 | ,000 | ,000 | ,050 | ,007 | ,000 | ,000 | |
| | N | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 | 1740 |

**. *p* < 0.01

*. *p* < 0.05

Como puede notarse en las tablas 9 y 10, todas las asociaciones en ambas mediciones fueron en las direcciones indicadas, con coeficientes de bajos a moderados y con niveles de significación de 0.01. Esto es altamente deseable para la comprobación del modelo teórico que se presenta, ya que el método estadístico elegido –ecuaciones estructurales- requiere de un patrón de correlaciones significativo pero con valores menores a .80 para asegurar que las variables no son colineales, vale decir que no son dimensiones de un mismo constructo sino que pueden representar asociaciones causales entre variables. En este caso, el supuesto es que las variables del modelo son verdaderamente independientes, vale decir que si bien es esperable un patrón de asociaciones entre ellas, cada una refleja un constructo diferente.

En la medición de 2007, el malestar psicológico se asoció significativamente ($p < .001$) con el estrés social (r = .356), con la posición social (r = -.336), con las creencias de control externo (r = .322), con el estilo pasivo de afrontamiento al estrés (r = .320) y con la percepción de baja autoeficacia (r = .233). A la vez, la posición social se relacionó con el control externo (r = -.296), con la red social (r = .160), con el apoyo emocional (r = .158), con el afrontamiento pasivo (r = -.151) y con la autoeficacia baja (r = -.136) y, el estrés social, con el control externo (r = .276), con la baja autoeficacia (r = .217) y con el afrontamiento pasivo (r = .171). Además, se registraron dos asociaciones no previstas en el modelo, la de la red social con el control externo (-.192) y con la percepción de baja autoeficacia (-.146). Para interpretar estos datos hay que recordar las tres cuestiones esenciales a valorar en el caso del análisis de correlación: el nivel de significación, la magnitud del coeficiente y el tamaño del efecto.

El tema de la significación de un coeficiente de correlación depende en gran medida del tamaño de la muestra. Así, un valor bajo puede ser significativo en una muestra grande y otro alto no serlo en una muestra pequeña. En estos casos, se cumple la Ley de los grandes números de Bernoulli (1654) según la cual un promedio muestral se aproxima al promedio de la población de donde se obtuvo la muestra, si ésta es lo suficientemente grande. En estos casos, las tendencias débiles son muy improbables, ya que los efectos triviales o por azar son neutralizados por la cuantía de los casos. Cohen (1990: 10) indica que, para trabajar con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = .05$), son necesarios al menos 1300 casos. De esta manera, aún un coeficiente de correlación de .10 pero que sea significativo puede resultar apropiado para captar efectos sutiles en la investigación psicológica en una muestra de esta envergadura. En este estudio la muestra está compuesta por 1740 casos. De acuerdo a los criterios de Cohen, esta cantidad puede considerarse suficiente para detectar correlaciones significativas, sean bajas, moderadas o altas, con un poder estadístico de .95 (Cohen, 1988: 102). En las Tablas 5 y 6 puede notarse que tanto en la medición de 2007 como en la de 2008, todas las asociaciones fueron significativas ($p < .001$) y los valores de los coeficientes oscilaron entre -.136 y .356.

La interpretación de estos valores lleva necesariamente al tema de la magnitud de los coeficientes. Vale decir, ¿cuándo un coeficiente de correlación es suficientemente alto? Cohen (1988) notó que, en las ciencias de la conducta, las correlaciones suelen ser bajas por lo que ideó una serie de ecuaciones para valorar la magnitud de los coeficientes. A modo de

orientación sugirió que r = .10 puede considerarse pequeña, r = .24 a .33, media y r = .35 a .50, grande. Siguiendo estos criterios, en este estudio y tal como se indicó, se obtuvieron correlaciones de valor pequeño, moderado y una más próxima a grande. Las más relevantes fueron las de malestar psicológico con estrés social, control externo y baja autoeficacia y las de posición social con estrés social y control externo cuyos valores oscilaron entre r = .320 y .356. Las demás asociaciones estuvieron comprendidas entre -.146 y .276.

A pesar de que muchos de los coeficientes son bajos ello no significa que no tengan valor interpretativo. Muchas veces marcan indicios válidos para la investigación psicológica. Según Cohen (1988:79) la medición psicológica, por su misma naturaleza, no siempre es del todo fiable ni refleja con validez el constructo a medir: Por ello, muchas de las correlaciones que se informan en las ciencias del comportamiento están en el orden del .10. Al respecto y con sentido literario Cohen señala, citando a Thurstone, que en psicología *medimos a los hombres por sus sombras*.

En nuestro caso, si bien las técnicas y medidas utilizadas presentan evidencias aceptables de fiabilidad, no obstante no dejan de ser evaluaciones aproximadas y limitadas de las variables en estudio. Esto, quizá, puede haber influido para que la magnitud de muchos de los coeficientes sea baja o moderada.

Para analizar en qué medida la verdadera relación puede ser mayor debido a la falta de fiabilidad de los instrumentos, muchos autores recomiendan (Cohen, 1990; Morales Vallejo, 2007; Nunnally, 1978; Osborne, 2003) calcular los coeficientes de correlación corregidos por atenuación ya que permiten estimar cual sería la magnitud del coeficiente si la fiabilidad fuera perfecta. Por lo general, su aplicación es apropiada cuando se quiere conocer hasta qué punto dos variables están relacionadas -sobre todo en los diseños de investigación teórica-, aunque no tiene utilidad práctica dado que los coeficientes corregidos no pueden usarse con fines predictivos o de diagnóstico (Osborne, 2003). La fórmula es $r_{xy} / \sqrt{(r_{xx})\ (r_{yy})}$ y requiere de (a) muestras grandes, (b) fiabilidad estimada mediante las fórmulas de Kuder-Richardson-20 o el coeficiente α de Cronbach y (c) medidas que evalúan un rasgo único (Nunnally, 1978; Schmitt, 1996).

Debido a que en el presente estudio el objetivo es intentar una explicación de la relación entre la posición social y el malestar psicológico y no predecir conductas y que se cumplen los supuestos empíricos requeridos (muestra, datos de fiabilidad y

unidimensionalidad), se decidió calcular las correcciones por atenuación en pos de conocer la potencial relevancia del patrón de asociaciones obtenido. Aunque este análisis no intervendrá en la interpretación del modelo propuesto, no obstante, es de interés pensarlo para tener una idea más clara de la magnitud de las asociaciones. En la Tabla 12 puede notarse que los coeficientes moderados pasan a ser altos y, la mayoría de los bajos, se transforman en moderados. En este sentido, aún los coeficientes pequeños pueden ser sustantivos a la hora de interpretar el modelo propuesto.

Otra manera de valorar la magnitud del coeficiente de correlación es analizando lo que Cohen denominó el tamaño del efecto. Con éste se intenta conocer en qué medida la hipótesis nula de que no hay asociaciones o diferencias distintas de cero es falsa y, por ende, si la magnitud del efecto es grande o pequeña. Cohen (1988) calculó y diseñó sus ya famosas tablas de coeficientes *d*, en las que un valor de .20 se considera indicativo de un tamaño del efecto pequeño; *d* = .50, moderado y *d* = .80, un efecto grande. En cuanto al coeficiente de correlación, una *d* de .20 se corresponde con r = .100; la de .50, con r = .243 y una *d* de .80 con r = .371. En términos de porcentaje una *d* de .20 implica que el caso medio del grupo con media mayor supera en un 58% al caso medio en el grupo con media inferior; una *d* de .50, al 69% y una *d* de .80 al 79%. En relación a la varianza explicada, las *d* de .20, .50 y .80, se corresponden con valores $r^2$ de .010, .059 y .138, respectivamente. El máximo valor posible de *d* es 2, que se corresponde con un coeficiente de correlación de .707 y una $r^2$ de .500.

De acuerdo a los criterios de Cohen, para detectar distintos tamaños del efecto en forma válida, es necesario contar con una cantidad importante de observaciones y sugiere que, para hacerlo con un poder estadístico de .85 y a un nivel de significación de $\alpha$= .05, la muestra sea de 1797 casos, cantidad muy cercana a la incluida en este estudio (n = 1740) (Cohen, 1988: 55). Esto permite que los tamaños del efecto pequeños puedan interpretarse en términos psicológicos y no como meros efectos irrelevantes o triviales de las puntuaciones. En la Tabla 11 se brindan los coeficientes de correlación obtenidos, la *d* de Cohen para cada uno, el porcentaje en que el caso medio de un grupo supera al otro y el $r^2$ correspondiente y, en la tabla 12 los mismos valores pero para los coeficientes de correlación corregidos por atenuación. Respecto de los coeficientes originales puede notarse que cinco relaciones se incluyen dentro del tamaño del efecto pequeño, cinco se encuentran en el segmento de pequeño a moderado, seis dentro de moderado efecto y una con un efecto más grande. En

cambio, cuando se analizan los coeficientes corregidos por atenuación, se observa que siete asociaciones presentaron un tamaño del efecto grande, seis, moderado y dos con tamaño del efecto pequeño. En ambos casos, las correlaciones entre malestar psicológico, estrés social, control externo y estilo pasivo fueron las que revistieron mayores tamaños del efecto (moderado o grande)

**Tabla 11. Correlaciones y tamaños del efecto (criterios de Cohen)**

| | $r_{xy}$ | *d* | Criterios de Cohen | % | $r^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| malestar psicológico ↔ estrés social | .356** | ≅ 0.8 | **Grande** | 78.8 | .138 |
| estrés social ↔ posición social | -.336** | ≅ 0.7 | | 75.8 | .109 |
| malestar psicológico ↔ control externo | .322** | ≅ 0.7 | | 75.8 | .109 |
| malestar psicológico ↔ estilo pasivo | .320** | ≅ 0.7 | | 75.8 | .109 |
| posición social ↔ control externo | -.296** | ≅ 0.6 | | 72.6 | .083 |
| estrés social ↔ control externo | .276** | ≅ 0.6 | | 72.6 | .083 |
| malestar psicológico ↔ baja autoeficacia | .233** | ≅ 0.5 | **Moderado** | 69.1 | .059 |
| estrés social ↔ baja autoeficacia | .217** | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| control externo ↔ baja autoeficacia | .206** | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| control externo ↔ estilo pasivo | .204** | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| red social ↔ apoyo emocional | .195** | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| red social ↔ control externo§ | -.192** | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| estrés social ↔ estilo pasivo | .171** | ≅ 0.3 | | 61.8 | .022 |
| posición social ↔ red social | .160** | ≅ 0.3 | | 61.8 | .022 |
| posición social ↔ apoyo emocional | .158** | ≅ 0.3 | | 61.8 | .022 |
| posición social ↔ estilo pasivo | -.151** | ≅ 0.3 | | 61.8 | .022 |
| red social ↔ baja autoeficacia§ | -.146** | ≅ 0.3 | | 61.8 | .022 |
| | .100 | 0.2 | **Pequeño** | 57.9 | .010 |

** *p* .000 / § asociaciones no especificadas en el modelo

**Tabla 12. Correlaciones corregidas y tamaños del efecto (criterios de Cohen)**

| | $r_{xy}$ corregida por atenuación | *d* | Criterios de Cohen | % | $r^2$ |
|---|---|---|---|---|---|
| malestar psicológico ↔ estilo pasivo | 0.475 | ≅ 1.1 | | 86.4 | .232 |
| malestar psicológico ↔ estrés social | 0.468 | ≅ 1.0 | | 84.1 | .200 |
| estrés social ↔ control externo | 0.428 | ≅ 0.9 | | 81.6 | .168 |
| malestar psicológico ↔ control externo | 0.427 | ≅ 0.9 | | 81.6 | .168 |
| estrés social ↔ posición social | -0.416 | ≅ 0.9 | | 81.6 | .168 |
| posición social ↔ control externo | -0.370 | ≅ 0.8 | | 78.8 | .138 |
| control externo ↔ estilo pasivo | 0.357 | ≅ 0.8 | **Grande** | 78.8 | .138 |
| estrés social ↔ estilo pasivo | 0.297 | ≅ 0.6 | | 72.6 | .083 |
| estrés social ↔ baja autoeficacia | 0.269 | ≅ 0.6 | | 72.6 | .083 |
| control externo ↔ baja autoeficacia | 0.257 | ≅ 0.5 | | 69.1 | .059 |
| malestar psicológico ↔ baja autoeficacia | 0.247 | ≅ 0.5 | | 69.1 | .059 |
| red social ↔ apoyo emocional | 0.247 | ≅ 0.5 | | 69.1 | .059 |
| red social ↔ control externo | 0.240 | ≅ 0.5 | **Moderado** | 69.1 | .059 |
| posición social ↔ estilo pasivo | 0.211 | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| posición social ↔ apoyo emocional | 0.200 | ≅ 0.4 | | 65.5 | .038 |
| | 0.100 | 0.2 | **Pequeño** | 57.9 | .010 |

### 6.2.3. Diferencias entre las variables del modelo según la posición social

Ahora analizaremos las diferencias de las puntuaciones de las variables del modelo según la posición social en las mediciones de 2007 y de 2008. En las tablas 13 y 14 (Año 2007) y 15 y 16 (Año 2008) puede notarse que para las variables "estrés social", "control externo", "afrontamiento pasivo" y "baja autoeficacia" las puntuaciones aumentan a medida que la posición social es más baja. En cambio, para "extensión de la red social" y "haber recibido apoyo emocional en el último año" la orientación es a la inversa.

Para conocer si estas diferencias son significativas se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA) y un análisis *post hoc* para evaluar la magnitud de las diferencias entre los

distintos estratos. Como puede observarse, los promedios de las variables evaluadas presentan diferencias significativas según la posición social. El análisis *post hoc* (tablas 1A y 1B del Anexo I) revela que para el estrés, las diferencias son relevantes considerando todas las combinaciones entre estratos. Como ilustración, puede notarse que, en promedio, una persona del estrato muy bajo padeció entre dos y tres episodios de estrés social en el último año mientras que un individuo de clase media experimentó solo uno. En cuanto a la red social y el apoyo emocional, las diferencias son relevantes al comparar los estratos muy bajo y bajo contra el medio bajo y el medio alto: la extensión de la red social es, en promedio, de 16 personas en el estrato medio alto y de 12 en los estratos más bajos y, el apoyo emocional, mayor en las posiciones más altas y menor en las más bajas.

En relación con el *locus* de control externo y el afrontamiento pasivo, se observan diferencias entre todas las combinaciones, salvo la que compara los estratos bajo y medio bajo donde se observa que ambos presentan más creencias de control externo y más afrontamiento pasivo que el resto de los grupos sociales y, en cuanto a la autoeficacia, las diferencias son importantes al comparar los estratos muy bajo y bajo con el medio alto, donde los primeros reportan en mayor medida baja autoeficacia que los segundos.

En resumen, todas las variables del modelo presentan diferencias estadísticamente significativas entre los extremos de la escala social, esto es cuando se comparan las puntuaciones de la posición muy baja contra las de las posiciones medio baja y medio alta, salvo la noción de estrés que presenta diferencias relevantes para todos los grupos socioeconómicos en ambas mediciones.

**Tabla 13. Año 2007. Factores sociales y psicosociales. Diferencia de Medias**

| | | N | M | DE | F | Sign. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | Muy bajo | 371 | 2,61 | 2,00 | 73,651 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 2,07 | 1,82 | | |
| | Medio bajo | 398 | 1,62 | 1,67 | | |
| | Medio alto | 581 | 1,05 | 1,21 | | |
| | Total | 1740 | 1,74 | 1,75 | | |
| Red social | Muy bajo | 371 | 11,90 | 11,52 | 17,072 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 11,68 | 10,17 | | |
| | Medio bajo | 398 | 14,23 | 10,59 | | |
| | Medio alto | 581 | 16,03 | 11,06 | | |
| | Total | 1740 | 13,76 | 11,01 | | |
| Apoyo emocional | Muy bajo | 371 | 1,36 | 1,26 | 15,140 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 1,43 | 1,15 | | |
| | Medio bajo | 398 | 1,66 | 1,19 | | |
| | Medio alto | 581 | 1,82 | 1,13 | | |
| | Total | 1740 | 1,60 | 1,19 | | |

**Tabla 14. Año 2007. Factores psicológicos. Diferencia de Medias**

| | | N | M | DE | F | Sign. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Baja autoeficacia | Muy bajo | 371 | 1,88 | ,68 | 11,203 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 1,76 | ,61 | | |
| | Medio bajo | 398 | 1,71 | ,65 | | |
| | Medio alto | 581 | 1,64 | ,61 | | |
| | Total | 1740 | 1,73 | ,64 | | |
| Control externo | Muy bajo | 371 | 2,32 | 1,48 | 56,106 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 1,83 | 1,39 | | |
| | Medio bajo | 398 | 1,57 | 1,42 | | |
| | Medio alto | 581 | 1,17 | 1,21 | | |
| | Total | 1740 | 1,65 | 1,43 | | |
| Afront. pasivo | Muy bajo | 371 | 5,80 | 1,96 | 13,622 | ,000 |
| | Bajo | 390 | 5,50 | 1,97 | | |
| | Medio bajo | 398 | 5,24 | 1,90 | | |
| | Medio alto | 581 | 5,04 | 1,76 | | |
| | Total | 1740 | 5,35 | 1,91 | | |

**Tabla 15. Año 2008. Factores sociales y psicosociales. Diferencia de Medias**

| | | N | M | DE | F | Sign. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | Muy bajo | 386 | 2,33 | 1,86 | 62,841 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 1,88 | 1,70 | | |
| | Medio bajo | 379 | 1,42 | 1,49 | | |
| | Medio alto | 597 | 1,01 | 1,27 | | |
| | Total | 1740 | 1,58 | 1,64 | | |
| Red social | Muy bajo | 386 | 11,93 | 11,23 | 14,836 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 13,57 | 11,69 | | |
| | Medio bajo | 379 | 14,59 | 11,09 | | |
| | Medio alto | 597 | 16,79 | 12,12 | | |
| | Total | 1740 | 14,53 | 11,75 | | |
| Apoyo emocional | Muy bajo | 386 | 1,25 | 1,14 | 15,056 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 1,38 | 1,13 | | |
| | Medio bajo | 379 | 1,45 | 1,16 | | |
| | Medio alto | 597 | 1,73 | 1,19 | | |
| | Total | 1740 | 1,49 | 1,17 | | |

**Tabla 16. Año 2008. Factores psicológicos. Diferencia de Medias**

| | | N | M | DE | F | Sign. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Baja autoeficacia | Muy bajo | 386 | 1,96 | ,65 | 21,515 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 1,81 | ,60 | | |
| | Medio bajo | 379 | 1,78 | ,61 | | |
| | Medio alto | 597 | 1,64 | ,61 | | |
| | Total | 1740 | 1,78 | ,62 | | |
| Control externo | Muy bajo | 386 | 1,43 | 1,26 | 30,620 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 1,05 | 1,13 | | |
| | Medio bajo | 379 | ,93 | 1,05 | | |
| | Medio alto | 597 | ,76 | ,97 | | |
| | Total | 1740 | 1,01 | 1,12 | | |
| Afront. pasivo | Muy bajo | 386 | 5,73 | 2,11 | 14,558 | ,000 |
| | Bajo | 378 | 5,63 | 1,88 | | |
| | Medio bajo | 379 | 5,55 | 2,01 | | |
| | Medio alto | 597 | 5,00 | 1,80 | | |
| | Total | 1740 | 5,42 | 1,96 | | |

## *6.3. Explicación de la relación entre el malestar psicológico y la posición social*

### 6.3.1. Evaluación del Modelo de la brecha psicosocial. Modelo de ecuaciones estructurales

Los modelos de ecuaciones estructurales son un conjunto de sistemas estadísticos multivariantes que permiten estimar el efecto y las relaciones entre numerosas variables (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Se originaron en virtud de la necesidad de dotar de mayor flexibilidad a los modelos de regresión, donde cada variable dependiente debe ser probada independientemente. Matemáticamente, los modelos de ecuaciones estructurales son más complejos, por lo que comenzaron a tener auge en la medida que se desarrollaron los soportes informáticos que permitieron su aplicación. La gran ventaja de las ecuaciones estructurales es que permiten proponer el tipo y dirección de las relaciones que se espera encontrar y, de esta manera, evaluar la consistencia del modelo teórico respecto de los datos empíricos. También, examinar la validez de sus hipótesis específicas así como la posibilidad de representar el efecto causal entre las variables de un modelo.

Uno de los aspectos más importantes a considerar cuando se plantea un modelo de ecuaciones estructurales es que cada relación causal debe estar justificada teóricamente. Las hipótesis de este estudio, que se expusieron en el capítulo 4, fueron derivadas de las teorías de la causalidad social en cuanto a las diferencias en salud mental.

En esta investigación, el uso de este procedimiento permite probar la dependencia causal entre niveles que consisten en los efectos indirectos de la posición social sobre el malestar psicológico a través de la mediación de factores proximales (estrés y red sociales) y psicológicos (*locus* de control y autoeficacia; afrontamiento al estrés y apoyo emocional). Se conjeturó que el estrés actúa sobre el malestar de forma directa e indirecta, a través de su influencia sobre los recursos de agencia (*locus* de control y auto eficacia). La interacción entre los recursos de agencia incide de manera directa –aunque modulados por la influencia de la posición social y del estrés– sobre el malestar y, de manera indirecta, por medio de su efecto sobre el estilo de afrontamiento. La red social –condicionada por la posición social – deja sentir su efecto sobre la disponibilidad de apoyo emocional y éste incide de forma directa sobre el malestar, con independencia del estrés padecido. Como puede notarse, algunas de las

variables juegan el papel de variable predictora y de variable dependiente de manera simultánea.

6.3.1.1. Supuestos básicos del modelo de ecuaciones estructurales

Al igual que el análisis de regresión múltiple, el modelo de ecuaciones estructurales se basa en los supuestos de que las observaciones son independientes y las relaciones, lineales. Las variables independientes se consideran exógenas al modelo. Las variables dependientes pueden ser recursivas, en cuyo caso se consideran endógenas o, cuando se usan en el análisis de sendas, pueden ser, al mismo tiempo, independientes.

El modelo de ecuaciones estructurales se basa en una serie de supuestos que es necesario evaluar para realizar predicciones lo más precisas posibles. A continuación se explica cada uno y se indican los resultados del conjunto de datos analizado.

a. ***Normalidad multivariante***. La verificación de normalidad es de suma importancia para garantizar que los valores críticos que determinan la significancia de cada coeficiente del modelo y de éste en su conjunto sean correctos. La inspección de las pruebas de asimetría y curtosis es necesaria pero hay que recordar que la normalidad univariante no garantiza la normalidad multivariante. Antes de proseguir con el análisis de la asimetría y curtosis, es de interés informar el estudio de las puntuaciones marginales. El análisis de los valores atípicos se realizó, en primera instancia, sobre la base del cálculo de las puntuaciones z. Se inspeccionaron los valores alejados en torno a 3 desvíos estándar de la media y se encontraron 109 casos con estas características. Para distinguir entre casos con valores atípicos univariados (valores atípicos en una sola variables) y multivariados (en más de una variable), se calculó la distancia de Mahalanobis ($D^2$). Tal como lo explican Escobedo Portillo y Plata Mendoza (2008:19), las distancias de Mahalanobis se basan tanto en la media y varianza de las variables predictoras, como en la matriz de covarianza de todas las variables, lo que representa una ventaja respecto de la distancia euclidiana ya que ésta es insensible a las variables correlacionadas (Jennes, 2003). Además, difiere de la distancia euclidiana en que toma en consideración la correlación del conjunto de datos en escala invariante, es decir que no depende de una escala única de medidas como lo es la edad, el peso y la altura

(Data Mining MATLAB, 2008) El análisis mostró la existencia de 80 casos con valores atípicos multivariados. La inspección de estos casos indicó que las variables en las que conjuntamente se observaron valores atípicos fueron las de "malestar psicológico" y "red social" y, en menor medida, la de estrés. Según las recomendaciones internacionales, "las pruebas estadísticas se utilizan para identificar valores atípicos pero no para retirarlos del grupo de datos. Técnicamente, una observación no debe retirarse a menos que una investigación halle una causa probable para justificar esta acción" (Murphy y Lau, 2008:1). En este estudio, es completamente esperable que los casos atípicos muestren la elevación simultánea de varias medidas ya que el objetivo es analizar cómo cada una de las variables independientes interviene en la explicación del malestar psicológico. En términos del modelo propuesto, es lógico que quien presente malestar psicológico intenso reciba una puntuación atípica elevada no solo en éste sino también en las fuentes hipotetizadas de dicho malestar (estrés social, recursos de agencia). Por tal razón[2], se decidió mantener estos casos y los atípicos univariados en la muestra de observaciones y, para neutralizar posibles sesgos, se transformaron las puntuaciones de malestar psicológico y red social, calculando su raíz cuadrada a fin de que su distribución se aproxime a la normalidad. Las tablas 17 y 18 contienen los estadísticos univariantes de las variables del modelo para las mediciones de 2007 y 2008. Como nivel máximo, la asimetría y la curtosis deberían ser inferiores a 1.60 (George & .Mallory, 1995) para ser consideradas adecuadas en todas las variables incluidas en el modelo (Cea, 2002: 521). Así, el análisis de los estadísticos descriptivos en conjunto apoyan la existencia de normalidad multivariante.

b. ***Variables continuas***. El modelo requiere que las variables sean continuas y tener un mínimo de 4 valores (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). En este estudio, casi todas las variables del modelo son continuas y sus escalas de medida incluyen al menos cuatro valores. Dado que la posición social es una variable ordinal con un rango de puntuación restringido (1 a 4), se transformaron sus puntuaciones a fin de lograr que se comporte como una variable continua en el análisis.

c. ***Ausencia de colinealidad entre las variables***. Para poder utilizar un modelo de ecuaciones estructurales es necesario que ningún par de variables esté perfectamente

[2] También fue de esta opinión el asesor estadístico de la tesis, el lic. Roberto Muiños

correlacionado. La colinealidad ha de ser la mínima posible, dado su efecto negativo en los errores típicos de los coeficientes de las variables (Cea, 2002:523). En el presente estudio las correlaciones presentan coeficientes bajos, que oscilan entre -0.053 y 0,356 y distan del valor de referencia de 0.80, que denota una colinealidad alta (ver Tablas 5 y 6). Adicionalmente, se estudió la ausencia de colinealidad a través de un análisis de regresión. Se calcularon los estadísticos de tolerancia y de inflación de la varianza (VIF). La tolerancia es el porcentaje de varianza de un predictor que no puede ser explicado por otros predictores. Así, una variable con una tolerancia de 0,01 comparte el 99% de su varianza con el resto de las variables independientes, lo cual significa que se trata de una variable redundante. Los VIF son los inversos de los niveles de tolerancia. Por lo tanto, cuanto mayor es el VIF de una variable, mayor es la varianza del correspondiente coeficiente de regresión. Se considera que un valor igual o mayor que dos indica la presencia de colinealidad del predictor con otros. Todas las variables presentaron niveles de tolerancia que oscilaron entre 0,815 y 0,937. Ello significa que solo entre el 1% y el 2% de la varianza puede ser explicada por otras variables independientes (predictores) del modelo. A la vez, se comparecen con valores VIF entre 1,067 y 1,228 que distan en forma clara de los 2 requeridos para considerar seriamente el problema de colinealidad.

d. ***Tamaño muestral.*** El tamaño de la muestra tiene un efecto directo sobre el poder explicativo del modelo de ecuaciones estructurales. El procedimiento de estimación de parámetros de máxima verosimilitud (ML) precisa de un tamaño muestral mínimo de 100 observaciones para conseguir una buena estimación (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). En términos prácticos, se sugiere que el tamaño debe rondar los 200 casos debido a que si se exceden los 500 casos el ML casi no detecta ninguna diferencia haciendo que las medidas de bondad de ajuste sean muy pobres (Hoelter, 1983; Tanaka (1987). Por lo tanto, cuando se obtienen buenas medidas de ajuste con muestras grandes, el modelo testeado demuestra robustez para resistir la sensibilidad del ML en estas circunstancias. Como ya se indicó, en este estudio la cantidad de casos es 1740 casos, lo que constituye una muestra grande y añade una exigencia al testeo del modelo.

