

TRABAJO ORIGINAL

El papel de las redes de apoyo social frente al desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación

Paula Daniela Hermida¹, María Florencia Tartaglini², Carolina Feldberg³, Dorina Stefani⁴

¹ Investigadora Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina. ² Investigadora Adjunta Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina. ³ Investigadora Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). CONICET-FLENI, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría (CONICET), Argentina. ⁴ Investigadora Principal Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina.

Correo electrónico: paulahermida@conicet.gov.ar

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Recibido el 18 de abril de 2017; aceptado el 2 de mayo de 2017.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la influencia de las redes de apoyo social en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación.

Materiales y métodos: *Diseño:* Estudio “ex post facto”, de carácter retrospectivo, simple. *Muestra:* 300 adultos mayores autoválidos, de nivel socioeconómico medio, residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano (Argentina), y que poseían un vínculo laboral estable y formal antes de jubilarse. *Instrumentos:* Cuestionario de datos sociodemográficos y jubilatorios, Cuestionario de Estado de Salud e Inventory de Recursos Sociales para Ancianos.

Resultados: Quienes consignaron poseer redes de apoyo social con estructuras más completas o encontrarse más satisfechos con el apoyo que éstas les brindan, manifestaron de forma menos frecuente el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Por otra parte, la mayor parte de la muestra manifestó no presentar cambios negativos en su salud, y contar con redes sociales con estructuras completas o encontrarse satisfechos con el apoyo recibido.

Discusión y conclusión: Los resultados, aportan evidencia empírica sobre el efecto modulador de las redes de apoyo social frente a situaciones estresantes e indican el surgimiento de un nuevo perfil de jubilado. Así, se señala la necesidad de seguir generando espacios de inclusión para los adultos mayores que favorezcan el desarrollo de sus redes de apoyo social y la construcción de roles alternativos frente a los cambios que conlleva la vejez.

Palabras claves: jubilación - salud- redes de apoyo social - adultos mayores

The role of social support networks in the development of psychophysiological disorders associated with retirement

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of social support networks on the development of psychophysiological disorders associated with retirement.

Materials and methods: *Design:* simple retrospective “ex post facto” design was used. *Sample:* 300 non-dependent middle class seniors, living in Buenos Aires City and influence areas (Argentina) and who used to have a stable and formal employment before retiring. *Instruments:* Sociodemographic and retirement questionnaire, Health status questionnaire and Social Resources inventory for the elderly.

Results: Those who reported having social support networks with more complete structures or being more satisfied with the support received, manifested less frequently the development of psychophysiological disorders associated with retirement. Also, most of the sample reported no negative changes in their health, and have social networks with complete structures or be satisfied with the support received.

Discussion and conclusion: The results provide empirical evidence on the modulating effect of social networks for the coping of stressful situations, and indicate the emergence of a new profile of retirees. It is pointed out the need to continue generating spaces of inclusion for the older adults that favor the development of their social support networks and the construction of alternative roles to address the changes that old age brings.

Keywords: retirement - health - social support network- elderly

Introducción

El trabajo es una actividad que brinda a los sujetos un espacio de pertenencia ubicándolos en un núcleo social y estructurando sus rutinas cotidianas, ayudando así en la construcción subjetiva e identitaria¹. Por su parte, la jubilación representa un suceso vital que conlleva a la modificación de distintos aspectos de la vida que los adultos habían sostenido a lo largo de la etapa laboral activa. En nuestra sociedad occidental, se considera de forma arbitraria que la jubilación es el acontecimiento que marca el inicio de la vejez². Este nuevo ciclo requiere la modificación de conductas, hábitos y el desarrollo de nuevos roles en los adultos mayores, lo cual dependerá de las características del sujeto y la capacidad de adaptarse a este nuevo contexto³. Al respecto, Holmes y Rahe⁴ establecieron un listado de eventos vitales que requieren que las personas generen importantes modificaciones a lo largo de su vida. Este listado fue establecido de acuerdo al nivel de cambio que dichos sucesos generaban en las vidas de las personas. La jubilación se encontraba entre los primeros puestos del mismo, así como otros eventos que suelen darse en la vejez, tales como las enfermedades o la pérdida del cónyuge, familiares y amigos. Siguiendo esta línea, tal como destaca Thoits⁵, diversos estudios mostraron que estos eventos vitales, de forma aislada o en conjunto, poseen efectos sobre la salud del sujeto.

