



**INFLUENCIA DEL  
APOYO FAMILIAR  
EN MOMENTOS DE  
GRAN  
INCERTIDUMBRE**

**FAMILY SUPPORT IN  
TIMES OF GREAT  
UNCERTAINTY**



**María Jesús  
Cardoso**

Facultad de Educación,  
Universidad de  
Zaragoza, España



**María Isabel  
Ramos**

Facultad de Medicina,  
Universidad de  
Extremadura, Badajoz,  
España



**Francisco José  
Vaz**

Facultad de Medicina,  
Universidad de  
Extremadura, Badajoz,  
España



**Laura Rodríguez**

Facultad de Medicina,  
Universidad de  
Extremadura, Badajoz,  
España



**Nieves  
Fernández**

Facultad de Medicina,  
Universidad de  
Extremadura, Badajoz,  
España



## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es constatar los posibles efectos beneficiosos que aporta el tener un buen apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre. Está ampliamente constatada la ansiedad que supone someterse a una intervención quirúrgica. Parte de esa ansiedad viene determinada por la incertidumbre que provoca el no conocer el resultado de dicha intervención. La muestra de nuestro estudio estuvo compuesta por 42 pacientes que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz perteneciente al Área sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Para evaluar el comportamiento familiar, se administró el cuestionario FACES-II. La evolución del paciente se determinó mediante un protocolo diseñado para este estudio. Los resultados muestran una relación entre comportamiento familiar y recuperación. Encontramos que los pacientes con una mayor Cohesión familiar presentaron una mejor recuperación postquirúrgica. Estos datos nos indican que disponer de un buen apoyo social en momentos de gran incertidumbre tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y mental.

## ABSTRACT

The aim of this study is to realize the potential benefits it brings to have a good family support in times of great uncertainty. It is widely observed that anxiety is to undergo surgery. Part of that anxiety is determined by the uncertainty caused by not knowing the outcome of the intervention. Our study sample consisted of 42 patients scheduled to undergo surgery at a referral center for the health area of the Autonomous Community of Extremadura. To evaluate family behavior, the questionnaire was administered FACES-II. The patient outcome was determined by a protocol designed for this study. The results show a relationship between family behavior and recovery. We found that patients with greater family cohesion had better postoperative recovery. These data indicate that having good social support in times of great uncertainty has beneficial effects on physical and mental health.

### Palabras clave

*Familia; Apoyo social; Incertidumbre; Ansiedad; Recuperación; Salud física; Salud mental.*

### Key words

*Audiovisual literacy; phenomenon-Matrix; narcissistic wound; textual analysis; the second birth; transformation of perception; consciousness.*

## 1. Introducción

El proceso quirúrgico es un evento estresante y ansiógeno, es decir, es un acontecimiento que provoca estrés en el sujeto y, además, sus efectos perduran en forma de ansiedad, de tal forma que puede tener distintas repercusiones, tanto en el proceso operatorio en sí como en la recuperación inmediata y posterior del paciente. Parte de esa ansiedad viene determinada por la incertidumbre que provoca el no conocer el resultado de dicha intervención. Este proceso, como situación nueva para el paciente, implica una serie de adaptaciones, tanto físicas como psíquicas al denominado "estrés quirúrgico". El enfermo quirúrgico se enfrenta a la ansiedad, la incertidumbre y la indefensión (Turner, Deyo, Loeser, Von Korff y Fordyce, 1994). En estas situaciones, los cuidados prequirúrgicos se vuelven esenciales para que el paciente llegue a la intervención en las condiciones más adecuadas posibles.

Son muchos los factores que van a interactuar e influir en el estado psíquico del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y, de la misma manera, su recuperación, va a depender de otra serie de factores que se unirán a la influencia de los preoperatorios (Moix, 1995). La identificación de los mismos serviría de cribado (screening) para detectar a aquellos pacientes que podrían presentar riesgo en relación a los resultados postoperatorios (Trief, Grant y Fredrickson, 2000). Hay estudios en los que se ha señalado la probable relación entre el estado psicológico preoperatorio y la aparición de complicaciones orgánicas postoperatorias (Giacomonte y Mejía, 1997), de forma que una personalidad patológica implica un riesgo diez veces mayor de desarrollar una adaptación también patológica frente al estrés quirúrgico (Ramos, 1967). El tipo de personalidad del paciente también puede intervenir según sean los estilos de afrontamiento de la ansiedad de cada persona (Domar, Everett y

