

APOYO SOCIAL Y SALUD: UN ANÁLISIS DE GÉNERO

Pilar Matud*, Mónica Carballeira*, Marisela López*, Rosario Marrero*, Ignacio Ibáñez*

SUMMARY

This study analyzes the relationship between social support and health, both for men and women, and the socio-demographic variables associated with social support. The data was obtained from a convenience community sample of 2 169 adults. Results revealed that low social support was positively related to four GHQ-28 scales of somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and severe depression, with coefficients slightly higher for women than for men, except in somatic symptoms and in social dysfunction. Low social support also correlated significantly with the number of self-reported illnesses, but correlation coefficients were very low.

The correlations with some socio-demographic variables were low and statistically significant only for women. Social support correlated with educational level, and negatively with age and number of children. In married people no gender difference was found, but single men were found to have less social support than single women. Professionals, both men and women, have more social support than manual workers, and housewives were found to have less social support than non-manual female workers and professionals.

Key words: Social support, gender, health, anxiety, depression.

RESUMEN

En este estudio se analiza la relación entre apoyo social y salud en mujeres y hombres, y las variables sociodemográficas asociadas al apoyo social. La muestra está formada por 2 169 personas adultas de la población general, que participaron de forma voluntaria. Encontramos que las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave correlacionan significativamente con un bajo apoyo social, siendo los coeficientes ligeramente más altos para las mujeres, excepto en síntomas somáticos y disfunción social. Aunque el apoyo social también correlaciona significativamente con el número de enfermedades autoinformado, los coeficientes son muy bajos. Las correlaciones con las variables sociodemográficas son bajas y significativas sólo en las mujeres. El apoyo social correlaciona con el nivel de estudios y en un sentido negativo con el número de hijos y la edad. No hay diferencias de género entre los casados, pero los solteros perciben menos

apoyo social que las solteras. Tanto las mujeres como los hombres profesionales tienen más apoyo social que las personas que desempeñan un empleo manual, y las amas de casa informan de menos apoyo social que aquellas que tienen un empleo no manual y las profesionales.

Palabras clave: Apoyo social, género, salud, ansiedad, depresión.

INTRODUCCIÓN

Estudios científicos recientes han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud, y se encontró que las personas más aisladas tenían menos salud, física y psicológica, y más probabilidad de morir (19). Estos estudios cobraron un nuevo auge a partir de la década de 1970 con el surgimiento del concepto de “apoyo social”. Aunque hay diversas conceptualizaciones (por ejemplo, estructural o funcional; global o específica) y medidas de apoyo social, se ha encontrado de forma consistente evidencia de una relación negativa entre varias facetas del apoyo social y salud mental (2, 6, 17, 33, 34, 40); enfermedad física (8, 21); recuperación de pacientes con diferentes trastornos físicos y psicológicos (1, 26, 27, 35). Asimismo hay evidencia empírica de la relación entre apoyo social y bienestar (2, 5, 7, 47), pero los orígenes y mecanismos de asociación no han quedado claros. Algunos autores sostienen que el apoyo social surte un efecto “directo” en la salud, mientras que otros plantean un efecto indirecto o “mediador”. Por otro lado, muchos trabajos se han centrado en el efecto protector del apoyo social frente al estrés (6), en tanto que otros se han centrado en su efecto en las actitudes y conductas que impactan en la salud y en la longevidad, como la dieta, dejar de fumar o el ejercicio físico (9). Otros autores plantean la existencia de un efecto “biológico” directo, a través del sistema inmunológico (20, 23) o neuroendocrino. Según

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna. Facultad de Psicología, Campus de Guajara, 38205 La Laguna, Tenerife, España. Teléfonos: 34922317487/34922513225 Fax: 34922317461 e-mail: pmatud@ull.es. Recibido: primera versión: 14 de septiembre de 2000. Segunda versión: 13 de agosto de 2001. Aceptado: 17 de enero de 2002.

éstos, hay evidencia de que determinadas características del medio social, como el nivel social o la calidad de las relaciones sociales, influyen en los patrones de reactividad neuroendocrina (13, 39). Por último, algunos autores (13) sugieren la posibilidad de que haya más de un mecanismo implicado, e incluso varios, aunque no todos estén necesariamente presentes en todos los individuos.