El Modelo Transaccional del Estrés desarrollado por Lazarus y Folkman⁶, plantea que el estrés psicológico es un proceso en el que el individuo, al experimentar cambios en su vida, podría evaluarlos como amenazantes para su bienestar, si considerara que exceden a su capacidad para hacer frente a la nueva situación. Así, la concepción actual de salud se basa en un modelo biopsicosocial que, alejado del modelo tradicional biomédico, sostiene que estas situaciones estresantes poseen como correlato una respuesta fisiológica^{7,8,9}.

El concepto de trastorno psicofisiológico incluye así aquellas alteraciones físicas que son provocadas, agravadas o perpetuadas por factores psicosociales^{10,11}. Se ha demostrado que las situaciones estresantes desencadenan una respuesta fisiológica, resultado de mecanismos complejos que, a través del sistema nervioso, afecta a los órganos, tejidos, secreciones glandulares,

sangre y músculos, alterando el organismo de los individuos^{7,8,12,13}. En este sentido, se observó que situaciones sociales percibidas como estresantes pueden generar altos niveles de estrés y el desarrollo o agravamiento de diferentes tipos de alteraciones, tales como las cardiovasculares, respiratorias e inmunológica^{14,15}. Asimismo, diversos autores han señalado que la experiencia de estrés genera el desarrollo de emociones negativas, tales como la ansiedad o depresión, las cuales contribuyen en la aparición o agravamiento de numerosos trastornos^{11,16,17}.

Por su parte, tal como señalan Rodriguez-Marin y Neipp López¹⁸, distintos estudios han demostrado que la salud y el apoyo social se encuentran relacionados. Al respecto, Cava y Musitu¹⁹ plantean que los recursos personales y sociales disminuyen los estresores e inciden a favor del el bienestar de las personas. En este sentido, el concepto de red social personal fue definido por Sluzki²⁰ como todas aquellas relaciones que un individuo percibe como significativas. Thoits²¹ sostiene que las redes sociales sirven de apoyo a los sujetos, proveyendo ayuda emocional (afectos, comprensión, estima) y/o instrumental (en tareas, en lo económico, brindando información). A su vez, se debe contemplar que las redes de apoyo social se modifican de acuerdo a los ciclos vitales. A partir de la adolescencia, las relaciones sociales tienden a incrementarse, debido a la salida exogámica del núcleo familiar. Con la llegada de la jubilación, la red social sufre una disminución por la pérdida del trabajo, la finalización de la crianza de los hijos y la muerte de parientes y amigos que la conformaban^{22,23}.

Thoits²¹ destaca que la percepción o satisfacción que el sujeto posee acerca del apoyo social recibido resulta más relevante que la estructura o tamaño de su red. En este sentido, la teoría del Efecto Buffer²⁴ sostiene que las redes de apoyo social aportarían un efecto amortiguador que disminuye las respuestas fisiológicas frente al estrés. MacLean²⁵ señala al respecto que en la adaptación a los cambios generados por la jubilación, las redes de apoyo social cumplen un rol central. Asimismo, diversos estudios han evidenciado que los adultos mayores logran una mejor adaptación a la jubilación si están casados y son felices con sus parejas^{26,27,28}. Por lo tanto, el presente trabajo se propone como objetivo evaluar

la influencia de las redes de apoyo en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación.

