

Apoyo social, salud mental y situación económica en mujeres de familias monoparentales y biparentales usuarias de los Servicios Sociales

Social support, mental health and economic situation in women of single-parent and two-parent families users of Social Services

ISABEL HOMBRADOS MENDIETA¹

Universidad de Málaga

CARMEN OLMOS RUIZ

Ayuntamiento de Málaga

Recibido: 02/11/2015

Aceptado: 03/05/2016

Resumen: Esta investigación se plantea estudiar si la percepción de apoyo social se relaciona positivamente con la salud mental de las mujeres de familias monoparentales y biparentales y analizar las necesidades económicas de estas familias. Las participantes han sido 73 mujeres con hijos, 36 mujeres que afrontan en solitario la maternidad y 37 mujeres que la comparten con su pareja, todas ellas son objeto de intervención por parte de un equipo de tratamiento familiar de los Servicios Sociales. Las participantes responden a un cuestionario que incluye las variables de estudio. Respecto a los resultados, las diferencias de medias (MANOVA) y los análisis de correlación indican que las familias monoparentales tienen significativamente más problemas económico-laborales y de salud mental que las familias biparentales. Los resultados también muestran una relación negativa entre apoyo social y problemas de salud mental, las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo social y manifiestan más problemas de salud mental que las mujeres de familias biparentales. Estos resultados plantean la necesidad de ofrecer protocolos de actuación desde los Servicios Sociales acordes con las necesidades de estas familias.

Palabras clave: Familias monoparentales, familias biparentales, apoyo social, salud mental, necesidades económicas.

Abstract: The aim of this research is to study if the perception of social support is favorably related to the mental health of the women of single-parent and two-parent families and to analyze the economic needs of these families. The participants have been 73 women with children, 36 women who face maternity by themselves and 37 women who share the maternity with their partners. All of them are object of intervention by a family treatment team of the Social Services. Participants respond to a questionnaire with the study variables. The results (MANOVA and Correlations) prove that the single-parent families have significantly more economic, working and mental health problems than the two-parent families. The results also prove a negative relation between social support and mental health problems, women from single parent families perceive less social support and show more problems of mental health than women from two-parent families. These results raise the necessity of offering action protocols from the Social Services according to the needs of these families.

Keywords: Single-parent families, two-parent families, social support, mental health, economic needs.

1. Dirección para correspondencia: Isabel Hombrados Mendieta. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos, s/n. 29071. Universidad de Málaga. mihombrados@uma.es

INTRODUCCIÓN

La familia es el grupo fundamental de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas, la crianza de los hijos, la supervivencia y la unión entre sus miembros (Minuchin y Fishman, 1985). La familia se concibe como un sistema abierto que está en continuo cambio, los miembros están íntimamente relacionados entre sí y, por lo tanto, la conducta de cada uno influye en la de los demás. La familia se ha considerado una fuente primaria de apoyo social, pues sus miembros están en condiciones de ofrecerse la ayuda que necesitan (Beehr, 1985).

En la actualidad, el concepto de familia ha experimentado profundas transformaciones lo que ha producido una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia. Las investigaciones coinciden en señalar que la mayoría de los cambios en la estructura familiar son graduales y se ven afectados por el contexto social en el que se encuentran inmersas (Meil, 1995). Son muchos los aspectos que se pueden analizar en el contexto familiar. Según Spoth (2010), el análisis de la familia se puede realizar atendiendo al menos a tres cuestiones: a) Los diferentes estadios vitales y las situaciones de estrés vinculadas a ellas; b) Las características sociodemográficas y necesidades sociales específicas, situaciones de crisis económicas, desempleo, etc; c) Las situaciones de riesgo. En este caso hay familias que, por sus circunstancias psicosociales, son definidas con diferentes niveles de riesgo, dando lugar en muchos casos a familias multiproblemáticas (las familias monoparentales o las familias donde se produce maltrato son algunos ejemplos).

Para los profesionales de los Servicios Sociales tiene un especial interés las familias multiproblemáticas. En estas familias se dan una serie de características que suelen aparecer entrelazadas en la práctica: polisintomatología y crisis recurrentes, desorganización, abandono de las funciones parentales y aislamiento (Gómez, et al., 2007). Las familias monoparentales, por sus circunstancias psicosociales, son consideradas, en muchos casos, familias en situación de riesgo que acaban convirtiéndose en familias multiproblemáticas (Duncan, 1994; Menéndez, et al., 2010). Las familias monoparentales han existido siempre, aunque, en los últimos tiempos, han sufrido un incremento notable, ya que se encuentran dentro de estas familias situaciones familiares y sociales muy diversas (Almeda y Flaquer, 1995). La cifra de familias monoparentales va en aumento no sólo en España sino también en el resto de Europa. En cuanto al volumen de familias a las que nos estamos refiriendo, estimaciones recientes sitúan en torno a un 10% el porcentaje de núcleos familiares bajo la responsabilidad de un solo progenitor (Eurostat, 2015), habitualmente la madre con hijos menores de edad. Por esta razón de género algunos autores prefieren hablar de familias monomarentales o

de madres solas (Morgado, et al., 2003). Previsiblemente, este porcentaje siga incrementándose, puesto que las familias monoparentales son las que han mostrado un incremento mayor en comparación con los restantes núcleos familiares, no sólo en España, sino también en el resto de Europa. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), los hogares monoparentales están formados, en su mayoría, por la madre con sus hijos y ha crecido un 2,7% en un año. Por ello, desde distintas Organizaciones Internacionales, como Save the Children se consideran insuficientes las medidas de apoyo a esta clase de núcleos familiares, especialmente las compuestas por un progenitor con dos o más hijos. Según esta organización el 38% de los núcleos familiares españoles monoparentales vive por debajo del umbral de la pobreza.