Keller, 1989) o según la persona tiende a ser más o menos ansiosa en su vida cotidiana, por ejemplo, se ha relacionado la alta ansiedad-rasgo con la aparición de dolor postoperatorio moderado e intenso (Caumo et al., 2001). Por otro lado, también hay estudios que señalan factores de personalidad que actuarían como protectores. El hecho de ser optimista, según parece, se asocia positivamente con la disminución de la ansiedad prequirúrgica (Montgomery, Rickels, Belski, Tobias y Zornberg, 2003), menos días de estancia hospitalaria y mejor calidad de vida postoperatoria (Engbretson, Matthews y Scheier, 1989); el tener expectativas de autocontrol de la situación después de la intervención, se relaciona positivamente con la recuperación rápida y el acortamiento de la estancia hospitalaria (Mahler y Kulik, 1991).

Otro factor de suma importancia para el sujeto es el apoyo social que recibe en una situación de estrés. Según diversos autores, podemos considerar el apoyo social como una ayuda emocional, instrumental o de diversa índole que se deriva de un determinado entramado social (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González & Diaz Veiga, 1992). Desde este punto de vista, el apoyo social cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a proveer sentido a la vida, aporta retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud, propicia una serie de actividades personales que se asocian con aspectos positivos (Sluzki, 1996) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. Según Gil Lacruz y Frej Gómez (1993) el apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones.

Las fuentes de apoyo social pueden ser muchas. Los autores, en un intento de sistematización, han propuesto diferentes clasificaciones y relaciones de fuentes.

House (1981) propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

Así pues, el papel del soporte familiar del paciente también parece ser importante ya que, a veces, los familiares son los que ayudan, con distintos métodos, a canalizar la ansiedad del paciente (Kulik y Mahler, 1989; Rosado, García, Matarín, González et al., 2008). Se ha constatado que la presencia de un apoyo social ejerce efectos beneficiosos sobre nuestra salud (DuPertuis, Aldwin y Bosse, 2001). Un aspecto en el que coinciden diversos autores es que el apoyo conlleva una serie de conductas en las que se produce una aportación o intercambio (información, ayuda instrumental o afecto) entre las personas implicadas. Cobb (1976), uno de los primeros autores en aportar una definición del constructo, lo define como la información que lleva al sujeto a creer que: 1) "es cuidado y amado"; 2) "estimado y valorado"; y que 3) "pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas". El mismo Cobb se refiere a estos conceptos como "apoyo emocional", "reconocimiento" y "redes de apoyo" respectivamente, y los distingue de la "ayuda instrumental y/o material" a la que no considera apoyo social en sentido estricto, aunque sí otros autores. Por ejemplo, House (1981) propone cuatro tipos de apoyo: instrumental (ayuda en las tareas), emocional (afecto y ayuda para afrontar las emociones negativas), informacional (consejos y sugerencias, p.e.) y evaluativo (comparaciones sociales para la autoevaluación social). La familia se ha considerado una fuente primaria de apoyo social (Beehr, 1985), pues sus miembros están en condiciones de ofrecerse la ayuda que necesitan (cariño, cuidado, asistencia...).

Diversos trabajos han estudiado los mecanismos fisiológicos que explican la relación entre apoyo social y salud (Cohen, 2004; Detillion, Craft, Glasper, Prendergast y DeVries, 2004). La mayoría de los estudios relacionan el apoyo social con una mejor respuesta del sistema inmunitario (DeVries, Craft, Glasper, Neigh y Alexander, 2007; DeVries, Glasper y Detillion, 2003). A su vez, otros estudios ponen de manifiesto la relación entre apoyo social y sistema neuroendocrino. En esta línea se encuentran los estudios que relacionan mayores niveles de cortisol con escaso apoyo social (Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel, 2000).

El objetivo general del presente trabajo de investigación fue identificar posibles factores biopsicosociales de riesgo en situaciones de gran incertidumbre. Como objetivo específico se estableció analizar la posible relación entre comportamiento familiar, nivel de cortisol y recuperación postquirúrgica.