**Tabla 17. Año 2007. Estadísticos descriptivos univariantes**

| | N | Mín. | Máx. | M | DE | Asimetría | Curtosis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | 1740 | ,00 | 9,00 | 1,74 | 1,75 | 1,04 | ,63 |
| Apoyo emocional | 1740 | ,00 | 4,00 | 1,60 | 1,19 | ,16 | -,96 |
| Baja autoeficacia | 1740 | ,00 | 4,00 | 1,73 | ,64 | ,27 | ,50 |
| Control externo | 1740 | ,00 | 5,00 | 1,65 | 1,43 | ,50 | -,79 |
| Afront. pasivo | 1740 | ,00 | 12,00 | 5,35 | 1,91 | ,46 | ,11 |
| Malestar psicológico[a] | 1740 | 3,16 | 7,07 | 4,33 | ,80 | ,54 | -,11 |
| Red social[a] | 1740 | ,00 | 8,94 | 3,44 | 1,40 | ,50 | ,74 |

a. Puntuaciones transformadas

**Tabla 18. Año 2008. Estadísticos descriptivos univariantes**

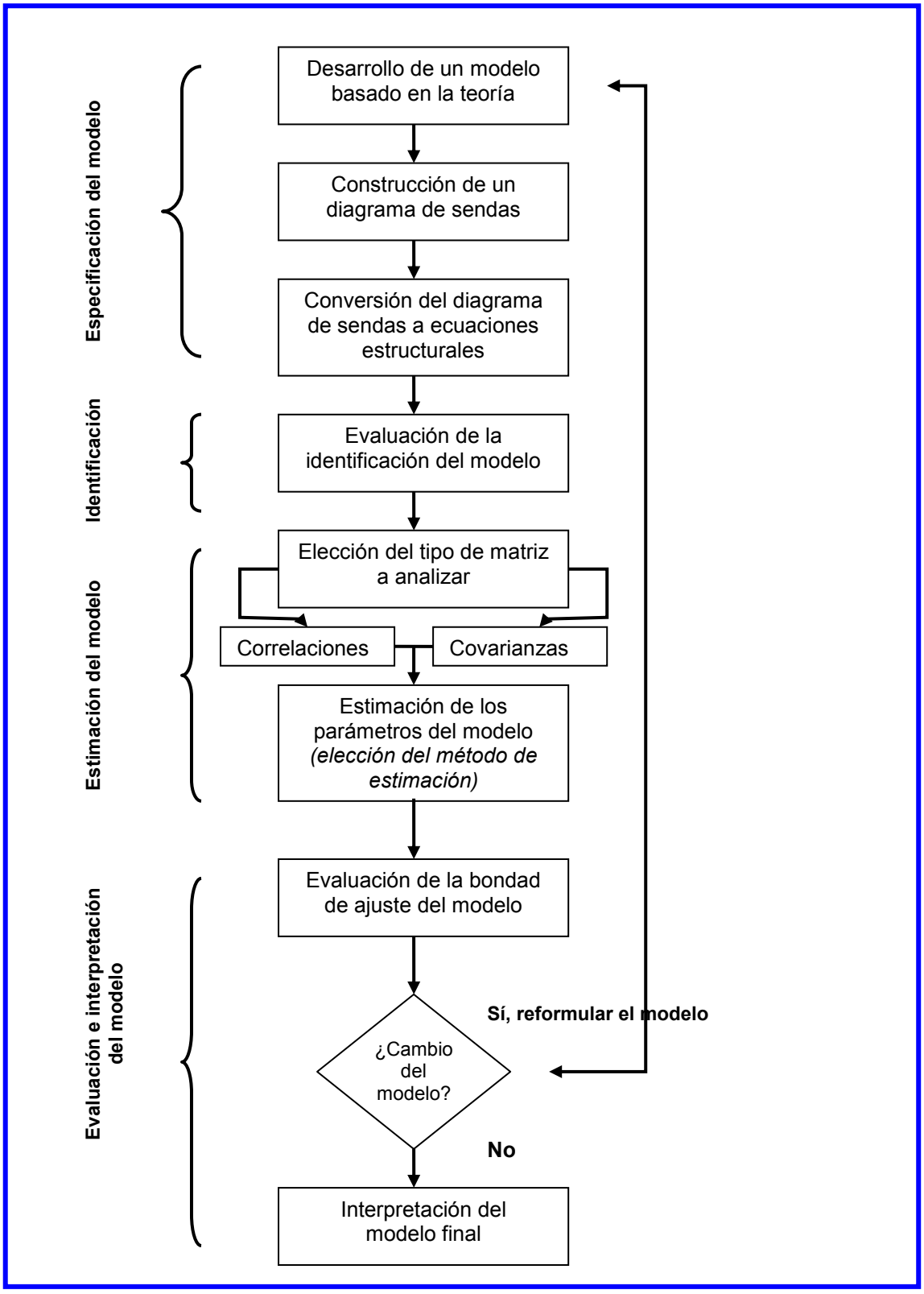
| | N | Mín. | Máx. | M | DE | Asimetría | Curtosis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | 1740 | ,00 | 9,00 | 1,58 | 1,64 | 1,08 | ,77 |
| Apoyo emocional | 1740 | ,00 | 4,00 | 1,49 | 1,17 | ,26 | -,83 |
| Baja autoeficacia | 1740 | ,00 | 4,00 | 1,78 | ,62 | ,16 | ,29 |
| Control externo | 1740 | ,00 | 5,00 | 1,01 | 1,12 | 1,03 | ,48 |
| Afront. pasivo | 1740 | ,00 | 12,00 | 5,42 | 1,96 | ,53 | ,09 |
| Malestar psicológico[a] | 1740 | 3,16 | 7,07 | 4,25 | ,80 | ,68 | ,08 |
| Red social[a] | 1740 | ,00 | 10,00 | 3,54 | 1,41 | ,67 | 1,07 |

a. Puntuaciones transformadas

### 6.3.1.2. Fases del modelo de ecuaciones estructurales

El modelo de ecuaciones estructurales implica la consideración de cuatro pasos: la especificación, la identificación, la estimación y la evaluación e interpretación del modelo propuesto. La Figura 4 muestra estas fases (Fuente: Luque, 2000:493).

**Figura 5. Etapas del proceso de desarrollo de un modelo de ecuaciones estructurales**



A. Especificación del modelo

*A.1. Desarrollo de un modelo basado en la teoría*. En la construcción de un modelo de ecuaciones estructurales deben establecerse relaciones de dependencia entre las variables que se consideran relevantes para la explicación del objeto de estudio y, fundamentalmente, debe establecerse la racionalidad que en teoría apoya el modelo causal propuesto. Tal como se detalló en el capítulo 4, el modelo de la brecha psicosocial propuesto para la comprensión de las diferencias en la salud mental según la posición social, fue construido a partir de la revisión de la bibliografía y de los resultados preliminares obtenidos en los estudios del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina de los años 2004 a 2006.

Como se indicó, los organismos internacionales (OMS, 2001, 2009; Eurobarómetro, 2009) han reportado un aumento sostenido de los trastornos mentales frecuentes (ansiedad y depresión). A la vez, los estudios sociológicos y psicológicos mostraron que existe una asociación evidente entre la desigualdad de origen socioeconómico y las diferencias en estos trastornos. Para la explicación de esta asociación se establecieron dos hipótesis generales: la de la *selección social* –que sostiene que las características genéticas determinan la aparición de estos trastornos y anclan a las personas en posiciones sociales bajas– y la de la *causalidad social,* cuya tesis principal es que las posiciones sociales propician entornos cualitativamente diferentes en cuanto a condiciones materiales, hábitos de salud y exposición al estrés y ello redunda en mayor o menor salud mental. De las explicaciones incluidas en la causalidad social, las más fructíferas han sido las psicosociales (Elstad, 1998, Laaksonen, 2010). El modelo que se ilustra en la página 51 considera que la posición social opera de forma indirecta sobre el malestar psicológico a través de tres sendas. Por un lado, se comparece con una distribución desigual de estresores sociales –ya que los más desfavorecidos están más expuestos a situaciones de estrés, puntuales o crónicas (Pearlin, 1989)– y, por otro, con la extensión de la red social que, a su vez, impacta en el apoyo emocional recibido. Pero también se presumió que la posición social opera a través de los recursos individuales para la agencia. En este sentido, las nociones de *habitus* de Bourdieu (1984) y de modelado conductual de Bandura (1987, 2006) han sido fundamentales para comprender el carácter simbólico de la posición social y el marco que ofrecen para el desarrollo de conductas más o menos adaptativas para los individuos. También han sido de importancia los estudios de Lazarus

acerca del carácter procesal del estrés (Lazarus *et al* 1984, 1987) y los de Bandura (2006) y de Rotter (1966) respecto de los recursos vinculados a la agencia humana, específicamente, la autoeficacia y el *locus* de control.

*A.2. Construcción de un diagrama de sendas*. El otro momento para especificar el modelo consiste en construir un gráfico en el que se representan todas las relaciones que se conjeturaron y que están teóricamente justificadas. Este gráfico recibe el nombre de diagrama de sendas o trayectorias (*path diagram*) y se ilustra en la Figura 5. En la Tabla 19, se detalla la descripción de los indicadores y las relaciones supuestas. Como puede notarse, los componentes del modelo son variables observadas y no se analizan variables latentes en el esquema conceptual.

**Tabla 19. Descripción de los indicadores y sus relaciones en el diagrama de sendas**

| **Indicador/ Variable exógenos** | **Relaciones del indicador exógeno con las variables latentes exógenas** |
|---|---|
| $X_1$ / $\xi_1$= Posición social | $\lambda_1$ = Estrés social con posición social<br>$\lambda_2$ = Red social con posición social<br>$\lambda_3$ = Control externo con posición social<br>$\lambda_4$ = Baja auto eficacia con posición social |
| **Indicadores/ Variables endógenas** | **Errores variables endógenas** |
| $Y_1$ / $\eta_1$ = Estrés social<br>$Y_2$ / $\eta_2$ = Red social<br>$Y_3$ / $\eta_3$ = Control externo<br>$Y_4$ / $\eta_4$ = Baja autoeficacia<br>$Y_5$ / $\eta_5$ = Estilo evitativo<br>$Y_6$ / $\eta_6$ = Apoyo emocional<br>$Y_7$ / $\eta_7$ = Malestar psicológico | $\varepsilon_1$ = Estrés social<br>$\varepsilon_2$ = Red social<br>$\varepsilon_3$ = Control externo<br>$\varepsilon_4$ = Baja autoeficacia<br>$\varepsilon_5$ = Estilo evitativo<br>$\varepsilon_6$ = Apoyo emocional<br>$\varepsilon_7$ = Malestar psicológico |
| **Relaciones de las variables exógenas con los indicadores endógenos** | |
| $\xi_2$ = Estrés social<br>$\xi_3$ = Red social<br>$\xi_4$ = Control externo<br>$\xi_5$ = Baja autoeficacia<br>$\xi_6$ = Estilo evitativo<br>$\xi_7$ = Apoyo emocional<br>$\xi_8$ = Malestar psicológico | $\lambda_5$ = Estrés social con malestar psicológico<br>$\lambda_6$ = Estrés social con control externo<br>$\lambda_7$ = Estrés social con baja auto eficacia<br>$\lambda_8$ = Control externo con malestar psicológico<br>$\lambda_9$ = Control externo con estilo evitativo<br>$\lambda_{10}$ = Baja autoeficacia con malestar psicológico<br>$\lambda_{11}$ = Baja autoeficacia con estilo evitativo<br>$\lambda_{12}$ = Estilo evitativo con malestar psicológico<br>$\lambda_{13}$ = Apoyo emocional con red social<br>$\lambda_{14}$ = Apoyo emocional con malestar psicológico |

*A.3. Conversión del diagrama de sendas a ecuaciones estructurales.* Una vez que se ha diseñado el modelo causal conceptual y gráficamente, se procede a trasladarlo a un conjunto de ecuaciones lineales donde se definan las relaciones entre constructos (modelo estructural), la medición de ellos a través de variables observadas (modelo de medida) y las posibles correlaciones entre las diferentes variables.

El modelo estructural se compone de una serie de ecuaciones lineales que enlazan variables endógenas con variables exógenas. Se considera una extensión de la regresión al establecer tantas ecuaciones como variables endógenas existan. De esta manera, cada constructo endógeno es la variable dependiente de la ecuación y las variables independientes son el resto de los constructos endógenos y exógenos relacionados con las variables independientes. La ecuación general es (Casas Guillén, 2010):

$$\eta = \beta\eta + \tau\xi + \varepsilon$$

Siendo,
$\eta$: variables endógenas
$\beta$: matriz de coeficientes de las variables endógenas
$\tau$: matriz de coeficientes de las variables exógenas
$\xi$: variables exógenas
$\varepsilon$: término de perturbación aleatoria

En la Tabla 19 se indicaron las relaciones supuestas entre las variables del modelo, que sustentan el modelo estructural de la tesis de la brecha psicosocial.

*A4. Modelo de medida*. Este modelo especifica las variables observadas que van a servir para medir los constructos teóricos propuestos en el modelo estructural. Esto es, indica las ecuaciones que vinculan las variables observadas o indicadores x e y. Expresado en forma matricial sería (Casas Guillén 2010):

$$x = \Lambda_x\xi + \delta$$
$$y = \Lambda_y\eta + \upsilon$$

$\xi$: variable exógena (posición social)
$\eta$: variables endógenas (ver Tabla 11)
$\Lambda_x$: matriz de coeficientes de los indicadores de la variable exógena
$\Lambda_y$: matrices de coeficientes de los indicadores de variables endógenas
$\delta/\upsilon$: errores de medida

B. Identificación del modelo

Esta fase tiene por finalidad estimar los parámetros desconocidos del modelo especificado, para después contrastarlo estadísticamente. En términos técnicos, en esta etapa se estudia si las covarianzas entre las variables observadas proporcionan la información suficiente para estimar los parámetros. Para ello es necesario reunir dos condiciones:

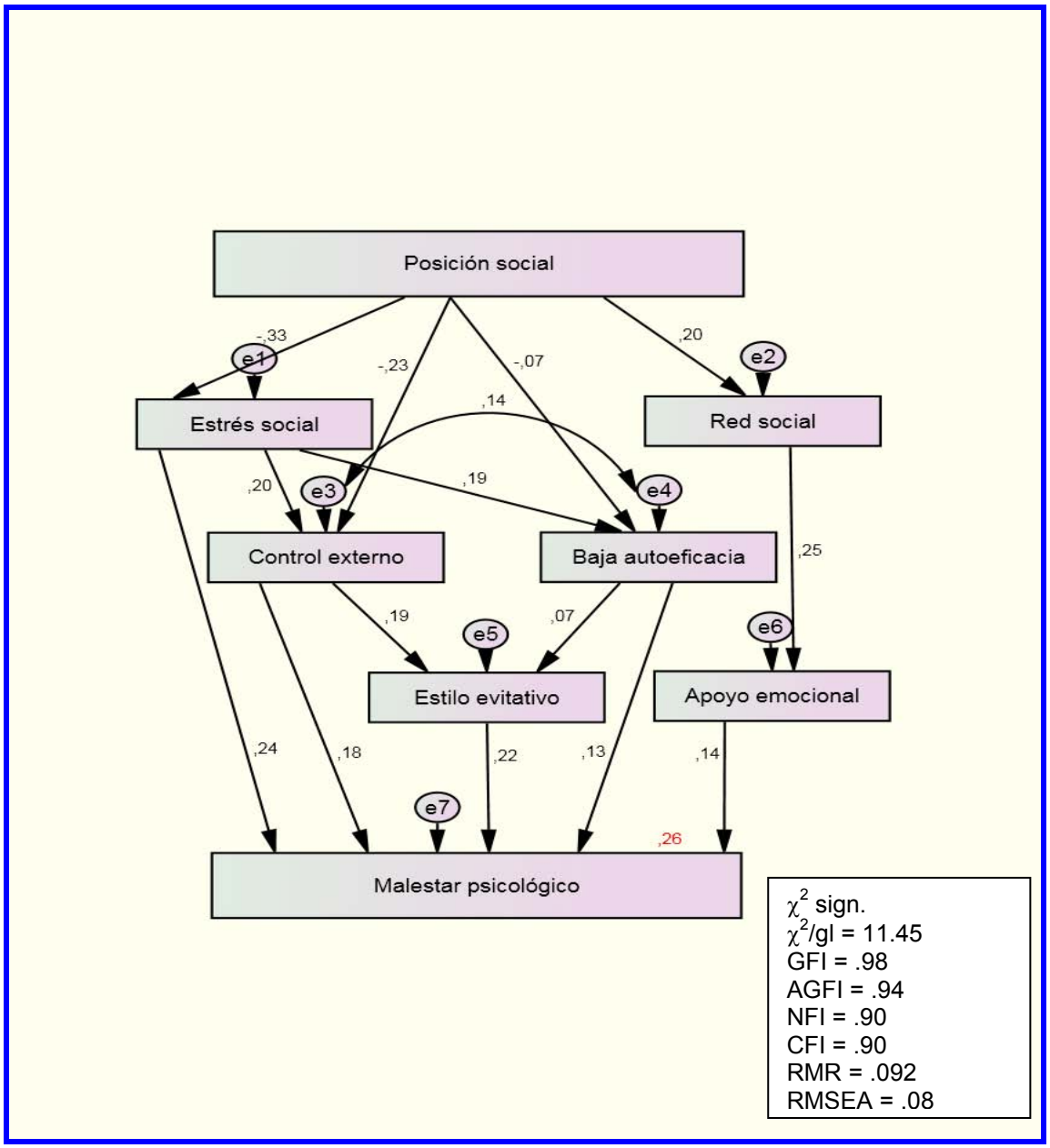
- los grados de libertad deben ser iguales o superiores a 0: en el presente estudio se cumple esta condición al existir 15 parámetros a estimar (8 indicadores exógenos y 7 endógenos), siendo los grados de libertad de 13. En tal sentido, se puede decir que es un modelo sobreidentificado, vale decir existe más de una forma de estimar los parámetros
- el modelo estructural debe ser recursivo: un modelo es recursivo cuando es posible establecer una ordenación de variables de modo tal que cada variable afecte solamente a aquellas que observen una relación causa-efecto (Batista y Coenders, 2009). En este estudio, las ecuaciones que relacionan a las variables latentes son recursivas: la causalidad fluye de la posición social al estrés social, a los recursos de agencia y a la red social y de éstos, por vías indirectas y directas, al malestar psicológico. En el modelo, ninguno de los efectos es en sentido inverso.

C. Estimación del modelo

Las mediciones realizadas mediante los cuestionarios y escalas permiten obtener las varianzas y covarianzas en las que se basa la estimación de los parámetros de un modelo apropiadamente formulado e identificado (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Dicha estimación se realiza mediante la minimización de una función de discrepancia entre la matriz de varianzas y covarianzas observadas y las predichas por el modelo. La técnica más utilizada para la estimación de los parámetros es la de máxima verosimilitud (ML) y, dado que permanece invariable ante cambios de escalas de medida, fue la que se eligió para estimar el ajuste del modelo. Tal como se indicó en el punto “Supuestos del método de ecuaciones estructurales”, la muestra de observaciones de este estudio cumple con los requisitos de normalidad multivariante, ausencia de valores perdidos, no colinealidad, variables continuas y

cantidad apropiada de casos exigidos para la aplicación del ML. El Gráfico 2 muestra el modelo estructural supuesto.

**Gráfico 2: Modelo inicial de ecuaciones estructurales del malestar psicológico. Salida AMOS 18**



D. Evaluación de la bondad de ajuste del modelo

Una vez que se han estimado los parámetros –en este estudio, usando el programa estadístico AMOS 18 (Arbuckle, 2009)–, se continúa con la evaluación de la bondad de ajuste del modelo, vale decir, en qué medida los datos se ajustaron al modelo teórico propuesto (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Lejos de limitarse al componente estadístico, es fundamental la coherencia entre los resultados y la propuesta teórica ya que aquellos deben tener un significado lógico sustantivo y no solo ser estadísticamente significativos.

A diferencia de lo que ocurre en la regresión lineal –donde se escogen las estimaciones que mejor ajustan al modelo a los datos– en los modelos de ecuaciones estructurales lo que se pretende ajustar son las covarianzas entre las variables. En lugar de minimizar la diferencia entre los valores pronosticados y los observados a nivel individual, se minimiza la diferencia entre las covarianzas observadas en la muestra y las pronosticadas por el modelo teórico (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Esto hace que el análisis sea más riguroso y, a la vez, más flexible.

Existen tres tipos de estadísticos de bondad de ajuste: los de ajuste absoluto (que evalúan los residuos), los de ajuste relativo (que comparan el ajuste respecto de otro modelo) y los de ajuste parsimonioso (que valoran el ajuste en función del número de parámetros utilizados). Por sí solos, ninguno aporta toda la información acerca del ajuste del modelo. En lo habitual, se utiliza un conjunto que incluye a los tres tipos y que se informan simultáneamente (Schreider *et al*, 2006).

Entre los estadísticos de ajuste absoluto, las medidas más utilizadas son el estadístico $\chi^2$ o índice de razón de verosimilitud y el índice *goodness-of-fit* (GFI). El primero solo indica la significación estadística del modelo completo y permite contrastar la hipótesis nula de que todos los errores de éste son nulos, vale decir, que hay un ajuste total entre el modelo teórico y la muestra utilizada. Por tanto es deseable no rechazar la hipótesis nula. El modelo produjo una $\chi^2$= 148.92 significativa. Como es conocido, el índice $\chi^2$ raramente es utilizado como prueba única o concluyente de bondad del ajuste de un modelo ya que se basa en la hipótesis excesivamente restrictiva de que S es igual a Σ. Además, en muchos casos, la distribución de los datos no se ajusta a una distribución $\chi^2$ o su valor está influenciado por el tamaño de la muestra (Arias, 2008; Tanaka, 1993; SEMNET, 2010). Por ello, muchos autores (Arbuckle,

2000; Tanaka, 1993) recomiendan examinar no solo la significación sino también la magnitud del $\chi^2$ a través del índice $\chi^2$ /gl, donde los grados de libertad se utilizan como un estándar para juzgar si ese valor de $\chi^2$ es grande o pequeño. En este caso, el valor fue de 11.45, que dista nueve puntos del umbral recomendado (< 2) (Arias, 2005; Ruiz, Pardo & San Martín, 2010). De esta manera los índices de ajuste absoluto no permitirían validar el modelo propuesto.

Pero, como se indicó, es de interés considerar la evaluación de otros índices tal como el GFI. El GFI mide la cantidad de varianza y covarianza en la matriz observada que está predicha por la matriz reproducida. Se recomienda un valor GFI mayor a .90 (Arbuckle, 2009; Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). En este caso, el valor fue de .98 considerado muy bueno.

El otro índice de ajuste absoluto que se evalúa es el AGFI (*adjusted goodness-of-fit*). El AGFI es el índice GFI ajustado por los grados de libertad y permite comparar el modelo propuesto con un modelo nulo que se toma de referencia. Este modelo nulo estipula la falta absoluta de asociación entre las variables y es calculado por el programa AMOS por defecto. El AGFI indica la proporción de la varianza explicada por el modelo y su valor de referencia es de ≥ .90. En el modelo propuesto el valor fue de .94, que indica un buen ajuste según los criterios establecidos.

El RMSR (*Root mean square residual*), es la raíz cuadrada de la media de los residuos entre los elementos correspondientes a la matriz observada y a la reproducida. Si los residuos se aproximan a 0, el valor de RMSR será cero que se interpreta como un ajuste perfecto. Por lo general, los valores de ≤. 05 se consideran "premonitorios" de un buen ajuste aunque se consideran aceptables –sobre todo con muestras grandes– los valores ≤. 08. En este caso, el valor fue de .092, que indica una falta de ajuste entre el modelo propuesto y la matriz de observaciones.

El NFI es un índice de ajuste comparativo análogo al anterior y se interpreta como un porcentaje de incremento en la bondad de ajuste sobre el modelo nulo. Por ejemplo, un NFI de .90 sugiere que el modelo propuesto ajusta 90% mejor que el nulo. Usualmente se toma como valor de referencia un NFI ≥ 90. El índice obtenido fue de .90, considerado límite. Otro índice de la misma familia es el *Comparative Fit Index* (CIF) cuyo valor en el modelo fue de .90, también considerado límite.

El RMSEA es un índice del error de aproximación medio cuadrático a valores de la población. De acuerdo con Arbuckle (2009) los valores de ≤ .08 indican que el modelo ajusta apropiadamente. En este caso, el valor fue de .08. Pero, dado que el intervalo de confianza (.067 – .089) incluye el valor obtenido solo en el límite superior, se infiere que el modelo no ajusta apropiadamente.

En forma resumida, el modelo propuesto originalmente presentó un GFI de .98, lo cual indica una correspondencia entre las varianzas y covarianzas predichas y las observadas. El AGFI de .94 señala que una proporción importante de la varianza es explicada por el modelo y el NFI y el CFI de .90 sugieren que el modelo hipotetizado ajusta 90% mejor que el nulo. En cambio los índices de ajuste absoluto ($\chi^2$ ; $\chi^2$ /gl) y los valores de RMSR y RMSEA, sugieren que el modelo debería ser reformulado.

*Re-especificación del modelo*

Ya que el modelo original cumplió solo parcialmente con los criterios de ajuste descritos anteriormente, se consideró necesario aplicar recursos de revisión para obtener una re-especificación de las relaciones postuladas en el modelo original y con ello mejorar su ajuste.

Por lo general, se observan dos tipos de errores de especificación: a) errores de especificación interna (por omisión de parámetros relevantes o inclusión de parámetros irrelevantes) y b) errores de especificación externa (variables omitidas). En este caso, los errores parecen haber sido del primer tipo, tal como puede inferirse del patrón de correlaciones ya analizado.

Para evaluar el modelo se siguieron dos métodos: el análisis teórico y el análisis de los índices de modificación. Éstos se derivan de la información de salida de AMOS 18 con la opción de *Índices de Modificación* (MI) que muestra relaciones en el modelo original y permite incluirlas en la re-especificación. En concreto por cada índice de modificación sugerido se presenta la cantidad en que el valor de $\chi^2$ (discrepancia) se reduciría al incluir la relación adicional que se detecta en la matriz de covarianzas derivada de los datos empíricos. Así, un índice de modificación muestra el decremento mínimo en el valor de $\chi^2$ del modelo si un parámetro fijo se hiciera libre y se volviera a estimar el modelo. Se consideran 'importantes' los índices de modificación superiores a 3.84 (puesto que 3.84 es el valor crítico

del estadístico $\chi^2$ con 1 grado de libertad al nivel de confianza del 5%) (Morales Vallejo, 2007). Los valores obtenidos sirven así para orientar la introducción de modificaciones que mejoren el ajuste del modelo.

El análisis de estos sugirió añadir covarianzas entre los siguientes indicadores:

"control externo – red social" (MI = 47.038)

"baja autoeficacia – red social" (MI = 36.146)

"posición social – apoyo emocional" (MI = 20.149)

"estrés social – estilo evitativo" (MI = 19.66)

"control externo – baja autoeficacia" (MI = 34.35)

A su vez, el análisis muestra la conveniencia de eliminar las relaciones entre "posición social – baja autoeficacia" y "baja autoeficacia – estilo evitativo", dado el escaso poder explicativo sobre el malestar psicológico que representan.

En términos teóricos, estas relaciones no previstas por el modelo pueden justificarse de acuerdo a la evidencia previa. En cuanto a la vinculación entre la red social y las creencias de control y de autoeficacia, existen antecedentes que vinculan la percepción de control externo y de baja autoeficacia con el tamaño de la red social. Por ejemplo, Sarason, Pierce y Sarason (1990) afirman que la calidad y cantidad de interacciones en la adultez son influidos por los esquemas acerca del trato con los demás formados en la infancia y que, en particular, el predominio de locus de control externo se asocia con redes sociales menos extensas y menor apoyo social (Lakey y Cassady, 1990; Sarason y Sarason, 1982; Sarason *et al*, 1990; Solomon *et* al., 1989).

En la relación a la vinculación entre la posición social y el apoyo emocional, se ha encontrado que si bien todas las personas nos apoyamos en nuestros lazos próximos, esto se debilita en los contextos de pobreza, donde disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo debido a los rigores del entorno (Abello, Mandariaga y Hoyos de los Ríos, 1997).

De la misma manera, se han constatado asociaciones significativas entre el estrés social y el estilo de afrontamiento, donde predominan los estilos pasivos en los grupos sociales desfavorecidos y activos en las capas más altas. Por ejemplo, Caplan y Schooler (2007)

encontraron que las personas de bajo nivel socioeconómico hacían un uso mucho mayor de un estilo pasivo y emocional que de otro activo o resolutivo en la toma de decisiones económicas y Palomar Lever (2008) que las personas de clase media tendían al uso de métodos resolutivos y, las de clases bajas, a estilos pasivos de afrontamiento al estrés.