Hipótesis

La estructura (tamaño) y percepción (satisfacción) de la red de apoyo social influye en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Aquellos que informan redes sociales más completas o manifiestan una mayor satisfacción con el apoyo recibido, desarrollan menos trastornos psicofisiológicos que quienes poseen redes menos completas o una menor satisfacción con el apoyo.

Materiales y métodos

Se siguieron los pasos correspondientes al estudio "ex post facto", de carácter retrospectivo, simple²⁹.

Los sujetos de la muestra fueron seleccionados de la población objetivo (adultos mayores jubilados de nivel socioeconómico medio) a través de la estrategia de muestreo no probabilístico de tipo accidental. Los sujetos asistían a centros de día y talleres dependientes de los Gobiernos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipios en zonas de influencia (República Argentina). Asimismo, se utilizó el efecto de bola de nieve.

La muestra estuvo conformada por 300 adultos mayores autoválidos, de nivel socioeconómico medio, residentes en un gran centro urbano (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano, República Argentina) y que poseían un vínculo laboral estable y formal antes de jubilarse.

Al describir la muestra con respecto a las variables sociodemográficas, los adultos mayores presentaron una edad promedio de 73.92 años (de = 6.70 años), y los mayores porcentajes se ubicaron en las categorías nacionalidad "argentina" (90%), religión "católica" (70%), estado civil "casado" (47%) o "viudo" (26%), "con hijos" (75%), vivir en "casa propia" (85%) y haber cursado el ciclo de educación "superior" (37%) o "secundaria" (34%). De acuerdo a la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social de Gino Germani³⁰, las respuestas consignadas por los adultos mayores sobre educación y ocupación indican que todos los sujetos que conformaron la muestra pertenecen al nivel socioeconómico medio.

En cuanto al perfil jubilatorio de la muestra, se observa una edad promedio de jubilación de 64.86 años (de = 4.66 años), un tiempo promedio de estar jubilados de 9.06 años (de = 5.81), como principal ocupación previa a la jubilación el ser "empleado" (31%) u "oficios varios" (25%) y como tiempo de permanencia en dicha ocupación "más de 15 años" (88%).

Instrumentos de medición

- **Cuestionario de datos Sociodemográficos y perfil jubilatorio:** Se elaboró un cuestionario "ad hoc" de 12 preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas, que recaba información sobre características socio-demográficas (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación previa, vivienda, hijos y religión), jubilatorias (edad de jubilación, antigüedad como jubilado, cantidad de años trabajados en su ocupación previa).
- **Cuestionario de Estado de Salud:** Se elaboró "ad hoc" un cuestionario de 5 preguntas cerradas, con alternativas fijas, que recababa información sobre el estado de salud de los adultos mayores, con el fin principal de indagar acerca de la presencia de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. En relación a esto, se evaluaba si el sujeto percibió alguna modificación en su estado de salud relacionado con su jubilación y, ante las respuestas afirmativas, se clasificaba el tipo de trastorno³¹ —cutáneo, urinario, endocrino, osteomuscular, gastrointestinal, cardiovascular, respiratorio, sistema inmune, y del aparato reproductor—, el momento de aparición y la existencia de antecedentes de salud.
- **Inventario de Recursos Sociales para Ancianos**³²: Este instrumento, que permite evaluar las redes de apoyo social, está integrado por cuatro secciones que hacen referencia a cuatro tipos distintos de relaciones sociales: pareja, hijos, familia y amigos. Para el estudio del fenómeno de la jubilación, se consideró pertinente agregar el cuadrante "ex compañeros de trabajo".

En la administración del Inventario, se interroga al sujeto sobre cada una de estas áreas de interacción (cuadrantes), indagando acerca de la estructura (tamaño) de la red de apoyo social, la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido a través de las mismas (emocional

—relaciones afectivas— e instrumental —relaciones de ayuda funcional—) y la percepción (nivel de satisfacción) que posee el individuo acerca de dicho apoyo.