En un primer momento las familias monoparentales se definen como aquellas en las que un solo progenitor es responsable de sus hijos (Consejo de Europa, 1995). Sin embargo, dentro de esta definición caben situaciones muy diversas y condiciones emocionales, sociales y económicas muy diferentes dependiendo del caso. Por ello, con posterioridad, se han definido las familias monoparentales como la situación familiar de convivencia de uno, o de varios, hijos menores con uno sólo de sus progenitores, sea el padre o la madre, por cualquier causa (Comisión de los Derechos de la Mujer, 1998). Los elementos que mejor caracterizan a las familias monoparentales son las siguientes: a) presencia de un único progenitor; b) convivencia con uno o varios hijos; c) presencia de hijos menores e hijos no emancipados; d) diversidad de circunstancias que dan lugar a la monoparentalidad; e) situación de vulnerabilidad; f) escasa percepción de apoyo social (Hombrados-Mendieta, 2013; Iglesias de Ussel, 1998; Rodríguez y Luengo, 2003). Los datos informan de una mayor incidencia de la pobreza entre los niños provenientes de hogares de progenitor único y, además, la escasez de apoyo social prestado a los progenitores correlaciona de forma importante con el desarrollo de conductas de abuso y maltrato a menores (Spoth, 2010).

En las familias monoparentales las investigaciones han confirmado la importancia del apoyo social como factor de protección. Las redes de apoyo social son fundamentales para mantener, o mejorar, las condiciones económicas, o para hacer frente a las dificultades que presentan las mujeres al frente de hogares monoparentales. En general, existe una importante evidencia empírica que indica que el apoyo social se relaciona positivamente con mayor salud y calidad de vida, ya que aquellas personas que tienen una red de contactos sociales (pareja, amigos, familia) que les atienden material y emocionalmente, tienen una vida más saludable que aquellos que no disponen de tal apoyo (Cohen y Syme, 1985; Cohen y Wills, 1985; Saranson, et al., 1990). Los estudios muestran que recibir apoyo, afecto e información positiva de personas relevantes para el individuo, es una fuente central

para adquirir una autoimagen positiva que contribuye a la integración en una red social amplia y percibida como beneficiosa (García, 2003). Repetidamente se han puesto de manifiesto los beneficios del apoyo social frente a los efectos que distintos agentes físicos y psicológicos tienen sobre nuestra salud y calidad de vida (Barrón y Sánchez, 2001; Herrero y Musitu, 1998; Hombrados-Mendieta y García 2003; Uchino et al., 1999). En la mayoría de las ocasiones el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar, tal y como demuestra la extensa bibliografía sobre los efectos directos y protectores del apoyo social ante diferentes situaciones vitales de vulnerabilidad (Barrón, 1996; Hombrados-Mendieta, 2010; Hombrados-Mendieta y Castro, 2013).

La baja percepción de apoyo social y la escasez de una red de relaciones o personas significativas es un elemento que contribuye a perpetuar las consecuencias negativas sobre la salud mental de la mujer (Stark, 2007; Woodward, et al., 2013). En cambio, la percepción de apoyo contribuye a incrementar las estrategias de afrontamiento para salir de situaciones de vulnerabilidad (Bybee y Sullivan, 2005); previene de nuevas relaciones conflictivas (Bender, et al., 2003), disminuye la violencia física (Fleet y Hiebert-Murphy, 2013) y, en general, aumenta la seguridad de las mujeres (Goodman, et al., 2005). Respecto a la relación entre salud y apoyo social hay una amplia evidencia empírica que muestra que las relaciones sociales y el apoyo social se relacionan positivamente con la salud mental (Peirce, et al., 2000); con el bienestar (Davis y Morris, 1998); y con la recuperación de problemas de salud físicos y psicológicos (Asher, 1984). En cambio, la carencia de apoyo, el aislamiento y una escasa red social se relacionan con menos salud física y psicológica (House, et al., 1988; Kennedy, et al., 1990) y con un aumento significativo de la soledad (Hombrados-Mendieta, et al., 2013).

Las mujeres con peores condiciones sociales y más cargas familiares son las que tienden a percibir menor apoyo social (Matud, et al., 2002). Los hogares monoparentales han sufrido una pérdida o deterioro de relaciones sociales (fallecimiento de la pareja, divorcios, separaciones), que pueden complicarse ante la sobrecarga de roles por los cuidados que demandan los menores a su cargo, lo que conduce a otros problemas como la pérdida de trabajo, cambios de residencia, etc., Por tanto, la carencia de apoyo social es un rasgo característico de estas familias ya que los estudios han encontrado que el elemento común es el aislamiento social y que las redes de apoyo social con las que cuentan son escasas e irregulares (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Moreno, 2002). Por ello, las familias en situación de riesgo recurren con más frecuencia que las que no lo están a fuentes de apoyo formal, (Rodrigo, et al., 2007). También en relación con la composición de la red social, algunos estudios han encontrado que las familias con altos niveles de riesgo se caracterizan por unas relaciones inestables y conflictivas con la familia extensa (Rodríguez, et al., 2006).

La literatura científica en torno al tema muestra que la presencia de una red social de apoyo es un factor de protección para las familias, particularmente en situaciones estresantes, como las que, con frecuencia, rodean la crianza y educación de los hijos (Meil, 2002).

Además el apoyo social se relaciona continuamente con las condiciones de vida estresantes, aquellas que son permanentes (p.e. vivir como madre sola con menores a su cargo, sobrecarga de roles laboral y familiar, etc.) o aquellas otras relacionadas con momentos de crisis que se suceden a lo largo de la vida (p.e. separación, viudedad, etc.). En este sentido, se ha encontrado evidencia sobre el papel beneficioso del apoyo social en la reducción de complicaciones en el embarazo y parto de mujeres bajo condiciones de alto estrés (Pérez-García, 1999) Así mismo, en los núcleos familiares monoparentales, por la sobrecarga de roles que padecen las madres solas, el recibir apoyo, afecto e información positiva de personas relevantes para el individuo es una fuente central para adquirir una autoimagen positiva que contribuye a la integración en una red social amplia y percibida como beneficiosa (García, 2003; Sarason, et al., 1990).