Pese a los avances, también hay muchas deficiencias en esta área de estudio, pues existe gran diversidad en la medida de apoyo social y poco consenso en cómo debería definirse (3, 18, 37, 43, 44). A pesar de su diversidad, los conceptos de apoyo social y sus operacionalizaciones pueden agruparse en tres amplias categorías (3): conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido.

La conexión social se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos. Aunque se han empleado métodos complejos de medición, uno de los problemas de esta conceptualización es que no todas las personas de la red social constituyen una fuente de apoyo.

El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros (3), y se evalúa preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social. El apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchada por algún amigo (10, 25). Aunque la evidencia es incompleta y pueden influir aspectos temporales y situacionales, como la necesidad real del apoyo o si la conducta de apoyo obtenida es la precisada, se ha encontrado evidencia empírica de que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido (6, 16, 22, 38, 46).

Se han distinguido tres tipos principales de funciones del apoyo social: emocional, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; instrumental, que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material; e informacional, que implica consejo, guía o información pertinente a la situación. Aunque algunos autores consideran el apoyo emocional como el principal componente, también se ha encontrado que los otros tipos se asocian con el bienestar, y parece ser que la forma más efectiva de apoyo depende de la situación en que éste es necesario (6).

Hace poco se reconoció que las relaciones sociales también tienen su parte negativa, ya que las relacio-

nes de apoyo pueden ir acompañadas de obligaciones, por lo que el apoyo puede crear tensión y estrés. De este modo, se encontró que las interacciones sociales negativas predicen más los problemas de salud y el bienestar que las positivas (12, 16, 36, 38, 40).

Debido a diferencias en la socialización y a los diferentes papeles entre mujeres y hombres, es esperable que existan diferencias en el apoyo social. Así, mientras que en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, el estereotipo de la mujer implica calidez, expresividad, y confort con la intimidad, donde la segunda está más dispuesta a reconocer las dificultades y buscar la ayuda de otros (45). Además, los diferentes papeles implican diferentes oportunidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales. También es más frecuente que la mujer cuide a su familia, y que se dedique a profesiones que impliquen el cuidado de otros.

Pese a que se han encontrado diferencias de género en la relación entre algunas dimensiones de apoyo social y salud (11, 14, 40), y de que las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital – lo que sugiere que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones (4)–, no han sido muy estudiadas las diferencias de género en el apoyo social, y menos aún en culturas no anglosajonas. Por ello, y dada la importancia de los factores culturales en el apoyo social, el objetivo del presente trabajo es analizar las diferencias de género en la relación entre el apoyo social percibido y salud, entendida ésta como la ausencia de sintomatología física y psicológica, y estudiar la importancia de los factores sociodemográficos en la percepción de apoyo social en mujeres y hombres. Debido a que se trata de un estudio exploratorio, no se han planteado hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

Participaron 1 256 mujeres y 913 hombres de la población general, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, que aceptaron voluntariamente colaborar en la investigación. Las edades van de los 18 a los 65 años, con una edad media de 34.9; la desviación típica es de 11.7 y la mediana de 32.

En el cuadro 1 presentamos algunas variables sociodemográficas. Como puede observarse, hay representantes de todos los niveles educativos y laborales, con predominio de las personas sol-

CUADRO 1
Características sociodemográficas de la muestra

	Mujeres		Hombres	
	(N=1 256)	%	(N=913)	%
Nivel de estudios:				
Básicos	26.5		19.4	
Medios	41.3		52.1	
Universitarios	32.2		28.5	
Nivel laboral:				
Amas de casa	21.5		—	
Trabajo manual	21.9		36.5	
Trabajo no manual	21.3		29.8	
Profesionales	25.9		23.7	
Estudiantes	9.5		10.0	
Estado civil:				
Solteros	41.9		56.2	
Casados	40.0		40.5	
Separados/Viudos/as	8.1		3.3	
	Media	DT	Media	DT
Edad	35.4	11.3	34.1	12.0
Nº de hijos	1.2	1.4	0.9	1.3

Nota: DT= Desviación típica

teras y casadas, siendo muy bajo el porcentaje de separados, divorciados y viudos.