Para la evaluación del Inventory, se considera que la estructura de la red de apoyo social del sujeto es “incompleta” cuando tiene integrantes en un solo cuadrante de su red, “más o menos completa”, en dos o tres cuadrantes, o “completa”, en cuatro o cinco cuadrantes. En cuanto a la percepción con el apoyo recibido, las respuestas del individuo acerca de la satisfacción que posee en cada uno de los cuadrantes son: “insatisfecho”, “poco satisfecho”, “más o menos satisfecho” o “muy satisfecho”.

El instrumento originalmente fue construido por Diaz Veiga³² y luego adaptado a nuestro medio³³, arrojando el α de Cronbach un valor de consistencia interna igual a .89, lo que indica una confiabilidad en cuanto a estabilidad del instrumento que resulta adecuada para este tipo de investigación³⁴.

Recolección de datos

Se llevaron a cabo las gestiones pertinentes para obtener la autorización para entrevistar a los adultos mayores que asistían a centros de día y talleres dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y zonas de influencia. Con tal fin, se entregó a las autoridades correspondientes el resumen del proyecto de investigación, una copia del protocolo de evaluación y otra del consentimiento informado. En este último, se describe el objetivo del estudio y se informa al entrevistado sobre su participación voluntaria y el carácter anónimo de sus respuestas, en cuanto a que formarán parte de descripciones generales que responden al propósito del estudio.

El protocolo de evaluación, finalmente seleccionado luego del estudio piloto, fue administrado a los adultos mayores a través de una entrevista individual de una duración aproximada de 40 minutos.

Análisis estadísticos

Con el fin de realizar la descripción de las variables de estudio, se efectuaron cálculos de porcentajes, media aritmética y desviación estándar, de acuerdo al nivel de medición de las variables y su distribución de frecuencias.

| Presencia de trastornos psicofisiológicos | Total (n = 300) | |
|---|--------------------|----|
| | n | % |
| No | 228 | 76 |
| Sí | 72 | 24 |

Tabla 1. Presencia de trastornos psicofisiológicos en la muestra

| X | Total (n = 72) | |
|------------------------------|-------------------|----|
| | n | % |
| Tipo de trastorno | | |
| Cutáneos | 3 | 4 |
| Endócrinos | 11 | |
| Osteomusculares | 18 | 25 |
| Gastrointestinales | 12 | 17 |
| Cardiovasculares | 29 | 40 |
| Respiratorios | 23 | |
| Inmunológicos | 23 | |
| Del aparato reproductor | 57 | |
| Momento de aparición | | |
| Durante el primer año | 60 | 83 |
| Después del primer año | 12 | 17 |
| Antecedentes de salud | | |
| No | 51 | 71 |
| Sí | 21 | 29 |

Tabla 2. Descripción de los trastornos psicofisiológicos.

Para evaluar la probable asociación entre la presencia de trastornos psicofisiológicos y la estructura y percepción de las redes de apoyo social, se realizó la prueba de χ^2 (Ji Cuadrado) de independencia estadística.

Resultados

En las tablas 1 y 2 se presentan las frecuencias absolutas y porcentajes correspondientes a la presencia de trastornos psicofisiológicos reportados por los adultos mayores que conformaron la muestra total y a la descripción de los trastornos desarrollados. Se puede observar que el 24% de la muestra señala la presencia de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Dentro de estos, los más reportados son los cardiovasculares (45%) y los osteomusculares (25%). Asimismo, en su mayoría dichos trastornos se desarrollaron du-

| X | Total (n = 300) | |
|--|--------------------|----|
| | n% | |
| Estructura de las redes de apoyo social | | |
| Incompleta | 11 | 4 |
| Más o menos completa | 148 | 49 |
| Completa | 141 | 47 |
| Percepción del apoyo social recibido | | |
| Insatisfecho | 3 | 1 |
| Poco satisfecho | 19 | 7 |
| Más o menos satisfecho | 73 | 24 |
| Muy satisfecho | 205 | 68 |

Tabla 3. Estructura de las redes de apoyo social y percepción del apoyo recibido para la muestra total

rante el primer año posterior a su jubilación (83%) y no poseían antecedentes de salud (71%).