Otras investigaciones han confirmado la importancia de las redes de apoyo social para mantener o mejorar las condiciones económicas o para hacer frente a las dificultades que presentan las mujeres al frente de hogares monoparentales (Acosta y Solís, 1999).

También la existencia de una pareja se ha reflejado en los estudios como una importante red de apoyo de la que carecen estas familias (Landeró y González, 2006), se han analizado los beneficios del matrimonio en la salud, hallándose que el matrimonio se asocia con una mejor salud y a menor depresión (Ross y Mirowsky, 1989; Verbrugge, 1979); En cambio la ruptura con la pareja es uno de los eventos más estresantes que correlaciona con altas tasas de trastornos físicos y mentales (Bloom, et al., 1978; Gavin, et al., 1993). En general, las mujeres experimentan problemas de salud mental ante de la separación y reciben menos apoyo instrumental y emocional (Deater-Deckard, et al., 1994; Wille, 1998).

Consideramos la formación de familias monoparentales como un importante fenómeno de cambio social y como un factor desencadenante de la nueva realidad que acontece en la sociedad y de ahí, su importancia, y la repercusión de sus necesidades y problemas, en el estado de sus miembros y, por tanto, de toda la sociedad (Mistry, et al., 2002). Como señalan Menéndez, et al. (2010) en su estudio de necesidades de madres usuarias de los Servicios Sociales, si las evidencias respecto al perfil socioeconómico y demográfico de las familias en situación de riesgo son abundantes, disponemos de un volumen menor de datos respecto a los rasgos más psicosociales que caracterizan las familias monoparentales y son muy escasos los estudios que analizan la per-

cepción de apoyo de estas familias (Pérez, et al., 2014; Rodrigo y Byrne, 2011).

El presente estudio se plantea como objetivo analizar las necesidades económicas y la percepción de apoyo social de las mujeres de familias monoparentales y biparentales en tratamiento familiar en los Servicios Sociales y la relación del apoyo social con los problemas de salud mental. La hipótesis principal es que las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo social que las mujeres de familias biparentales y que la escasa percepción de apoyo social se relaciona negativamente con la salud mental de las mujeres de familias monoparentales. En concreto queremos comprobar que:

- 1) Las mujeres de familias monoparentales tienen más precariedad económica y laboral que las mujeres de familias biparentales.
- 2) Las mujeres de familias monoparentales manifiestan más problemas de salud mental y menos percepción de apoyo social que las mujeres de familias biparentales.
- 3) La percepción de apoyo social se relaciona negativamente con los problemas de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Se utiliza un diseño transversal y un muestreo no probabilístico, componiéndose la muestra final de 73 mujeres con hijos, de las cuales 37 provenían de familias nucleares biparentales y 36 de familias monoparentales, todas ellas residentes en Málaga capital y que son objeto de tratamiento familiar. Dichas familias pertenecen a un hábitat urbano y han contactado con instituciones como Servicios Sociales Comunitarios o el Servicio de Protección al Menor.

El presente estudio se restringe a aquellos núcleos familiares en los que los hijos son dependientes, menores de 18 años, dado que esta edad implica legalmente en nuestro país la posibilidad de emancipación.

En la muestra monoparental las mujeres tienen una edad media de 37.8 (DT=7) el 71% de las mujeres está divorciada, el 27% está soltera y el 2% son viudas y tienen una media de 3 hijos, llevando 7 años de tiempo promedio de monoparentalidad. Las mujeres de familias biparentales tienen una edad media de 41.7 (DT= 9) están casadas en un 70%, el 30% restante son pareja de hecho y tienen una media de 2 hijos.

Instrumentos

Datos sociodemográficos. Para el estudio se han recogido los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación de convivencia actual, año de inicio

de la monoparentalidad, residencia, formación y trayectoria profesional.

Apoyo social. Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991), consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta (de 1 a 5); el primero de ellos valora el apoyo estructural (tamaño de la red) y el resto el apoyo funcional, dividido en cuatro subescalas (apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo). El apoyo emocional, hace referencia a los aspectos más emocionales percibidos por los sujetos, como todas las informaciones o consejos que resultan importantes para los sujetos que los reciben; el apoyo instrumental o material se refiere a la percepción que tienen los sujetos de quién pueden disponer de la ayuda directa y tangible; la interacción social positiva mide la percepción por parte de los sujetos de quién pueden disponer para relajarse o divertirse y el apoyo afectivo que evalúa la manifestación de cariño y afecto.

La consistencia interna medida por sus autores mediante el alfa de Cronbach fue de .97. En nuestro estudio el alfa de Cronbach fue de .96. Lo que muestra una alta consistencia interna.

Salud Mental: Para evaluar la salud mental se ha tomado la subescala utilizada por Morgado, et al., (2003) incluida dentro del instrumento diseñado para evaluar los problemas, necesidades y recursos de las familias monoparentales. Las cuestiones formuladas han sido: 1) ¿Has tenido problemas emocionales, depresión, ansiedad a lo largo de este último año? (1. Si 2. No); 2). Indica de qué tipo: (1. Estado depresivo, 2. Alteraciones del sueño o la alimentación, 3. Labilidad emocional, 4. Ansiedad, angustia. Señala todas las opciones que proceda); 3) ¿Cuánto tiempo duraron estas dificultades?; 4) ¿Contaste con algún tipo de apoyo en esas situaciones? (1. Familia, 2. Hijos e hijas, 3. Amigos/os 4. Profesionales (psicóloga/o, médico...) 5. Pareja, 6. Nadie).