Instrumentos

Versión de 28 *items* del *Cuestionario de Salud General de Goldberg* (GHQ-28)(15). El cuestionario se diseñó para utilizarse como *test* autoadministrado a fin de detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos. Consta de cuatro escalas formadas por siete *items* cada una, que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. La consistencia interna (Alfa de Cronbach) obtenida en esta muestra en las distintas escalas es, respectivamente, de 0.83, 0.88, 0.71 y 0.88.

Escala de apoyo social (AS). Instrumento diseñado por Matud* para ser utilizado como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global del apoyo social.

Está compuesta por 12 *items* que recogen información sobre la percepción de la disponibilidad de las personas que pueden prestar apoyo emocional e instrumental, así como información en las áreas personal, laboral y familiar. Ofrece muestras de las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social; todos los *items* se agrupan en un factor cuyo Alfa de Cronbach es de 0.89.

Además de consistencia interna, la escala ha mostrado validez de constructo; se correlaciona

de forma negativa con depresión (28, 29, 31), ansiedad (30, 31), sintomatología somática (28, 31) y disfunción social (31). También se relaciona con otras medidas asociadas con el estrés y su manejo. En este caso se correlaciona de forma negativa con la percepción de los sucesos y cambios vitales como negativos e incontrolables, y con el estilo de afrontamiento del estrés de la emocionalidad; por otro lado, se correlaciona positivamente con el afrontamiento centrado en el problema, así como con la satisfacción con el papel y con la autoestima (28).

Procedimiento

La aplicación de las pruebas fue individual y en general autoaplicado, aunque en las personas de menor nivel de estudios y en aquellas que así lo deseaban se conducía en forma de entrevista estructurada. El acceso a la muestra fue por conducto de diversos centros laborales y educativos.

Al analizar la distribución de frecuencias encontramos que algunas variables no se distribuían de forma normal, por lo que fue necesario transformarlas para cumplir los supuestos de los análisis estadísticos. Así, se halló la raíz cuadrada del factor de apoyo social, de las escalas de síntomas somáticos y disfunción social, y del número de hijos, ya que su asimetría era moderada; y también se buscó el logaritmo de la escala de depresión grave y del número de enfermedades autoinformado, porque su asimetría era grande (42). Los análisis estadísticos se hicieron con el programa SPSS para Windows, versión de estadísticos avanzados 9.0.

RESULTADOS

Aunque significativas [$F(1.2167)=4,50$, $P=0.034$], las diferencias de género en apoyo social son de escasa magnitud. En las mujeres, la media de la raíz cuadrada del factor de bajo apoyo social percibido es de 3.03, y la desviación típica de 1.23; por su parte, en los hombres los valores son de 3.14 y de 1.14, respectivamente.

En el cuadro 2 presentamos las correlaciones entre la percepción de bajo apoyo social y los índices de salud y las variables sociodemográficas cuantitativas. Como puede observarse, en el caso de las mujeres, todos los coeficientes son significativos, mientras que en los hombres el apoyo social no correlaciona con la edad ni con el número de hijos, y es muy escaso con el nivel de estudios. Así, aunque el porcentaje de varianza ex-

* Matud MP *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Informe final del proyecto financiado por el Instituto Canario de la Mujer. La Laguna, 1998.

CUADRO 2
Coefficientes de correlación de Pearson para mujeres
y hombres de apoyo social con las escalas del GHQ-28
y algunas variables sociodemográficas

	Bajo apoyo social mujeres	Bajo apoyo social hombres
Síntomas somáticos (GHQ)	0.20***	0.22***
Ansiedad e insomnio (GHQ)	0.28***	0.25***
Disfunción social (GHQ)	0.19***	0.19***
Depresión grave (GHQ)	0.38***	0.32***
Número de enfermedades autoinformado	0.13***	0.10***
Nivel de estudios #	-0.20***	-0.09**
Número de hijos	0.14***	0.03
Edad	0.14***	0.04

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

Rho de Spearman.

plicado supera apenas el 10% en un caso, encontramos que las personas con menos apoyo social percibido tienen peor salud, tanto física como mental. También se detectó que las mujeres de más edad, con más hijos, y menor nivel de estudios tienen menos apoyo social.