En la **tabla 3** se presentan las frecuencias absolutas y porcentajes correspondientes a la estructura (tamaño) de las redes de apoyo social y la percepción (satisfacción) del apoyo recibido reportados por los adultos mayores que conformaron la muestra total. Se puede observar que la mayoría de los individuos entrevistados presentan redes de apoyo social más o menos completas (49%) o completas (47%), y que más de la mitad (68%) se encuentra “muy satisfecho” con el apoyo recibido.

A continuación se presentan en las **tablas 4** y **5** las frecuencias absolutas y porcentajes de la estructura de las redes sociales y percepción del apoyo recibido por parte de estas para los grupos de jubilados con au-

| Presencia de trastornos psicofisiológicos | Estructura de las redes de apoyo social | | | | Prueba χ^2 | |
|---|---|----|----------|----|-----------------|--|
| | Incompleta / Más o menos completa | | Completa | | | |
| | n | % | n | % | | |
| No | 104 | 65 | 124 | 88 | 20.805*** | |
| Sí | 55 | 35 | 17 | 12 | phi= -.263*** | |

*** p ≤ .001

Tabla 4. Presencia de trastornos psicofisiológicos según estructura de las redes de apoyo social.¹

sencia o presencia de trastornos psicofisiológicos, y los resultados de las pruebas de χ^2 (Ji Cuadrado) de independencia estadística.

En la **tabla 4**, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según la variación en las estructuras de las redes sociales ($\chi^2 = 20.805$; phi = -.263; gl = 1; p = .000): la tendencia de los datos indica que aquellos que presentan redes de apoyo “completas”, en comparación con los que contestaron “incompletas/ más o menos completas”, poseen una menor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos al momento de jubilarse.

En la **tabla 5** se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según la variación en la percepción del apoyo recibido por parte de las redes sociales ($\chi^2 = 52.999$; phi = -.420; gl = 2; p = .000): la tendencia de los datos indica que a mayor satisfacción con el apoyo social recibido, menor probabilidad de presentar modificaciones negativas en la salud.

| Presencia de trastornos psicofisiológicos | Percepción del apoyo social recibido | | | | | | Prueba χ^2 | |
|---|--------------------------------------|----|------------------------|----|----------------|----|-----------------|--|
| | Insatisfecho/ Poco satisfecho | | Más o menos satisfecho | | Muy satisfecho | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| No | 5 | 23 | 46 | 63 | 177 | 86 | 52.999*** | |
| Sí | 17 | 77 | 27 | 37 | 28 | 14 | phi= .420 *** | |

*** p ≤ .001

Tabla 5. Presencia de trastornos psicofisiológicos según percepción del apoyo social recibido.²

¹ Debido al escaso número de sujetos que manifiestan poseer redes de apoyo social “incompletas”, se agrupó dicha categoría de la variable con el valor “más o menos completo”.

² Debido al escaso número de sujetos que manifiestan el estar “insatisfecho” con sus redes de apoyo social, se agrupó dicha categoría de la variable con el valor “poco satisfecho”.

Discusión

Los datos del presente estudio apoyan la hipótesis planteada, denotando que aquellos sujetos que manifestaron poseer redes de apoyo social con estructuras más completas manifestaron de forma menos frecuente el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Esta misma tendencia se observa en cuanto a la percepción acerca del apoyo recibido: aquellos que consignaron estar más satisfechos, manifestaron de forma menos frecuente haber sufrido modificaciones negativas en su salud.

Desde el Modelo Transaccional del Estrés⁶ y la Teoría del Efecto Buffer²⁴, los resultados del presente estudio destacan el papel amortiguador de las redes de apoyo social en la evaluación que realiza el sujeto sobre eventos estresantes, tales como la jubilación. Asimismo, coinciden con los de diversas investigaciones que sostienen que las redes de apoyo social y la satisfacción con el apoyo que estas proveen presentan un correlato positivo en la salud de los individuos^{35,36,37,38,39}.