Necesidades económicas y situación laboral: Para evaluar la situación laboral y los ingresos económicos se utilizaron algunas de las preguntas incluidas en la entrevista semiestructurada diseñada por Morgado, et al., (2003) para familias monoparentales y biparentales. Las preguntas son las siguientes: 1) ¿Estás trabajando de forma remunerada actualmente?; 2) ¿Desde cuándo trabajas ahí?; 3) ¿Tienes contrato? ; 4) ¿Qué tipo de dedicación tienes? (parcial/completa); 5) ¿Cuántas horas trabajas a la semana, de modo habitual?; 6) ¿Qué tipo de jornada? (continua/partida); 7) Grado de satisfacción general con tu trabajo de 1 a 10.

Respecto a los ingresos ordinarios indica de dónde provienen: 1. Trabajo propio; 2. Pensión de la ex-pareja; 3. Pensión institucional; 4. Los hijos; 5. Otros; 6. ¿Son suficientes para cubrir las necesidades de tu familia en este momento?.

Procedimiento

El contacto con la muestra de familias monoparentales y bipa-

rentales fue una tarea que se llevó a cabo a través del contacto directo de la trabajadora social del equipo de tratamiento familiar con las familias usuarias de dicho programa de tratamiento. Se invitó a participar a las figuras parentales en dicho estudio, y una vez aceptada la invitación, se pasó a explicarles en qué consistía la recogida de información, configurando el grupo de familias participantes según sus características comunes, haber sido objeto de un tratamiento familiar y ser familias monoparental o biparental con hijos menores. El contacto con los participantes se pudo efectuar a través de procedimientos directos y formales con la propia unidad familiar, y en concreto con su referente parental. A todas las familias se les ofreció la posibilidad de ser entrevistadas personalmente, bien en sus casas, a través de visitas domiciliarias, bien en los Centros de Servicios Sociales de su zona o despachos de atención directa de los equipos de tratamiento familiar, lugar que ellas mismas elegirían previamente, mediante cita concertada. Asimismo se les garantizó la confidencialidad de los datos. La recogida de datos se llevó a cabo a lo largo de once meses.

Resultados

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15.0.)

Respecto a la situación laboral, aunque las madres de hogares monoparentales trabajan en un porcentaje más elevado (51,3%) que las madres de hogares biparentales (37,8%), tan sólo tienen contrato un 32% de ellas, porcentaje muy similar al de madres de hogares biparentales (37%) por lo que las condiciones laborales sin alta en la seguridad social que mantienen las madres solas son más precarias en cuanto a prestaciones y derechos sociales que las madres trabajadoras de hogares biparentales. Por tanto

un 68% de las madres de hogares monoparentales que trabajan lo hacen sin contrato, un 48,6% de ellas lo hacen por horas, y un 24,3% lo hace a jornada partida con la temporalidad y precariedad que ello genera.

En cuanto a los ingresos de las familias de madre sola provienen fundamentalmente del trabajo propio en un 47,2% y de pensiones institucionales en un 42,5%, (considerando en este apartado tanto pensiones no contributivas por jubilación o invalidez, como prestaciones sociales familiares, por hijo a cargo, ayudas económicas no periódicas y salario social) ya que son ínfimos los demás porcentajes de ingresos referentes a la pensión de la ex-pareja en un 8,3% y de los hijos que representa sólo un 2%. Mientras que los hogares biparentales cuentan además con el sueldo del esposo o pareja que ocupa en estos casos un gran porcentaje (el 62,2%) por lo que los datos atestiguan la precariedad de los hogares monoparentales.

En relación al apoyo percibido por las madres de familias en tratamiento familiar, el tamaño medio de la red social de la que disponen las mujeres de familias monoparentales es de tres amigos íntimos o familiares cercanos con los que se sienten a gusto y pueden hablar; mientras que en la muestra de madres con pareja, la media la representan siete personas. Por tanto la red de apoyo que perciben las madres de hogares biparentales es más extensa que la de hogares monoparentales y dado que las redes grandes tienen efectos más beneficiosos que las redes pequeñas, posiblemente las madres solas se sienten menos apoyadas, al tener menos recursos personales disponibles.

Para comprobar si existen diferencias entre las familias monoparentales y biparentales en la percepción de apoyo social se calcularon diferencias de medias (MANOVA) en el que se utiliza la pertenencia a la familia monoparental y biparental como va-

TABLA 1. SITUACIÓN LABORAL Y TIPO DE INGRESOS DE LAS MUJERES DE FAMILIAS BIPARENTALES Y MONOPARENTALES

Situación laboral y tipo de ingresos	Biparental	Monoparental
Media del tiempo que llevan trabajando	3,8 años	6,4 años
Tienen contrato	37%	32%
Tipo de dedicación parcial	16,2%	48,6%
Media de horas de trabajo semanal	31,9 horas	33,2 horas
Porcentaje de jornada partida	8,1%	24,3%
Media del grado de satisfacción laboral de 1 a10	6,5	5,6
Trabajo propio	21.6%	47.2%
Pensión institucional	16.2%	42.5%
Pensión de la expareja	0%	8.3%
Hijos	0%	2.%
Sueldo de la pareja	62.2%	0%
Suficiencia de ingresos	Si (83.8%) No (16.2)	Si (25%) No (75%)

riables independientes y las diferentes modalidades de apoyo social como variable dependiente.

Los resultados muestran diferencias significativas para las cuatro modalidades de apoyo según la familia de pertenencia. Las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo (Media= 2,36) que las mujeres de familias biparentales (Media= 3,94) en la recepción de apoyo emocional, $F= 196,84$, $p<.01$; disponen significativamente de menos ayuda que las biparentales cuando necesitan contar con alguien para hablar, alguien que le aconseje cuando tiene problemas, alguien en quien confiar o alguien que comprenda sus problemas.