Para conocer las diferencias de género en apoyo social en función de las variables cualitativas (estado civil y nivel laboral), se hicieron análisis de varianza. Cabe aclarar que de este último se excluyó a las amas de casa, ya que era una categoría que sólo estaba presente en el grupo de mujeres.

Se encontró interacción significativa entre el estado civil y el género [$F(2.2135)=5.38$; $p=0.022$]. Al analizar los efectos simples se encontró que en cada categoría de estado civil sólo eran significativas las diferencias de género en el caso de las personas solteras [$F(1.2137)=11.6$; $p=0.001$]. En este sentido, los hombres solteros declararon menos apoyo social que las solteras (medias en bajo apoyo social de 3.2 y de 2.9 respectivamente). Al comparar los efectos simples en las diferentes categorías del estado civil en mujeres y hombres, se encontró que sólo eran significativos en el caso de las mujeres [$F(2.2136)=10.6$; $p=0.000$]. Todos los contrastes particulares fueron significativos, con valores de $F(1.2140)=7.07$; $p=0.008$ entre las casadas y solteras; de $F(1.2140)=19.39$; $p=0.000$ entre las solteras y las divorciadas, separadas o viudas; y de $F(1.2140)=8.57$; $p=0.003$ entre éstas y las casadas. Las mujeres separadas, divorciadas o viudas son las que menos apoyo social tienen, seguidas de las casadas, siendo las solteras las que declaran mayor apoyo social (medias en bajo apoyo social de 3.4, 3.1, y 2.9 respectivamente).

Aunque la interacción del nivel laboral con el género no fue significativa, sí lo fueron los efectos principales [$F(3.1821)=9.76$ $p=0.000$]. Los contrastes particulares mostraron diferencias significativas entre todos los grupos laborales, excepto en el caso de las personas dedicadas a un trabajo no manual y los estudiantes. El grupo profesional con menor apoyo social fue el de trabajo manual, seguido del de los estudiantes, los de trabajo no manual, siendo los profesionales el grupo laboral con más apoyo social.

Finalmente, para conocer los niveles de apoyo social en las amas de casa, se aplicó, sólo en el grupo de mujeres, un análisis de varianza en función del nivel laboral. Los contrastes particulares entre todos los pares de grupos fueron significativos, excepto en las comparaciones de las amas de casa y las mujeres con trabajos de tipo manual; entre las profesionales y las mujeres con trabajo de tipo no manual; entre éstas y las estudiantes; y entre las amas de casa y las estudiantes. Las amas de casa fueron el grupo con menor apoyo social, siguiendo el resto de los grupos las mismas tendencias que en el caso de los hombres.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran la importancia de los factores sociodemográficos en el apoyo social de la mujer, pese a que se trata de un estudio transversal — por lo que sólo se puede hablar de asociación y no de causación —; de que la muestra, aunque grande no es aleatoria; de que se utilizó un tipo de medida de apoyo social que puede estar influida por variables de personalidad; y de que los coeficientes son bajos. Así, y en comparación con el hombre, sus niveles de apoyo parecen depender más de la edad y de factores sociales y familiares, como el estado civil, el número de hijos o el nivel educativo y laboral.

Aunque indirectamente, los datos encontrados parecen confirmar las hipótesis de que algunas de las diferencias de género en apoyo social pueden provenir de que a menudo las redes sociales son más una fuente de demandas que de apoyo para la mujer (32). Lo anterior parece desprenderse de las diferencias en función del estado civil pues, aun cuando el matrimonio es fuente de apoyo estructural, en general implica para la mujer

una serie de papeles y tareas que pueden hacer que no aumente su percepción de disponibilidad de apoyo, ya que hemos encontrado que las solteras perciben más apoyo social que las casadas. Además, existe evidencia empírica de que el apoyo social proporcionado por una mujer reduce los cambios cardiovasculares ante un estresor, mientras que no sucede lo mismo con el proporcionado por un hombre (14), y de que tanto mujeres como hombres prefieren recibir apoyo emocional de mujeres (24). Esto último también ayudaría a explicar por qué las mujeres solteras perciben más apoyo social que los hombres solteros, mientras que no se dan diferencias de género en las personas casadas. Nuestros resultados también son coherentes con los de otros autores que encontraron que, aunque mujeres y hombres no difieren en la percepción global del apoyo (41, 45), las mujeres informan de más conductas y más disponibilidad de apoyo por parte de amistades que los hombres.

