

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN MÉDICOS FAMILIARES Y AGENTES DE TRÁNSITO, MÉXICO

COMPARATIVE STUDY ABOUT SOCIAL SUPPORT NETWORK AMONG FAMILIAR
PHYSICIANS AND TRAFFIC OFFICERS, MÉXICO

CAROLINA ARANDA B.¹, TERESA TORRES L., JOSÉ SALAZAR E., MANUEL PANDO M., MARÍA GUADALUPE ALDRETE R.

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, MÉXICO

(RECIBIDO EL 5/08/2010, ACEPTADO EL 15/11/2010)

RESUMEN

El apoyo social es el proceso que se da entre las personas que componen la red social de un sujeto. Acciones como escuchar, estimar, valorar, etc., son conductas que se dan entre los sujetos que componen la red. El objetivo del presente trabajo fue analizar la situación del apoyo social y las redes sociales de apoyo en los médicos familiares y los agentes de tránsito, de una ciudad del país de México. Participaron de manera voluntaria y bajo consentimiento informado 197 médicos y 875 agentes de tránsito. La información se recabó por medio de un cuestionario con ítems sociodemográficos y laborales además del Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga modificado, al que se les realizaron tanto análisis descriptivos como inferenciales. Entre los resultados más importantes encontramos que la mayoría de la población cuenta con una adecuada red de apoyo social y que las únicas asociaciones significativas fueron entre la red objetiva y subjetiva familiar con los amigos, y, entre la red subjetiva familiar y subjetiva laboral con los hijos. Las redes de apoyo juegan un papel importantísimo como factores protectores ante cualquier situación crítica, con la finalidad de contribuir a elevar la calidad de vida.

Palabras clave: Apoyo social, red social, médicos, agentes de tránsito.

ABSTRACT

The social support is the process that occurs between people that make up the social network of a subject. Actions such as listening, estimate, assess, and so on, are behaviors that occur among individuals who make up the network. The aim of this study analyze the situation of social support and social support networks on family physicians and traffic agents of a city in Mexico. 197 physicians and 875 traffic agents participated voluntarily with an informed consent. The information was collected through a questionnaire with sociodemographic and labor items in addition to the amended Social Resources Inventory of Veiga Diaz; which was analyzed descriptively and inferentially. Among the most important results we found that most of the population has adequate social support network and that the only significant associations were between the objective and subjective family network with the friends; and, between the sons/daughters with the familiar and labor subjective networks. The support networks play an important role as protective factors against any critical situation with the aim of contributing to a better quality of life.

Keywords: Social support, social network, physicians, traffic agents.

¹ Investigadora y Docente de la Universidad de Guadalajara. E-mail: caranda2000@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

El apoyo social y las redes sociales de apoyo son variables imprescindibles dentro de cualquier ámbito de estudio. Los conceptos sobre las redes sociales de apoyo nacieron con John Barnes en el año de 1954, mientras que el de apoyo social surge con John Bowly en 1969. A partir de estas fechas florecen diversos abordajes al mismo, entre ellos se encuentran los que relacionan las redes sociales de apoyo a las condiciones de salud, modulando o protegiendo las respuestas ante las situaciones críticas. Por ejemplo, Cassel J (1974, 1976) estudiaba desde entonces los procesos psicosociales y el estrés, y definía al apoyo social, como el proceso en que se dan las transacciones entre las personas, mientras que Cobb S (1976), lo hacía sobre el apoyo social como una variable amortiguadora y mediadora de los procesos estresantes vitales, en el que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional con conductas como cuidar, amar, estimar, valorar y pertenecer a una red.

Extenso es el listado que podemos dar a conocer sobre las personas que de una u otra manera han incluido en sus estudios esta variable. Sin embargo, entre los más actuales encontramos a Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez, Sánchez y Londoño (2007), Topa y Morales (2007), O'Donovan y Hughés (2008) y a Arias y Barrón (2008). Realmente todos ellos llegan a la conclusión de que el apoyo social son todas aquellas interrelaciones que se dan entre las personas y que se acompañan con conductas que también se relacionan entre sí, sean éstas las de brindar cariño, interés, afecto, escuchar, prestar, cuidar, amar, aconsejar, aceptarse, satisfacerse, informarse, etc., siendo precisamente las instancias que componen la red de apoyo quienes moderan dichas conductas, sean éstas de tipo formal e informal. Entre las principales fuentes de apoyo de tipo informal se encuentra la familia (cónyuge, hijos, parientes, familiares y amigos); las de tipo formal pueden estar compuestas por los compañeros de trabajo, superiores, jefes, directivos, subordinados, etc., todas ellas son de gran relevancia en la integridad bi.psic.social de todo individuo. Es de tomarse en cuenta, que mientras los contactos de carácter informal previenen o amortiguan los efectos a la salud, los de carácter formal, pueden llegar a incrementarlo, puesto que requieren de mayor responsabilidad, implicación y desempeño.