## 2. Material y método

### Muestra

La muestra de nuestro estudio estuvo compuesta por 42 pacientes (16 hombres y 26 mujeres) pacientes que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz perteneciente al Área sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Los criterios de inclusión fueron tener edades comprendidas entre 20 y 70 años, y tener un nivel educativo básico en lectura y escritura que hicieran posible la participación en el estudio. Los criterios de exclusión fueron presentar déficits cognitivos o con trastornos psiquiátricos diagnosticados o haber sido sometidos anteriormente a una intervención de la misma patología por la

que habían sido ingresados. Para descartar una posible alteración cognitiva se les administró el Mini-Examen Cognitivo (Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala y Seva , 1979).

## **Instrumentos**

Protocolo de datos personales: los datos personales fueron recogidos a través de un protocolo creado para este estudio. Se obtuvieron datos generales y datos sobre el estado de salud general. También contemplamos el grado de información del que disponía el paciente. Todos los sujetos fueron informados del proceso a seguir y consideramos que el sujeto no demandaba más información. El sujeto refería que la información recibida era suficiente.

Family Adaptability and Cohesion Scales-II (FACES-II): El objetivo de este cuestionario es medir las tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y tipo familiar. La cohesión, según Olson, Russell y Sprenkle (1983), se define como "los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan". La cohesión familiar mide en qué medida los miembros familiares están unidos o separados de su familia. La cohesión familiar es definida como el vínculo familiar que los miembros familiares tienen unos hacia otros. La adaptabilidad es "la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo". La adaptabilidad familiar se relaciona con la capacidad del sistema familiar para ser flexible y cambiar. La adaptabilidad familiar es definida como la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas parentales ante una

situación de conflicto. El tipo familiar es la tercera dimensión y facilita movimiento en las otras dos dimensiones. También cuenta la FACES-II con otra escala adicional para medir la comunicación padres-adolescentes. La FACES-II evalúa a la familia como un todo lo que le lleva a dar una puntuación global de tipo de familia que se obtiene a partir de las dos subescalas anteriores. Esta puntuación ofrece cuatro tipos familiares: extrema, media, moderadamente balanceada y balanceada.

Medidas de Cortisol: Para el radioinmunoanálisis de los niveles de cortisol se utilizó el Kit Coat-A-Count Cortisol. Esta es una prueba diseñada para medir cuantitativamente los niveles de cortisol (hidrocortisona, Compuesto F). El procedimiento Coat-A-Count es un radioinmunoanálisis en fase sólida, en el cual el cortisol marcado radiactivamente con  $Y^{125}$ compite, durante un tiempo determinado, con el cortisol en la muestra del paciente, por los sitios de unión de los anticuerpos. Debido a que el anticuerpo está inmovilizado en la pared de tubo de polipropileno, la decantación del sobrante es suficiente para terminar la competencia y aislar la fracción unida al anticuerpo del cortisol marcado. El tubo se cuenta en un contador gama y da un número que, mediante una curva de calibración, se convierte en una medida de cortisol presente en la muestra del paciente.

## **Recuperación**

La evolución del paciente se evaluó a través de un protocolo diseñado para este estudio, donde se incluían determinados aspectos sobre la recuperación del paciente. Este protocolo se basa en el seguimiento que realiza el personal de enfermería y en los criterios de recuperación descritos por Moix (1995). Se controlaba si se alimentaba de forma correcta, si tenía dolor, si descansaba de forma adecuada, si tenía fiebre u otras complicaciones. En el grupo "recuperación buena" (59,52 % de los pacientes) se



incluyeron los pacientes que, a juicio del equipo médico, no presentaron ninguna complicación tras la intervención. En el grupo "recuperación mala" (40,48% de los pacientes) se incluyeron los sujetos que tras la operación presentaron algún tipo de complicación (fiebre, infección, falta de apetito, dificultad para dormir, dolor excesivo, diferencia entre el tiempo estimado de estancia hospitalaria y el tiempo real de estancia).

### **Procedimiento**

Los sujetos aceptaban participar en el estudio de forma voluntaria, firmando un consentimiento informado. Antes de la intervención (entre 48 y 72 horas) se aplicaba un cuestionario diseñado para este estudio donde se registraban datos personales, datos sobre salud general y sobre la medicación utilizada. Se anotaba la fecha de ingreso y los datos sobre la evolución del paciente una vez que había sido intervenido. Posteriormente, se administraba el Inventario FACES II.