Asimismo, se observó una influencia moderada del locus de control sobre la percepción de baja autoeficacia que debe ser tomada con cautela dado el carácter limitado de la medida de autoeficacia utilizada en este estudio. No obstante, este resultado remite a la controversia sobre la delimitación conceptual entre locus de control y autoeficacia (Hawkins, 1992; Kirsh 1982; Lefcourt, 1992; Zuroff y Rotter, 1985) en la que se sostiene que los límites conceptuales de la autoeficacia se solapan tanto con el *locus* de control como con el resto de conceptos que le son añadidos (previsión, auto-reflexividad y auto-reactividad) y que, más bien, el *locus* de control es, junto con la dificultad de la tarea, un determinante de la autoeficacia (Kirsch, 1986).

Estas modificaciones, que se sustentaron en el análisis teórico y empírico, llevan a considerar las siguientes hipótesis adicionales:

HAd1: *La posición social incide diferencialmente sobre la cantidad de personas disponibles para brindar apoyo emocional.*
HAd2: *Los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia) influyen diferencialmente sobre la cantidad de personas que conforman la red social*
HAd3: *El estrés social se asocia significativamente con la propensión al estilo evitativo de afrontamiento*
HAd4: *Las creencias de control externo influyen sobre la percepción de autoeficacia*

En la Figura 6 se esquematiza la re-especificación del modelo para la explicación del vínculo entre la posición social y el malestar psicológico y, en el Gráfico 3, se muestra la solución estandarizada de este modelo final.

**Figura 6: Modelo teórico para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico (modelo final)**

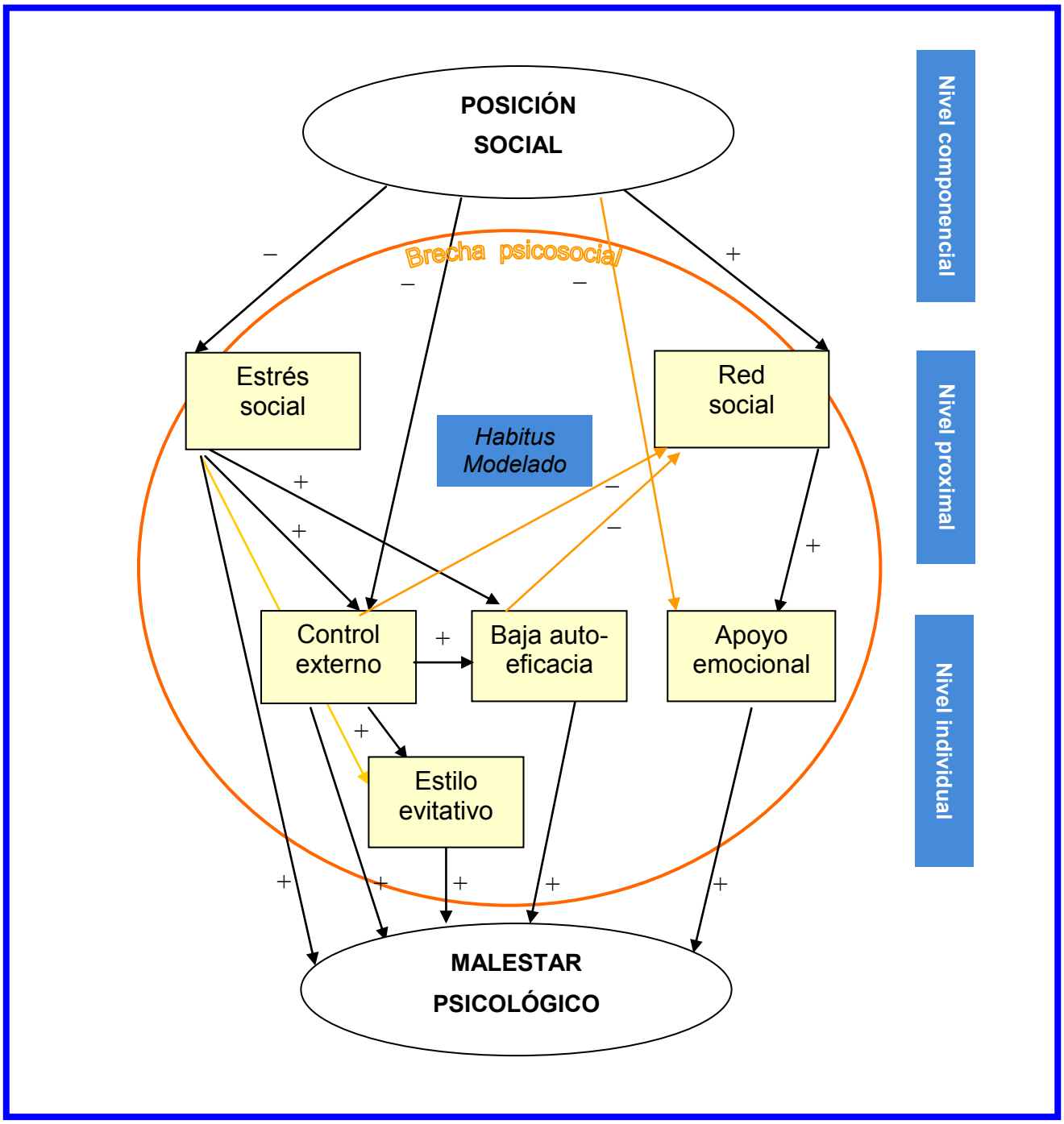
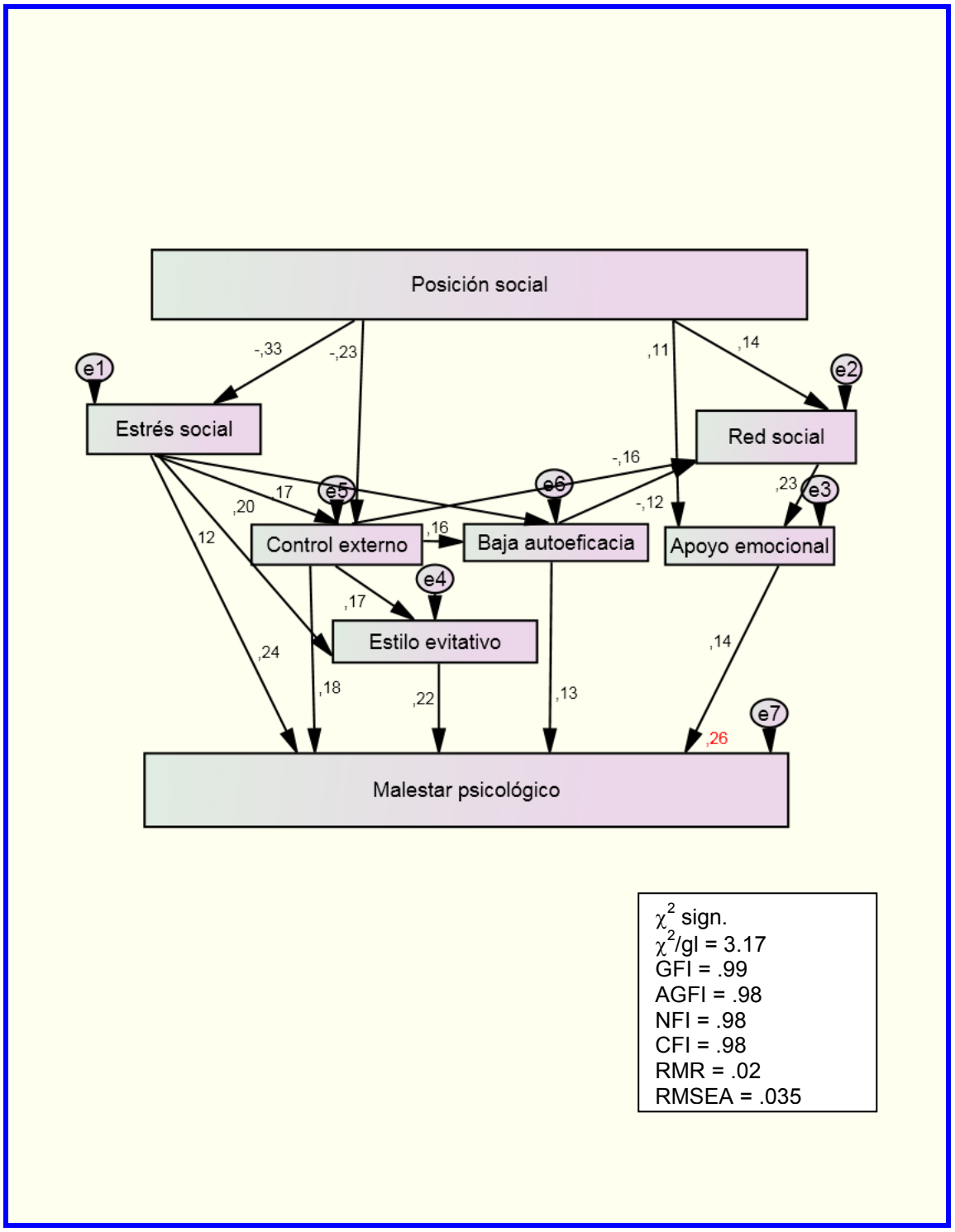


**Gráfico 3: Modelo Final de ecuaciones estructurales del malestar psicológico. Salida AMOS 18**



En la Tabla 20 se resumen los valores de ambos modelos. Como puede notarse, el modelo 2 –que incluye las modificaciones recién descriptas– revela un mejor ajuste que el modelo original 1.

**Tabla 20. Comparación de modelos. Índices de ajuste de los modelos 1 (inicial) y 2 (final)**

| Modelo | $\chi^2$ | gl | $\chi^2$/gl | Índices de ajuste absoluto | | | | | Índices de ajuste incremental | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | GFI | AGFI | RMR | RMSEA | ECVI | NFI | TLI | CFI | IFI |
| **1** | 148.926 | 13 | 11.45 | .98 | .94 | .09 | .08 | .112 | .90 | .80 | .90 | .90 |
| **2** | 34.935 | 11 | 3.17 | .99 | .98 | .02 | .03 | .049 | .98 | .96 | .98 | .98 |

El primer análisis corresponde a la evaluación del $\chi^2$. Mientras que en el modelo 1 el valor fue ≈149, en el modelo final fue de ≈ 35. Si bien ambos son significativos ($p < 0.000$), hay que recordar que Jöreskorg (1967) advirtió que no es un buen criterio desechar el modelo por este solo índice sobre todo si es calculado sobre muestras mayores a 200 observaciones puesto que, en estos casos, todo valor tiende a una $p = 0.000$. Además, según Arias (2008), los valores grandes corresponderían a un ajuste deficiente y, valores pequeños, a otro mejor.

Por ello, como ya se indicó, es de interés inspeccionar el $\chi^2$ normado ($\chi^2$/gl) que representa una medida de ajuste parsimonioso. Los resultados muestran que, para el modelo 1, fue de 11.45 y, para el modelo 2, de 3.17. En términos estrictos, se consideran excelentes los valores entre 1 y 2 (Stahl, 2010) y buenos los menores a 3 (Tabachnik y Fidell, 2001). No obstante, otros autores (Marsh y Hocevar, 1985; Wheaton, 1977) indican que los valores que están comprendidos entre 2 y 5 pueden considerarse aceptables. De acuerdo a estos criterios, el resultado es claramente mejor para el modelo estructural final (3.17).

Otros índices de ajuste absoluto son el GFI (*Goodness of Fit Index*) y el AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), que presentan valores considerados excelentes (> .98) para el modelo 2 y que son aún mejores que los obtenidos para el modelo 1. Esto, sumado al hecho de un mejor comportamiento de los errores – *Root Mean Square Residual* (SRMR) y *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA) – permite inferir que el modelo final ajusta más apropiadamente que el original. El análisis del intervalo de confianza del RMSEA confirma estas presunciones, ya que, mientras para el modelo final la probabilidad de que el

valor de RMSEA sea menor a .05 es del 96% (RMSEA = .035, LO90 = .023 / HI90 = .049, *p* .963), para el modelo 1 es del 0% (RMSEA = .078, LO90 = .067 / HI90 = .089, *p* .000). Además, el índice ECVI (*Expected Cross-validation Index*), que es muy recomendable para la evaluación de modelos alternativos, indica valores más significativos de ajuste para el modelo final. En concreto, el valor es de .049 –mientras que en el modelo 1 es de .112– y el intervalo al 90% está entre .041 y .061, por lo que su límite inferior coincide con el valor del modelo saturado (.041).

Por otra parte, todos los índices de ajuste incremental considerados – NFI (*Normed Fit Index*); TLI (*Tucker-Lewis Index*); CFI (*Comparative Fit Index*) e IFI (*Incremental Fit Index*), que evalúan en qué medida un modelo alternativo es mejor que otro – registraron valores considerados excelentes (> .95) y más importantes para el modelo final.

Así, en términos globales, el análisis de los índices permite señalar que las modificaciones introducidas en el modelo lo mejoraron sustancialmente. A ello, hay que añadir el hecho de que los análisis se realizaron sobre una muestra amplia de 1740 casos lo cual suma una exigencia más al análisis de ML. En conjunto, los índices permiten inferir la plausibilidad del modelo teórico propuesto para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico, consistente en dos niveles de mediación (proximal y psicológico) entre ambos, con diversos niveles de asociación entre ellos.

Naturalmente para contrastar más rigurosamente las hipótesis que dan cuerpo al modelo, en el punto G se procede a analizar más detalladamente cada una de ellas, a partir de la interpretación de los coeficientes y datos que proporciona el ajuste del modelo estructural propuesto.

E. Evaluación del modelo estructural

De la misma manera que en la regresión múltiple, en el modelo de ecuaciones estructurales puede aplicarse la correlación múltiple cuadrada ($R^2$) como una medida relativa de ajuste para cada ecuación estructural. Las variables tomadas en conjunto del Modelo 2 definitivo (estrés social, red social, apoyo emocional, locus de control, afrontamiento pasivo y baja autoeficacia) explican el 26% de la varianza de la variable dependiente (malestar psicológico) dado que $R^2$ *corregida* = 0,261.

A su vez, para conocer si existe una relación lineal relevante entre el malestar psicológico y el modelo teórico propuesto se analizó el estadístico *F*. Los resultados indicaron que sí existe tal relación en forma significativa ($F_{(7, 1732)} = 82{,}731$ $p < .000$), por lo que puede afirmarse que el hiperplano definido por la ecuación de regresión brinda un buen ajuste a la nube de puntos. Es lógico que al explicar el 26% según la $R^2$ *corregida*, la variabilidad explicada (295,834) sea menor a la no explicada (823,798) pero, no obstante, los datos son claros: el modelo controla parte del azar y puede sugerir una explicación consistente en cuanto a la relación posición social-malestar psicológico. Además, de acuerdo con los criterios de Cohen (1988), una $R^2$ de .26 puede considerarse moderada.

F. Evaluación del modelo de medición

El modelo de medida utilizado indica una adecuación aceptable de las variables observadas en la evaluación de los constructos que supone el esquema hipotético: tanto los estudios de evidencias de fiabilidad y validez –cuyas limitaciones se reseñaron oportunamente– como los coeficientes de determinación sugieren que el estrés, el afrontamiento evitativo, la disminución de los recursos de agencia y la necesidad de apoyo emocional son variables de interés para la explicación del nexo entre la posición social y malestar psicológico.

G. Interpretación del modelo

En esta fase se procede a comparar el modelo obtenido mediante el análisis estadístico con el modelo teórico propuesto y las hipótesis planteadas. Se analiza si los coeficientes y parámetros estimados se corresponden en intensidad (significativos o no) y sentido (positivo o negativo) con la formulación teórica. En el punto que sigue, “Contrastación de hipótesis”, se realiza la interpretación del modelo de la brecha psicosocial propuesto.

*Contrastación de hipótesis: resultados principales*

El objetivo básico de este estudio ha sido proponer un modelo explicativo, subsidiario de la hipótesis de la causalidad social, para la comprensión del nexo entre la posición social y el malestar psicológico. Este modelo contempla tanto a los factores proximales (estrés social y red social) como a los psicológicos y psicosociales (recursos de agencia –*locus* de control y autoeficacia–, estilo evitativo y apoyo emocional recibido).

El Gráfico 3 muestra los coeficientes que cuantifican la relación causal entre las variables del modelo. Los coeficientes de regresión estandarizados de la Tabla 21 muestran como todas las razones críticas (R.C.) superan los valores de referencia de ± 2.576 (para un nivel de significación de .01). De ello se sigue, con una mínima probabilidad de error, que los coeficientes estimados del modelo son estadísticamente significativos, tal como lo señala la columna *p*.

**Tabla 21. Coeficientes de regresión estandarizados y no estandarizados del modelo**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | <--- | Posición social | -,334 | -1,553 | ,105 | -14,774 | *** |
| Control externo | <--- | Estrés social | ,200 | ,163 | ,019 | 8,388 | *** |
| Control externo | <--- | Posición social | -,229 | -,868 | ,090 | -9,624 | *** |
| Baja autoeficacia | <--- | Estrés social | ,173 | ,063 | ,009 | 7,201 | *** |
| Baja autoeficacia | <--- | Control externo | ,159 | ,071 | ,011 | 6,591 | *** |
| Red social | <--- | Posición social | ,136 | ,502 | ,089 | 5,621 | *** |
| Red social | <--- | Baja autoeficacia | -,118 | -,256 | ,051 | -5,007 | *** |
| Red social | <--- | Control externo | -,155 | -,152 | ,024 | -6,341 | *** |
| Apoyo emocional | <--- | Posición social | ,109 | ,345 | ,074 | 4,642 | *** |
| Apoyo emocional | <--- | Red social | ,232 | ,198 | ,020 | 9,849 | *** |
| Estilo evitativo | <--- | Estrés social | ,124 | ,135 | ,026 | 5,132 | *** |
| Estilo evitativo | <--- | Control externo | ,169 | ,226 | ,032 | 6,978 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Apoyo emocional | ,138 | ,093 | ,014 | 6,651 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Estrés social | ,242 | ,111 | ,010 | 11,003 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Baja autoeficacia | ,133 | ,166 | ,027 | 6,188 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Estilo evitativo | ,223 | ,094 | ,009 | 10,483 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Control externo | ,184 | ,103 | ,012 | 8,313 | *** |

*** $p < .000$

A continuación se brindan los resultados del contraste de cada una de las hipótesis planteadas en esta tesis con el análisis de datos obtenidos de la aplicación del modelo de ecuaciones estructurales. Para ello, se recuerdan las correspondientes hipótesis originales y adicionales enunciadas y luego se realiza el análisis de contraste.

*H2: El efecto de la posición social sobre el malestar psicológico es indirecto. La posición social incide sobre la cantidad de experiencias de estrés, sobre la extensión de personas disponibles en la red social y sobre la percepción de los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia). Estos componentes, a su vez, impactan de manera diferencial sobre el malestar psicológico*

*H.Ad.1: La posición social incide diferencialmente sobre la cantidad de personas disponibles para brindar apoyo emocional.*

Tal como se muestra en la Tabla 22, todas las interacciones son significativas. Los coeficientes de regresión estandarizados están basados en las puntuaciones típicas y, por lo tanto, son comparables entre sí e indican la cantidad de cambio que se producirá en la variable dependiente por cada cambio de unidad en la correspondiente variable independiente, manteniendo constantes el resto de los predictores del modelo. Nótese que el coeficiente más importante es el de "estrés social" (-.334) e indica que, si el resto de las variables se mantienen constantes, a un aumento de un desvío estándar en la posición social, le corresponde, en promedio, un descenso 0,33 en el estrés. Le siguen, en importancia, los coeficientes de "control externo" (-.229) y "red social" (.136) cuyos signos coinciden con el coeficiente de correlación simple esperado según el modelo.

Asimismo, se observó que la posición social se asoció de manera relevante con el "apoyo emocional recibido" (.109), por lo que se la incluyó en el modelo final aunque no había sido prevista en el modelo original. Hay que recordar que la evaluación de esta variable consistió en la cantidad de personas que efectivamente brindaron apoyo emocional. Si, como vimos, la posición social incide sobre el tamaño de la red; vale decir, sobre la cantidad de personas con las que se tiene relación entonces, es esperable que también se relacione con el número de personas disponibles para brindar apoyo emocional en caso de necesidad. No obstante, se trata de dos variables bien diferenciadas ya que si bien están relacionadas, la magnitud de dicha asociación es pequeña ($r = .195$, $p < .001$), la fiabilidad de cada medida es aceptable y remiten a naturalezas distintas, una social (red) y otra individual (apoyo emocional recibido).

Además, la asociación conjeturada entre la posición social y la percepción de autoeficacia, si bien significativa, indicó un coeficiente de - .074, considerado pequeño según los criterios de Cohen (1988) por lo que fue eliminada del modelo. Por lo tanto, la

reformulación implicó la inclusión de la influencia de la posición social sobre el apoyo emocional y la supresión de su efecto sobre la percepción de autoeficacia.

En el sentido de la magnitud de los coeficientes, los resultados indican que el estrés social experimentado, la cantidad de personas disponibles en la red, el apoyo emocional recibido y las creencias de control externo son pronosticados de manera válida por la posición social. El tema de cómo valorar un coeficiente estandarizado ha de analizarse teniendo en cuenta que una de sus ventajas es que se pueden hacer comparaciones entre varios predictores porque no dependen de la escala de medida de las variables pero, como contrapartida, es más difícil saber la magnitud del efecto, ya que su interpretación es en términos relativos. Uno de los criterios es considerar a los coeficientes menores a 0.1 como de efecto pequeño, entre 0.1 y 0.5, como medios y mayores de 0.5 como grandes, siempre que aquellos sean significativos (UCM, 2011). En este sentido, los coeficientes reseñados pueden considerarse en su mayoría moderados, ya que se encuentran entre 0.1 y 0.5.

A la vez, hay que recordar que la relación negativa entre el malestar psicológico y la posición social fue significativa pero débil y que la comparación entre medias resultó de mayor importancia entre los extremos de la escala social. La conjunción de ambos resultados indica que la posición social influye sobre el malestar psicológico en mayor medida a través de los mediadores sociales e individuales, vale decir de manera indirecta, que de manera directa. En las Tablas 23, 24 y 25 se muestran los efectos totales, directos e indirectos de las variables sobre el malestar psicológico. Allí puede notarse que el efecto indirecto estandarizado de la posición social sobre el malestar es de -.149 y constituye el efecto total sobre la variable dependiente.

Estos resultados abonan la hipótesis de que lo más relevante de la posición social es la distribución desigual de estresores y relaciones que propicia y el carácter simbólico diferencial que imprime al *habitus* de los individuos para el modelado de creencias de control externo y no las circunstancias materiales concretas que implica.

Por lo tanto puede considerarse la constatación de la hipótesis acerca del carácter indirecto del efecto de la posición social sobre el malestar psicológico a través de su influencia sobre el estrés social, la red social, las creencias de control externo y el apoyo emocional recibido. No obstante, para una de las relaciones conjeturadas no se halló evidencia empírica

ya que la percepción de autoeficacia no estuvo condicionada por la posición social. Por estas razones, se evalúa que la hipótesis principal 2 recibió un sustento empírico sustantivo pero parcial.

**Tabla 22. Coeficientes de regresión estandarizados. Mediadores proximales e individuales**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | <--- | Posición social | -,334 | -1,553 | ,105 | -14,774 | *** |
| Red social | <--- | Posición social | ,136 | ,502 | ,089 | 5,621 | *** |
| Apoyo emocional | <--- | Posición social | ,109 | ,345 | ,074 | 4,642 | *** |
| Control externo | <--- | Posición social | -,229 | -,868 | ,090 | -9,624 | *** |

*** $p < .000$

**Tabla 23. Modelo final. Efectos directos estandarizados**

| | Posición social | Estrés social | Control externo | Baja autoeficacia | Red social | Apoyo emocional | Estilo evitativo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | **-,334** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Control externo | **-,229** | **,200** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Baja autoeficacia | 0 | **,173** | **,159** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Red social | **,136** | 0 | **-,155** | **-,118** | 0 | 0 | 0 |
| Apoyo emocional | **,109** | 0 | 0 | 0 | **,232** | 0 | 0 |
| Estilo evitativo | 0 | **,124** | **,169** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malestar psicológico | 0 | **,242** | **,184** | **,133** | 0 | **,138** | **,223** |

**Tabla 24. Modelo final. Efectos indirectos estandarizados**

| | Posición social | Estrés social | Control externo | Baja autoeficacia | Red social | Apoyo emocional | Estilo evitativo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Control externo | -,067 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Baja autoeficacia | **-,105** | ,032 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Red social | ,058 | -,055 | -,019 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Apoyo emocional | ,045 | -,013 | -,040 | -,027 | 0 | 0 | 0 |
| Estilo evitativo | -,092 | ,034 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malestar psicológico | **-,149** | **,098** | ,053 | -,004 | ,032 | 0 | 0 |

**Tabla 25. Modelo final. Efectos totales (directos e indirectos) estandarizados**

| | Posición social | Estrés social | Control externo | Baja autoeficacia | Red social | Apoyo emocional | Estilo evitativo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | -,334 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Control externo | -,296 | ,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Baja autoeficacia | -,105 | ,205 | ,159 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Red social | ,194 | -,055 | -,174 | -,118 | 0 | 0 | 0 |
| Apoyo emocional | ,154 | -,013 | -,040 | -,027 | ,232 | 0 | 0 |
| Estilo evitativo | -,092 | ,158 | ,169 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Malestar psicológico | **-,149** | **,340** | **,237** | **,129** | **,032** | **,138** | **,223** |

Hasta aquí tenemos entonces que la posición social está mediada por factores proximales (estrés social y red social) e individuales (*locus* de control; apoyo emocional recibido) lo que redunda en un efecto indirecto moderado pero significativo en relación al malestar psicológico. Pero además, he conjeturado que existen otros efectos directos e indirectos de los factores proximales e individuales sobre el malestar psicológico. A continuación, se brindan los datos de las pruebas de hipótesis de estas presunciones.

*H.D.1.*: *El estrés influye de manera directa sobre el malestar psicológico, de modo tal que la cantidad de estresores padecidos explica las diferencias en el malestar psicológico percibido*

*H.D.2.: El estrés influye de manera indirecta sobre el malestar psicológico, mediante su asociación con los recursos de agencia personal (locus de control y autoeficacia) que, a su vez, coadyuvan a la explicación del malestar psicológico de manera directa e indirecta*

*H.Ad.3: El estrés social se asocia significativamente con la propensión al estilo evitativo de afrontamiento*

Como ya se ha notado, la posición social tiene un efecto significativo sobre la cantidad de experiencias estresantes que viven las personas, observándose que cuanto más bajo es el estrato, mayor es la presencia de estrés social y viceversa. Pero, a su vez, se conjeturó que el estrés experimentado actúa de manera directa e indirecta sobre el malestar psicológico.

La Tabla 26 muestra que una vez dada una distribución de estresores sociales en función de la posición social (-.334), el efecto del estrés se expresa en forma directa y significativa sobre el malestar (.242), con un efecto que puede considerarse moderado. A su vez, se observa que las experiencias de estrés influyen sobre las percepciones de control externo (.200), de autoeficacia (.173) y de estilo evitativo (.124). Este carácter indirecto del estrés social consiste en un efecto pequeño (≈ .10,) sobre la explicación de las puntuaciones de malestar psicológico.

De esta manera, la hipótesis del efecto directo e indirecto del estrés social sobre el malestar psicológico recibe sustento empírico. Es de notar que mientras el efecto directo tiene un tamaño moderado (.242), el indirecto tiene otro pequeño (≈ .10). Así, en términos de los efectos totales, el estrés social es la variable del modelo con más poder explicativo sobre el malestar psicológico (.340) (Tablas 23, 24 y 25)

En función de estos resultados, puede considerarse que estas tres hipótesis han recibido un buen sustento empírico.