Entonces, el apoyo social posee tanto efectos positivos como negativos en el bienestar de las personas. Indicadores como el aislamiento (Berkman y Syme, 1979; Cohen y Wills 1985), la depresión (Terra, Boyadjian, Guyotat y Attalli, 1987; George, Blazer, Hughes y Fowler, 1989; Martínez, García y Maya, 2001; Barrón y Sánchez, 2001), el contar con baja presencia de apoyo social (House, 1981), ante pacientes con SIDA (Carpio, Bracho y Anderson, 1992; Pernas et al, 2001), ante la vejez (Aranda, Pando, Flores y García, 2001; Guzmán y Huenchuan, 2003; Gómez, Martos y Castellón, 2005), en la jubilación (Aranda, Pando y Aldrete, 2002), en población inmigrante (García, Martínez y Alba, 2002; Hernández, Pozo, Morillejo y Martos, 2005), en los deportistas (Díaz, Buceta y Bueno, 2002), en estudiantes (Bravo, 2003), en niños con desnutrición, bajo peso y talla, ante el nivel educativo, el estado civil (Alvarado, Zunzunegui & Delisle, 2005; Landero y González, 2006), en enfermedades crónicas (Cano, Quiceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón y Sandín, 2006; Vinaccia et al, 2007; O'Donovan y Hughés, 2008), ante diversos factores de estrés (Topa y Morales, 2007) y en voluntariados socioasistenciales (Arias y

Barrón, 2008), en el que el apoyo social y las redes sociales de apoyo son una fuente importante ante los efectos negativos que el inadecuado apoyo o la falta de éste, tiene sobre la salud de las personas. En todo caso, algunos de estos estudios reportaron que el apoyo social brindado por la red de apoyo social fue un factor importante de amortiguación ante las situaciones críticas vividas.

Hemos realizado un recorrido sobre algunos de los estudios y poblaciones vulnerables, sin embargo damos cuenta de la pocos estudios sobre las redes sociales de apoyo en la población de estudio, por lo que el objetivo del presente trabajo es analizar la situación del apoyo social y las redes sociales de apoyo en los médicos familiares y los agentes de tránsito, de una ciudad del país México.

MÉTODO

Tipo de estudio y método

Empleando el paradigma metodológico cuantitativo, el estudio fue de tipo descriptivo, analítico y comparativo.

Participantes

Se incluyeron en el estudio a 197 médicos familiares de dos instituciones de salud, así como 875 agentes de tránsito, pertenecientes a un estado del país México. Los sujetos participantes debían ser médicos familiares de base, que desearan participar de manera voluntaria en el estudio (respetando el anonimato y bajo consentimiento informado), excluyendo a todo aquel que no tuviera contacto directo con pacientes y que se encontrara comisionado a otro lugar o de permiso por un periodo largo. Los agentes de tránsito participantes deberían realizar funciones como agentes de tránsito y que desearan participar. De igual manera se respetaron los criterios de exclusión propuestos para los médicos.

Instrumentos de evaluación

Se aplicaron dos cuestionarios. El primero se empleó para recabar ítems sociodemográficos y laborales con variables como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, turno laboral, antigüedad en la institución y en el puesto actual. El segundo instrumento fue el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga (Barrón, 1996). Dicho cuestionario en su versión original evaluaba solamente a las redes sociales familiares o extralaborales, tanto en sus aspectos objetivos (frecuencia de contactos) como en los subjetivos (grado de satisfacción con su red), dejando fuera a la red social de tipo laboral. Por esta razón y para poder analizar la red laboral se incorporaron otras fuentes de apoyo como: superiores, compañeros de trabajo y subordinados (Aranda, Pando, Aldrete, Torres y Salazar, 2004), evaluándolos de la misma manera como se hace para la red familiar, es decir, se suman los puntajes de cada fuente de apoyo y de cada aspecto, se ubican posteriormente en un nivel de calificación sea esta alta o muy buena, media o buena y baja o mala red de apoyo. Para el estudio se consideraron los niveles bajo y medio como el contar con una mala o

inadecuada red, contra la red alta o muy buena (ver Tabla 1). Una vez obtenida la *alfa de Cronbach* de $\alpha .83$ y el porcentaje de varianza total de 44.5, se dio paso al análisis de los datos.