El día antes de la intervención se tomaba una muestra de saliva. Se pedía al paciente que se enjuagara la boca y que depositara la saliva en un tubo de fondo redondo de polipropileno de 5 ml. Se tuvo en cuenta que el paciente no estuviera tomando ninguna medicación que pudiera alternar los niveles de cortisol en saliva. La recogida de saliva siempre se efectuaba a las 8 de la mañana. Numerosos estudios indican que los niveles de cortisol fluctúan a lo largo del día, siendo éstos mayores durante la mañana (Aardal y Holm, 1995; Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer y KirschbaumC, 2004). La saliva se conservaba a una temperatura de  $-32\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Posteriormente era centrifugada y analizada con la técnica de inmunoensayo.

Tras la intervención, se registraba diariamente la evolución del paciente hasta el momento en el que recibía el alta médica.

### **Descripción de las variables**

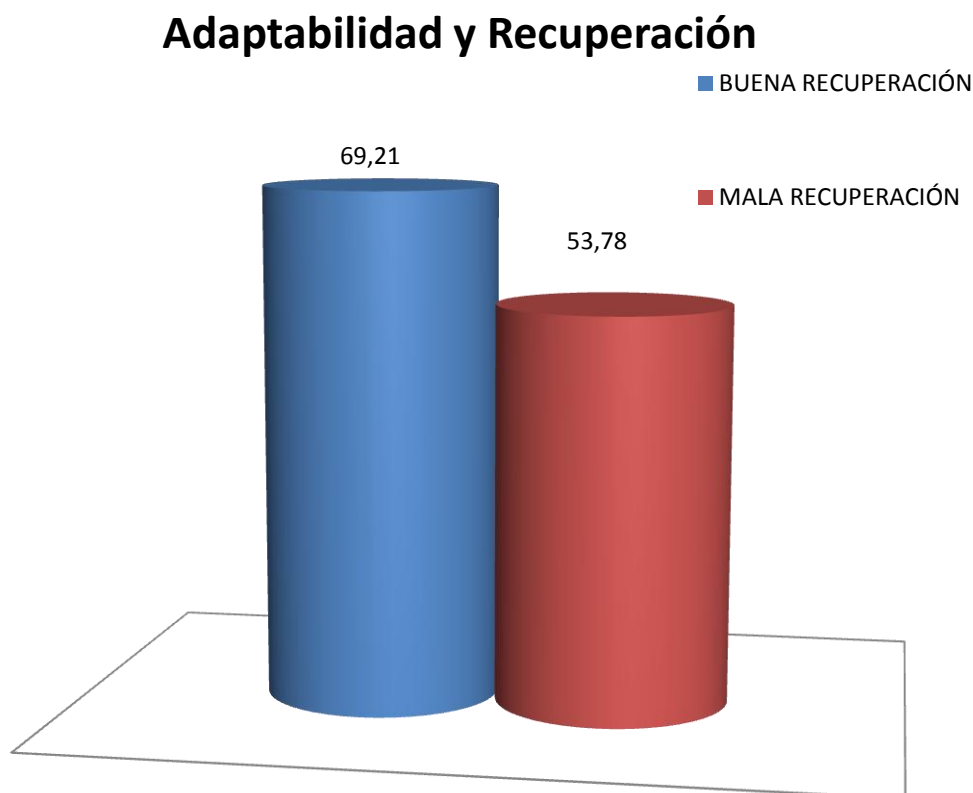
Para valorar el comportamiento familiar, se estudiaron las tres subescalas del Inventario FACES-II: cohesión, adaptabilidad y tipo familiar. Para el análisis de las puntuaciones de cortisol, se efectuaron dos grupos. En un primer grupo denominado "cortisol bajo", se incluyeron las puntuaciones iguales o inferiores a la media del grupo estudiado. En un segundo grupo, "Cortisol alto" se incluyeron las puntuaciones superiores a la media. La variable Recuperación, se categorizó como buena o mala en base a los criterios del personal sanitario y a los criterios descritos por otros autores (Moix, 1995).

### **Análisis de datos**

Las variables analizadas fueron: Inventario FACES-II (cohesión, adaptabilidad y tipo familiar), nivel de cortisol (bajo o alto) y Recuperación (buena o mala). Los datos obtenidos fueron analizados a través del programa SPSS versión 17.0. Las técnicas estadísticas utilizadas comprenden técnicas descriptivas (media aritmética, desviación típica, error de la diferencia e intervalo de confianza para la diferencia del 95%) y análisis de la varianza (ANOVA). Los valores p referenciados en este manuscrito corresponden a la significación estadística de pruebas con dos colas, considerándose como significativos los valores iguales o inferiores a una p de 0,05.