**Tabla 26. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Estrés social – Recursos de agencia – Estilo evitativo – Malestar Psicológico**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | <--- | Posición social | -,334 | -1,553 | ,105 | -14,774 | *** |
| Control externo | <--- | Estrés social | ,200 | ,163 | ,019 | 8,388 | *** |
| Baja autoeficacia | <--- | Estrés social | ,173 | ,063 | ,009 | 7,201 | *** |
| Estilo evitativo | <--- | Estrés social | ,124 | ,135 | ,026 | 5,132 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Estrés social | ,242 | ,111 | ,010 | 11,003 | *** |

*** $p < .000$

La extensión de la red fue el otro factor proximal que se postuló como mediador entre la posición social y el malestar psicológico, a través de su influencia sobre la disponibilidad de personas ante la necesidad de apoyo emocional y de éste al malestar psicológico. Las hipótesis se enunciaron de la siguiente manera,

*H.D.3.: La red social, determinada por la posición social, incide sobre el apoyo emocional recibido*

En la Tabla 27 se muestran los coeficientes respecto de la posición social y del apoyo emocional. Allí se indica que la posición social está en relación positiva y significativa con la red e implica que a medida que se asciende en la primera, la extensión de la red social es más amplia (.140) y, cuanto mayor es ella, mayor es la disponibilidad de personas que pueden brindar apoyo emocional (.232). En ambos casos, los efectos pueden considerarse moderados. De acuerdo con estos resultados, esta hipótesis recibió sustento empírico.

*H.D.4*: *La red social impacta de manera indirecta sobre el malestar psicológico*

En las Tablas 23, 24 y 25 que reseñan los efectos directos, indirectos y totales, puede notarse que la red social no interviene de manera directa en la explicación del malestar psicológico pero sí de manera indirecta. No obstante, el hecho de que su efecto sea tan exiguo (.032), lo vuelve irrelevante en el análisis. En tal sentido, esta hipótesis no recibió sustento empírico

H.D.5: *El apoyo emocional está asociado con la extensión de la red social e interviene en forma directa y positiva en la explicación del malestar psicológico, con relativa independencia del estrés percibido y de las otras variables personales.*

En el siguiente paso, tal como puede verse en la Tabla 27, el haber necesitado contención –bajo la forma de haber escuchado sus problemas- se asocia directa y significativamente con el malestar psicológico (.138). Dado que no se habían conjeturado efectos indirectos, es lógico que toda la carga del coeficiente sea de efecto directo (Tabla 23). En función de estos resultados puede considerarse que la hipótesis 5 recibió un buen sustento empírico.

**Tabla 27. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Red social – Apoyo emocional**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Red social | <--- | Posición social | ,136 | ,502 | ,089 | 5,621 | *** |
| Apoyo emocional | <--- | Posición social | ,109 | ,345 | ,074 | 4,642 | *** |
| Apoyo emocional | <--- | Red social | ,232 | ,198 | ,020 | 9,849 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Apoyo emocional | ,138 | ,093 | ,014 | 6,651 | *** |

*** $p < .000$

*H.Ad.2.: Los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia) influyen diferencialmente sobre la cantidad de personas que conforman la red social*

Se observó una influencia de los recursos de agencia –control externo y baja autoeficacia– sobre la red social (-.16 y -.12, respectivamente) que sugieren que cuanto más predominan las creencias de control externo y de baja autoeficacia, menor es la red social objetiva de la que disponen las personas (Tabla 28). Curiosamente, esos coeficientes son semejantes, en magnitud, a los observados en relación a la influencia de la posición social sobre la red (.14). Al analizar el peso relativo de los efectos directos estandarizados (Tabla 23) de las variables sobre la red social, puede notarse que el control externo es el más importante (-.155), seguido por la posición social (.136) y la baja autoeficacia (-.118). Este resultado, que se analizará con detalle en la discusión, es interesante ya que sugiere que las características personales inciden moderada pero significativamente en el diseño de las relaciones sociales al menos en la misma medida que la posición social.

**Tabla 28. Coeficientes de regresión estandarizados. Recursos de agencia – Red social**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Red social | <--- | Baja autoeficacia | -,118 | -,256 | ,051 | -5,007 | *** |
| Red social | <--- | Control externo | -,155 | -,152 | ,024 | -6,341 | *** |

*** $p < .000$

La tercera cuestión que se conjeturó fue que la posición social, al propiciar entornos simbólica y cualitativamente diferentes (*habitus*) y desigualdad en el acceso a oportunidades educativas y de comunicación, afecta a los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia) y éstos impactan de manera directa sobre el malestar psicológico y de forma indirecta, a través de su influencia sobre el afrontamiento. Por ende, las hipótesis se describieron como,

*H.D.6.: La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de locus de control externo*

En la Tabla 29 se muestran los coeficientes que sugieren una influencia moderada pero significativa de la posición social sobre el control externo (-.230). De esta manera, la hipótesis recibe un buen sustento empírico.

*H.D.7.: La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de baja autoeficacia*

En cambio, como ya se indicó, la relación entre la posición social y la percepción de baja autoeficacia fue significativa pero con un tamaño del efecto muy pequeño (-.074). Por ende, esta hipótesis debió ser rechazada y, de tal suerte, no intervino en el modelo final antes descrito. No obstante hay que señalar que la posición social mostró un efecto indirecto pequeño pero significativo (-.105, en Tabla 24) sobre estas percepciones.

*H.D.8: Tanto las percepciones de control externo como de baja autoeficacia intervienen de manera directa en la explicación del malestar psicológico*

En cuanto a los efectos directos, tanto la percepción de control externo como la de baja autoeficacia mostraron coeficientes moderados pero significativos (.184 y .133, respectivamente, Tabla 23) para la explicación de las puntuaciones de malestar psicológico. En este sentido, la hipótesis de que los recursos de agencia (control externo y baja autoeficacia) intervienen en forma directa en la comprensión del malestar psicológico, recibió un buen sustento empírico.

*H.D.9: La percepción de locus de control interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo*

Los datos obtenidos indican que, efectivamente, las creencias de control externo influyen de forma moderada pero significativa sobre el estilo evitativo de afrontamiento ( .170) y éste lo hace sobre el malestar psicológico ( .223). El análisis del efecto indirecto del control externo sobre el malestar psicológico es, en cambio, muy bajo (.053) (Tabla 24). De tal manera, la hipótesis recibe un sustento empírico parcial.

*H.D.10: La percepción de baja autoeficacia interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo*

Tanto la evaluación del efecto indirecto de la autoeficacia sobre el estilo evitativo como sobre el malestar psicológico mostraron coeficientes muy bajos (-.021 y -.004, respectivamente en Tabla 24), por lo que no revisten interés para la interpretación del modelo. En tal sentido, esta hipótesis no recibió sustento empírico por lo que fue eliminada en el modelo final.

*H.Ad.4: Las creencias de control externo influyen sobre la percepción de autoeficacia*

El análisis mostró que esta hipótesis recibió sustento empírico ya que las creencias de control se asociaron moderada pero significativamente con la percepción de baja autoeficacia ( .160, en Tabla 29). Ello indicaría que las expectativas de no poder incidir de forma positiva sobre el entorno influyen en las percepciones de cúan efectivo se considera ser para afrontar las vicisitudes de la vida. Este resultado no esperado por el modelo se analiza en la discusión de los resultados.

**Tabla 29. Coeficientes de regresión estandarizados. Posición social – Recursos de agencia – Estilo evitativo – Malestar Psicológico**

| | | | Coefic. estand. | Coefic. no estand. | E.E | R.C. | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Control externo | <--- | Posición social | -,229 | -,868 | ,090 | -9,624 | *** |
| Baja autoeficacia | <--- | Control externo | ,159 | ,071 | ,011 | 6,591 | *** |
| Estilo evitativo | <--- | Control externo | ,169 | ,226 | ,032 | 6,978 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Baja autoeficacia | ,133 | ,166 | ,027 | 6,188 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Estilo evitativo | ,223 | ,094 | ,009 | 10,483 | *** |
| Malestar psicológico | <--- | Control externo | ,184 | ,103 | ,012 | 8,313 | *** |

*** $p < .000$

En resumen, el análisis del peso relativo de los coeficientes indica que la posición social no incide sobre la percepción de autoeficacia (-.074). No obstante, el hecho que la posición social tenga un efecto indirecto pequeño pero significativo sobre ella (-.104, en Tabla 24) y que el estrés –que está condicionado por la posición de clase– tenga una influencia moderada sobre la autoeficacia (.173, en Tabla 21) sugiere que la posición social opera sobre ella de modo sutil, a través de la distribución desigual de estresores que propicia.

En cambio, la posición social tiene una influencia mayor sobre el locus de control externo (-.230), que también interviene de modo relevante en la predicción de síntomas de depresión y/o ansiedad (.184) pero que, a diferencia de la autoeficacia, está más claramente asociada a los efectos del *habitus* de clase y del estrés experimentado (.200). Es conocido que la acumulación de experiencias estresantes aumenta la percepción de incontrolabilidad y que esto socava las posibilidades de formarse ideas positivas acerca de la posibilidad de control de la propia conducta. Quizá también esta sea una explicación de la influencia moderada (.160) de las creencias de control externo sobre las de autoeficacia.

De acuerdo a los resultados, una baja autoeficacia explica el malestar psicológico de forma moderada aún cuando su nexo con la posición social sea muy bajo e indirecto. En cambio, tener bajas expectativas de control sobre el entorno está estrechamente vinculado con la ubicación en la escala social y con su impacto en el malestar. En este sentido, la evidencia apoya la idea de la modulación directa de los recursos de agencia para la explicación del malestar psicológico.

Por otra parte, las percepciones de control externo actúan de manera indirecta, al propiciar un estilo evitativo en el afrontamiento al estrés. La tabla 29 muestra que las percepciones de control externo (.170) se relacionan significativamente con él. Este modo de habérselas con los estresores sociales, vale decir, sentirse abrumado por sentimientos negativos, confiarse a la suerte o al destino o tratar de evadirse de la situación conflictiva interviene, por su carácter poco adaptativo, en la predicción significativa del malestar psicológico (.223).

En forma global, el análisis muestra que la posición de clase influye sobre el nivel proximal – estrés y red sociales– y sobre el nivel individual –apoyo emocional y creencias de control externo– (-.334, .136, .110, -.230, respectivamente) y tiene un efecto indirecto pequeño pero sustantivo sobre el malestar psicológico (-.149).

En función de la importancia de los coeficientes y considerando que en su mayoría reflejan efectos pequeños o moderados, los resultados indican que en la explicación del malestar psicológico son de especial interés la cantidad y cualidad del estrés social experimentado (.242); las diferencias individuales en cuanto a la preferencia de un estilo evitativo en el afrontamiento al estrés (.223); el predominio de creencias de control externo (.184); la necesidad de apoyo emocional (.138) y la percepción de baja autoeficacia (.133).

Es de notar que el estrés tiene influencia sobre las percepciones de control externo (.200), de baja autoeficacia (.173;) y de estilo evitativo (.124) – lo que redunda en un efecto indirecto sobre el malestar psicológico–; que los recursos de agencia condicionan la extensión de la red social de forma moderada (baja autoeficacia, -.120; control externo, -.169) y que las creencias de control externo inciden sobre el estilo evitativo (.170). Todos ellos – estrés social, recursos de agencia y estilo evitativo –presentaron efectos directos moderados para la explicación del malestar psicológico. El apoyo emocional también mostró este tipo de efecto directo pero, en términos comparativos, mantuvo independencia conceptual de los otros predictores del modelo.

En función de estos resultados puede sostenerse que el modelo de la brecha psicosocial propuesto en esta tesis –que intenta modelizar el carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre le malestar psicológico- recibió respaldo empírico y que, en alguna medida, puede constituirse en una alternativa válida para la explicación del nexo entre la posición de clase y el malestar psicológico.

### *6.3.2. Estabilidad temporal y consistencia intergénero del Modelo de la brecha psicosocial*

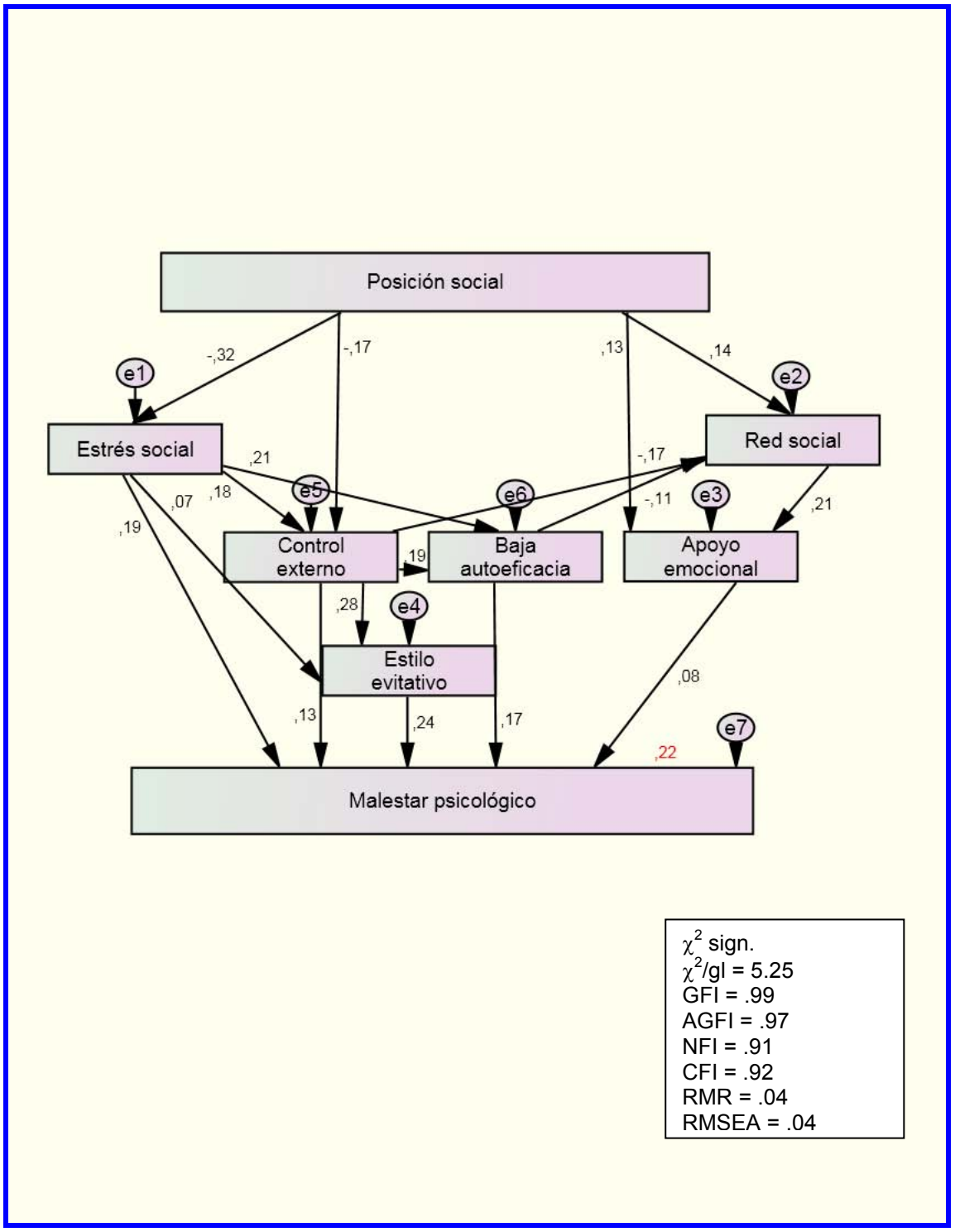
Una de las limitaciones recurrentes en cuanto a la contrastación de los modelos teóricos consiste en que, salvo en los estudios epidemiológicos longitudinales, no se disponen de series de evaluaciones a lo largo del tiempo. Esto limita de manera importante la evaluación de la estabilidad de los modelos propuestos en salud mental. En función de ello, se estableció la siguiente hipótesis

*H 3**:** El modelo presentará estabilidad en el tiempo, incluyendo el sentido e intensidad de las relaciones causales implicadas, y consistencia en cuanto al género*

Tal como se señaló, las investigaciones muy rara vez incluyen la medición de los rasgos y atributos psicológicos necesarios para la adaptación al estrés y para la integración social. Una excepción es la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA en Anexo II) que, desde 2004, viene evaluando de manera sostenida las condiciones materiales, sociales y psicológicas en sectores urbanos de la Argentina. Este estudio, como se indicó, toma como fuente primaria los datos de la EDSA. En especial, los referidos a la posición social (características del individuo, de su entorno y acceso a bienes de comunicación), a la ocurrencia de sucesos de estrés y de estrés crónico, a la red y apoyo sociales y a los recursos psicológicos de agencia y de afrontamiento. Esto representó una oportunidad inapreciable para poder evaluar la estabilidad del modelo propuesto en esta tesis, al disponer de mediciones de varios años consecutivos. Se eligió comparar las evaluaciones de 2007 y 2008, ya que en éstas la muestra pasó de 1500 a 2500 casos respecto de los años anteriores y la cobertura geográfica fue más completa. La cantidad aproximada de casos panel fue del 35% por lo que los resultados reflejan, además de la estabilidad empírica del modelo, la fiabilidad de las mediciones en el tiempo.

El Gráfico 4 muestra que el sentido y la intensidad de las relaciones causales se mantuvieron estables en el período considerado. De manera análoga a la evaluación de 2007, el ajuste del modelo ha sido, en su mayoría, bueno (GFI = .992; AGFI = .972; NFI = .908; CFI = .922; RMR = .042; RMSEA = .049) aunque, en dos de los índices de ajuste absoluto, los valores son menos sustantivos que los de 2007 ($\chi^2$ = 57.792; $p$ < .001; $\chi^2$/gl = 5.25). La varianza explicada fue del 22%, 4 puntos más baja que la de la medición de 2007, pero también en el rango de un tamaño del efecto medio (Cohen, 1988).

**Gráfico 4. Año 2008. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS**



En cuanto a los coeficientes, todos fueron significativos y los valores son semejantes a los hallados en 2007. En particular, acerca de la influencia de la posición social sobre el estrés (2007 = -.33; 2008 = -.32), el control externo (2007 = -.23; 2008 = -.17), la red social (2007 = .14; 2008 = .14) y el apoyo emocional (2007 = .11; 2008 = .13) que brinda sustento a los niveles proximal e individual hipotetizados.

Además, se observó que el influjo del estrés social sobre el control externo (2007 = -.33; 2008 = -.32) y la baja autoeficacia (2007 = -.33; 2008 = -.32) y de los recursos de agencia sobre la red social (control externo: 2007 = -.16; 2008 = -.17; autoeficacia: 2007 = -.12; 2008 = -.11) fue análogo en ambas evaluaciones.

En cambio, el control externo tuvo mayor influencia sobre la percepción de baja autoeficacia (2007 = .16; 2008 = .19) y sobre el afrontamiento evitativo (2007 = .17; 2008 = .28) y, el estrés social, menor incidencia sobre éste (2007 = .12; 2008 = .07).

Al igual que en la evaluación de 2007, se verificó el carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico (2007 = -.149; 2008 = -.118) y del efecto directo del estrés social (2007 = .240; 2008 = .193), del estilo evitativo (2007 = .223; 2008 = .244); del control externo (2007 = .180; 2008 = .134) y de la baja autoeficacia (2007 = .131; 2008 = .166) sobre la percepción de malestar. Con respecto al apoyo emocional, la determinación observada en 2008 (.08), aunque significativa, resultó claramente menor que la de 2007 (.14), lo que debilita su carácter explicativo.

Resumiendo, ambos análisis tienen en común (a) que refuerzan la idea de dos niveles de mediación entre la posición social y el malestar psicológico, ya que la primera se configura como un determinante del estrés social padecido, la extensión de la red social, el predominio de creencias de control externo y el apoyo emocional recibido, (b) que el estrés influye decisivamente en las percepciones de control y de autoeficacia, (c) que los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia) condicionan el tamaño de la red social, (d) que las creencias de control se asocian a la percepción de autoeficacia y de un estilo evitativo de afrontamiento, (e) que la posición social tiene un efecto indirecto sobre el malestar psicológico y (f) que el estilo evitativo, el estrés social y los recursos de agencia predicen, de forma moderada, las puntuaciones en malestar psicológico. En cambio, difieren en cuanto al apoyo emocional recibido, ya que en 2008 el coeficiente es más bajo, lo que señala un tamaño del efecto muy pequeño.

Así aunque no existe una correspondencia absoluta entre ambos análisis, no obstante, y tal como se enumeró recién, son más importantes las semejanzas que las diferencias con lo que puede pensarse que, en términos generales, existen evidencias de la estabilidad empírica del modelo de la brecha psicosocial propuesto.

Otra cuestión de interés, habida cuenta de los antecedentes que señalan una mayor tendencia en las mujeres a padecer síntomas de depresión o ansiedad (OMS, 2009), es analizar la consistencia del modelo considerando las diferencias de género. En términos lógicos, las diferencias en el malestar psicológico según sexo han de ser de carácter cuantitativo pero no cualitativo. Esto es, que las mujeres padezcan en mayor medida depresión o ansiedad no significa que los mecanismos y procesos que desembocan en el malestar sean completamente distintos.

Para estudiar este aserto, se realizó un análisis adicional donde se aplicó el modelo de ecuaciones estructurales a la muestra diferenciando a los individuos según su sexo. Esto se debió a que uno de los requisitos del modelo es que las variables tengan al menos 4 unidades de medida, por lo que el procedimiento indicado cuando se quiere comparar grupos en función de una variable dicotómica es realizar el análisis por separado. En este caso, se utilizaron los datos del año 2007 para analizar el modelo en la muestra de mujeres y de varones.

Los Gráficos 5 y 6 muestran que tanto para las mujeres como para los varones, el modelo de la brecha psicosocial mantiene la dirección y magnitud de las estimaciones y presenta índices de bondad de ajuste muy satisfactorios (Tabla 30). El modelo explica el 30% de la varianza en la muestra de mujeres y el 20% en la de hombres. Según estos datos, el modelo muestra mayor poder explicativo para el grupo de mujeres.

En el sentido de la magnitud de los coeficientes –que fueron todos significativos–, las variables que presentan efectos de moderados o pequeños para la comprensión del malestar psicológico son, para las mujeres, el estrés social (.28), el afrontamiento evitativo (.26), el control externo (.17), la baja autoeficacia (.14) y el apoyo emocional (.12).

Una configuración similar se observa en el grupo de varones, donde el orden es estrés social (.19), control externo (.19), afrontamiento evitativo (.18), apoyo emocional (.16) y baja autoeficacia (.13).

La diferencia estriba en la fuerza relativa de los determinantes. Mientras que para los varones el haber padecido estrés social tiene un efecto similar al de los recursos de agencia o

al estilo evitativo, para las mujeres es el determinante de mayor peso (.28), seguido por el estilo de afrontamiento (.26). Además, en ambos sexos, se verifica un efecto indirecto de la posición social sobre el malestar psicológico, siendo algo mayor para las mujeres (-.165) que para los varones (-.121).

Asimismo, los resultados indican que la influencia de la posición social sobre el nivel proximal es semejante y relevante para ambos sexos, tanto al analizar el estrés social (mujeres = -.33; varones = -.34) como la red social, aunque aquí el influjo es algo mayor para las mujeres (.17) que para los hombres (.10) pero significativos para los dos. En relación a la influencia de la posición social sobre el nivel individual, puede notarse que incide de manera semejante sobre la percepción de control externo (mujeres = .17; varones = .19) y de apoyo emocional (mujeres y varones = .11). La influencia de la red social sobre el apoyo emocional presenta coeficientes parecidos (mujeres = .25; varones = .22) y la de los recursos de agencia sobre la red social es algo mayor para las mujeres (control externo = -.17; baja autoeficacia = -.14) que para los varones (control externo = -.13; baja autoeficacia = -.10) pero, para ambos, el sentido y orden de los coeficientes es el mismo.

Respecto de la influencia de las creencias de control sobre la percepción de autoeficacia, en los dos grupos se observan coeficientes similares (mujeres = .15; varones = .16) pero, la incidencia sobre el estilo evitativo de afrontamiento es más pronunciada para las mujeres (.20) que para los varones (.12).

En resumen, la comparación estática del modelo según sexo indica similitudes en cuanto (a) el carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico, a través de los niveles proximal e individual, (b) los efectos directos –de pequeños a moderados– del estrés social, el estilo evitativo de afrontamiento, la percepción de baja autoeficacia y el apoyo emocional recibido sobre el malestar (c) la influencia de los recursos de agencia sobre la red social y la del control externo sobre la percepción de autoeficacia y del estilo evitativo y (d) el sentido de los coeficientes, que fueron en la misma dirección en ambos grupos. Las diferencias más importantes se refieren a la magnitud de la influencia del control externo sobre el estilo evitativo y del poder predictivo de éste sobre el malestar psicológico –que fue más importante para las mujeres– así como de la cantidad de varianza explicada por el modelo, que fue más importante para las mujeres (30%) que para los

varones (20%). Aún con estas dos diferencias, los resultados muestran que la estructura de relaciones conjeturada es relativamente consistente para ambos sexos.