Las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo (Media= 2,88) que las mujeres de familias biparentales (Media= 4,14) en la recepción de apoyo material, $F= 83,53$, $p<.01$; tienen significativamente menos apoyo que las biparentales cuando necesitan ayuda para resolver las situaciones domésticas habituales como contar con alguien que les prepare la comida si no pueden hacerlo, que les ayuden en las tareas domésticas o que les ayuden en general si están enfermas y perciben menos apoyo (Media= 2,47) que las mujeres de familias biparentales (Media= 4,16) en la recepción de apoyo relacional, $F= 192,20$, $p<.01$. En general, las mujeres de familias monoparentales disponen significativamente de menos ayuda que las biparentales cuando necesitan alguien con quien puedan relajarse, alguien que les ayuden a olvidar sus problemas o alguien con quien divertirse.

Las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo (Media= 2,06) que las mujeres de familias biparentales (Media= 4,30) en la recepción de apoyo afectivo, $F= 196$, $p<.01$. Esto indica que disponen significativamente de menos apoyo que las biparentales cuando necesitan sentirse queridas, contar con alguien que las abrace o alguien que les muestre amor y afecto.

En general, las diferencias de medias son significativas en la percepción de apoyo social entre las familias monoparentales (Media= 2,44) y biparentales (Media= 4,09) $F= 252,69$ $p<.01$.

Siendo las monoparentales las que perciben significativamente menos apoyo que las biparentales.

En relación a las diferencias en los problemas de salud mental de las familias monoparentales y biparentales. Los datos obtenidos (Ver Tabla 2) han mostrado claramente que la gran mayoría de las madres solas (86,1%) reconoce haber padecido trastornos emocionales de diversa índole a lo largo de su experiencia como madre sola, el triple que en hogares biparentales, cuyo valor se sitúa en un 21,6%. El tiempo medio de duración de estos problemas ha sido de dos años, el doble que las madres de hogares biparentales. Los trastornos emocionales son claramente más frecuentes entre las madres solas que entre las madres con pareja, ya que más de la mitad de las madres responsables de hogares monoparentales expresan haber sufrido problemas de salud mental de, depresión, ansiedad, angustia, labilidad emocional y alteraciones del sueño o la alimentación. Mientras que en hogares biparentales, tan sólo un 8,1% padeció depresión, en igual porcentaje labilidad emocional y un 5,4% ansiedad.

En cuanto al apoyo que reciben las madres solas cuando se ven afectadas por problemas de ajuste emocional, prácticamente la mitad, un 48,6% de ellas manifiesta haber recibido ayuda de tipo profesional. Aunque hay un porcentaje representativo, un 19% que dicen no haber recibido ningún tipo de apoyo en esas situaciones. Y en un valor similar, el 18,9% han encontrado apoyo únicamente en su familia. Este dato indica que un porcentaje elevado recurre a apoyo profesional pero también un alto porcentaje se encuentra en una situación en la que no recibe ningún tipo de apoyo o depende exclusivamente de la familia.

Los datos muestran que los principales problemas que manifiestan las familias monoparentales en comparación con las biparentales son problemas de salud mental y económicos.

Respecto a la situación económica, el porcentaje de familias monoparentales con problemas económicos ha sido mayor (88,9%) que en las familias biparentales (32,4%), $\chi^2=27,36$, $p<.01$; la mayoría de las mujeres de familias monoparentales

TABLA 2. MUJERES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SEGÚN TIPO DE FAMILIA

Problemas de salud mental	Hogares monoparentales	Hogares biparentales
Si	86,1%	21,6%
No	13,9%	78,4%
Total	100%	100%
Estado depresivo (*)	61,1%	8,1%
Problemas de sueño o alimentación (*)	55,6%	1%
Labilidad emocional (*)	58,3%	8,1%
Ansiedad, angustia (*)	69,4%	5,4%

(*) Pueden darse conjuntamente o por separado, por eso sus totales no suman el 100%.

dependen de una pensión institucional, siendo el porcentaje mayor (42,5%) frente a las biparentales (16,2%), $\chi^2=34,09$, $p<.01$; El porcentaje de familias monoparentales que consideran que sus recursos son insuficientes para cubrir las necesidades de su familia es mayor (75%) que en las biparentales (16,2%), $\chi^2=25,88$, $p<.01$. y también es mayor el porcentaje de problemas laborales (carencia de contratos y jornadas partidas) manifestados por las monoparentales (72,2%) frente a las biparentales (13,5%), $\chi^2= 25,74$ $p<.01$.

Cuando analizamos los problemas de salud mental de ambos tipos de familias encontramos que las diferencias de medias son significativas en la existencia de problemas emocionales entre las mujeres de familias monoparentales (Media= 3,30) y biparentales (Media= 0,43), $F= 112,09$, $p<.01$. Siendo las monoparentales las que tienen significativamente más problemas de salud mental que las biparentales.

El porcentaje de familias monoparentales con problemas emocionales (86,1%) ha sido mayor que en las familias biparentales (21,6%), $\chi^2= 30,50$, $p<.01$. El estado depresivo de las mujeres monoparentales (61,1%) ha sido mayor que en las familias biparentales (8,1%), $\chi^2=22,76$, $p<.01$; han tenido más alteraciones del sueño las mujeres monoparentales (55,6%) frente a las biparentales en las que ninguna ha manifestado tener ese tipo de problema, $\chi^2= 28,31$ $p<.01$; El porcentaje de labilidad emocional de las mujeres de familias monoparentales (58,3%) también es mayor que en las biparentales (8,1%), $\chi^2= 20,85$, $p<.01$ y también tienen más ansiedad y angustia (69,4%) que las familias biparentales (5,4%), $\chi^2= 32,10$ $p<.01$.

Respecto a la relación entre apoyo social y salud mental, en la Tabla 3 se presentan las correlaciones entre apoyo social y los diversos problemas emocionales. Para analizar la relación entre

las variables estudiadas se realizó un análisis de correlación para pruebas no paramétricas Rho de Spearman.

Los resultados indican que la relación entre apoyo social y la presencia de problemas de salud mental es negativa en los dos tipos de familia, aunque considerablemente más fuerte en el caso de las biparentales, siendo esta correlación estadísticamente significativa. Esto muestra que la percepción de apoyo correlaciona de forma importante con los problemas de salud mental, disminuyendo la aparición de estos. También los resultados muestran que en general las familias biparentales perciben más apoyo y que esto se relaciona con menos problemas de salud mental.