### 3. Resultados

Relación Cohesión Familiar – Recuperación postquirúrgica. Los resultados mostraron una relación entre comportamiento familiar y recuperación postquirúrgica. Nuestros datos indican que los pacientes con mayores puntuaciones en la escala de Cohesión presentaron una mejor recuperación postquirúrgica ( $F = 8.804$ ;  $gl = 40$ ;  $p = 0.005$ ) (puntuaciones en la escala de cohesión en pacientes con recuperación buena, Media: 69.21, D.T.: 6.09; puntuaciones en la escala de cohesión en pacientes con recuperación mala, Media: 66.33, D.T.: 10.51). No se encontraron diferencias significativas en las escalas de Adaptabilidad y Tipo Familiar en función de la recuperación (Figura 1).



**Figura 1**

Relación Cortisol-Cohesión Familiar-Recuperación postquirúrgica: Los resultados indicaron una relación entre nivel de cortisol, comportamiento familiar y recuperación. Nuestros datos indican que los pacientes con menores puntuaciones en la escala de Cohesión y niveles más elevados de cortisol en saliva presentan una peor recuperación postquirúrgica. ( $F = 10.96$ ;  $gl = 40$ ;  $p = 0.006$ ). No se encontraron diferencias significativas en las escalas de Adaptabilidad y Tipo Familiar en función del nivel de cortisol y de la recuperación postquirúrgica. (Tabla 1 y 2)

**Tabla 1. Media y Desviación Típica de las distintas Escalas del FACES-II y niveles de cortisol en pacientes que presentaron una buena recuperación postquirúrgica. Diferencia de riesgo y valores de p para la F de Snedecor.**

FACES-II	MEDIA (D.T.) N = 42		DIFERENCIA RIESGO	
	CORT. ALTO	CORT. BAJO	MEDIA DIFERENCIA (95 % IC)	p
<b>COHESION</b>	71.33 (3.06)	68.29 (6.68)	3.53 (9.48, 2.41)	0.183
<b>ADAPTABILIDAD</b>	54.33 (4.58)	53.58 (6.18)	0.74 (6.51, 5.02)	0.315
<b>T. FAMILIAR</b>	6.91 (1.05)	6.14 (0.58)	0.77 (1.72, 0.18)	0.219

**Tabla 1**

**Tabla 2. Media y Desviación Típica de las distintas Escalas del FACES-II y niveles de cortisol en pacientes que presentaron una mala recuperación postquirúrgica. Diferencia de riesgo y valores de p para la F de Snedecor.**

FACES-II	MEDIA (D.T.) N = 42		DIFERENCIA RIESGO	
	CORT. ALTO	CORT. BAJO	MEDIA DE LA DIFERENCIA (95 % IC)	p
<b>COHESION</b>	63.85 (11.27)	68.50 (10.02)	4.64 (16.51, 7.23)	0.006
<b>ADAPTABILIDAD</b>	53.75 (7.36)	54.71 (8.38)	0.96 (7.78, 9.71)	0.774
<b>T. FAMILIAR</b>	6.25 (1.44)	5.75 (1.80)	0.46 (2.27, 1.34)	0.739

**Tabla 2**

## 4. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo de investigación fue estudiar si existía una relación entre determinados factores biopsicosociales en situaciones de incertidumbre. Establecer unos criterios apropiados para categorizar una recuperación como "buena" o "mala" no es una tarea fácil y puede generar controversias. En nuestro estudio hemos seguido las pautas establecidas en estudios anteriores en los que el estado psicológico prequirúrgico tuvo efecto, en alguna medida, sobre cuatro de los siete

indicadores de recuperación evaluados (consumo de analgésicos y sedantes, duración de la hospitalización y dolor). Nos pareció interesante incluir en nuestro estudio el análisis de los niveles de cortisol en saliva, ya que esta hormona está ampliamente relacionada con el estrés y la ansiedad. La posibilidad de tomar medidas de cortisol en saliva ha aumentado el ámbito de estudio en la investigación psicobiológica (Kirschbaum y Hellhammer, 2000). Diversos estudios han comprobado que el cortisol presente en saliva se relaciona con el cortisol libre en sangre, representando aproximadamente el 10% del que se encuentra en plasma (Parrot, Misson y Baldwin, 1989). En nuestro estudio, las muestras de cortisol en saliva fueron recogidas entre las 8 y las 10 de la mañana, ya que la secreción de hormonas del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HPA) presenta un ritmo circadiano que está relacionado con los períodos de sueño-vigilia. Dicho ritmo presenta un máximo de secreción por la mañana temprano justo antes o al tiempo de levantarse, con una disminución paulatina durante el día y un mínimo antes de dormir.