**Gráfico 5. Año 2007. Muestra mujeres. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS**

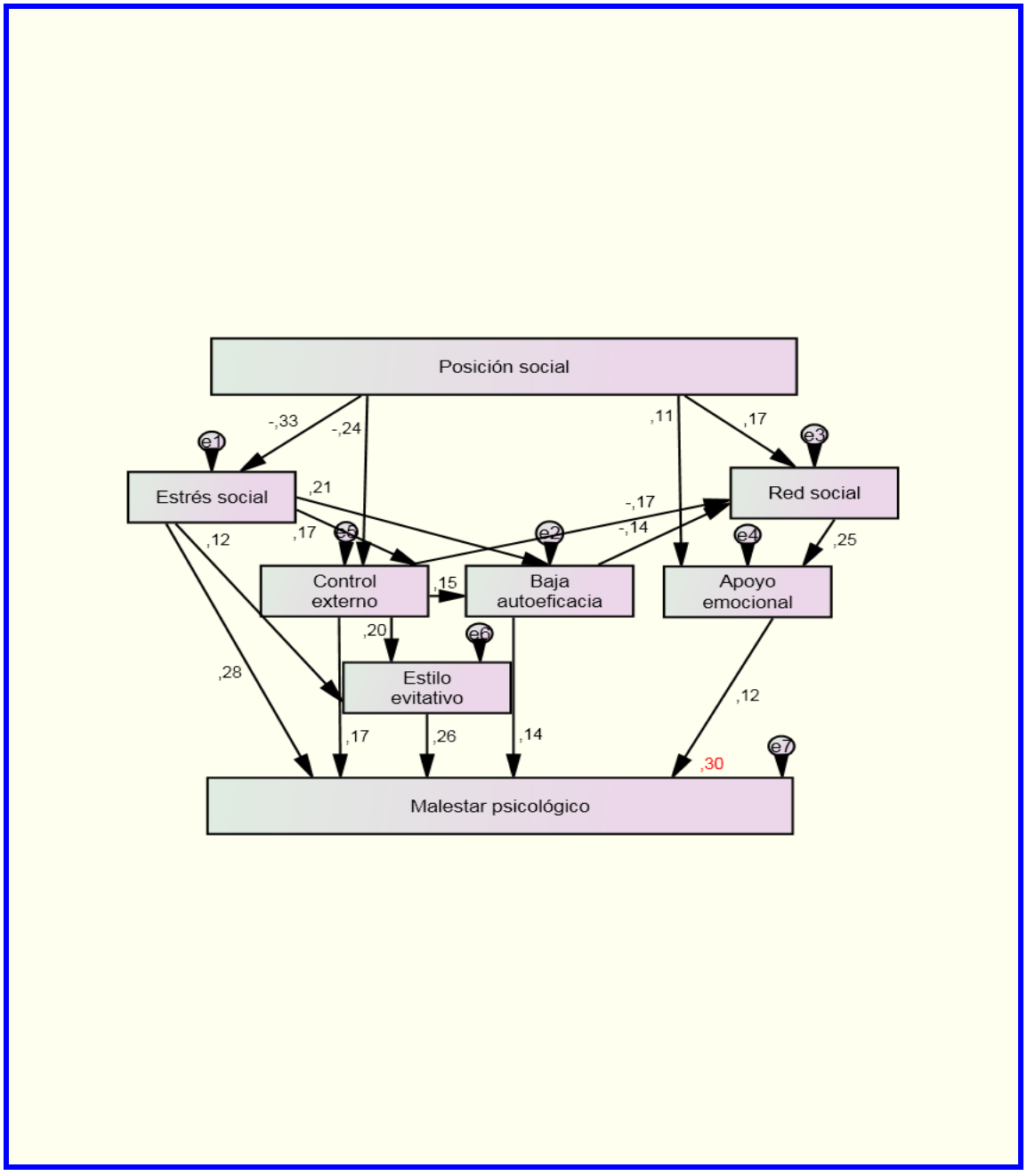
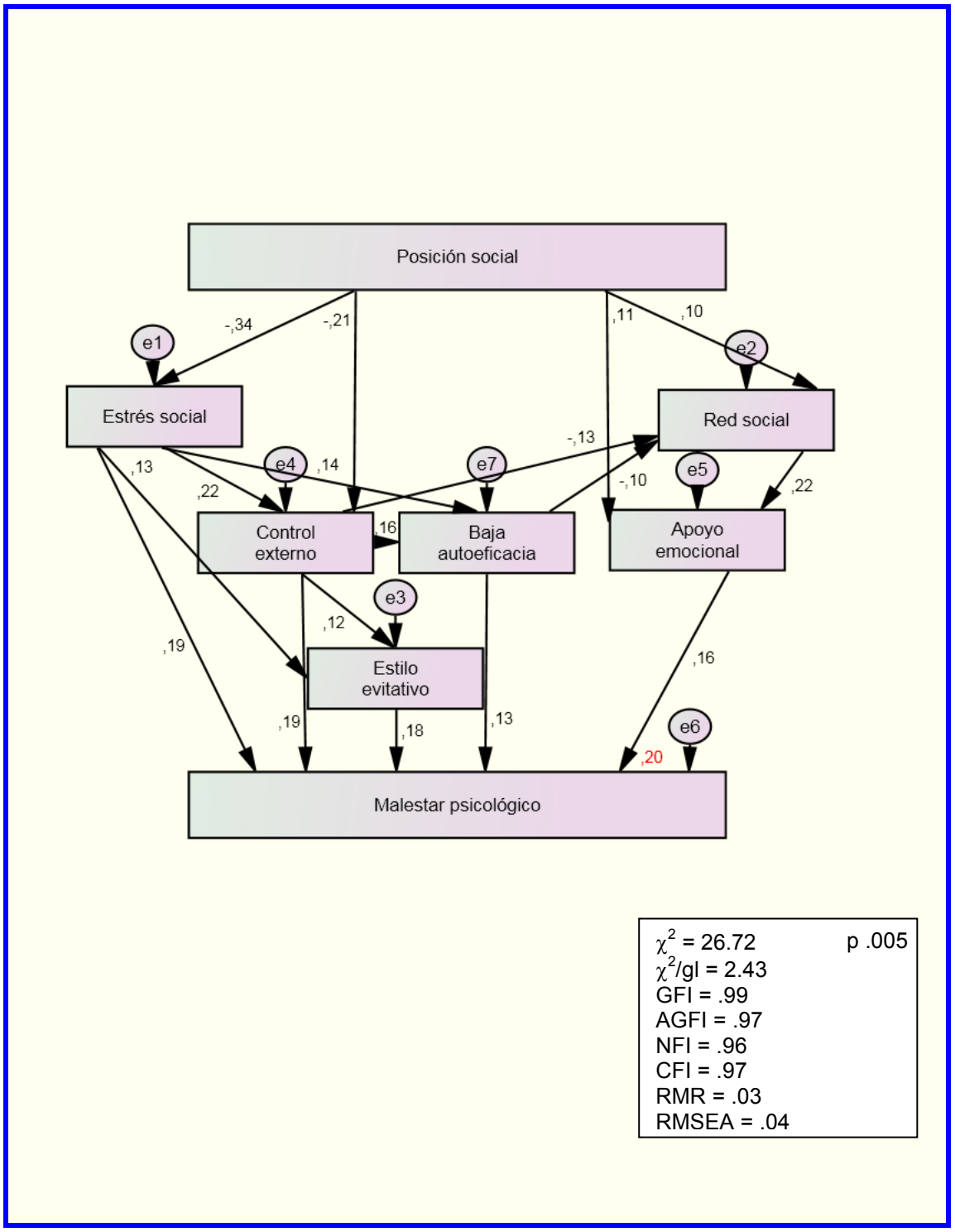


**Gráfico 6. Año 2007 Muestra hombres. Diagrama de salida con solución estandarizada. Programa AMOS**



En la Tabla 30 se indican los Índices de bondad de ajuste obtenidos, comparándolos con los del modelo general para los años 2007 y 2008 y para la muestra de hombres y mujeres. Como puede notarse, todos los índices se encuentran dentro de los valores aceptables. Más aún, los índices $\chi^2$/gl, que son sensibles al tamaño de la muestra, mostraron mejores valores en las muestras de varones y mujeres. En este aspecto, el modelo muestra indicios de generalidad, consistencia y estabilidad.

.

**Tabla 30. Índices de bondad de ajuste del modelo: 2007, 2008, Mujeres, Varones**

| Índice | Valor de referencia aceptable | Índices 2007 | Índices 2008 | Índices Mujeres | Índices Varones |
|---|---|---|---|---|---|
| $\chi^2$ no sign. | $p < .05$ | $p > .05$ | $p > .05$ | $p$ .181 | $p > .05$ |
| $\chi^2$/gl | ≤ 2/5 | 3.17 | 5.25 | 1.36 | 2.43 |
| GFI | ≥ .90 | .99 | .99 | .99 | .99 |
| AGFI | ≥ .90 | .98 | .97 | .98 | .97 |
| CFI | ≥ .90 | .98 | .92 | .99 | .97 |
| NFI | ≥ .90 | .98 | .91 | .98 | .96 |
| RMSR | ≤ .05 | .02 | .04 | .02 | .03 |
| RMSEA | ≤ .08 | .03 | .05 | .03 | .04 |

A modo de resumen de los resultados obtenidos en este estudio, en la Figura 5 se indican las hipótesis puestas a prueba, el método utilizado para contrastarlas y el resultado obtenido.

**Figura 7. Resumen de la contrastación de hipótesis**

| Hipótesis principales | Método de contrastación | Resultado |
|---|---|---|
| **H1:** *La posición social influye diferencialmente sobre el malestar psicológico percibido, revelando un gradiente social para dicho malestar* | Análisis de correlación Diferencia de medias (ANOVA) | **Recibió sustento empírico débil** |
| **H2**: *El efecto de la posición social sobre el malestar psicológico es indirecto. La posición social incide sobre la cantidad de experiencias de estrés, sobre la extensión de personas disponibles en la red social y sobre el modelado de los recursos de agencia. Estos componentes, a su vez, impactan de manera diferencial sobre el malestar psicológico.* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H3:** *El modelo de la brecha psicosocial mostrará evidencias razonables de estabilidad temporal y de consistencia en cuanto al género* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |

**Figura 7 (cont.)**

| Hipótesis derivadas | | |
|---|---|---|
| **H.D.1**: *El estrés influye de manera directa sobre el malestar psicológico, de modo tal que la cantidad de estresores padecidos explica las diferencias en el malestar psicológico percibido* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.2.:** *El estrés influye de manera indirecta sobre el malestar psicológico, mediante su asociación con los recursos de agencia personal (locus de control y autoeficacia) que, a su vez, coadyuvan a la explicación del malestar psicológico* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.3:** *La red social, determinada por la posición social, incide sobre el apoyo emocional recibido* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.4:** *La red social impacta de manera indirecta sobre el malestar psicológico* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **No recibió sustento empírico** |
| **H.D.5:** *El apoyo emocional está asociado con la extensión de la red social e interviene en forma directa y positiva en la explicación del malestar psicológico, con relativa independencia del estrés percibido y de las otras variables personales.* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.6.:** *La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de locus de control externo* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.7:** *La posición social propicia una distribución diferencial en cuanto a la percepción de baja autoeficacia* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico parcial** |
| **H.D.8**: *Tanto las percepciones de control externo como de baja autoeficacia intervienen de manera directa en la explicación del malestar psicológico* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **H.D.9:** *La percepción de locus de control interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico parcial** |
| **H.D.10**: *La percepción de baja autoeficacia interviene de manera indirecta en la explicación del malestar psicológico, a través de su influencia sobre el estilo de afrontamiento evitativo* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **No recibió sustento empírico** |

| Hipótesis adicionales | | |
|---|---|---|
| **HAd1:** *La posición social incide diferencialmente sobre la cantidad de personas disponibles para brindar apoyo emocional.* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **HAd2:** *Los recursos de agencia (locus de control y autoeficacia) influyen diferencialmente sobre la cantidad de personas que conforman la red social.* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **HAd3:** *El estrés social se asocia significativamente con la propensión al estilo evitativo de afrontamiento.* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |
| **HAd4:** *Las creencias de control externo influyen sobre la percepción de autoeficacia* | Modelos de Ecuaciones estructurales | **Recibió sustento empírico** |

# IV – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

## Capítulo 7. Discusión

### *7.1. Resumen y discusión de los principales hallazgos*

El objetivo principal de esta tesis fue analizar la consistencia de un modelo subsidiario del enfoque de la causalidad social en el que se estudió el carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico. Para ello se formuló un modelo del malestar que tuviera en cuenta tanto las características socio-estructurales como los recursos psicológicos de agencia, de afrontamiento y la percepción de apoyo emocional con los que cuentan las personas para hacer frente a las demandas que les plantean las situaciones vitales y que pueden redundar en mayor o menor malestar psicológico.

En tal sentido, conjeturé que un punto crucial de la cuestión está ubicado en la intersección de la posición social con los componentes estructurales (estrés social/ red social) y los recursos individuales, dando lugar a la hipótesis de la brecha psicosocial. El modelo propuesto en esta tesis – que se inspira en el de Sánchez Moreno y Barrón López (2003) y en los postulados pioneros de House (1981) – integra conceptos de la hipótesis del estrés y del apoyo social, ambas adscriptas al enfoque de la causalidad social, e incluye también a los modelos psicológicos de la autoeficacia y de la percepción de control –vinculados a la noción de agencia humana – para la explicación del nexo entre la posición social y el malestar psicológico.

El modelo que propuse intenta delimitar un espacio específico, al considerar en forma conjunta variables proximales y psicológicas-psicosociales como niveles válidos de mediación entre la posición social y el malestar psicológico y comprobar el carácter indirecto de la influencia de la posición social en el nivel proximal –estrés social; extensión de la red social– y en el nivel individual –locus de control; apoyo emocional recibido; autoeficacia– sobre el malestar. Asimismo, el modelo intenta identificar y evaluar los efectos directos del estrés social, los recursos de agencia y el estilo evitativo de afrontamiento y analizar evidencias de consistencia intergénero y de estabilidad temporal.

Para mostrar ese carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico, primero se evaluó en qué medida y cómo se relacionaban ambos términos. Esto es, si se verifica la noción del gradiente social de Marmot (1991) respecto del malestar psicológico. Hay que recordar que, en este caso, la estratificación se realizó sobre la base de indicadores de educación y ciertos bienes de comunicación, tanto del entrevistado como del entorno residencial, que redundó en cuatro categorías de análisis (estratos muy bajo, bajo, medio bajo y medio alto). El objetivo fue captar la desigualdad en el acceso a esas oportunidades y los diferentes *habitus* de clase que suponen. En este sentido, la posición social representaría el principio componencial de los procesos de estructuración social.

Los resultados del estudio empírico revelan que si bien la posición social y el malestar están negativa y significativamente relacionados, el grado de asociación es pequeño y que las diferencias más claras y significativas ocurren entre los extremos de la escala social pero no entre las demás posiciones. Este es un resultado de sumo interés que va en la línea de la hipótesis de la brecha psicosocial antes planteada y que echa dudas sobre la idea de un gradiente social, tal como ocurre para la salud física (Marmot, 1991).

Como señalé en la revisión, los estudios ofrecen distinta evidencia según el tipo de indicadores utilizados para la determinación de la posición social. Algunos, encontraron que la ocupación y/o el ingreso predicen la depresión en hombres (Belek, 2000; Harper et al, 2002; Martikainen et al, 1999; Stansfeld et al, 2002) mientras que otros observaron una asociación marginal o nula entre el malestar psicológico y el nivel socioeconómico (Palomar y Lanzagorta, 2005; Wiggins et al, 2004; Brenlla, 2005). En cambio, las asociaciones son más importantes cuando los estudios se enfocan en los indicadores de pobreza (Patel y Kleinman, 2003) o de desigualdad (Wilkinson, 2009). Así, aquellos que analizaron las dificultades económicas actuales y tempranas obtuvieron evidencia del gradiente social respecto de la salud mental (Fryers et al, 2005; Laaksonen et al, 2007; Laaksonen, 2010; Lahelma et al, 2006; Lewis et al, 1998; Pudrovska et al, 2005). Este tipo de investigaciones coinciden con postulados actuales de la formación de la subjetividad que indican que las circunstancias de adversidad en los primeros años de vida tienen efectos poderosos sobre el desarrollo de la vida adulta, propiciando la transmisión intergeneracional de patrones de conducta negativos (Fonagy et al, 2007; Rutter, 2000).

Los resultados obtenidos en este estudio permiten inferir, entonces, que la estrategia seguida para la clasificación social capta las diferencias en el malestar psicológico entre sus extremos pero no permite verificar la existencia de un gradiente social genuino. Por lo tanto, puede considerarse que la primera hipótesis planteada –que la posición social se asocia negativamente con el malestar psicológico– recibió un soporte empírico débil.

En este sentido, se comprobaría que la idea de un gradiente social (Marmot et al, 1991, 2005) no aplica del todo bien para la explicación del malestar psicológico, ya que carece de la proporcionalidad observada respecto de la salud física. Como ya comenté, en este estudio las diferencias más importantes ocurren entre las posiciones extremas. En consecuencia, es más plausible pensar que es la desigualdad la que interviene más firmemente en la explicación del malestar y no solo la estrechez económica o el prestigio ocupacional, como supone el gradiente de Marmot.

Esto significa que la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico es indirecta y afecta con mayor potencia a los extremos de la escala social. En este punto es importante distinguir la noción de malestar psicológico de la de enfermedad mental. Como se mostró en el marco teórico, las investigaciones previas indican una asociación inversa indudable entre el nivel socioeconómico y los trastornos mentales severos y las tasas de hospitalización (Hudson, 2005). No obstante y, tal como se indicó, para los trastornos mentales frecuentes – como la ansiedad y la depresión – la evidencia es más dispar.

De acuerdo a los antecedentes, creo que es evidente que ni la educación, ni la ocupación, ni los ingresos tienen la potencia suficiente como para explicar el malestar psicológico pero sí la tienen los indicadores que se vuelcan a la apreciación subjetiva de las condiciones de vida o a los indicadores de desigualdad social. Asimismo, tampoco las explicaciones basadas exclusivamente en el temperamento o en la dinámica intrapsíquica o en factores biológicas o genéticos parecen apropiadas, ya que ignoran el carácter vincular y social de la formación de la subjetividad (Bowlby, 1980; Ainswoth et al, 1978; Fonagy et al, 2007), del modelado de conductas de agencia (Bandura, 1987, 2006) y del desarrollo de estilos de afrontamiento (Lazarus, 2000). Tanto una como otra son direccionales: de la sociedad al individuo o del individuo a la sociedad. Quiero ser clara en este punto: no se niega la importancia de los factores biológicos y genéticos, sociodemográficos o intra-psíquicos, tales

como el desarrollo de los procesos de autorregulación, en la explicación causal del malestar psicológico. Pero en esta tesis, he tratado de brindar una explicación alternativa, con todas sus limitaciones, de otro de los términos de la ecuación: la influencia de los factores sociales en conjunción con los psicológicos sobre el malestar, dando lugar a una explicación psicosocial de éste.

Al respecto, Thoits (1995) señala que los sociólogos dirigen sus esfuerzos a identificar cuáles son los fenómenos sociales que tienen efecto sobre los individuos en tanto que los psicólogos se empeñan en conocer los mecanismos o procesos a través de los cuales los factores sociales tienen efecto sobre las personas pero que son pocos los que se aventuran en la integración de ambos aspectos. En coincidencia con estos asertos, considero que la cuestión debería guiarse al espacio donde se integran el contexto y los rasgos personales y pensar, más que en un gradiente social, en otro de tipo psicosocial.

Por ello, es que se pensó en un modelo para explicar el carácter indirecto de la posición social sobre el malestar psicológico. Los resultados – que deben interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones del estudio – muestran que, respecto del nivel proximal, la posición social promueve una distribución desigual de estresores según la ubicación relativa de las personas. El peso de los coeficientes señala que las situaciones indeseables y negativas aumentan a medida que se desciende en la escala social y que, para la explicación del malestar psicológico, el carácter dañino del estrés se robustece en conjunción con la dimensión estructural. Como ilustración, puede recordarse que una persona del estrato bajo padeció, en promedio, tres situaciones de estrés en el último año. En cambio, un individuo de clase media alta, experimentó solo una. De manera análoga, tres de cada diez personas de los sectores muy bajos presentaron malestar psicológico pero solo uno de cada diez en los estratos más altos.

Estos resultados concuerdan con los antecedentes que refieren que el estrés tiene un impacto indudable en la vida de las personas a través de la aparición de eventos puntuales (Holmes y Rahe (1967) o, de modo insidioso, por medio de la experiencia crónica de estrés (Pearlin, 1989) y que, además, están significativamente asociados con la posición social en especial respecto de la cantidad e intensidad de experiencias estresantes (Bovier, Chamot y Perneger, 2004; McKay, Blake y Colwill, 1985; Rice, 1999). Esto propicia que los entornos sean cualitativamente diferentes e influyen de manera importante sobre la salud mental de las

personas (Boekaerts y Röder, 1999; Cockerman, 2001; Pearlin, 1989; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995). Los datos de este estudio replican estos mismos hallazgos.

No obstante, que la posición social y el estrés estén asociados no significa que sean lo mismo, tal como lo ilustra el hecho de que los estudios que han tratado este tema utilizaran mediciones independientes de la posición social y el estrés percibido (Crockerman, 2001; Mirowsky y Ross, Pearlin, 1989; Sánchez Moreno, 2003; Williams y House, 1991). Por su parte, Hudson (2005) llevó a cabo un estudio longitudinal de 16 años con población de Massachusetts en el que mostró, mediante un análisis de ecuaciones estructurales, que el nivel socioeconómico se asoció no solo en forma directa con las tasas de enfermedad mental, sino también de manera indirecta, a través del impacto estresores sociales como las condiciones crónicas de adversidad en los estratos más bajos. En función de ello, considero que mientras el estrés social tiene, por definición, una connotación de activación –aguda o solapada y la mayor parte de las veces de carácter negativo–, la posición social tiene una influencia más profunda y, por lo mismo, menos perceptible sobre el malestar psicológico y remite a trastornos más frecuentes como la depresión o la ansiedad.

A su vez, los resultados de este estudio muestran que el estrés condiciona a los recursos de agencia (*locus* de control y autoeficacia) y al estilo evitativo de afrontamiento y estos impactan en la percepción de malestar. De esta manera, la explicación del malestar psicológico por esta vía incluye la influencia indirecta de la posición social a través de las circunstancias y condiciones de vida estresantes que propicia pero también el influjo del estrés social sobre los recursos de agencia y de afrontamiento.

El otro componente del nivel proximal lo constituye el acceso a relaciones sociales significativas. Los resultados mostraron que la extensión de la red es claramente desigual según los estratos considerados: es más extensa en las clases medias y más restringida en las clases bajas. Pero, ¿por qué ello habría de redundar en diferencias en cuanto al apoyo emocional? Porque la red social es un indicador de la cantidad de personas con las que se relaciona el individuo (parientes, amigos, compañeros de trabajo, vecinos) y que podrían proveerle, en caso de necesidad, apoyo y contención afectiva. Así, cuanto más extensa es la red, mayor es la probabilidad de recibir respaldo en momentos de desánimo o desasosiego. En este sentido, se comprende que la posición social haya influido también sobre el apoyo

emocional recibido, que forma parte del nivel individual del modelo. Estudios previos con población general indican que, en contextos de pobreza, disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo mientras que lo contrario ocurre en las clases medias, que amplían sus lazos en diversas áreas y, por ende, su probabilidad de recibir apoyo emocional (Abello, Mandariaga y Hoyos de los Ríos, 1997).

Por otra parte, el apoyo emocional será más necesario cuánto mayor sea el malestar psicológico. Si bien es verdad que todos necesitamos de apoyo emocional en nuestras vidas, esto es cualitativamente diferente si atravesamos momentos de bienestar o malestar psicológico. Entonces, si bien el apoyo emocional está condicionado por la extensión de la red y por la ubicación en la escala social, el hecho de que su asociación con el estrés y con los recursos de agencia sea nula o marginal revela que, tal como se había señalado en la hipótesis correspondiente, su importancia reside en su relación directa sobre el malestar y no como un recurso de afrontamiento al estrés. Estos resultados contradicen los estudios que suponen que la importancia del apoyo social se reduce a su efecto de amortiguación del estrés (Dalgard et al, 1995; House, 1981) y están en concordancia con los que postulan que el apoyo emocional tiene un impacto directo sobre la salud mental, independientemente del estrés padecido (Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981; Gencoz y Olzlale, 2004).

Un hallazgo fue la influencia de los recursos de agencia sobre la red social. Los datos mostraron que la percepción de baja autoeficacia y el predominio de creencias de control externo condicionaron en forma moderada la cantidad de personas incluida en la red social, siendo sus efectos de similares a los observados respecto de la influencia de la posición de clase. Este resultado es de sumo interés ya que implicaría que tanto los factores sociales como los psicológicos inciden en la cantidad de personas con las que tenemos relación. Estos resultados encuentran antecedentes en los estudios de Sarason, Pierce y Sarason (1990) que afirman que los esquemas formados en la infancia respecto a como uno debe ser tratado, suelen influir en la calidad y cantidad de interacciones en la adultez (Aduna, 1998; Green y Rodgers, 2001; Henly, et al, 2005) y que, en particular, son los sujetos con *locus* de control externo quienes tienden a reportar redes sociales menos extensas y menor apoyo social (Lakey y Cassady, 1990; Sarason, et al, 1983, 1990; Singh y Pandey, 1990; Solomon et al, 1988). Entonces, el hecho de que la red social también estuviese condicionada por los recursos de agencia podría indicar el carácter interaccional de su naturaleza.

En el sentido de los niveles sugeridos en este modelo, los resultados respaldan la idea de que la posición social representa el principio componencial y es producto de los procesos de estructuración social. En cambio, el estrés y la extensión de la red constituyen el nivel proximal del modelo y consisten en efectos de la estructura social que son transmitidos bajo la forma de una distribución desigual de estresores y de relaciones sociales significativas.

En cuanto al nivel individual, – referido a la influencia de la posición social sobre los recursos de agencia y sobre el apoyo emocional, antes descripto – se observan datos de interés. Por un lado, los análisis realizados indican que los recursos de agencia están condicionados –como ya se dijo– por la cantidad de experiencias estresantes vividas. En este sentido, la frecuencia e intensidad de los estresores parecen atentar contra el establecimiento de recursos eficaces.

Por otro, los datos indican que el *locus* de control externo recibe una influencia importante de la posición social mientras que, respecto de la autoeficacia, el influjo es marginal. Estos resultados respaldan la idea de que el *locus* de control modula de manera directa y significativa el nexo entre la posición y el estrés y el malestar psicológico, en tanto que la baja autoeficacia se remite al nexo entre el estrés social –condicionado por la posición social– y el malestar.

Pero, ¿por qué ocurre esta asociación? En mi opinión, porque la posición social –que en este estudio refiere al nivel educativo y el acceso a tecnologías no solo individual sino también del entorno residencial– expresa, con todas sus limitaciones, los *habitus* de clase en que esos recursos se han formado y el desigual de acceso a oportunidades sociales que implican.

En el marco teórico se había señalado que los entornos de clase social conforman habitus con prácticas y transmisiones generacionales específicas (Bourdieu, 1985) y producen modelos de agencia que consisten en esquemas implícitos que guían la formación de la subjetividad y las pautas de interacción (Markus y Kitayama, 2003). Estos contextos sirven de marco para el modelado de los recursos de agencia y propician formas diferentes de moldeamiento según la posición social (Bandura, 1997, 2006). Así, los antecedentes muestran que los entornos de pobreza tienden a reforzar conductas y actitudes de pasividad, negación y/o desesperanza en lugar de comportamientos de iniciativa, resolución y optimismo,

característicos de las posiciones sociales medias y altas (Bandura, 2000, 2006; Deci y Ryan, 1991; Ryan y Deci 2000). En concordancia con esto, los resultados obtenidos en este estudio presentaron el mismo patrón: sistemáticamente las personas de los estratos más bajos presentaron más creencias de *locus* de control externo que las observadas en las posiciones más altas. Estos datos concuerdan con la investigación previa que informa que las personas más pobres presentan con mayor frecuencia este tipo de creencias (Lachman y Weaver, 1998) comparados con sus pares de posiciones sociales más altas.

Asimismo, se observó una influencia moderada del *locus* de control sobre la percepción de baja autoeficacia que debe ser tomada con cautela dado el carácter limitado de la medida de autoeficacia utilizada en este estudio. No obstante, este resultado remite a la controversia sobre la delimitación conceptual entre ambas nociones (Hawkins, 1992; Kirsh 1982; Lefcourt, 1992; Zuroff y Rotter, 1985) en la que se sostiene que los límites conceptuales de la autoeficacia se solapan tanto con el *locus* de control como con el resto de conceptos que le son añadidos (previsión, auto-reflexividad y auto-reactividad) y que, más bien, el *locus* de control es uno de los determinantes de la autoeficacia (Kirsch, 1986).

A la vez, se observó que el control externo influye sobre el estilo evitativo de afrontamiento. Esto concuerda perfectamente con las ideas del propio Lazarus que considera que las percepciones de control tienen un papel fundamental en la evaluación primaria y secundaria de una situación estresante (Folkman y Lazarus, 1988). Así, las personas que creen tener escaso control sobre lo que les ocurre perciben mayor amenaza en un número mayor de situaciones y la sensación de que sus estrategias para afrontarlas son inefectivas. Los antecedentes muestran que, por lo general, el *locus* de control interno se asocia con un estilo resolutivo en el afrontamiento al estrés y, el *locus* de control externo, con estilos pasivos y evitativos (Banyard y Graham-Bermann, 1998; Clement y Nilsson-Schonnesson, 1998).

En línea con estos resultados, en este estudio se observó que las personas de los estratos muy bajos indicaron apelar con más frecuencia al afrontamiento pasivo que sus pares de posiciones sociales más altas. Esto señala una tendencia a rehuir, negar o apelar a distracciones ante las situaciones de estrés en lugar de preferir estrategias más eficaces, como la planificación de acciones y el carácter resolutivo, ya observadas en otros estudios (Loan y Moos, 1987). Como se señalaba antes, muchos autores consideran que más que la experiencia

de estrés, lo que importa es cómo piensa la persona esa situación y, consecuentemente, cómo la afronta (Holroy y Lazarus, 1982; Vogel, 1985). ¿Cómo explicar entonces que sistemáticamente las personas de entornos vulnerables "elijan" esta manera de hacerlo? Me parece que la respuesta se asocia a lo que comentaba recién: los contextos de pobreza tienden a reforzar patrones de conductas de pasividad y resignación que se tornan preferentes e impregnan muchas de las cogniciones y conductas de la adaptación personal.

Vuelvo a señalar, no es el carácter material de la posición social la que explica estos resultados sino su carácter simbólico. El refuerzo constante de no tener control sobre la propia vida y de sentirse a merced de los avatares del destino o de la providencia –entendamos que muchas veces realista en las clases bajas – o no poder acceder a los recursos de la estructura de oportunidades y, en consecuencia, sentirse poco capacitado para lograr lo que se quiere es lo que define, a mi criterio, la manera en qué opera la posición social en la formación de los recursos adaptativos, indispensables para el desarrollo humano.

Por esto es que conjeturé la hipótesis de que la adversidad socioeconómica no solo propicia una brecha material sino también otra de tipo psicosocial. La conjunción entre la posición social, el estrés y los recursos personales configuran un espacio virtual, un punto de encastre donde operan en forma conjunta las dimensiones subjetivas y supra-estructurales. Ello podría estar indicando que la posición social tiene una importancia que se revela indirectamente, a través de su asociación con la exposición desigual a estresores sociales y el modelado de recursos psicológicos que pueden alentar o inhibir al malestar y configurar así esta brecha que afecta, fundamentalmente, la capacidad de agencia de las personas ante los escenarios de la sociedad actual.

De hecho, este carácter indirecto de la posición social, que impregna sutilmente a los efectos directos del estrés social, el *locus* de control, la baja autoeficacia y el apoyo emocional sobre el malestar psicológico pudo constatarse, con todas las limitaciones del caso, en todos los análisis realizados en este estudio.