Tabla N.º 1. Puntajes y niveles de identificación del inventario de recursos sociales de Díaz Veiga modificado (Aranda, 2004).

	Nivel de identificación	Apoyo familiar	Apoyo laboral	Ambos apoyos
Objetivo y subjetivo	Alto	4 a 6	3 a 4	7 a 11
	Medio	7 a 9	5 a 7	12 a 16
	Bajo	10 a 12	8 a 9	17 a 21

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis descriptivos (frecuencias, promedios y porcentajes), como de asociación entre las interacciones de la red con el tipo de redes sociales de apoyo (familiares y laborales), tanto en sus aspectos objetivos (frecuencia con la que ve y habla con.....) como en los subjetivos (grado de satisfacción con su red), obteniendo asociaciones significativas cuando los factores de riesgo (OR) fueran mayores a uno, los Intervalos de Confianza (IC) no incluyeran la unidad y los valores de p fueran menores a 0.05.

RESULTADOS

De los 197 médicos, 73 (37,1%) eran mujeres y 124 (62,9%) hombres, el nivel escolar con mayor porcentaje fue para el de licenciatura 159 (93,5%), el promedio de edad fue de 46,29 años, la mayoría de la población es casada 153 (79,7%), el promedio de antigüedad en la institución fue de 16,47 años y en el puesto de 13,5 años, 104 (52,8%) trabaja el turno matutino.

Ahora bien, de los 875 agentes, 73 (8,4%) eran mujeres y 802 (91,6%) eran hombres, el nivel escolar con mayor porcentaje fue para el de secundaria 359 (42,4%), con un promedio de edad de 41,8 años, el 77,9% (675) eran casados, el promedio de antigüedad en la institución fue de 9,7 años, y en el puesto de 9,7 años, 603 (69,1%) trabajaban el turno "variable".

Como se puede observar en la Tabla 2, la mayoría de la población cuenta con cónyuge, hijos, familiares (hermanos) y amigos, sin embargo los porcentajes son un poco más elevados para los agentes en referencia a pareja e hijos pero no en cuanto a hermanos y amigos. Datos contrarios se observan para los médicos, ellos presentan menores porcentajes en cónyuge e hijos pero mayores para hermanos y amigos.

En cuanto a la red familiar, los agentes de tránsito ven y hablan con mayor frecuencia con el cónyuge y con los hijos, sintiéndose más satisfechos con ellos, mientras que los médicos lo hacen con los familiares y amigos, percibiendo de igual manera estar más satisfechos con esa relación (Tabla 3).

Con respecto a la red laboral, encontramos que, la mayoría de los agentes ven y hablan más frecuentemente con los compañeros y superiores sintiéndose satisfechos con esa red, mientras que los médicos lo hacen con sus subordinados, pero sintiéndose menos satisfechos con ellos (Tabla 4).

Las únicas asociaciones significativas giraron hacia los agentes de tránsito, entre la red objetiva familiar (frecuencia de contacto) y subjetiva familiar (satisfacción con su red) con los amigos, además de entre la red subjetiva familiar y subjetiva laboral con los hijos. No se encontraron asociaciones significativas con los médicos (Tabla 5).

Tabla N.º 2. Interacciones con las que cuentan los médicos familiares y los agentes de tránsito.

Interacciones	Médicos		Agentes	
	N.º	%	N.º	%
Tiene cónyuge (sí)	168	85,7	792	90,6
Tiene hijos (sí)	174	88,8	797	91,9
Tiene hermanos (sí)	196	100	820	96,7
Tiene amigos (sí)	195	99,5	773	93,1

Fuente: Directa.

Tabla N.º 3. Porcentajes sobre el tipo de redes sociales familiares objetivas y subjetivas de la población en estudio.

	Interacciones de la Red Familiar							
	Cónyuge		Hijos		Familiares		Amigos	
	Médicos %	Agentes %	Médicos %	Agentes %	Médicos %	Agentes %	Médicos %	Agentes %
Red objetiva								
Frecuente	79,5	88,8	78,6	89,1	69,9	64,4	64,3	60,0
Poco	7,4	8,7	12,0	10,4	28,6	34,4	33,7	38,7
Nada	13,2	2,5	9,4	0,5	1,5	1,2	2,0	1,3
Red subjetiva								
Muy satisfecho	69,5	87,7	73,4	90,6	76,0	74,4	67,3	62,2
Poco satisfecho	27,4	10,2	25,5	9,0	21,9	24,9	28,1	35,3
Nada satisfecho	3,2	2,0	1,0	0,4	2,0	0,7	4,6	2,4

Fuente: Directa.