Los resultados también parecen confirmar, al menos en lo que se refiere al apoyo social, las afirmaciones de algunos autores acerca de que el matrimonio conlleva más ventajas para los hombres que para las mujeres, con mayor apoyo emocional de los casados frente a los no casados (44).

Los datos de este estudio también confirman la importancia del apoyo social percibido en la salud de mujeres y hombres, especialmente en depresión, asociación que también han encontrado diversos autores (2, 33). Ello propicia que sea aún más importante fomentar una redistribución de los papeles sociales y familiares, que ayuden a paliar su efecto negativo en el apoyo social en la mujer.

Finalmente, consideramos importante destacar que las mujeres con peores condiciones sociales (las que tienen menor nivel de estudios, más edad, más cargas familiares y menor nivel laboral, así como las que carecen de empleo) son las que tienden a percibir menor apoyo social, lo cual habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar programas comunitarios que intenten corregir las desigualdades de género.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a dos subvenciones del Gobierno de Canarias: una del Instituto Canario de la Mujer (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales) y otra de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes. También agradecemos la colaboración de las per-

sonas que participaron en la muestra de estudio.

REFERENCIAS

1. ASHER CC: The impact of social support networks on adult health. *Med Care*, 22:349-359, 1984.
2. BARNET PA, GOTLIB IH: Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychol Bull*, 104:97-126, 1988.
3. BARRERA M: Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol*, 14:413-445, 1986.
4. BELLE D: Gender differences in the social moderators of stress. En: Barnet RC, Biener L, Baruch GK (eds.) *Gender and Stress*. Free Press, 257-277, Nueva York, 1987.
5. COHEN S, SYME SL: *Social Support and Health*. Academic Press, Nueva York, 1985.
6. COHEN S, WILLS T A: Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98:310-357, 1985.
7. DAVIS MH, MORRIS MM: Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *J Pers Soc Psychol*, 74:468-481, 1998.
8. DOLBIER CL, STEINHARDT MA: The development and validation of the sense of support scale. *Behav Med*, 25:169-179, 2000.
9. DUNCAN TE, MCAULEY E: Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: A latent growth curve analysis. *J Behav Med*, 16:199-218, 1993.
10. DUNKEL-SCHETTER C, BENNET TL: Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. En: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (eds). *Social Support: An Interactional View*. Wiley, 267-296, Nueva York, 1990.
11. EMMERSON JP, BURVILL PW, FINLAY-JONES R, HALL W: Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *Br J Psychiatry*, 155:782-792, 1989.
12. FIORE J, BECKER J, COPPEL DB: Social network interactions: A buffer or a stress. *Am J Community Psychol*, 11:423-439, 1983.
13. GERIN W, MILNER D, CHAWLA S, PICKERING TG: Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: A test of the direct effects and buffering hypothesis. *Psychosom Med*, 57:16-22, 1995.
14. GLYNN LM, CHRISTENFELD N, GERIN W: Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosom Med*, 61:234-242, 1999.
15. GOLDBERG DP, HILLIER VF: A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-45, 1979.
16. HEGELSON VS: Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *J Appl Soc Psychol*, 23:825-845, 1993.
17. HOLAHAN CJ, MOOS RH: Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *J Abnorm Psychol*, 90:365-370, 1981.
18. HOUSE JS, KAHN RL: Measures and concepts of social support. En: Cohen S, Shymé SL (eds.). *Social Support and Health*. Academic Press, 83-108, Nueva York, 1985.
19. HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D: Social relationships and health. *Science*, 241:540-545, 1988.
20. JEMMOTT JB, LOCKE SE: Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility

- to infectious diseases: How much do we know? *Psychol Bull*, 95:78-108, 1984.
21. KENNEDY S, KIECOLT-GLASER JK, GLASER R: Social support, stress, and the immune system. En: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (eds). *Social Support: An Interactional View*. Wiley, 253-266, Nueva York, 1990.
 22. KESSLER RC: Perceived support and adjustment to stress: Methodological considerations. En: Veiel HOF, Baumann U (eds.). *The Meaning and Measurement of Social Support*. Hemisphere, 259-272, Nueva York, 1991.
 23. KIELKOLT-GLASER JK, GARNER W, SPEICHER C, PENN GM, HOLLIDAY J, GLASER R: Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosom Med*, 46:7-14, 1984.
 24. KUNKEL AW, BURLESON BR: Assessing explanations for sex differences in emotional support. A test of the different cultures and skill specialization accounts. *Hum Communication Res*, 25:307-340, 1999.
 25. LAKEY B, CASSADY PB: Cognitive processes in perceived social support. *J Pers Soc Psychol*, 59:337-343, 1990.
 26. LARA ME, LEADER J, KLEIN DN: The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *J Abnorm Psychol*, 106:478-482, 1997.
 27. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITZ R, EBERLEIN-FRIES R, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 141:121-134, 1982.
 28. MATUD MP, BETHENCOURT JM: Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana Psicología*, 32:91-106, 2000.
 29. MATUD MP, LOPEZ M, BETHENCOURT JM, AVERO P: Factores sociodemográficos en la depresión en las mujeres. *Psicología Conductual*, 2:231-247, 2000.
 30. MATUD M P, AVERO P, LOPEZ M, MARRERO R, CARBALLEIRA M: Ansiedad en la mujer: un análisis de las variables personales y sociales más relevantes. *Rev Internacional Psicología Clínica Salud*, 2:293-306, 2001
 31. MATUD MP: Estrés y salud: estudio empírico en una muestra de la población general. *Psicología Iberoamericana*, 9:17:22, 2001.
 32. ORTH-GOMER K: Psychosocial risk factor profile in women with coronary heart disease. En: Orth-Gomér K, Chesney M, Wenger NK (eds). *Women, Stress, and Heart Disease*. LEA, 25-38, Londres, 1998.
 33. PAYKEL ES: Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand (Supl)*, 377:50-58, 1994.
 34. PEIRCE RS, FRONE MR, RUSSELL M, COOPER ML, MUDAR P: A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychol*, 19:28-38, 2000.
 35. RAZIN AM: Psychosocial intervention in coronary artery disease: A review. *Psychosom Med*, 44:363-386, 1982.
 36. ROOK KS: The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 46:1097-1108, 1984.
 37. SARASON BR, SHEARIN EN, PIERCE GR, SARASON IG: Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *J Pers Soc Psychol*, 52:813-832, 1987.
 38. SCHUSTER TL, KESSLER RC, ASELTINE RH: Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. *Am J Community Psychol*, 18:423-438, 1990.
 39. SEEMAN TE, MCEWEN BS: Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosom Med*, 58:459-471, 1996.
 40. STANSFELD SA, FUHRER R, SHIPLEY MJ: Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychol Med*, 28:881-892, 1998.
 41. STOKES JP, WILSON DG: The inventory of socially supportive behaviors: Dimensionality, prediction, and gender differences. *A J Community Psychol*, 12:53-69 1984.
 42. TABACHNICK BG, FIDELL LS: *Using Multivariate Statistics*. Harper Row Pub., Nueva York, 1983.
 43. TARDY CH: Social support measurement. *Am J Community Psychol*, 13:187-202, 1985.
 44. THOITS PA: Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*, 23:145-159, 1982.
 45. VAUX A: Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *J Soc Issues*, 41:89-110, 1985.
 46. WETHINTONG E, KESSLER RC: Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *J Health Soc Behav*, 27:78-89, 1986.
 47. WINEFIELD HR, WINEFIELD AH, TIGGEMANN M: Social support and psychological well-being in young adults: The multi-dimensional support scale. *J Pers Assess*, 58:198-210, 1992.