En concreto en lo que se refiere al estado depresivo, la relación con el apoyo social ha sido estadísticamente significativa. Tanto en las familias monoparentales como biparentales el apoyo social se relaciona con una disminución del estado depresivo, aunque de forma más importante en las familias biparentales. En el caso de las alteraciones del sueño, la relación con el apoyo social únicamente se da en las familias monoparentales ya que ninguna de las biparentales manifestó tener este tipo de problemas, la relación vuelve a ser negativa pero en este caso no ha sido significativa. Respecto a la labilidad emocional, la relación con el apoyo social es mayor en el caso de las familias biparentales, pero en ambos casos la correlación es estadísticamente significativa, ya que la percepción de apoyo se relaciona con menos problemas de labilidad emocional. En los problemas de ansiedad y angustia encontramos una correlación estadísticamente significativa, la relación entre apoyo social y los problemas de ansiedad es negativa en los dos tipos de familia, aunque considerablemente más fuerte en las biparentales.

En general, los datos muestran una correlación negativa entre apoyo social y problemas de salud mental, siendo esta re-

TABLA 3. CORRELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Apoyo social		Monoparental	Biparental
Indica si has tenido problemas emocionales	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-.321(*) ,05	-,429(**) ,005
Estado depresivo	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,313(*) ,05	-,433(**) ,001
Alteraciones del sueño	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,299 ,076	. .
Labilidad emocional	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,430(*) ,04	-,507(**) ,001
Ansiedad y angustia	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,323(*) ,024	-,471(**) ,01

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

lación más fuerte para las familias biparentales que son las que tienen una mayor percepción de apoyo social.

CONCLUSIONES

Las familias monoparentales forman parte de una realidad creciente en España y constituyen un grupo de riesgo psicosocial ya que la mayoría de las veces el progenitor se encuentra en una situación de vulnerabilidad por ser al mismo tiempo, el principal cuidador, la fuente de apoyo más importante y el único proveedor económico de la familia. Esto hace que muchas de estas familias se consideren familias en riesgo de exclusión social, ya que suelen ser las madres las únicas fuentes de apoyo (Hombrados-Mendieta, 2013; Matud et al., 2002).

Los resultados han mostrado apoyo a nuestras hipótesis. Las familias monoparentales carecen de suficientes recursos económicos, manifiestan más problemas de salud mental y perciben menos apoyo social.

En relación a la situación laboral de las mujeres de familias monoparentales, los datos indican que al menos la mitad de estas mujeres accede a empleos claramente precarios. Los datos sobre el empleo probablemente guarden relación con las estrategias laborales que han buscado las mujeres para poder conciliar la vida laboral y familiar. Como han señalado Morgado, et al., (2003) en una sociedad en la que no se dispone de Servicios Sociales que consigan solventar el desajuste entre horarios laborales y escolares, las madres tratan de ajustar su jornada laboral a la dinámica familiar, trabajando menos horas, con turnos partidos o adaptando el horario a las necesidades familiares. Esto a su vez se relaciona con un perfil de mujer trabajadora que sufre condiciones precarias de empleo, como muestra el mayor porcentaje de dedicación parcial y jornada partida en la muestra monoparental, a pesar de dedicar un mayor número de horas al trabajo fuera del hogar. Por lo que los datos corroboran la precariedad de los hogares monoparentales ya que en general las mujeres de estas familias perciben más problemas económicos que las biparentales y una mayor situación de vulnerabilidad. La situación de precariedad económica en las familias monoparentales es una realidad ya que cada vez es mayor el número de familias con un solo progenitor al frente de los hogares más pobres en Europa (Eurostat, 2015).

Especial atención hemos dedicado en este estudio a analizar la existencia de problemas de salud mental en la figura parental, puesto que es un aspecto clave para la dinámica familiar. El hecho de que los problemas de salud mental hayan sido significativamente más importantes en las mujeres de familias monoparentales que en las biparentales evidencia que las dificultades a las que tienen que hacer frente en el día a día y la escasa percepción de apoyo social en las familias monoparentales incide de forma importante

sobre su propia salud mental. De acuerdo con Escalera y Sebastián (2000), el ser madre, en nuestros días, está considerado como un factor de riesgo para la salud de las mujeres, y esto con independencia de trabajar o no fuera de casa, debido probablemente a las desigualdades existentes en el reparto del trabajo, lo que hace que la mujer asuma una alta responsabilidad familiar en cuanto al cuidado de los hijos y la casa (Duncan, 1994; Fernández y Tobío, 1998). Normalmente las personas obtienen el apoyo que necesitan de sus redes sociales, es decir del denominado sistema de apoyo natural. Cuando esta ayuda no es suficiente acuden a sistemas de ayudas profesionales o formales. De ahí que las familias monoparentales se vean en la necesidad de hacer mayor uso de los servicios profesionales, ya que poseen menos redes naturales de apoyo (familia y amigos) que las biparentales y menor capacidad de prestar el apoyo. Los resultados hallados también muestran que las familias monoparentales hacen mayor uso de las redes naturales, pero a pesar de ello, estas familias perciben menos apoyo social.