Tabla N.º 4. Porcentajes sobre el tipo de redes sociales laborales objetivas y subjetivas de la población en estudio.

Interacciones de la Red Social Laboral						
	Compañeros		Superiores		Subordinados	
	Médicos %	Agentes %	Médicos %	Agentes %	Médicos %	Agentes %
Red objetiva						
Frecuente	76,0	86,0	58,2	60,6	76,4	67,5
Poco	21,4	13,6	36,7	35,1	20,5	25,7
Nada	2,6	0,5	5,1	4,3	3,1	6,7
Red subjetiva						
Muy satisfecho	59,2	71,7	45,9	59,8	55,9	63,5
Poco satisfecho	35,2	27,0	40,3	34,1	33,3	31,8
Nada satisfecho	5,6	1,3	13,8	6,1	10,8	4,7

Fuente: Directa.

Tabla N.º 5. Únicas asociaciones significativas entre las interacciones de la red de apoyo con los aspectos objetivos y subjetivos familiares y laborales.

	Hijos		Amigos	
	Médicos	Agentes	Médicos	Agentes
Red objetiva familiar	---	---	---	OR = 0,25 IC = 0,13-0,48 p = 0,0000
Red subjetiva familiar	---	OR = 4,99 IC = 1,17-30,38 p = 0,0236	---	OR = 0,34 IC = 0,17-0,67 p = 0,0009
Red subjetiva laboral	---	OR = 2,37 IC = 1,02-5,82 p = 0,0431	---	---

Fuente: Directa Nota: --- espacios con asociaciones no significativas.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que las redes sociales de ambas poblaciones son buenas y que el grado de satisfacción con ella es adecuado. Sin embargo, resultados inferenciales (de asociación) muestran que para los agentes de tránsito, la frecuencia con la que ve y habla con los amigos así como el grado de satisfacción que siente por ellos son factores protectores ante una situación crítica, mientras que la satisfacción tanto familiar como laboral con los hijos se comporta como factor de riesgo.

Ya desde tiempos atrás se sabe que el primer y más importante grupo social es la familia, de ella acogemos el apoyo necesario desde las primeras etapas de la vida quizá hasta la muerte. Dentro de esta importante red se encuentran en ocasiones incomparables formas de satisfacer nuestras necesidades (afiliación, confianza, fe, respeto, amor, amistad, identidad, anuencia, ayuda económica, moral, material, etc.).

Nuestro resultados sobre la red familiar y laboral confirman lo que Lin, Dean y Ensel (1986) y Ander (2004) mencionan al referir que el apoyo social y la red social de apoyo son "el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales" "percibidas o recibidas" que proporciona la red social del individuo, red que está conformada por personas de las que él confía y que proveen apoyo en cualquier momento y circunstancia en la que el individuo se encuentre.

Por otro lado, es irrefutable que no sólo el individuo cuenta con la red familiar de apoyo sino también con otras redes tan importantes o quizá más que la familiar, la red familiar y laboral. Tanto los hijos, como el resto de familiares, amigos, compañeros de trabajo y hasta los jefes, son trascendentales para identificar y resolver las situaciones críticas a las cuales nos enfrentamos día a día, pero también son primordiales cuando se trata de aspectos de salud y bienestar, incluida la calidad de vida tanto familiar como laboral.

Sin embargo, contrario a lo referido por diversos autores, en el estudio encontramos algo que no se esperaba, en lugar de encontrar un resultado positivo en cuanto al apoyo con los hijos, estos fluctuaron hacia lo negativo, es decir, que los hijos son factor de riesgo dentro de la red social de apoyo, pero no en cuanto a la frecuencia con que ve y habla, sino en la percepción o el grado de satisfacción con ellos.

Es conocido que el apoyo social puede actuar previniendo o disminuyendo las respuestas del individuo ante el estrés. Esta disminución puede llevarse a cabo de manera directa o moduladora, según la percepción que se tenga del apoyo que reciba de su red (Cohen y Wills, 1985; Gi.Monte y Pieró, 1997).

Existen estudios actuales en los que se infiere la importancia en el número de contactos para un mejor estado de salud y bienestar, es decir, que el tener un número mayor de contactos así como el verlos frecuentemente, sería lo ideal. Otros autores mencionan que nada tiene que ver el número de contactos y la frecuencia con los que ve y habla con su red con el tener un mejor estado de salud biopsicosocial, sino que es la calidad del apoyo y el grado de satisfacción percibida lo que hace que un sujeto disminuya o amortigüe las respuestas a la salud.