Comprobamos si existía alguna relación entre las puntuaciones obtenidas en el FACES y la posterior recuperación del paciente. Encontramos que los pacientes con mayores puntuaciones en la Escala de Cohesión tuvieron una mejor recuperación postoperatoria. Estos resultados coinciden con los de diversos estudios que resaltan los efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud física y mental. Así pues, el apoyo social es considerado uno de los factores predictores de salud física y mental durante todas las etapas de la vida. También se ha comprobado la influencia sobre el sistema inmunológico y su relación con la ansiedad y la depresión. Dupertuis, Aldwin y Bosse (2001) encontraron que los pacientes con más apoyo social tenían una mejor percepción de su salud física y presentaban menos síntomas depresivos. Además, se

ha comprobado que los pacientes con una menor integración social presentan peor pronóstico de enfermedad cardiovascular (Loucks et al., 2006)

También encontramos que los pacientes con menores puntuaciones en la escala de Cohesión y niveles más elevados de cortisol en saliva presentan una peor recuperación postquirúrgica. Trabajos realizados previamente, constatan que las personas con mayor apoyo social necesitan menos medicación tras la intervención y se recuperan más rápidamente (Kulik y Mahler, 1989). La presencia de apoyo social mejora la habilidad del individuo para superar situaciones de incertidumbre, mientras que su ausencia repercute de forma negativa sobre éste. Los estudios realizados durante los últimos años indican que aquellas personas que carecen de apoyo social presentan un mayor riesgo de mortandad (Matt y Dean, 1993). Entre los procesos implicados destacan mecanismos conductuales y fisiológicos (inmunológicos y neuroendocrinos). Numerosos estudios consideran que la función inmunológica, especialmente la actividad de las células NK, pueden estar influenciadas por aspectos sociales (Bartolomucci, 2007). Diversos trabajos han encontrado que tras la pérdida de un familiar querido se observa una alteración en la función inmunológica.

Los estudios que relacionan aspectos sociales y sistema neuroendocrino son más escasos. Los trabajos realizados con animales muestran alteraciones del eje HPA cuando éstos son separados de su grupo y sometidos a situaciones estresantes (Fuchs y Flügge, 2002; Stanton, Patterson y Levine, 1985). En este sentido, el apoyo social disminuye la evaluación de una situación como estresante mediante la provisión de soluciones al problema, reduciendo la importancia y la incertidumbre con que se percibe la situación, disminuyendo la respuesta del sistema neuroendocrino y

facilitando de esta manera que la gente sea menos reactiva ante el estrés percibido (House, 2002).

Los resultados de nuestro estudio indican que el disponer de un apoyo social influye de forma positiva sobre nuestra salud. Consideramos que conocer en profundidad los mecanismos que interactúan durante situaciones estresantes nos proporcionarían opciones terapéuticas eficaces para reducir al mínimo el impacto negativo que los momentos de incertidumbre tienen sobre nuestra salud.

## 5. Bibliografía

Aardal, E., Holm, A.C. 1995. Cortisol in saliva-reference ranges and relation to cortisol in serum. *Eur J Clin Chem Clin Biochem*, 33, 927-932.

Bartolomucci, A. 2007. Social stress, immune functions and disease in rodents. *Front Neuroendocrinol*, 28(1), 28-49.

Beehr, T.A. 1985. The role of social support in coping with organizational stress. En T.A. Beerh, y R.S. Baghat (Eds.), *Human Stress and Cognition in Organizations: An Integrated Perspective* (pp. 375-398). New York: Wiley.

Caumo, W., Schmidt A.P., Schneider C.N., Bergmann J., Iwamoto C.W., Bandeira D. y Ferreira M.B. 2001. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45(3), 298-307.