El apoyo social se ha mostrado como un factor de protección importante frente a los problemas de salud mental. Los resultados han mostrado que existe una importante relación entre la percepción de apoyo y la salud mental. Conforme aumenta la percepción de apoyo disminuyen los problemas de salud mental tanto en las mujeres de familias monoparentales como biparentales. Esta relación es más fuerte en las familias biparentales ya que perciben más apoyo que las monoparentales y por tanto muestran significativamente menos problemas de salud mental, confirmando las hipótesis propuestas. La mayoría de los estudios que relacionan apoyo social y salud mental apoyan la hipótesis del efecto protector por el cual la incidencia del estrés sobre la salud mental es menor cuando la persona goza de un buen apoyo social (Barrera, 1981; 1986; Cobb, 1976; Cohen, y McKay, 1984). Algunos estudios han encontrado que la percepción de apoyo en las familias monoparentales constituye un elemento protector ante los problemas emocionales, ayuda a que aparezca en las madres un sentimiento de control sobre la situación que están viviendo, disminuyen los síntomas relacionados con el estado depresivo y aumenta su autoestima (Hughes, et al., 1993). Pero estos mismos autores encontraron que las fuentes de apoyo informal no resuelven otros problemas emocionales, como por ejemplo la ansiedad, que precisan de la intervención profesional con mayor frecuencia. Es posible que en nuestra muestra al tener un número importante de mujeres con problemas de ansiedad también hay un alto porcentaje que acude a profesionales de salud mental para resolver dicha circunstancia. Aunque este aspecto se tendrá que investigar en futuros estudios.

Otros estudios encuentran que los problemas emocionales de las madres hacen más probable que éstas disminuyan sus muestras de afecto y el control hacia los hijos e hijas (Hetherington y Stan-

ley- Hagan, 2002). De ahí que esto nos alerte en relación al riesgo añadido que pueden padecer los menores en este tipo de hogares.

Al igual que señalan, Morgado, et al., (2003), creemos que los datos anteriores son suficientes para justificar la necesidad de ofrecer a estas madres ayuda formal de tipo psicológico, sobre todo al inicio cuando todavía se están adaptando a la nueva situación familiar, pues hay evidencia de que éstas precisan menos ayuda a medida que pasa el tiempo de monoparentalidad (Geoffrey, 1995).

Es importante resaltar los déficits sociales que padecen estos núcleos familiares, dados los cambios socioeconómicos y, por tanto, familiares, producidos últimamente en la sociedad, para que los Servicios Sociales tomen conciencia de las necesidades de protección de las familias en general y de las familias monoparentales en particular. Es necesario, por tanto, suministrar más recursos capaces de adaptarse a las necesidades y problemas de las familias monoparentales con hijos menores. Estos datos tienen importantes implicaciones prácticas y sugieren la necesidad de desarrollar políticas sociales orientadas a la dotación de recursos de ayuda institucionales, al tiempo que se han de desarrollar programas que faciliten la integración de las mujeres a través del desarrollo de una adecuada red de apoyo.

Las mujeres de familias monoparentales perciben menos apoyo social, tienen más necesidades económicas, condiciones laborales más precarias y más problemas de salud mental por lo que sería fundamental realizar en este tipo de familias intervenciones centradas en el apoyo social, ya que como ha indicado Sánchez (1996) las madres solas requieren no sólo apoyo emocional, sino también informacional sobre cómo aprender a manejar los problemas con los que se enfrentan, resultando útil, en este caso, la ayuda institucional a través de Servicios Sociales y grupos de autoayuda.

Futuras investigaciones se deben dirigir a analizar los protocolos de actuación más adecuados para estas familias, integrando acciones que favorezcan el apoyo social y realizar estudios longitudinales para comprobar la efectividad de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, F., Solís, M. (1999): Mujer, trabajo y bienestar familiar: un análisis de casos de hogares con jefatura femenina. En M. Ribeiro y R. López (Comps.). *Políticas sociales sectoriales* (pp 11-46). Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Almeda, E., Flaquer, L. (1995). Las familias monoparentales en España: un enfoque crítico», *Revista Internacional de Sociología*, 11, p. 21-45.
- Asher, C. C. (1984). The impact of social support networks on adult health. *Medical Care*, 22, 349-359.
- Arruabarrena, I., De Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias maltratantes y negligentes y familias de alto riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11 (2), 213-227.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. En B. H. Gottlieb, *Social networks and social support*, Beverly Hills: SAGE.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A., Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental, *Psicothema*, 13 (1), 17-23.
- Beehr, T.A. (1985). The role of social support in coping with organizational stress. En T.A. Beehr, y R.S. Baghat (Eds.), *Human Stress and Cognition in Organizations: An Integrated Perspective* (pp. 375-398). New York: Wiley.
- Bender, M., Cook, S., y Kaslow, N. (2003). Social support as a mediator of revictimization of low-income African American women, *Violence and Victims*, 18, 419-431.
- Bloom, B., Asher, S. y White, S. (1978). Marital disruption as a stressor: A review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Bybee, D., Sullivan CM (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 85-96.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., Mckay, G. (1984) Social support, stress and the buffering hypothesis: a Theoretical analysis. En A Baum, SE Taylor y JE Singer (eds.), *Handbook of Psychology and health*. Vol 4: Social psychological aspects of health. Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, S., Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Comisión de derechos de la mujer (1998). *Informe sobre la situación de las madres solas y las familias monoparentales*, Parlamento Europeo, Informe A4-0273/98, de 9 de julio.
- Consejo de Europa (1995). *Evolución demográfica reciente en Europa 1995*, Consejo de Europa.
- Davis, M. H., Morris, M. M., (1998) Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481
- Deater-Deckard, K., Scarr, S., McCartney, K. y Eisenberg, M. (1994). Paternal separation anxiety: Relationships with pa-