Así, para conocer la estabilidad temporal del modelo, se compararon los datos de las evaluaciones de dos años consecutivos (2007-2008). Los resultados indican, en forma global, este carácter indirecto de la posición social sobre el malestar psicológico con una varianza explicada semejante aunque, en relación a los predictores del modelo, en la segunda medición

el apoyo emocional mostró un coeficiente más débil respecto del malestar y una influencia muy baja del estrés social sobre la autoeficacia. En cambio, todos los demás coeficientes fueron similares a los hallados en 2007. De esta manera, si bien se registran algunas diferencias en ambos análisis, los resultados parecen confluir en el sentido del modelo y permiten pensar que, en términos generales, existen evidencias de la estabilidad empírica de la tesis de la brecha psicosocial propuesto.

Por su parte, la comparación estática del modelo según sexo indicó similitudes en cuanto al carácter indirecto de la influencia de la posición social sobre el malestar psicológico a través de los niveles proximal e individual; los efectos directos –de pequeños a moderados– del estrés social, el estilo evitativo de afrontamiento, la percepción de baja autoeficacia y el apoyo emocional recibido sobre el malestar psicológico y el sentido de los coeficientes, que fueron en la misma dirección en ambos grupos. Las diferencias más importantes se refirieron a la magnitud de la influencia del control externo sobre el estilo evitativo y del poder predictivo de éste sobre el malestar psicológico –que fue más importante para las mujeres– así como de la cantidad de varianza explicada por el modelo, que fue más importante para las mujeres (30%) que para los varones (20%). En este sentido, el modelo se ajustó mejor a los datos obtenidos en la muestra de mujeres pero, no obstante, dado que la estructura de relaciones conjeturada fue, en su mayoría, constatada también para el grupo de hombres, puede pensarse que el modelo fue relativamente consistente para ambos sexos.

Como ya se indicó, si bien los resultados constatan una asociación negativa entre el malestar y la posición social, no obstante no tienen la misma contundencia que los observados para la salud física por Marmot (1991). En sus estudios, Marmot encontró que las diferencias se acomodaban exactamente a la jerarquía laboral; en este, existe una asociación clara pero no exacta entre las posiciones sociales y el grado de malestar psicológico. Otras investigaciones encontraron también esta inconsistencia (Laaksonen, 2010; Laaksonen et al, 2006) y la atribuyeron a la medición de las circunstancias socioeconómicas. Pero mi explicación –si bien de acuerdo en que las condiciones materiales han de ser indagadas de otra manera–, lejos de volcarse a la hipótesis de la selección o a la explicación material, se orienta a considerar 1) el enfoque iniciado por House (1981, 1990) y retomado por Sánchez Moreno y Barrón López (2003) quienes consideran que es crucial para la comprensión de la salud mental no solo las determinaciones socio-estructurales sino también las psicológicas y personales, 2) la conjetura

que el *habitus* desempeña un papel fundamental para el modelado de recursos de agencia y 3) la evidencia que las desigualdades importantes entre las posiciones –y no solo los diversos niveles de escasez material – son las que explican las diferencias en salud mental (Wilkinson, 2009).

Wilkinson mostró que las sociedades más desiguales, aunque ricas, como los Estados Unidos o Gran Bretaña tienen más habitantes con trastornos mentales, en comparación con otras, igualmente ricas pero no tan desiguales, como Suecia o Japón, y presentan datos parecidos a los encontrados en países en desarrollo con gran polarización social (Brenlla y Aranguren, 2010; Ortiz Hernández et al, 2007; Patel y Kleinman, 2003). Por ejemplo en Latinoamérica, entre los años 1990 y 1999, aumentó notablemente el porcentaje de ingreso captado por el 10% de las familias de mayor ingreso, lo que categorizó a la región como una de las más desiguales del planeta. En forma paralela, entre 1995 y 2002, la tasa de suicidios se incrementó en Argentina, Costa Rica, México, Nicaragua y Panamá así como la consulta por trastornos de depresión, ansiedad y adicciones (Ortiz Hernández et al, 2007). Si bien en este estudio no se ha evaluado la desigualdad a través de un índice específico, es muy probable que las ideas de Wilkinson acerca del valor de la desigualdad representen parte de la explicación de porqué la posición social es especialmente relevante al comparar sus extremos. Su parecer, que toma ideas de Botton (2005), es que cuando no podemos mantener nuestra posición en la jerarquía social nos condenamos a "ver a los demás con envidia y a nosotros mismos con vergüenza" (Wilkinson, 2009: 91). La persistencia de estos sentimientos negativos puede redundar, fácilmente, en la aparición de ansiedad o tristeza y desánimo.

En este sentido, la desigualdad por diferencias en la posición social no solo comporta una indignidad porque obstaculiza la vida en términos materiales sino también porque reduce el horizonte de aspiraciones personales. No es solo una cuestión de dificultad en el acceso a las oportunidades sino que también se trata de la falta de entornos sociales, de habitus, que propicien el modelado de mecanismos y procesos psicológicos protectores del bienestar. Ello podría estar indicando que la posición social tiene importancia en tanto proveedor de marcos simbólicos que facilitan el desarrollo de unos u otros recursos y que, por tanto, actúa de forma soterrada, indirecta, para propiciar una brecha psicosocial como la que conjeturé en el desarrollo de esta tesis.

*7.2. Limitaciones y consideraciones para políticas públicas*

Todo estudio tiene sus limitaciones y este no es la excepción. Considero que una de ellas atañe a la medición de las circunstancias socioeconómicas. De acuerdo con la revisión realizada por Laaksonen (2010) los mejores indicadores en la predicción del malestar psicológico son los vinculados a la evaluación de las circunstancias adversas en la infancia y en el presente. En tal sentido, en encuestas futuras, podrían indagarse estos aspectos, sobre todo el primero, ya que podría constituirse en un indicio *proxy* del entorno vincular y material en la etapa de la formación de la subjetividad que, por supuesto, incluye el desarrollo de los recursos de agencia. Además, hubiera sido de interés contar con alguna medida específica de desigualdad –como el coeficiente de Gini o la curva de Lorenz– para precisar en qué medida las diferencias en cuanto a la posición social se comparecen con diferencias en el malestar psicológico.

Por otra parte, la evaluación del apoyo emocional se realizó sobre la base de haber recibido o no apoyo en la idea de captar la necesidad de contención y compañía que suponen los estados de malestar psicológico. Si bien los resultados fueron en la dirección esperada –cuanto más malestar más necesidad de apoyo emocional– no obstante esto nada dice acerca de la expectativa cognitiva de las personas de contar, en caso de necesidad, con apoyo emocional. De acuerdo a las teorías actuales, más que la ayuda efectivamente percibida importan las expectativas de las personas en cuanto a que podrán obtenerla.

Una limitación particular atañe a las medidas de autoeficacia y de estilo evitativo. La de autoeficacia consiste en un solo ítem con un escalamiento tipo Likert. Si bien se obtuvieron indicadores de consistencia conceptual con otras medidas de autoeficacia, no obstante, su alcance quizá hubiera sido más importante si el número de ítems hubiese sido mayor. Esto, probablemente hubiera definido nítidamente la influencia de la posición social sobre ella. A su vez, el test utilizado para la evaluación del estilo evitativo de afrontamiento mostró una fiabilidad aceptable pero baja que, en parte, limita el alcance de las conclusiones basadas en esta medida. No obstante, el hecho de que se obtuvieran indicios de convergencia conceptual y unidimensionalidad atempera dichas limitaciones pero no pueden dejar de considerarse como tales.

Por otra parte, podría objetarse que el modelo solo explica el 26% de la varianza de las puntuaciones en malestar psicológico. En términos absolutos, esta cifra puede resultar magra. Sin embargo, en términos relativos, adquiere otra relevancia. Es evidente que la explicación del malestar psicológico no puede deberse solo a la causalidad social. La investigación actual reconoce causas biológicas y genéticas –hipótesis emparentadas con el enfoque de la selección social– y causas de dinámica intrapsíquica, tales como los procesos de autorregulación y el estilo de apego y no solo las sociales. En esta tesis se focaliza en una porción desconocida de la variabilidad en malestar psicológico: la referida a cuáles son y cómo se relacionan los factores sociales y psicológicos involucrados en su explicación. Así, dado que no se están evaluando ni las determinaciones biológicas ni las intrapsíquicas, que el modelo logre explicar el 26% de la varianza puede significar, en términos relativos, que la explicación psicosocial es de, al menos, un 25%. Además, hay que recordar que la muestra estuvo conformada por un amplio número de casos, representativo de las principales zonas urbanas del país, lo que añade exigencia al testeo del modelo con el método de máxima verosimilitud. El hecho de que, en general, se obtuvieran índices de ajuste aceptables podría reflejar, en alguna medida, la consistencia de la propuesta.

Otra limitación es la atinente a la magnitud de los coeficientes estandarizados obtenidos en la solución del modelo final. La mayor parte de ellos son moderados y otros, pequeños. Pero hay que recordar que estos coeficientes están influidos por el error de medida y, tal como se indicó, una de las técnicas utilizadas en este estudio presentó valores de fiabilidad aceptables pero bajos. Teniendo en cuenta esto, es probable que el mejoramiento de dichas medidas redunde en un aumento en el valor de los coeficientes.

Más allá de estas limitaciones, lo cierto es que este estudio muestra que el malestar psicológico no es algo que dependa únicamente de dimensiones internas de la personalidad. El contexto actúa tanto en la provisión de un marco para el modelado de conductas como en la frecuencia e intensidad de las situaciones de estrés que se experimentan. En este sentido, los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para identificar a las personas con alto riesgo de malestar psicológico a través de su evaluación sistemática en el área de la atención primaria de la salud y reconocer eficazmente la presencia de síntomas de depresión o ansiedad que, tal como lo indica la OMS, son sub-diagnosticados por los profesionales y presentan tasas en aumento, por lo que constituyen un problema serio de salud pública. No hay que olvidar que

los trastornos mentales comunes implican un deterioro progresivo de la calidad de vida personal y de la actividad productiva de los individuos y afectan, en última instancia, tanto el desarrollo personal como el de una nación.

Para poder diagnosticarlos en forma precoz e implementar intervenciones eficaces, es necesario primero contar con instrumentos para detectarlos. Al respecto, un punto crucial de esta tesis fue realizar estudios independientes para adaptar o construir escalas psicológicas y evaluar de manera válida y confiable los componentes del modelo. A pesar de parecer un simple paso empírico, no obstante esto representa un punto importante ya que, por lo general, las medidas que se utilizan no están respaldadas por estudios previos que analicen su adecuación cultural y teórica y en los que se hayan constatado sus propiedades psicométricas.

Por ende, una contribución de este estudio es que provee de (a) un test para la evaluación del riesgo de malestar psicológico y de (b) un cuestionario para evaluar estrés social. Como se indicó en *Medidas e*stos instrumentos fueron adaptados o construidos especialmente y sus características métricas han sido ampliamente estudiadas. Por lo tanto, se trata de herramientas con buenas o muy buenas evidencias de fiabilidad y validez que, además cuentan con la ventaja de ser breves y aptas para ser aplicadas en contextos de encuesta en nuestro medio (Escala de Malestar Psicológico de Kessler: $\alpha$= .89; Cuestionario de Estrés Social: KR-20 = .65)

Pero, a mi entender, es necesario no solo igualar las condiciones para el acceso al diagnóstico y tratamientos adecuados sino también implementar políticas públicas activas para minimizar los estresores sociales en las áreas donde éstos son más frecuentes. Los datos de Ministerio de Interior, Salud, Trabajo y Desarrollo Social deberían integrarse y lograr focalizar las zonas donde las personas tienen mayor probabilidad de ser víctimas de delitos, de estar desempleados, de residir en lugares contaminados y de no tener acceso a la seguridad social –entre otros– para propiciar políticas activas que logren reducir estos estresores sociales.

Por otro lado, los hallazgos de este estudio en cuanto a los recursos de agencia podrían ser de utilidad para el diseño de políticas públicas. Por lo general, éstas no sopesan adecuadamente el *target* psicológico al que van destinadas. Un plan de adhesión a hábitos saludables u otro ocupacional que no evalúe las percepciones de autoeficacia y de control personal pierde datos fundamentales para una mejor distribución de los recursos y una

consecución exitosa. Es muy difícil concitar interés cuando las personas a las que van dirigidas las políticas públicas presentan una capacidad de agencia disminuida que se expresa en creencias recurrentes de estar sometidas a las fuerzas del destino, que el esfuerzo personal es ineficaz para cambiar la propia vida y que no se tiene confianza en las capacidades para hacerlo. Por lo tanto, la implementación de intervenciones psicosociales destinadas a evaluar y mejorar los recursos de agencia debería ser un paso previo a cualquier intervención pública que pretenda cambiar conductas, estados o hábitos en las personas. Al respecto de ello en estudios futuros podría investigarse, mediante un diseño experimental comparativo, el efecto de una intervención psicosocial sobre la implementación de políticas públicas específicas.

Pero además de promover estas acciones concretas, concuerdo con Wilkinson en su visión de la importancia de la psicología para las políticas públicas:

> En lugar de diluir ansiolíticos en el agua corriente o aplicar terapias colectivas, la realidad impone una opción más interesante: si reducimos los índices de desigualdad, aumentarán el bienestar y la calidad de vida de todos… Los poderosos mecanismos que hacen a las personas vulnerables ante la desigualdad no pueden entenderse únicamente en términos de estructura social, obviando la psicología individual. Ni viceversa. Por el contrario la psicología individual y la desigualdad están íntimamente relacionados. No haber valorado adecuadamente esta relación es una de las razones por las que se ha tardado más en comprender los efectos negativos de la desigualdad para el conjunto social (Wilkinson, 2009: 52)

# Capítulo 8. Conclusiones

Considero que la primera conclusión a la que lleva este estudio es que la hipótesis de la causalidad social del malestar psicológico, lejos de consistir en un artificio estadístico, representa una explicación plausible de él. Si bien es importante considerar que los síntomas de depresión y ansiedad pueden expresar una vulnerabilidad genética, no obstante, esto es insuficiente para explicar el aumento notable de estas patologías en las últimas décadas. Como indica Wilkinson (2009:87) "nuestros genes no pueden cambiar tan rápidamente". Por tanto, las diferencias en el malestar psicológico no pueden deberse simplemente a las diferencias individuales naturales entre las personas sino que, como muestra este estudio, están condicionadas de manera indirecta por la posición social.

Pero, ¿qué es lo que hace que tenga una influencia negativa sobre la salud mental? Creo que la respuesta remite a dos aspectos que, metafóricamente y algo arbitrariamente, denominaré cualidad y cantidad de la posición social. Con cualidad me refiero a los *habitus* de clase diferentes que las distintas posiciones suponen. Estos habitus luchan por imponerse y determinar, simbólicamente, qué clase detenta el poder, a qué clase hay que imitar o qué hay que alcanzar. Considero que los *habitus* que reflejan no solo la posesión de los bienes materiales, sino que también cuentan con mayor capital social, simbólico y cultural, se caracterizan por favorecer el modelado de conductas de resolución, iniciativa, autoconfianza y seguridad y por multiplicar las posibilidades de extensión de la red social. Mientras que, los *habitus* de clase baja, refuerzan modelos de pasividad, resignación e inseguridad y restringen la red a los vínculos del círculo próximo. No se trata solo de gustos estéticos –ópera o cumbia– o de preferencias en las comidas –caviar o guisados–, los *habitus* van mucho más allá, generando el marco donde el modelado de conductas ocurre e imponiendo restricciones diferenciales según la posición.

Esto se halla indisolublemente unido con la cantidad, vale decir la distancia relativa entre las posiciones sociales ya que, cuanto mayor es la distancia entre los extremos, más probable es la aparición de trastornos depresivos, ansiosos o de adicciones. Wilkinson (2009) demostró que el tema no es la pobreza sino la desigualdad. Según el autor, las desigualdades son nocivas en virtud de la tendencia en los humanos a las comparaciones sociales. Ya Adam Smith había señalado que un rasgo de dignidad básico es que la persona no sienta vergüenza

de su vestimenta o su aspecto. Más contemporáneamente Kahneman constató cómo las decisiones individuales son particularmente susceptibles a la valoración de los demás y Sennet recalcó la importancia del respeto como forma primaria de integración social. En este sentido, las desigualdades propician comparaciones sociales que afectan la autopercepción y el bienestar general. Por tanto creo que la conjunción de la cualidad (*habitus* de clase) y la cantidad (distancia relativa importante entre los extremos) expresan los procesos de estructuración social implicados en el principio componencial de la posición de clase y explican, al menos en parte, su efecto negativo sobre la salud mental. Pero este influjo no ocurre de manera directa sino que lo hace a través de dos mediaciones: proximal e individual y distintas vías de influencia.

En el primer nivel –proximal–, promoviendo una distribución diferencial de estresores sociales según la ubicación en la escala social. Cuanto peores son las condiciones de existencia, mayor es la chance de experimentar estrés social. No se está aludiendo aquí al estrés que se activa ante una situación personal de presión –como un examen o una entrevista laboral– sino a eventos que escapan a la decisión individual, tales como tener un accidente de tránsito o laboral o no poder ir al médico por dificultades económicas. Estas situaciones, a su vez, refuerzan las cogniciones de control externo y reflejan un fallo en los recursos de agencia, que son imprescindibles para una adecuada valoración de esas situaciones. A la vez, la posición social influye determinando la extensión de la red de interacciones del individuo. En los estratos más altos la red es claramente más amplia que en los bajos. Esto hace que la disponibilidad de personas que puedan proveer apoyo emocional en momentos de desánimo o inquietud sea mayor en los primeros. En forma palmaria, un hallazgo interesante fue comprobar el efecto directo del apoyo emocional sobre el malestar psicológico, con independencia del estrés padecido. Así, los datos indican que la necesidad de apoyo emocional explica consistentemente y de manera general los niveles de malestar percibidos.

Estas dos componentes –estrés y red social– constituyen el nivel proximal del modelo y reflejan los efectos de la estructura social en la configuración de situaciones vitales y de relaciones significativas de los individuos.

En el segundo nivel de mediación –individual–, propiciando entornos en los que predomina el refuerzo diferencial de cogniciones de falta de control y de baja autoeficacia

según la posición social. Los resultados indican que, sistemáticamente, las personas de las posiciones más bajas mostraron mayores percepciones de estar sometidos a la influencia de otros poderosos o del destino y de dudar de las propias habilidades para afrontar los problemas de la vida diaria. No obstante, la posición social condiciona más nítidamente a las percepciones de control que a las de autoeficacia, sobre la cual tiene un efecto pequeño e indirecto. Al mismo tiempo, las creencias de control influyen sobre la percepción de autoeficacia y sobre el estilo evitativo de afrontamiento y ambos, en la explicación del malestar psicológico.

Como se indicó, esta investigación brinda una hipótesis alternativa dentro del modelo de causalidad social para la comprensión del malestar psicológico, en la que se distinguieron dos niveles de mediación (proximal y psicológico) entre ambos. En lugar de enfatizar o los aspectos sociales o los biológicos, esta tesis propone que el aspecto menos estudiado en estos modelos –el nivel de los recursos psicológicos y psicosociales– representa un punto crucial ya que supone la conjunción de las predisposiciones personales y de las influencias ambientales que se determinan recíprocamente. En este sentido, puede entenderse porqué fallan las explicaciones materiales: no es la educación ni los ingresos ni la ocupación por sí solas las que determinan el malestar psicológico. Antes bien, la posición social opera de manera sutil favoreciendo o no el desarrollo de los recursos psicológicos y psicosociales. Así las diferencias en la posición de clase –y la desigualdad que ello implica– propician una verdadera *brecha psicosocial* e inciden no solo a nivel proximal sino también psicológico e impactan de manera indirecta pero significativa en la probabilidad de malestar psicológico.

Entonces, de acuerdo al análisis teórico y los resultados empíricos obtenidos en este estudio, podría aventurarse la hipótesis de un gradiente psicosocial que discurre de las condiciones socioeconómicas y culturales, impregna el entorno vincular e impacta sutilmente en los recursos personales de agencia. Esto favorece el desarrollo de recursos adaptativos en las franjas medias y altas, que están menos expuestas a las experiencias de estrés crónico y que carecen de preocupaciones de subsistencia y desfavorece a los sectores pobres, que no solo son más proclives al malestar psicológico en virtud de una mayor exposición al estrés social y de un estilo de afrontamiento ineficaz, sino que también ven mermada su capacidad de agencia para lograr la vida que quieren. En esto consiste la esencia –y la injusticia– de la brecha psicosocial.

# Referencias bibliográficas


Abello Llanos, R., Madariaga Orozco, C. & Hoyos de los Ríos, O. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: Un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Alkire, S. (2005). Subjective quantitative studies of human agency. *Social Indicators Research*, 74, 217-260.

American Psychiatric Association (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR.* Barcelona: Masson

Andrews, G. y Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health. 25,*6: 494-497.

Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18: 15-38

Antonovsky A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass

Araya, R., Lewis, G y Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology Community Health*, 57:327–32.

Arbuckle, J.L. (2009). *Amos 18 User's Guide. Amos* Development Corporation ISBN: 1568274041

Arias, Benito (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En Actas del VI Seminario Científico, SAIO, 2008. Publicaciones del INICO, Colección Actas. Salamanca, 75-120.

Baird, P.A. (1994) The role of genetics in population health. En Evans, R.G., Barer, M.L. y Marmor, T.R. (eds) *Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health of Populations?* Berlin/New York: de Gruyter.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales* [Thought and action. Social foundations]. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2000). *Self-efficacy: The foundation of agency*. En W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behaviour, mental processes and consciousness* (pp. 17-33). Mahwak, NJ: Erlbaum.

Bandura, A. (2001). Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia. Traducido por Olaz, F; Silva, M. I.; Pérez, E. *Revista Evaluar.*2, 7-37.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology,* 52, 1-26.

Bandura, A. (2001a). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1-26.

Bandura, A. (2001b). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology, 3*, 265-298.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. En F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (Vol. 5, pp. 307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science,* 1, 164-180.

Banyard, V.L. y Graham-Bermann, S.A. (1998). Surviving poverty: Stress and coping in the lives of housed and homeless mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 3, 479-489.

Batista-Foguet, J.M.; Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis Factorial Confirmatorio. Su Utilidad en la Validación de Cuestionarios de Calidad de Vida. *Medicina Clínica*, *122*, 21-27.

Beardslee, W., Solantaus, T., van Doesum, K. (2005). *Enfrentando la enfermedad mental de los padres.* En Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S. (eds.) *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press

Beck, A. (1963). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, *14,* 324-33.

Belek I. (2000). Social class, income, education, area of residence and psychological distress: does social class have an independent effect on psychological distress in Antalya, Turkey? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35:94–101.

Beltrán Villalba, M. (2001). Sobre la noción de estructura social. *Revista Internacional de Sociología*, 30: 7-28.

Bentler, P. M., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural modelling. *Sociological Methods and Research*, 16, 78-117.

Berkman L.F., Syme L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204

Berkman, L.F. y Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. En Berkman & Kawachi (eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 137-173.

Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. En A. Fierro (Comp.), *Manual de psicología de la personalidad.* Barcelona: Paidós.

Blanco Blanco, A. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *RELIEVE, v. 16*, n. 1, p. 1-28. Disponible en http://www.uv.es/RELIEVE/v16n1/RELIEVEv16n1_2.htm

Blane, D., Bartley, M. y Davey Smith, G. (1997). Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*, 7:385-91.

Blane, D., Davey Smith, G., and Bartley, M. (1993) Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15, 1–15.

Boardman, J.D. y Robert, S. (2000). Neighborhood Socioeconomic Status and Perceptions of Self-Efficacy. *Sociological Perspectives,* 43, 117-136.

Boekaerts, M. y Röder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 21, 311-337.

Bonantini, C., Simonetti, G. y Michelín, M. (2005): Vulnerabilidad y salud mental. Un análisis de los efectos del desempleo sobre la salud mental. *Cuadernos Sociales N 5 CITES,* 11-71

Bourdieu P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge.

Bourdieu, P. (1990) *Sociologia y cultura*. Mexico: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu**,** P. (2007) El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI

Bovier, P. A., Chamot, E. y Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research, 13,* 161-170.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press.

Bradburn NM. (1969). *The Structure of Psychological Wellbeing*. Chicago: Aldine.

Brenlla, M. E. y Aranguren, M. (2010). Escala de Malestar Psicológico de Kessler (k10): datos psicométricos de la adaptación en la población Argentina. *Revista de Psicología de la Universidad Católica de Lima* (En prensa).

Brenlla, M. E., Aranguren, M., Rossaro, F. y Vázquez, N. (2010). Escala de Autoeficacia General de Schwarzer: estudio de sus propiedades psicométricas en población argentina. *Interdisciplinaria*, 27, 1, 77-94

Brenlla, M.E. (2005). Condiciones sociales y características psicológicas: un estudio en sectores urbanos de la Argentina. Serie Monitoreo de la Deuda Social Argentina. Documento 3.

Brenlla, M.E. (2007) Apéndice II: Definiciones operacionales y criterios de medición de indicadores compuestos en Departamento de Investigación Institucional (Ed.) *Progresos sociales 2004-2006*. Buenos Aires: EDUCA

Brenlla, M.E. e Infante Geronimi, C. (2008). *Adaptación Argentina de la Escala Breve de Afrontamiento al Estrés de Carver.* Manuscrito no publicado.

Brenlla, M.E. y Vázquez, N. (2008). Escala de Locus de Control de Rotter: datos psicométricos de la adaptación en la población Argentina. Manuscrito no publicado.
Brenlla, M.E. y Vázquez, N. (2010). Estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación argentina de la escala de locus de control de Rotter. Documento de trabajo. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Disponible en Internet: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento_de_trabajo_Locus_de_control1.pdf
Brenlla, M.E., Salvia, A. y Despierre, M.B. (2008). Desempleo, Inestabilidad laboral y Condiciones psicológicas: Un estudio en sectores urbanos de la Argentina. *Revista de psicología UCA.*
Bromberger J.T. y Costello E.J. (1992). Epidemiology of depression for clinicians. *Social Work*, 37(2):120–125.
Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
Brown, G.W. y Harris, T. (1986). Stressor, vulnerability and depression: a question of replication. *Psychological Medicine*, 16(4):739–744.
Burt, R.S. (2002) En M. F. Guillén: The Social Capital of Structural Holes, The New Economic Sociology: Developments in an Emerging Field. New York: Russell Sage Foundation, pp. 148-90
Campo-Arias, A. y Cassiani Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista colombiana de psiquiatría* [en línea], *37*, 12-28]. Disponible en Internet: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80637410..
Campos, M., Iraurgui, J., Páez Rovira, D. y Velasco, C. (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44
Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton
Caplan, L.J. y Schooler, C. (2007). Socioeconomic Status and Financial Coping Strategies: The Mediating Role of Perceived Control. *Social Psychology Quarterly,* 70, 1, 43-58.
Carbonero Martín, M.A. & Merino Tejedor, E. (2004). Autoeficacia y madurez vocacional [Autoefficiency and vocational maturity]. *Psicothema, 16*(2), 229-234.
Carroll, D., Davey Smith, G. y Bennett, P. (1996) Some observations on health and socio-economic status, *Journal of Health Psychology*, 1, 1, 23–39.
Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the BRIEF-COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
*Casas Guillén*, M. (2002). *Los modelos de* ecuaciones estructurales *y su aplicación en el Índice Europeo de Satisfacción del Cliente*. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de San Pablo: CEU
Cassel, J. (1976). The contribution of social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology,* 104, 2, 107-123.
Casullo, M. M. (1992). *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar.
Cavelaars, A.E., Kunst AE, Geurtz JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen NK, Regidor E, do Rosário-Giraldes M, Spuhler T y Mackenbach JP.(2000). Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*, 320:1102-7.
Cea, M. A. (2002). Análisis multivariable: teoría y práctica de la investigación social. Madrid: Síntesis
Chan, W. D (2008). Teaching and Teacher Education. *International Journal of Research and Studies*, 24, 4, 1057:1069
Cheng, YH, Chi I, Boey KW, Ko LS y Chou KL. (2002). Self-rated economic conditions and the health of elderly persons in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 55:1415–24.
Cheung, S.K. y Sun, S.Y.K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and personality, 28,* 413-422.
Cisneros, I. F.J., Medina Díaz, F.J., Munduate Jaca, L. & Dorado Mimbrero, M.A. (2000). Consecuencias emocionales de la autoeficacia en situaciones de Negociación. *Apuntes de Psicología*, *18*(1) 97-121.