Cohen, S. 2004. Social relationships and health. *Am Psychol*, 59(8), 676-684.



DeVries A.C., Glasper E.R. y Detillion C.E. 2003. Social modulation of stress responses. *Physiol Behav*, 79(3), 399-407.

DeVries A.C., Craft T.K., Glasper E.R., Neigh G.N. y Alexander J.K. 2007. Social influences on stress responses and health. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6), 587-603.

Domar, A., Everett, L.L., Keller M.G. 1989. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg*, 69(6), 763-767.

DuPertuis L., Aldwin C. y Bosse R. 2001. Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes? Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 13(4), 494-510.

Engelbreton, T., Matthews, K.A. y Scheier, M.F. 1989. Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent findings through a matching hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 513-521.

Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L. & Diaz Veiga, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martinez Roca.

Fuchs, E., Flügge, G. 2002. Social stress in tree shrews: effects on physiology, brain function, and behavior of subordinate individuals. *Pharmacol Biochem Behav*, 73(1), 247-258.

Giacomonte, E. y Mejía A. 1997. *Estrés Quirúrgico y Ansiedad Criterios para su Manejo Terapéutico*. España: Paidós.

Gil Lacruz & Frej Gómez (1993). Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En M. F. Martínez García (comp.), *Psicología Comunitaria* (pp. 39-61). Sevilla: EUDEMA.

House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

House, J.S. 2002. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *J Health Soc Behav*, 43(2),125-142.

Kaplan, J.R., Manuck, S.B. 1999. Status, stress, and atherosclerosis: the role of environment and individual behavior. *Ann N Y Acad Sci*, 896, 145-161.

Kirschbaum, C., Hellhammer, D.H. 2000. Salivary cortisol. En *Encyclopedia of Stress* (pp. 379-383). San Diego: A. Press.

Kudielka, B., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D.H. y Kirschbaum, C. 2004. HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 83-98.

Kulik, J., Mahler, H.I.M. 1989. Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.

Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J.M. y Seva, A. 1979. El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 3, 189-202.

Loucks, E., Sullivan, L.M., Hayes, L.J., D'Agostino, R.B., Sr. Larson, M.G., Vasan, R.S., Benjamin, E.J., Berkman, L.F. 2006. Association of educational level with inflammatory markers in the Framingham Offspring Study. *Am J Epidemiol*, 163(7), 622-628.

Mahler, H., Kulik, J.A. 1991. Health care involvement preferences and social-emotional recovery of male coronary-artery-bypass patients. *Health Psychology*, 10(6), 399-408.

Matt, G.E., Dean, A. 1993. Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age. *J Health Soc Behav*, 34(3), 187-200.

Moix, J. 1995. Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clínica y Salud*, 6(2), 203-215.

Montgomery, S., Rickels, K., Belski, R.J., Tobias, K., Zornberg, G.L. 2003. *Pregabalin* in generalized anxiety disorder: speed of onset. En *56th Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. San Francisco (CA).

Olson, D.H., Russell, C.S., Sprenkle, D.H. 1983. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22(1), 69-83.

Parrot, R., Misson, B.H. y Baldwin, B.A. 1989. Salivary cortisol in pigs followings adrenocorticotrophic hormone stimulation: comparison with plasma levels. *Br Vet J*, 145, 362-366.

Ramos, M. 1967. Diverticulosis and diverticulitis of the colon. Therapeutic management. *Prensa Médica Argentina*, 54(32), 1774-1778.

Rosado, M.J., García F., Matarín E., González S. et al. 2008. La percepción de lo social: análisis de los mensajes sociales. *Prisma Social*, 1, 1-46.

Seeman, T.E., McEwen, B.S. 1996. Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 459-471.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Stanton, M.E., Patterson, J.M., Levine, S. 1985. Social influences on conditioned cortisol secretion in the squirrel monkey. *Psychoneuroendocrinology*, 10(2), 125-134.

Trief, P., Grant, W., Fredrickson, B. 2000. A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome. *Spine*, 25(20), 2616-2621.

Turner, J., Deyo, R.A., Loeser, J.D., Von-Korff, M., Fordyce, W.E. 1994. The importance of placebo effects in pain treatment and research. *JAMA*, 271(20), 1609-1614.

Turner-Cobb, J.M., Sephton, S.E., Koopman, C., Blake-Mortimer, J., Spiegel, D. 2000. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 337-345.