CONCLUSIONES

1. El apoyo social y la red de apoyo juega un papel importantísimo como "factor protector" ante cualquier situación crítica.
2. En general, la frecuencia con que ve y habla con su red y el número de contactos que mantiene, son necesarios en la prevención y/o amortiguación de los efectos negativos del estrés en la salud de las personas.
3. Por lo que es necesario crear y mantener lazos con las personas que nos rodean con la finalidad de contribuir a elevar la calidad de vida sea ésta familiar, social o laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado, B. E.; Zunzunegui, M. V. y Delisle, H. (2005). Validación de escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población afr.colombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses. *Cad. Saúde Pública*, 21(3): 724-736.
2. Ander, E. (2004) *Los grupos de autoayuda y el apoyo social*. Ergon, Madrid.
3. Aranda, C.; Pando, M.; Flores, M. E. y García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Rev Psiquiatría*, 28(2): 69-74.
4. Aranda, C.; Pando, M. y Aldrete, M. G. (2002). Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México. *Rev Psiquiatría*, 29(3): 169-174.
5. Aranda, C.; Pando, M.; Aldrete, M. G.; Torres, T. M., y Salazar, J. G. (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, México. *Rev de Psiquiatría*, 31(4): 196-205.
6. Arias, A. y Barrón, A. (2008). El apoyo social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 20(1): 97-103.
7. Barnes, J. A. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*, 7: 39-58.
8. Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
9. Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1): 17-23.
10. Berkman, F. y 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.
11. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Attachment, Londres: Hogarth Press.
12. Bravo, A. y Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1): 136-142.
13. Cano, E.; Quiceno, J.; Vinaccia, S.; Gaviria, A. M.; Tobón, S. y Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Univ. Psychol*, 5(3): 511-520.
14. Carpio, F. F.; Bracho, A. y Anderson, L. (1992). El programa "Comida para el pensamiento". Un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(.2): 137-159.

15. Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
16. Cassell, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2):107-123.
17. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom.tic Medicine*, 38, 300-314.
18. Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
19. Díaz, P.; Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2002). Estrés y vulnerabilidad a las lesiones deportivas. *Selección*, 11(2): 86-94.
20. Gi.Monte, P.R. y Peiro, J.M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
21. García, M.; Martínez, M. F. y Albar, M. J. (2002). La elección de fuentes de apoyo social entre inmigrantes. *Psicothema*, 14(2): 369-374.
22. George, L.; Blazer, D.; Hughes, D. y Fowler, N. (1989). Social Support and the Outcome of Major Depressions. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.
23. Gómez, M. A.; Martos, A. J. y Castellón, A. (2005). La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. *Rev Mult Gerontol*, 15(2): 85-91.
24. Guzmán, J. M. y Huenchuan, S. (2003). Redes de Apoyo Social de las personas mayores: Evidencias Para América Latina. Ponencia presentada en el III Congreso Panamericano de Gerontología "El Desafío en Envejecer en las Américas", Mar del Plata. Argentina, 30 de abril al 3 de mayo.
25. Hernández, S.; Pozo, C.; Morillejo, E. y Martos, M. J. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21(2): 304-315.
26. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addiso.Weslwey.
27. Landero, R. y González, M. T. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16(2): 149-157.
28. Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W.M. (1986) *Social support, life events and depressions*, Nueva York, Academic Press. En Barrón, A. (1996) *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
29. Martínez, M. F.; García, M. y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4): 605-610.
30. Pernas, A.; Iraurgi, I.; Bermejo, P.; Basabe, N.; Carou, M.; Paez, D. y Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13(4): 393-398.

31. O'Donovan, A. y Hughes, B. M. (2008). Factores que moderan el efecto de laboratorio basado en el apoyo social en la reactividad cardiovascular al estrés. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 8(1): 85-102.
32. Terra, J.; Boyadjian, C.; Guyotat, J. y Attali, G. (1987). Epidemiologie et Personnes Agees: Les Indicateurs du Risque de Decompensation Psychique. (Epidemiology and the Aged: Risk Factors for Psychic Decompensations). *Psychiatrie Francaise*, 8(3): 391-395.
33. Topa, G. y Morales, J. F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2): 337-348.
34. Vinaccia, S.; Quiceno, J. M.; Fernández, H.; Pérez, B. E.; Sánchez, M. O. y Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*, 23(2): 245-252.