Clement, U. y Nilsson-Schonnesson, L. (1998): Subjective HIV atribution theories, coping and psyshological functioning among homosexual men with *HIV AIDS, Care*, 10, 355-363.
Cobb, S. (1979). Social Support and health through the life course. In M. W. Riley (ed.). *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Washington, D, C,: American Association for the Advancement of Science.
Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
Coe, R. & Merino, C. (2003) Magnitud del efecto: Una guía para investigadores y usuarios. Revista de Psicología – PUCP, 21(1), 147-177.
Cohen S., Syme S.L. (1985) Issues in the application and study of social support. In: Cohen S., Syme S.L., (eds). *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press, pp. 3-22
Cohen, J. (1988). *Análisis estadístico de la energía para las ciencias del comportamiento* (2da ed.) Hillsdale, NJ: Erlbaum. ISBN 0-8058-0283-5.
Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, 45, 1304-1312.
Cohen, L. y Manion, L. (1990) Introducción: La Naturaleza de la Investigación, en *Métodos de Investigación Educativa*, Cp. I (pp. 23-74).
Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-357.
Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and buffering hypothesis. A theoretical analysis. In A. Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (Eds.): *Handbook of Psychology and Health* (Vol. 4, pp. 253-267). Hillsdale: Erlbaum.
Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and buffering hipothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
Cortada de Kohan, N. (1999). *Teorías Psicométricas y Construcción de Tests*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
Coyne, J. C., Aldwin, C. y Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439-447.
Crompton, R. (1994). *Clase y Estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos.
Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. *16*, 297-334.
Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
Cummins, R.S. (1988). Perception of social support, receipt of supportative bevaviors, and locus of control as moderators of the effects of chronic stress. *American Journal of Community Psychology,* 16, 685-700.
Czernik G**.,** Almirón L**.,** Cuenca E**.,** Mazzaro B. (2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *Alcmeon, 12* (2):142-147.
Dahl, E. (1994). Social inequalities in ill-health: the significance of occupational position, education, and income results from a Norwegian survey. *Sociology Health Illness*, 16:644-67.
Dalgard OS, Haaheim LL. (1998). Psychosocial risk factors and mortality. A prospective study with special focus on social network, social participation and locus of control. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 52: 476-481.
Data Mining in MATLAB (2011). *Mahalanobis Distance*. Disponible en: http://matlabdatamining.blogspot.2006/11/l
Deci, E.L. y Ryan, R.M. (1991): A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation:* Vol. 38. *Perspectives on Motivation* (237-288). Lincoln: University of Nebraska Press
Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research,* 31, 103-157.
Diener**,** E. y Seligman**,** M.E.P. (2004*).* Beyond Money**:** Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.
Dohrenwend, BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255:946–52.

Dohrenwend, BP, Levav I, Shrout PE, Shwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE. Stueve A. (1998). Ethnic status, socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders: a test of the social causation-social selection issue posed by SES differences. En: Dohrenwend BO (Editor): Adversity, stress and psychopathology. New York, Oxford University Press, p 285-318.

Doll, HA, Petersen SEK, Stewart-brown SL. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8:160-70.

Downey, J.P., Kelly, R. , Summer, R. Jr., Bartczak, E. (2010). Chapter 10 General and Specific Computer Self-Efficacy: An Empirical Comparison of their Strength in Predicting General and Specific. Disponible en: http://www.igi-global.com/chapter/computational-advancements

Doyal, L. y Gough, I. (1991). *A Theory of Human Needs*. Basingstoke: Macmillan.

Durkheim, E. (1964) *The Rules of Sociological Method*. New York: Free Press. (Orig. 1897).

Dyer, C. y Halford, W.K. (1998). Prevention of relationship problems: Retrospect and prospect. *Behaviour Change*, 15(2), 107-125.

Ellis, A. y Abrahams, E. (1980). *Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax.

Elstad JI. (1998) The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociological Health and Illness*, 20, 598-618.

Escobedo Portillo, M.M. & Salas Plata Mendoza, J.A. (2008). P. CH. Mahalanobis y las aplicaciones de su distancia estadística. *CUICYT Estadística*, 5, 27, 13-20.

Eurobarometer 58.2 (2003) The mental health status of the european population The european opinion research group

Eurobarometer 72 (2009) Public opinion in the european union first results (2009) TNS opinion & social Special eurobarometer n°248 (2006) “mental well-being”

Evans, R.G. y Stoddart, G.L. (1994) Producing health, consuming health care. In Evans, R.G., Barer, M.L. and Marmor, T.R. (eds) *Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health of Populations?* Berlin/New York: de Gruyter.

Ezzati, M. y Lopez, AD (2004). Regional, disease specific patterns of smoking attributable mortality in 2000. *Tobbaco Control*, 13, 388–95.

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

Favela, A. y Calvillo M. (1998). La construcción de la identidad política en el universo del sujeto social. *Polis*, 97, 33-51

Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción.* Madrid: Pirámide.

Festorazzi Acosta, A, Rodríguez AL y Lotero, J.A. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina*, 184, 1-9.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition manual.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 466-475.

Fonagy, P. (1996) Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. En Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R.G. (eds) *Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the 21st Century*. London and New York: Routledge.

Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:3/4, 288–328.

Friedmann, M.S., McDermut, W.H., Solomon, D.A., Ryan C.E., Keitner, G.I. y Miller, I.W. (1997) Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process* 36, 357-367.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R y Brugha T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:14.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38:229–37.

Gale C.R., Batty G.D. y Deary I.J. (2008). Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine,* 70, 397–403.

Galli, E. (1997). La Depresión*:* hacia una nueva conceptualización dimensional. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 22*, VI, (2), 148-155

Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia [Autoefficiency and intervention in family problems]. *Psicothema*, *5*(1), 337-347.

Gencoz, T. y Ozlale, Y. (2004) Direct and indirect effects of social support on psychological well- being. *Social Behavior and Personality*, 32 (5): 449-458.

George, D. & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference.* Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Gerin, W., Litt, M., Deich, J., & Pickering, T.(1996). Self-efficacy as a component of active coping: Effects on cardiovascular reactivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 485-493.

Goldberg**,** E.M y Morrison, S. L. (1963). Schyzophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry,* 109*,* 785-191.

González Ramírez M.T., Landero Hernández R. y Ruiz Díaz M.A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (2),101-108

Goodman, E. y Huang, B. (2001). Socioeconomic status, depression and health service utilization among adolescent women. *Women Health Issues*, 11:416–26.

Gore, S. y Aseltine, R. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with Social resources. *Journal of Community Psychology*, 23, 301-327.

Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 11-42). Londres: Sage.

Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology,* 78*,* 1360-1380.

Guilford, J. P. (1954). *Psychometric Methods*. New Cork: McGraw-Hill

Guillén Rojas, N. (2007). Implicaciones de la autoeficacia en el rendimiento deportivo [Auto-efficacy implications in the sports performance]. *Pensamiento Psicológico*, *3*, 21-32.

Gurin, P., Gurin, G., & Morrison, B. (1978). Personal and ideological aspects of internal and external control. *Social Psychology Quarterly, 41*, 256-275.

Haan, N. (1963). Proposed model of ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to I.Q. change. *Psychological Monographs*, 77(8, Whole No. 571).

Haan, N. (1965). Coping and defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology,* 29, 373-378.

Haidt, J. y Rodin, J. (1999) Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Review of General Psychology, 3,* 317-337.

Hare, E.H. *(*1956*).* Mental illness and social conditions in Bristol. *Journal of Mental Science* 102, 349-357.

Harper S, Lynch J, Hsu WL, Everson SA, Hillemeier MM, Raghunathan TE, Salonen JT y Kaplan GA. (2002). Life course socioeconomic conditions and adult psychosocial functioning. *International Journal of Epidemiology*, 31:395-403.

Hawkins, R. M. F. (1992). Self-efficacy: A predictor but not a cause of behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 251-256.

Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R y Marmot M. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 Questionnaire: the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 87:1484–90.

Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R. y Adlock, S. (1980) Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.

Hillsdon MM, Brunner, EJ, Guralnik, JM y Marmot MG. (2005) Prospective study of physical activity and physical function in early old age. *American Journal of Preventive Medicine***,** 28:245-50.

Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research 4*, 187–197

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.

Hodel, B., Brenner, H.D., Merlo, M.C. y Teuber, J.F. (1998). Emotional management therapy in early psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 172 (Supl. 33), 128-133.
Hoefnagels C (2005). Previniendo el abuso y abandono infantil. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press.
Hoelter, D. R. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices, *Sociological Methods and Research*, 11, 1983, pp. 325–344.
Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology, 100(1),* 31-38.
Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739- 747
Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent Elath related outcomes: A meta analysis. *Social Work in Health Care*, *16,* 53-93.
Holden, G., Moncher, M.S., Schinke, S.P. & Barker, K.M. (1990). Self-efficacy of children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Reports*, 66, 1044-1046.
Holmes, T. H. y Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale, Journal of Psychometric research 11, 213-218
Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger and S. Breznitz, eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press.
House, J. y Mortimer, J. (1990). Social structure and the individual: Emerging themes and new directions. *Social Psychology Quarterly, 53*, 71-80.
House, J.S. (1977). The three faces of social psychology. *Sociometry, 40*, 161-177.
House, J.S. (1981). Social structure and personality. In M. Rosenberg & R.H. Turner (Eds.), *Social psychology. Sociological perspectives* (pp. 525-561). New York: Basic Books.
House, J.S. y Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & S.L. Syme (eds.), *Social support and health,* (pp. 83-108). Orlando, FL: Academic Press.
Houtman, I.L.D. (Ed.) *(*1997). *Trends in arbeid en gezondheid* [Trends in work and health]. Amsterdam: NIA-TNO.
Hudson, Ch. G. (2000). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 75, Nº1.
Hudson, Ch. G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illnes : Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry,* 75, 1, 3-18.
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2001). Censo nacional de población, hogares y vivienda 2001 [National census of population, household and housing]. Buenos Aires: INDEC.
Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
Jenness, J. (2003). Mahalanobis Distances Description. http://www.jennessent.com/arcvie
Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal process. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-211). Washington, D.C.: Hemisphere.
Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal process. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-211). Washington, D.C.: Hemisphere.
Johnson, J. H. y Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
Jöreskog, K.G.(1967) Some contributions to Maximum Likelihood factor analysis. *Psychometrika,* 32, 442-482.
Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T.B., Lusso, F.M., Taub, D.M. y Miller, E.W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. *Science*, 220, 733-735.
Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
Kessler, R. C., Mc Gonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48:191–214

Kessler, R.C. et al. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry,* 152(7): 1026–1032.

Kessler, R.C. y Mroczek, D. (1994). Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale. Survey Research Center of the Social Research, University of Michigan.

Kestilä L. (2008). Pathways to Health: Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood. Publications of the National Public Health Institute A23/2008. Helsinki: National Public Health Institute.

Kirsch , I. (1986). Early Research on Self-Efficacy: What we Already Know Without Knowing we Knew. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 4, Special Issue: Self-Efficacy Theory in Contemporary Psychology, pp. 339-358.

Kirsch, I. (1982). Efficacy expectations as response predictions: The meaning of efficacy ratings as a function of task characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.

Kreek, M.J., Koob, G.F. (1998). Drug dependence: Stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug Alcohol Dependence*, 51:23

Krieger N, Williams DR y Moss NE. (1997). Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18:341-78.

Krueger, R. F. (1999) The structure of the common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.

Kuh, D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. Glossary. J *Epidemiology Community Health*, 57:778-83.

Kumar, R. & Lal, R. (2006). The role of self-efficacy and gender differences among adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *32,* 249-254.

Kumar, R. y Lal, R. (2006). The role of self-efficacy and gender differences among adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32, 249-254.

Kvarmel, L.G., Haraldstad, K., Helseth, S., Serum. R. & Natvig, G. K. (2009) Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:85

Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Karvonen S, Lahelma E. (2006). Smoking and SF-36 health functioning. *Preventive Medicine*, 42:206-9.

Laaksonen M, Silventoinen K, Martikainen P, Rahkonen O, Pitkäniemi J, Lahelma E. (2007). The effects of childhood circumstances, adult socioeconomic status, and material circumstances on physical and mental functioning: a structural equation modelling approach. *Annals of Epidemiology*, 17:431-9.

Laaksonen, E. (2010) Multiple socioeconomic circumstances and health: associations and explanations among Finnish and British public sector employees *ACADEMIC DISSERTATION* Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Helsinki

Lachman, ME, Weaver SL. (1998) The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M y Aittomäki A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:327-32.

Lahelma, E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. (2006). Multiple socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63:1383-99.

Lakey, B. & Cassady, P.B. (1990). Cognitive Processes in Perceived Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59:337-343.

Latkin, C.A. y Curry, A. (2003). Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorder. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1):34-44.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist, 55*(6), 665–673.

Lazarus, R. S. y R. Launier (1978). Stress related transactions between person and environment. En L.A. Pervin y M. Lervis (Eds.) *Perspectives Interactional Psychology*. Nueva York: Plenum Press.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 54, 385-405.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
Lazarus, R.S. y Smith, C.A. (1988). Knowledge and appraisal in the cogniton-emotion relationship. C*ognition and Emotion, 2*, 281-300.
Lee, I-M. (2007). Dose-Response Relation Between Physical Activity and Fitness: Even a Little Is Good; More Is Better. *JAMA*, 297:2137-9
Lefcourt, H. M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin, 112,* 411-414.
Lefcourt, H. M. y Martin, R. A. (1986). *Humor and life stress. Antidote to adversity*. New York: Springer-Verlag
Lefcourt, H. M., Martin, R. A. y Saleh, W. E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology,* 47, 378—389.
Lefcourt, H.M. (1973). The function of the illusions of control and freedom. *American Psychologist,* 28, 417-425.
Lehtinen V, Sohlman B y Kovess-Mastefy V. (2005). Level of positive mental health in the European Union. Results from Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1: 9.
Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R y Meltzer H. (1998) Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352:605–9.
Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de un modelo de Salud Mental Positiva. *Revista de Salud Mental*, 25 (4), 42.
Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157:98–112.
Lukes**,** S. *(*1975*):* El individualismo. Barcelona: Península
Luque, T. (coord.) (2000). *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados.* Madrid: Pirámide
Luszcynska, A., Gibbons, F.X., Piko, B. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers, behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey and USA. *Psychology and Health*, 19, 577-593.
Luszcynska, A., Gibbons, F.X., Piko, B. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers, behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey and USA. *Psychology and Health*, 19, 577-593.
Luszcynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology, 139*(5), 439- 457.
Luszcynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439- 457.
Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Sciencie Medicine*, 44:809-19.
Lynch, JW y Kaplan GA. (2000). Socioeconomic position. In: Berkman L, Kawachi I (eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13-35
Macció, J. (2009). Anexo Metodológico 3. En Departamento de Investigación Institucional, Observatorio de la Deuda Social Argentina UCA. *Barómetro de la deuda Social Argentina, número 5. La deuda social argentina 2004-2008.* Buenos Aires: EDUCA.
Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. y Mazure, C.M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms Differences based on history of prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176: 373-378
Maddux, J.E. y Meier, L.J. (1995). Self-efficacy and depression. En J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application* (pp. 143-169). New York: Plenum Press
Maddux, J.E., Brawley, L. & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior: Prevention, promotion and detection. En J. Maddux (Eds.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 173-202). New York: Plenum Press.

Maddux, J.E., Brawley, L. y Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior: Prevention, promotion and detection. En J. Maddux (Eds.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 173-202). New York: Plenum Press.

Maes, S., Vingerhoets, A. y Vanheck, G. (1987) The study of stress and disease –some developments and requirements, *Social Science and Medicine*, 25, 6, 567–78.

Maltby, J., Day, L. y Macaskill, A. (2007). *Personality, Individual Differences and Intelligence*. Harlow: Pearson Prentice Hall..

Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, Perri MG, Sheps DS, Pettinger MB y Siscovick DS. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347:716-25.

Markus, H.R. y Kitayama, S. (2003). Culture, Self, and the Reality of the Social. *Psychological Inquiry* 14: 277–283.

Marmot M y Brunner E. (2005). Cohort Profile: The Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 34:251-56.

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365:1099-104.

Marmot MG, Rose G, Shipley MJ y Thomas BJ. (1981). Alcohol and mortality: a U-shaped curve. *Lancet,* 81;14:580–3.

Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E y Feeney A. (1991). Health inequalities among British Civil Servants: the Whitehall Study. *Lancet*, 337:1387-93.

Marsh, H.W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First-and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.

Martikainen P, Adda J, Ferrie JE, Davey Smith G. y Marmot M. (2003). Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57:718-23.

Martikainen, P. y Valkonen, T. (1999). Bias related to the exclusion of the economically inactive in studies on social class differences in mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28:899-904

Martínez, R. (1999) *Estructura Social y Estratificación*. Madrid: Miño y Dávila Editores.

Marx, K. (1985). *Manuscritos: economía y filosofía.* Madrid: Alianza. (Orig. 1844).

McAnulla, S.D. (2002). Structure and Agency. En: David Marsh and Gerry Stoker (eds.) *Theory and methods in political science*, Palgrave Macmillan, pp.271-291.

McCombs, B. (1991). *Metacognition and Motivation in Higher Level Thinking.* Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago.

McFarlane AC. (2000). Traumatic stress in the 21st century. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: 896-902.

McKay**,** D**.,** Blake R.I**.** y Colwill**,** J.M. (1985). Social supports and stress as predictors of illness. *Journal of Family Practice*, 20: 575 – 81.

Mead, G.H. (1972) *Espíritu, persona y sociedad.* Buenos Aires: Paidós (Orig. 1934).

Menaghan, E.G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En H.B. Kaplan (ed.), *Psychosocial stress: Trends, theory and research*, (pp.157-191). Nueva York: Academic Press.

Merton, R. K. (1940). Bureaucratic structure and personality. *Social Forces*, 18: 560-568

Mirowsky J, Ross CE. (2001). Age and the effect of economic hardship on depression. *Journal of Health and Social Behavior,* 42:132-50.

Mirowsky, J. & Ross, C. (1989). *Social causes of psychological distress.* New York: Aldine of Gruyter

Moos, R.H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment* 11 (1995), pp. 1–13.

Moos, R.H. y Billings, A.G. (1986). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects.* New York: Free Press.

Morales Vallejo, Pedro (2007). *Estadística aplicada a las ciencias sociales. La fiabilidad de los tests y escalas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Mulvany, J. (2000) Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder, *Sociology of Health and Illness 22*(5): 582-601.

Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhter S y Mubbashar MH. (2000). Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. Community survey. *British Journal of Psychiatry*, 177:557-62.

Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarin MI y Fernandez E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32:950–58.

Muntaner, C. y Lynch, J. (1999). Income inequality, social cohesion, and class relations: A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*, 29, 59-81

Muntaner, C., W. W. Eaton, R. Miech, and P. O'Campo (2004) Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. Epidemiology Review. 26, 53-62.

Murphy, T. & Alex T. Lau, A.T. *(2008).* Manejo de valores atípicos. Cómo se evalúa un valor aberrante o inconsistente único. ASTM Standardization News. Disponible en: www.astm.org/SNEWS/SPANISH/SPND08/datapoints_spnd08.html

Nunnally, J.C. (1970). *Introduction to Psychological Measurement*. New York: McGraw-Hill

Nunnally, J.C. (1978), *Psychometric Theory*. New York, McGraw-Hill.

Ojeda Pérez, B.; Ramal, J.; Calvo, F. y Vallespín, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 22, 3: 49-62

Organización Mundial de la Salud (2001) Informe de la salud en el mundo: salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Suiza; 2001. Págs.33-40.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Depresión*. Disponible en Internet: http://www.who.int/mental_health/managment/depression/definition/en.

Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007) Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Saúde Pública*, 6, 23, 1255-1272

Osborne, J. W. (2003). Effect sizes and the disattenuation of correlation and regression coefficients: lessons from educational psychology. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8 (11) http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=11

Osler M, Jørgensen T, Davidsen M, Grønbæk M, Brønnum-Hansen H, Madsen M, Gerdes U y Schroll M. (2001). Socio-economic status and trends in alcohol drinking in the Danish MONICA population, 1982–92. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29:40–43.

Pagés Larraya, F.; Casullo, M.M. y Paso Viola,F. (1982). Prevalencia de la Patología Mental en la megalópolis de Buenos Aires. Documenta Laboris. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET, 32.

Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Retreived month day, year, from http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html

Palomar Lever, J. & Lanzagorta Piñol, N. (2005): Pobreza, recursos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, (1), 9-45

Palomar Lever, J. (2008). Poverty, Stressful Life Events, and Coping Strategies. *The Spanish Journal of Psychology.* Vol. 11, No. 1, 228-249.

Palomar Lever, J. y Cienfuegos Martínez, Y.I. (2006). Impacto de las variables de personalidad sobre la percepción de la pobreza. *Anales de psicología*, 22, (2), 217-233

Parker, G., Barnett, E.A. y Hickie, I.B. (1992) From Nurture to Network: Examining Links Between Perceptions of Parenting Received in Childhood and Social Bonds in Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 877-885

Patel, V y Jané-Llopis E (2005). Pobreza, exclusión social y grupos en desventaja. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press.

Patel, V. y Kleinman, A. (2003): Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization,* 81 (8), 609-615.

Paulhus, D.L. y Christie, R. (1981). Spheres of control: An interactionist approach to assessment of perceived control. In H.L Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (pp. 161-188). New York: Academic Press.

Paulhus, D.L. y Van Selst, M. (1990). The Spheres of Control scale: Ten years of research. *Personality and Individual Differences, 11*, 1029-1036.

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

Pearlin LI, Aneshensel CS y LeBlanc AJ. (1997). The forms and mechanisms of stress proliferation: The case of AIDS caregivers. *Journal of Health and Social Behavior,* 38:223-36

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior,* 22, 337-356.

Pearlin, LI. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30:241-56.

Perkonigg A, Kessler RC, Storz S y Wittchen HU (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrika Scandinava*, 101: 46-59

Pervin, I. (1998). *La ciencia de la personalidad*. México: McGraw-Hill.

Pfeiffer, J.W., Heslin, R. & Jones, J.E. (1976). *Instrumentation in Human Relations Training*. La Jolla, Ca.: University Associates.

Pick, S. y Ruesga, C. (2006). Agencia y desarrollo humano: una perspectiva empírica. Recuperado el 17 de marzo de 2009. Disponible en Internet: http://201.134.218.12/

Poikolainen, K., Vartiainen, E. y Coronen, HJ. (1996). Alcohol intake and subjective health. *American Journal of Epidemiology*, 144:346–50.

Popper, K. *(*1989*). Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge.* Londres: Routledge.

Poulton, R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR y Moffitt TE. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a lifecourse study. *Lancet,* 360:1640-45.

Procidano, M. y Heller*,* K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Pudrovska T, Schieman S y Pearlin LI. (2005). The sense of mastery as a mediator and moderator in the association between economic hardship and health in late life. *Journal of Aging Health*, 17:634-60.

Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. (1997). Health-related social mobility: a comparison of currently employed men and women in Britain and Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1997;2:83-92.

Reigal Garrido, R. & Videra García, A. (2010). La autoeficacia general y su relación con la intención de practicar actividad física en la adolescencia. *Revista Digital*, 15, 143, 1-5.

Ritsher, J. E. B., Warner, V J., Johnson, G. y Dohrenwend B. P. (2001). Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *The British Journal of Psychiatry* 178, s84-s90.

Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579

Rohrer, JE, Pierce JR y Blackburn C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40:438-43.

Ross C y Wu C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-45.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, n° 609.

Ruiz, M., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.

Ryan, H. (2001) *Construct validity of general self-efficacy: investigation of overlap in general self efficacy, domain-specific self-efficacy, and personality.* The University of North Carolina at Wilmington. A Thesis Submitted to the Graduate Faculty of The University of Georgia in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science Athens, Georgia.

Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000): Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsec Motivation, Social Development, and Well-Being. *American psychologist, Vol. 55,* Nº 1, 68-78

Sacker A, Bartley M, Firth D y Fitzpatrick R. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Social Sciencie Medicine*, 52:763-781.

Sánchez de Horcajo, J. J. (1979). *La Cultura, Reproducción o cambio. El análisis sociológico de Pierre Bourdieu*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Sánchez Moreno, E. y Barrón López de Roda, A. (2003). Social Psychology of Mental Health: The Social Structure and Personality Perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6 (1) 3-11

Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, Nº 1, 141-157.

Sandler, I, Ayers, T y Dawson-McClure S (2005). Enfrentando la desintegración familiar: divorcio y duelo. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press.

Sanjuán Suarez P., Pérez García, A. & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, *12,* 509-513.

Sanjuán Suarez P., Pérez García, A. y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población española [General Auto-efficacy Scale: Psychometric properties for Spanish population]. *Psicothema*, 12, 509-513.

Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 165-178.

Sarason, B.R., Pierce, G.R., and Sarason, I. G. (1990) Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In: Sarason, B.R., Sarason, I.G., and Pierce, G.R. (Eds.): Social Support: An Interactional View, 97-128. New York: Wiley

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1982). Concomitants of Social Support: Attitudes, personality Characteristics, and life experiences. Journal of Personality, 50(3), 331-344.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983) Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*; 44: 127-139

Schaefer**,** C., Coyne*,* J.C. y Lazarus**,** R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987) Dispositional optimism and physical: The influence of generalizad expectancies on health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 169-210

Schmidt, E L., & Hunter, J. E. (1996) . Measurement error in psychological research: Lessons from 26 research scenarios. *Psychological Methods*, 1, 199-223.

Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assessment*, 8 (4), 350-353 (http://ist-ocrates.berkeley.edu/~maccoun/PP279_Schmitt.pdf).

Scholz, U., Gutierrez-Doña, B., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18,* 242-251.

Schreider, J.B., Stage, F.K., King, J., Nora, A., Barlow, E.A. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of Education Research*, 99 (6), 323-337.

Schulz, B. (2005). Weight Loss, Self-Efficacy And Modeled Behaviour: Gaining Competence through Example. A thesis submitted in partial fulfillment of the Requirements for the degree of master of arts. Trinity Western University

Schulz, B., & McDonald, M. (2010). Weight Loss Self-Efficacy and Modelled Behaviour: Gaining Competence Through Example. *Canadian Journal Of Counselling And Psychotherapy / Revue Canadienne De Counseling Et De PsychothéRapie, 45*(1). Disponible en http://cjc.synergiesprairies.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/838.

Schunk, D.H. y Pajares, F. (2002). The development of Academic Self-Efficacy. En A. Wigfield & J. Eccles (Eds.), *Development of achievement motivation*. San Diego: Academic Press.

Schütz, A. (1970). *On Phenomenology and Social Relations: Selected Writings*. Chicago: Chicago University Press.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. En J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. (1997). *General perceived self-efficacy in 14 cultures*. Berlin, Germany:Freie Universität Berlin. Recuperado el 15 de septiembre 2008 de Preprint – web: http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm .
Schwarzer, R. (1997). General perceived self-efficacy in 14 cultures. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin
Schwarzer, R. (2011). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm
Schwarzer, R. Y Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs:Assesment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *Work Psychology*. 3, 177-190.
Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. En J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
Schwarzer, R., & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs:Assesment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *Word Psychology. 3*, 177-190.
Seeman, M. (1991) Alienation and Anomie. In Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS (Eds.) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (Vol. 1, pp. 291-372). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
Seeman, M. y Lewis, S. (1995) Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Sciencie and Medicine*, 41, 517-525.
Seeman, TE. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*; 14: 362-70
Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Ediciones B.
Selye, H. (1936). *The stress of life*. New York: Mc Graw Hill.
Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
Selye, H. (1978). *Stress* y conducta social. Buenos Aires: Nuevo Horizonte.
SEMNET (2010). The Structural Equation Modeling Discussion Network Archives. Disponible en http://www2.gsu.edu/~mkteer/semnet.html w/mahalanobis_description.htm.
Sen, A. (1980): Equality of What? En Sen, A. (1999): *Choice, welfare and measurement*, Cambridge (MA): Harvard University Press,.
Sen, A. (2000). Social Exclusion: concept, aplication, and scrutiny. *Social Development Papers* Nº1. Asian Development Bank.
Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
Skapinakis, P, Weich S, Lewis G, Singleton N y Araya R. (2006). Socio-economic position and common mental disorders: longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 189:109-17.
Solomon, Z., Avitzur, E., & Mikulincer, M. (1989). Coping resources and social functioning following combat stress reaction : A longitudinal study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 87-96.
Stahl, D. (2010) Introduction to Path Analysis and Structural Equation Modelling with AMOS. Biostatistics and Computing. Disponible en: www.kcl.ac.uk/iop/depts/.../**amos**
Stansfeld, SA, Head J, Marmot MG. (1998). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33:1–9.
Stansfeld, SA, Marmot MG. (1992). Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants: a validated screening survey using the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 22:739–49.
Streiner, D.L. (2003). Staring at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80 (1), 99-103.
Strine, TW, Balluz L, Chapman DP, Moriarty DG, Owens M y Mokhad AH. (2004). Risk behaviors and healthcare coverage among adults by frequent mental distress status. *American Journal of Preventive Medicine*, 26:213-16.
Stronks, K, van de Mheen HD, Looman CW y Mackenbach JP. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology* of *Health* & *Illness*, 18:653-74.