- renting stress, child-rearing attitudes, and maternal anxieties. *Psychological Science*, 5 (6), 341-346.
- Duncan, G. (1994). Les familles monoparentales aux États-Unis. Dynamique, niveau de vie et conséquences sur le développement de l'enfant, *Population*, 6, p. 1419-1436.
- Escalera, M^a E., Sebastián, J. (2000). Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa, *Clínica y Salud*, 11 (2), 105-220.
- Eurostat (2015) <http://www.europa.eu/publications/statistics/index.es>, recuperado 7/7/2015
- Fernández Cordón, J. A., Tobío Soler, C. (1998). «Las familias monoparentales en España», *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 83, p. 51-85.
- Fleet, C., Hiebert-Murphy, D. (2013). Social Support Related to Women Who Have Remained with Their Partners After the Physical Violence has Ceased. *Journal of Family Violence*, 28, 219-224.
- Gavin, V., Kalter, N. y Hansell, J. (1993). "Divorced women: factors contributing to resiliency and vulnerability", *Journal of Divorce and Remarriage*, 21 (1/2), 21-39.
- Geoffrey, N. (1995). "Women's social networks and social support following marital separation: a controlled prospective study" *Journal of Divorce and Remarriage*, 23 (1/2), 149-223.
- García Herrera, A. (2003). El apoyo social. *Hojas Informativas*, 53 (II). Iltre. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Gómez, E., Muñoz, M.M. y Haz, A.M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psyke*, 16, 43-54.
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N., y Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women*, 11, 311-336.
- Herrero, J., Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Hetherington, E. M. y Stanley-Hagan, M. (2002). "Parenting in divorced and remarried families", en Bornstein, M.H. (Eds.): *Handbook of parenting, Vol. 3: Being and becoming a parent* (pp.287-315), Mahwah, N.J: Erlbaum.
- Hombrados-Mendieta, I. (2010). Grupos de apoyo y autoayuda para cuidadores de personas dependientes. En M.C. Martínez (Coord). *Dinámicas e intervención grupal*. Madrid: Síntesis.
- Hombrados-Mendieta, I., Castro, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales de Psicología*, 29, 108-122.
- Hombrados-Mendieta I., García, M. (2003). Efectos de los grupos de apoyo social sobre la soledad, el apoyo social y la calidad de vida de las personas mayores. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 13, 1, 57-72.
- Hombrados-Mendieta, I. (2013). Familias en situación de riesgo. En, I. Hombrados-Mendieta, *Manual de Psicología Comunitaria* (pp. 209-221). Madrid: Síntesis.
- Hombrados-Mendieta, I; García-Martín, MA y Gómez-Jacinto, L. (2013). The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Social Indicators Research*, 114, 1013-1034.
- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Hughes, R., Good, E. y Candell, K. (1993). A longitudinal study of the effects of social support on the psychological adjustment of divorced mothers, *Journal of Divorce and Remarriage*, 19 (1/2), 37-56.
- Iglesias de Ussel, J. (1998). La situación de la familia en España y los nuevos modelos familiares, en J. Iglesias de Ussel (ed.) *Las familias monoparentales*, (pp.23-40). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Serie Debate.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Las formas de la convivencia*. <http://www.ine.es/>. Recuperado 17/7/2015.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., y Glaser, R. (1990). Social support, stress, and the immune system. En Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (Eds). *Social Support: An Interactional View* (pp. 253-266). New York: Wiley.
- Landero, R., González, M.T. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16 (2), 149-157.
- Matud, M. P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Meil L. G. (1995). Presente y futuro de la política familiar en España. *REIS* 70, 67-90.
- Meil, G. (2002). Las otra cara del desafío demográfico a la protección social: Los desafíos derivados del cambio familiar", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 36, 95-115.
- Menéndez, S, Hidalgo, M^a V., Jiménez, L., Lorence, B. y Sánchez, J. (2010). "Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar". *Anales de Psicología*, 26 (2), 378-389.
- Minuchin, S., Fishman, C. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona, Paidós.
- Mistry, R. Vandewater, E., Huston, A. y Mcloyd, V. (2002). Economic well-being and children's social adjustment: the role of family process in an ethnically diverse low-income sample, *Child Development*, 73 (3), 935-951.
- Moreno, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18 (1), 135-150.

- Morgado, B., González, M^a. y Jiménez I. (2003). Familias monoparentales: problemas, necesidades y recursos, *Portularia* 3, 137-160.
- Pérez-García, A.M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid: UNED.
- Pérez, J., Menéndez, S y Hidalgo, M.V. (2014) Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, (1), 25-32
- Peirce, R. S, Frone, M. R., Rusell, M., Cooper, M. L., y Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28-38.
- Rodríguez, C., Luengo, T. (2003) Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos familiares monoparentales. *Papers*, 69, 59-82.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. y Márquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18 (2), 200-206.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Máiquez, M. L. y Rodríguez, G. (2007). Informal and formal supports and maternal child-rearing practices in at-risk and non at-risk psychological contexts. *Children and Youth Services Review*, 29, 329-347.
- Rodrigo, M.J. y Byrne, S. (2011). Social support and personal agency in at-risk mothers, *Psychosocial Intervention*, 20, 13-24.
- Ross, C., Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depresión: control and problem solving-or support and talking? *Journal Health Social Behavior*, 30, 206-219.
- Sánchez, Z.M. (1996). Apoyo a familias con personas mayores desde un Centro de Servicios sociales. *IV Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (vol. 1)*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Saranson, B.R., Saranson, I.G. y Pierce, G.R. (1990). Tradicional Views of Social Support an Their Impacto on Assesment. En B.R. Srason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View* (9-25). New York: John Wiley and Sons.
- Save the children (2015). *Informe sobre la situación de las familias monoparentales* <http://www.savethechildren.es/>. Recuperado 7/7/2015.
- Sherbourne, C., Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *SocSci Med*. 32, 705-714.
- Spoth, R. (2010). Translating family-focused prevention science into effective practice: toward a translational impact paradigm. En M. Shinn, y E. Thaden, *Current Directions in Community Psychology* (pp 179-190). Boston: Pearson.
- Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. New York: Oxford University Press.
- Uchino, B.N., Uno, D. y Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8 (5), 145-148.
- Verbrugge, L. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Wille, D. (1998). Longitudinal analysis of mothers 'and fathers' responses on the Maternal Separation Anxiety Scale. *Merrill-Palmer Quarterly*, 44, 216-233.
- Woodward, M., Patton, S., Olsen, S., Jones, J., Reich, C., Blackwell, N., y Beck, J. (2013). How do attachment style and social support contribute to women's psychopathology following intimate partner violence? Examining clinician ratings versus self-report. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 312– 320.