Tabachnick, B.G.& Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, Fourth Edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
Tami, F. y Salvia, A. (2004): Desarrollo Humano y Deuda Social En Departamento de Investigación Institucional. Observatorio de la Deuda Social Argentina (Ed.) *Las grandes desigualdades*. Buenos Aires: EDUCA
Tanaka, J.S. (1987). "How big is big enough?": Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. *Child Development*, 58, 134-146.
Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K.A. Bollen, & J.S. Long (eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
Tarlov, A.R. (1996) Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R.G. (eds) *Health and Social Organization. Towards a Health Policy for the 21st Century*. London and New York: Routledge.
Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, número extra, 53-79.
Thompson, S. C., Cheek, P. R. y Graham, M. A. (1988). The other side of perceived control: Disadvantages and negative effects. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 69—93). Newbury Park, CA: Sage.
Thrane, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science and Medicine,* 62:467-78.
Townsend, P y Davidson N. (1982). *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin.
Trucco, M. (2002) Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40 (Suplemento 2*): 8-19 *versión On-line* ISSN 0717-9227
Turner, R.J., Wheaton, B. y Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
Undurraga, C. y Avendaño, C. (1998). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psykhe*, 6, (1) 57-63
Universidad Complutense de Madrid (2008). Modelización y Programación Estructural con Amos. Disponible en www.ucm.es/info/.../Ecuaciones_estructurales Sesi_n2.ppt
Vågerö, D. e Illsley, R. (1995) Explaining health inequalities: beyond Black and Barker. A discussion of some issues emerging in the decade following the Black Report, *European Sociological Review*, 11, 3, 219–41.
van Oers JAM, Bongers IMB, van de Goor LAM, Garretsen HFL. (1998). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socio-economic status. *Alcohol*, 34:78–88.
Vogel, W.H. (1985). Coping, stress, stressors and health consequences. *Neuropsychobiology, 13,* 129-135.
Warr, P. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
Weber M. (1978) Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology. Berkeley: California University Press 1978 (Original, 1914).
Weinberger, D.A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. En J.L. Singer (Ed.). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp.337-386). Chicago: University of Chicago Press.
Weissman**,** M.M. y Klerman G. L. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives General of Psychiatry*, 34, 98-111.
Weiten, W.y Lloyd, M.A. (2006) *Psychology Applied to Modern Life*. Thomson Wadsworth; Belmont California.
Wiggins, RD, Schofiel A, Sacker A, Head J y Bartley M. (2004). Social position and minor psychiatric morbidity over time in the British Household Panel Survey 1991-1998. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58:779–87.
Wilkinson, R, y Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva.* Madrid: Océano
Wilkinson, R.G. (1986) Income and mortality. In Wilkinson, R.G. (ed) *Class and Health. Research and Longitudinal Data*. London and New York: Tavistock Publications.
Wilkinson, R.G. (1990) Income distribution and mortality: a natural experiment, *Sociology of Health and Illness*, 12, 4, 391–412.
Wilkinson, R.G. (1992) Income distribution and life expectancy, *British Medical Journal*, 308, 1113–14.
Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London and New York: Routledge.

Williams, DR y House JS. (1991). Stress, social support, control and coping: A social epidemiological view. En: Badura B, Kickbusch I. (Eds.), 1991. Pp 147-172.
Williams, G.C.& Deci, E.L. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 70, 767-79.
Wilson, W. J. (1996). *When work disappears: The new world of the urban poor*. New York: Alfred A. Knopf.
World Health Organization (2007). The world health report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century
World Health Organization. (2001). *The world health report 2001- Mental Health: new understanding, new hope.* Geneve: World Health Organization.
World Health Organization. (2002). *The World Health Report, 2002*: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization.
Wortman, C. B. y Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In S. Cohen and S. L. Syme (eds.). *Social Support and Health,* (pp. 281-302). Orlando. FI.: Academic Press.
Young, M.Y. (2001): Moderators of stress in Salvadoran refugees: The role of social and personal resources. *International Migration Review, 35,* 3, 840-869
Zimmermann FJ y Katon W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Journal of Health Economics*, 14:1197–215.
Zuroff, D. C. y Rotter, J. B. (1985). A history of the expectancy construct in psychology. En J.B. Dusek (Ed.), *Teacher expectancies* (pp. 7-36). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

# ANEXO I

# ANOVA y post-hoc de las variables del modelo

**Tabla 1A. Año 2007. Estrés social, Red social y Apoyo emocional según posición social. Comparaciones múltiples**

Bonferroni

| Variable dependiente | (I) Posición social | (J) Posición social | Diferencia de medias (I-J) | DE | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Estrés | Muy bajo | Bajo | ,56983* | ,12784 | ,000 |
| | | Medio bajo | 1,07053* | ,12721 | ,000 |
| | | Medio alto | 1,65307* | ,11715 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,56983* | ,12784 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,50070* | ,12560 | ,000 |
| | | Medio alto | 1,08324* | ,11539 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -1,07053* | ,12721 | ,000 |
| | | Bajo | -,50070* | ,12560 | ,000 |
| | | Medio alto | ,58254* | ,11470 | ,000 |
| | Meido alto | Muy bajo | -1,65307* | ,11715 | ,000 |
| | | Bajo | -1,08324* | ,11539 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,58254* | ,11470 | ,000 |
| Red social | Muy bajo | Bajo | ,22091 | ,78767 | 1,000 |
| | | Medio bajo | -2,32317* | ,78380 | ,018 |
| | | Medio alto | -4,12629* | ,72180 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,22091 | ,78767 | 1,000 |
| | | Medio bajo | -2,54408* | ,77386 | ,006 |
| | | Medio alto | -4,34721* | ,71099 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | 2,32317* | ,78380 | ,018 |
| | | Bajo | 2,54408* | ,77386 | ,006 |
| | | Medio alto | -1,80313 | ,70670 | ,065 |
| | Meido alto | Muy bajo | 4,12629* | ,72180 | ,000 |
| | | Bajo | 4,34721* | ,71099 | ,000 |
| | | Medio bajo | 1,80313 | ,70670 | ,065 |
| Apoyo emocional | Muy bajo | Bajo | -,09569 | ,08893 | 1,000 |
| | | Medio bajo | -,33438* | ,08849 | ,001 |
| | | Medio alto | -,48209* | ,08149 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | ,09569 | ,08893 | 1,000 |
| | | Medio bajo | -,23869* | ,08737 | ,038 |
| | | Medio alto | -,38640* | ,08027 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | ,33438* | ,08849 | ,001 |
| | | Bajo | ,23869* | ,08737 | ,038 |
| | | Medio alto | -,14771 | ,07979 | ,386 |
| | Meido alto | Muy bajo | ,48209* | ,08149 | ,000 |
| | | Bajo | ,38640* | ,08027 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,14771 | ,07979 | ,386 |

*. La diferencia entre medias es significativa al nivel de .05

**Tabla 1B. Año 2007. Autoeficacia, Control externo y Afrontamiento evitativo según posición social. Comparaciones múltiples**

Bonferroni

| Variable dependiente | (I) Posición social | (J) Posición social | Diferencia de medias (I-J) | DE | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Control externo | Muy bajo | Bajo | ,32607* | ,07138 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,40710* | ,07103 | ,000 |
| | | Medio alto | ,61329* | ,06541 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,32607* | ,07138 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,08103 | ,07013 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,28722* | ,06443 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,40710* | ,07103 | ,000 |
| | | Bajo | -,08103 | ,07013 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,20619* | ,06405 | ,008 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,61329* | ,06541 | ,000 |
| | | Bajo | -,28722* | ,06443 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,20619* | ,06405 | ,008 |
| Afront. pasivo | Muy bajo | Bajo | ,29528 | ,13671 | ,186 |
| | | Medio bajo | ,55413* | ,13604 | ,000 |
| | | Medio alto | ,76170* | ,12528 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,29528 | ,13671 | ,186 |
| | | Medio bajo | ,25885 | ,13431 | ,325 |
| | | Medio alto | ,46642* | ,12340 | ,001 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,55413* | ,13604 | ,000 |
| | | Bajo | -,25885 | ,13431 | ,325 |
| | | Medio alto | ,20757 | ,12266 | ,545 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,76170* | ,12528 | ,000 |
| | | Bajo | -,46642* | ,12340 | ,001 |
| | | Medio bajo | -,20757 | ,12266 | ,545 |
| Baja autoeficacia | Muy bajo | Bajo | ,120 | ,046 | ,056 |
| | | Medio bajo | ,175* | ,046 | ,001 |
| | | Medio alto | ,239* | ,042 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,120 | ,046 | ,056 |
| | | Medio bajo | ,056 | ,045 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,120* | ,042 | ,025 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,175* | ,046 | ,001 |
| | | Bajo | -,056 | ,045 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,064 | ,041 | ,731 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,239* | ,042 | ,000 |
| | | Bajo | -,120* | ,042 | ,025 |
| | | Medio bajo | -,064 | ,041 | ,731 |

*. La diferencia entre medias es significativa al nivel de .05

**Tabla 2A. Año 2008. Estrés social, Red social y Apoyo emocional según posición social. Comparaciones múltiples**

Bonferroni

| Variable dependiente | (I) Posición social | (J) Posición social | Diferencia de medias (I-J) | Error estándar | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Estrés social | Muy bajo | Bajo | ,55906* | ,12914 | ,000 |
| | | Medio bajo | 1,07694* | ,12906 | ,000 |
| | | Medio alto | 1,58127* | ,11656 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,55906* | ,12914 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,51788* | ,12973 | ,000 |
| | | Medio alto | 1,02220* | ,11731 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -1,07694* | ,12906 | ,000 |
| | | Bajo | -,51788* | ,12973 | ,000 |
| | | Medio alto | ,50432* | ,11721 | ,000 |
| | Medio alto | Muy bajo | -1,58127* | ,11656 | ,000 |
| | | Bajo | -1,02220* | ,11731 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,50432* | ,11721 | ,000 |
| Red social | Muy bajo | Bajo | -1,63609 | ,84042 | ,310 |
| | | Medio bajo | -2,65834* | ,83986 | ,009 |
| | | Medio alto | -4,85722* | ,75855 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | 1,63609 | ,84042 | ,310 |
| | | Medio bajo | -1,02225 | ,84425 | 1,000 |
| | | Medio alto | -3,22113* | ,76341 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | 2,65834* | ,83986 | ,009 |
| | | Bajo | 1,02225 | ,84425 | 1,000 |
| | | Medio alto | -2,19888* | ,76280 | ,024 |
| | Medio alto | Muy bajo | 4,85722* | ,75855 | ,000 |
| | | Bajo | 3,22113* | ,76341 | ,000 |
| | | Medio bajo | 2,19888* | ,76280 | ,024 |
| Apoyo emocional recibido | Muy bajo | Bajo | -,14872 | ,08764 | ,539 |
| | | Medio bajo | -,22148 | ,08758 | ,069 |
| | | Medio alto | -,50504* | ,07910 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | ,14872 | ,08764 | ,539 |
| | | Medio bajo | -,07275 | ,08803 | 1,000 |
| | | Medio alto | -,35632* | ,07961 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | ,22148 | ,08758 | ,069 |
| | | Bajo | ,07275 | ,08803 | 1,000 |
| | | Medio alto | -,28356* | ,07954 | ,002 |
| | Medio alto | Muy bajo | ,50504* | ,07910 | ,000 |
| | | Bajo | ,35632* | ,07961 | ,000 |
| | | Medio bajo | ,28356* | ,07954 | ,002 |

*. La media es significativa a nivel de .05.

**abla 2B. Año 2008. Autoeficacia, Control externo y Afrontamiento evitativo según posición socia**
**Comparaciones múltiples**

Bonferroni

| Variable dependiente | (I) Posición social | (J) Posición social | Diferencia de medias (I-J) | Error estándar | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Baja autoeficacia | Muy bajo | Bajo | ,144* | ,044 | ,007 |
| | | Medio bajo | ,175* | ,044 | ,001 |
| | | Medio alto | ,318* | ,040 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,144* | ,044 | ,007 |
| | | Medio bajo | ,031 | ,045 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,174* | ,040 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,175* | ,044 | ,001 |
| | | Bajo | -,031 | ,045 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,143* | ,040 | ,002 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,318* | ,040 | ,000 |
| | | Bajo | -,174* | ,040 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,143* | ,040 | ,002 |
| Control externo | Muy bajo | Bajo | ,25357* | ,06907 | ,001 |
| | | Medio bajo | ,36740* | ,06903 | ,000 |
| | | Medio alto | ,57971* | ,06234 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,25357* | ,06907 | ,001 |
| | | Medio bajo | ,11383 | ,06939 | ,607 |
| | | Medio alto | ,32614* | ,06274 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,36740* | ,06903 | ,000 |
| | | Bajo | -,11383 | ,06939 | ,607 |
| | | Medio alto | ,21231* | ,06269 | ,004 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,57971* | ,06234 | ,000 |
| | | Bajo | -,32614* | ,06274 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,21231* | ,06269 | ,004 |
| Afrontamiento evitativo | Muy bajo | Bajo | ,09047 | ,13996 | 1,000 |
| | | Medio bajo | ,17658 | ,13987 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,72204* | ,12632 | ,000 |
| | Bajo | Muy bajo | -,09047 | ,13996 | 1,000 |
| | | Medio bajo | ,08611 | ,14060 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,63157* | ,12713 | ,000 |
| | Medio bajo | Muy bajo | -,17658 | ,13987 | 1,000 |
| | | Bajo | -,08611 | ,14060 | 1,000 |
| | | Medio alto | ,54546* | ,12703 | ,000 |
| | Medio alto | Muy bajo | -,72204* | ,12632 | ,000 |
| | | Bajo | -,63157* | ,12713 | ,000 |
| | | Medio bajo | -,54546* | ,12703 | ,000 |

*. La media es significativa a nivel de .05.

# ANEXO II

## Encuesta de la Deuda Social Argentina – EDSA
## Ítems utilizados en este estudio

(Para acceder a la versión completa de la "EDSA" véase
http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/cuest-2007.pdf)

**N° CUESTIONARIO**

**FECHA DE HOY** ..... /..... /.....

***Pontificia Universidad Católica Argentina***
***Santa María de los Buenos Aires***
***Departamento de Investigación Institucional***

# ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

**Buenos días / Buenas tardes. Mi nombre es ..... y soy encuestador de un equipo de investigación de la Universidad dedicado al estudio de los problemas sociales del país.**

*ENCUESTADOR: RECUERDE LLEVAR CONSIGO LAS TARJETAS Y LOS INSTRUCTIVOS. EN CASO DE PANEL, RECUERDE QUE SÓLO DEBE SER ENTREVISTADA LA PERSONA QUE COINCIDE CON LOS DATOS QUE FIGURAN EN LA ESQUINA SUPERIOR IZQUIERDA. EN CASO DE REEMPLAZO DEBERÁ RESPETARSE LA EDAD Y SEXO CORRESPONDIENTE A LA CUOTA ASIGNADA.*

***HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA:*** **……. : …….**

***Para su tranquilidad:*** *Los datos suministrados serán utilizados con fines estadísticos y publicados únicamente en publicaciones de conjunto.*

**1. Punto Muestra**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capital Federal | 1 | Córdoba | 3 | Salta | 5 | Bahía Blanca | 7 | Rosario | 9 |
| Conurbano | 2 | Mendoza | 4 | Resistencia | 6 | Neuquén | 8 | Paraná | 10 |

| | |
|---|---|
| Calle:<br>**.....** | **Nro:** ..... **Piso:**.....<br>**Depto:**..... |
| **Descripción:**<br>..... | **Otra:**<br>..... |
| **Barrio / Manzana:**<br>..... | **Teléfono: (**.....**)**<br>..... |

| | |
|---|---|
| **Nombre de pila del Entrevistado:**<br>..... | **Encuestador:**<br>…….....…….. |

**2. Barrio**

| | |
|---|---|
| Barrio con trazado urbano | 1 |
| Villa de emergencia / asentamiento | 2 |

**3. Tipo de Vivienda**

| | |
|---|---|
| Casa | 1 |
| Departamento | 2 |
| Pieza/s en casa de inquilinato | 3 |
| Casilla | 4 |
| Pieza/s en hotel | 5 |
| Otro (rancho, vivienda en lugar de trabajo, etc) | 6 |

**4. Código de mapa (letra y número)**

| **Letra:** | I | P | M | MM | A | **Número:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. El entrevistado es:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Panel | 1 | Reemplazo | 2 | Caso Nuevo | 3 |

*RECONSTRUYA CON EL ENCUESTADO LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR. REGISTRE PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR AL QUE PERTENECE EL ENCUESTADO LOS DATOS QUE SE SOLICITAN EN GRILLA (NO CONSIDERE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN OTROS HOGARES PERTENECIENTES A LA MISMA VIVIENDA). SIEMPRE UTILICE LOS CÓDIGOS.*

**Ahora, le voy a realizar algunas preguntas con respecto a su hogar.**

| *PARA TODOS* | | | | | | | *PARA LOS QUE ASISTEN:* | *PARA LOS QUE ASISTEN O NO ASISTEN PERO ASISTIERON*: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nombre** | **Edad**<br><br>*Indique con una M cuando sean meses* | **Sexo**<br><br>1.Varón<br>2.Mujer | **Parentesco**<br><br>**con el jefe**<br><br>**1. Jefe**<br>2. Cónyuge<br>3. Hijo/a<br>4. Hijastro/a<br>5. Yerno / Nuera<br>6. Hermano/a<br>7. Nieto<br>8. Cuñado<br>9. Padre / Suegro<br>10. Otros familiares<br>11. Servicio doméstico<br>12. Otros componentes | **Situación conyugal actual:**<br><br>1. Soltero<br>2. Casado<br>3. Unido de hecho<br>4. Divorciado<br>5. Separado<br>6. Viudo<br>9. Ns / Nr | **¿Asiste actualmente a un establecimiento educativo (Hogar de cuidado diario, Guardería, Jardín, Preescolar, escuela, colegio, universidad)?**<br><br>1. Asiste<br><br>2. No asiste pero asistió<br><br>3. Nunca asistió<br><br>9. Ns/Nr | **¿El establecimiento al cual asiste es...?**<br><br>1. Público/del estado<br>2. Parroquial o religioso<br>3. Privado laico<br>9. Ns/Nr | **¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?**<br><br>1. Guardería/ hogar de cuidado<br>2. Jardín 2 o 3 años<br>3. Jardín 4 años<br>4. Preescolar<br>5. Primario<br>6. EGB<br>7. Secundario<br>8. Polimodal<br>9. Terciario<br>10. Universitario<br>11. Posgrado Univ.<br>12. Educ. especial<br>99. Ns / Nr |

## ESTRÉS SOCIAL

En los últimos 12 meses, **¿Ud. o algún miembro de su hogar sufrió...**

| | Sí, el entrevistado | Sí, otro miembro del hogar | Sí, el entrevistado y otro miembro del hogar | Ninguno | Ns/Nr |
|---|---|---|---|---|---|
| **47** ... un hecho de delincuencia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **48** ... un accidente de tránsito? | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **49** ... un accidente de trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **50** ... un hecho de violencia física?(golpes, ataques, lesiones) | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |

Ahora le voy a mencionar algunas cosas que la gente que tiene problemas económicos se ve obligada a dejar de hacer, por ejemplo: **"en los últimos 12 meses, Ud. o su familia han tenido que dejar de ir al médico..."?**

| | Sí | No | Ns/Nr |
|---|---|---|---|
| **246.** ¿Dejar de ir al médico o al dentista? | 1 | 2 | 0 |
| **247.** ¿No comprar medicamentos? | 1 | 2 | 0 |
| **248.** ¿Comprar menos comida/ o comida de menor calidad? | 1 | 2 | 0 |
| **249.** ¿Dejar de realizar actividades recreativas/ salir de paseo? | 1 | 2 | 0 |
| **250.** ¿No comprar ropa aunque le haga falta? | 1 | 2 | 0 |
| **251.** ¿No reparar la casa aunque le haga falta? | 1 | 2 | 0 |
| **252.** ¿No pagar el alquiler o la cuota de la casa? | 1 | 2 | 0 |
| **253.** ¿No pagar servicios? (gas, luz, teléfono) | 1 | 2 | 0 |
| **254.** ¿No pagar impuestos o tasas municipales? | 1 | 2 | 0 |
| **255.** ¿Dejar de comprar útiles escolares? | 1 | 2 | 0 |

**124**. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. estuvo alguna vez desempleado por razones ajenas a su voluntad?

| Si, más de una vez | 1 | Si, sólo una vez | 2 | No, nunca | 3 | Ns/Nr | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

## APOYO Y RED SOCIALES

| | | |
|---|---|---|
| ***56.*** *Respecto a su familia,* ***¿con cuántos parientes (hermanos, abuelos, tíos, primos) que no viven con usted tiene contacto mensual regular en forma personal, telefónica, correo o e-mail?****.....* | *No tengo parientes* | *0* |

| | | |
|---|---|---|
| ***57.*** *Respecto a sus amigos,* ***¿con cuántos amigos personales que no viven con usted tiene contacto mensual regular, en forma personal, telefónica, correo o e-mail?*** *.....* | *No tengo amigos* | *0* |

Durante el último año, **¿Ud. ha hecho alguna de las cosas que le voy a mencionar en beneficio de las siguientes personas?**

| | A. a parientes que no conviven con usted | | B. a amigos | | C. a vecinos | | D. a personas de su trabajo | | E. a otros | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** |
| Ayudó en las tareas domésticas, compras o cuidado de niños o enfermos sin cobrar. | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Ayudó a buscar trabajo | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Prestó o regaló dinero | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Dio alimentos o ropa | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Le dedicó tiempo y escuchó los problemas de alguien que estaba deprimido o triste | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |

**¿Recibió ayuda de las siguientes personas?**

| | A. de parientes que no conviven con usted | | B. de amigos | | C. de vecinos | | D. de personas de su trabajo | | E. de otros | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** |
| Para tareas domésticas, cuidar chicos o enfermos | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Le prestaron o le regalaron dinero | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Para encontrar trabajo | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Le dieron alimentos o ropa | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Escucharon sus problemas y le dedicaron tiempo para charlar | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |

## RECURSOS PSICOLÓGICOS

***LEA CADA PREGUNTA Y MUESTRE LA TARJETA CON OPCIONES DE RESPUESTA.***

Por favor, conteste a las siguientes preguntas "pensando cómo se sintió Ud. en estas últimas cuatro semanas" (o en el último mes). *(MOSTRAR TARJETA)* ¿Ud. se sintió....

| | Siempre | Casi siempre | A veces | Pocas veces | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|
| 158 ... cansado sin motivo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 159 ... nervioso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160 ... tan nervioso que nada podía calmarlo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 161 ... desesperanzado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 162 ... inquieto o impaciente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 163 ... tan inquieto que no podía quedarse sentado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 164 ... deprimido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 165 ... ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 166 ... ha sentido tanta tristeza que nada podía alegrarlo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 167 ... inútil, poco valioso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A continuación hay "algunas frases que expresan distintas opiniones ante la vida". Por favor, **señale si estas frases aplicadas a Ud. mismo son "Verdaderas" (V) o "Falsas" (F). No hay respuestas correctas o incorrectas, solo responda con sinceridad.** *SI AL ENTREVISTADO LE CUESTA COMPRENDER CUÁNDO CONTESTAR V O F, DIGALE QUE PUEDE ESTAR DE ACUERDO (V) O EN DESACUERDO (F).*

| | V | F | Ns/Nr |
|---|---|---|---|
| **175.** No puedo pensar proyectos más allá del día a día | 1 | 2 | 0 |
| **176.** En este momento, no sé que quiero hacer con mi vida | 1 | 2 | 0 |
| **177.** Experimento una profunda comunión con Dios (Me siento muy unido a Dios) | 1 | 2 | 0 |
| **178.** Aún cuando tengo problemas, puedo encontrar paz espiritual dentro mío | 1 | 2 | 0 |
| **179.** Lograr lo que uno quiera de la vida no depende de la suerte ni del azar | 1 | 2 | 0 |
| **180.** Con el voto no se cambia nada | 1 | 2 | 0 |
| **181.** En la vida, las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas | 1 | 2 | 0 |
| **182.** Muchas veces siento que las decisiones las toman otros por mí (no controlo mi vida) | 1 | 2 | 0 |

Las siguientes frases indican “distintos modos en que una persona puede actuar ante un problema”. **Señale cuál es su forma de actuar o de reaccionar ante un problema.** No hay respuestas correctas o incorrectas. Solo responda con sinceridad.

| **ANTE UN PROBLEMA...** | **Casi siempre** | **Muchas veces** | **Pocas veces** | **Casi nunca** | **Ns/Nr** |
|---|---|---|---|---|---|
| **168.** Me pongo tan mal que no puedo hacer nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **169.** Me dedico a resolver lo que está provocando el problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **170.** Dejo que el destino o Dios se ocupen de mi problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **171.** Cuento con gente que me puede ayudar a resolverlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **172.** Busco alguna manera de olvidar mis dificultades | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **173.** Me trazo un plan de acción y lo sigo hasta resolver el problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
| **174.** Pienso en diferentes formas de afrontar el problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |

A continuación hay “algunas frases que expresan distintas opiniones ante la vida”. Por favor, **señale si estas frases aplicadas a Ud. mismo son “Verdaderas” (V) o “Falsas” (F). No hay respuestas correctas o incorrectas, solo responda con sinceridad.** *SI AL ENTREVISTADO LE CUESTA COMPRENDER CUÁNDO CONTESTAR V O F, DIGALE QUE PUEDE ESTAR DE ACUERDO (V) O EN DESACUERDO (F).*

| | **V** | **F** | **Ns/Nr** |
|---|---|---|---|
| **175.** No puedo pensar proyectos más allá del día a día | 1 | 2 | 0 |
| **176.** En este momento, no sé que quiero hacer con mi vida | 1 | 2 | 0 |
| **177.** Experimento una profunda comunión con Dios (Me siento muy unido a Dios) | 1 | 2 | 0 |
| **178.** Aún cuando tengo problemas, puedo encontrar paz espiritual dentro mío | 1 | 2 | 0 |
| **179.** Lograr lo que uno quiera de la vida no depende de la suerte ni del azar | 1 | 2 | 0 |
| **180.** Con el voto no se cambia nada | 1 | 2 | 0 |
| **181.** En la vida, las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas | 1 | 2 | 0 |
| **182.** Muchas veces siento que las decisiones las toman otros por mí (no controlo mi vida) | 1 | 2 | 0 |

**191. ¿Qué tan conforme está Ud. con sus capacidades para afrontar la vida?**

| 1. Muy conforme | 2. Conforme | 3. Poco conforme | 4. Nada conforme | 0. Ns/Nr |
|---|---|---|---|---|

**272.** A los fines de poder verificar que esta entrevista fue respondida, **¿podría darme un teléfono donde la UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA pueda llamarlo en caso de que quiera verificar alguna información?**

| | |
|---|---|
| ▪ Teléfono: | …… …….. |

*PARA CASOS QUE SERÁN REENTREVISTADOS ('PANEL').* **Para poder volver a entrevistarlo el año próximo, va a ser necesaria una forma de contactarlo para coordinar la siguiente entrevista… ¿Cómo prefiere ser contactado?**

| | | |
|---|---|---|
| **273. Deseo ser contactado:** | ▪ Por teléfono | 1 |
| | ▪ Por correo electrónico | 2 |
| | ▪ Aviso por carta / correo postal | 3 |
| | ▪ No deseo volver a realizar la encuesta ( → *PASAR A 276*) | 4 |
| **274/275. Consignar al menos una forma de contacto….** | **272.** Teléfono: | …… |
| | **273.** Correo electrónico: | …… |

**276.** *ENCUESTADOR*

***HORA DE FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA***

**……. : …….**

**FIN ..... Le estamos muy agradecidos por su buena predisposición.**

| | |
|---|---|
| **277. SUPERVISADA: 1. Sí 2. No** | NOMBRE SUPERVISOR: ..... |

# ANEXO III

## Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10)

(Véase
revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/download/.../1411)