Cabe destacar, que la mayor parte de la muestra manifestó no haber desarrollado cambios negativos en su salud asociados al momento de haberse jubilado, y consignaron contar con redes sociales “más o menos completas” o “completas”, o encontrarse “más o menos satisfechos” o “satisfechos” con el apoyo recibido por parte de estas. Nuestros resultados, además de aportar evidencia empírica al efecto modulador de las redes sociales de apoyo, señalan el surgimiento de un nuevo perfil de jubilado, de nivel socioeconómico medio, que al dejar de trabajar encuentra nuevas actividades sustitutas que le permiten ampliar el crecimiento de sus redes de apoyo social⁴⁰. Estas nuevas tareas responden a la necesidad de construir “roles” sustitutos de aquellos que se desempeñaban en el trabajo y construir una nueva identidad como jubilado^{41,42}.

Por otra parte, se señala que el presente estudio presenta una limitación referida a la generabilidad de los resultados, dado que la estrategia de muestreo estadístico utilizada no garantiza la representatividad de la población objetivo en la muestra seleccionada, a lo que se agregan las dificultades propias de un estudio de este tipo. Además, el estudio se restringe a pacientes de nivel socioeconómico medio, por lo que se propone contin-

uar con un proyecto mayor en el que se contrasten las variables aquí analizadas y sus relaciones, de acuerdo a las variaciones en el nivel socioeconómico de los adultos mayores, y que posibilite, además, la generabilidad de los resultados.

Conclusión

El proceso de envejecimiento poblacional genera un fuerte impacto en los sistemas de salud, la sociedad y la familia.⁴³ Al respecto, la Organización Mundial de la Salud⁴⁴ indica la existencia de diversos factores psicológicos, conductuales y sociales que cumplen la función de protectores de la salud en el adulto mayor. En esta línea, los hallazgos de la presente investigación destacan la relevancia de las redes de apoyo social como un indicador de envejecimiento saludable⁴⁵. Tal como señala Hernández Triana⁴⁶, el aumento de la esperanza de vida exige la necesidad de generar un enfoque integral que satisfaga las necesidades materiales, sociales y espirituales de los adultos mayores. Así, resulta relevante seguir generando espacios de inclusión para los adultos mayores que favorezcan el desarrollo de sus redes de apoyo social y la construcción de roles alternativos frente a los cambios que conlleva la vejez⁴⁷.

Contribución de autoría: P.D. Hermida y D. Stefani desarrollaron el proyecto, diseñaron el estudio, recolectaron los datos, realizaron los análisis estadísticos y redactaron el manuscrito. M.F. Tartaglini y C. Feldberg contribuyeron en la redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Agradecimientos: La infraestructura, el material y equipamiento necesario para el desarrollo del presente estudio fue provisto por el Instituto de Investigaciones Cardiológicas, ININCA-UBA-CONICET. Asimismo, el presente estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) a través del Proyecto de Investigación Plurianual “Estrés y envejecimiento masculino. Las creencias acerca del sentido de la vida y su relación con el envejecimiento satisfactorio” PIP N° 112/20110100295 (2012-2014), bajo la dirección de la Dra. Dorina Stefani.

Referencias bibliográficas

1. Schvarstein L, Leopold L. Trabajo y subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 2005.
2. Mishara BL, Riedel RG. El proceso de envejecimiento. Madrid: Ediciones Morata S.A; 1986.
3. Molina Sena C, Meléndez Moral JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42(5): 276-284.
4. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychoson.* 1967; 11: 213-18.
5. Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support processes: Where are we? What next?. *J Health Soc Behav.* 1995; 35, Extra Issue:53-79.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
7. Casado Morales MI. Psicología y salud. Emociones y enfermedad: una relación compleja e indisoluble. *Boletín de la SEAS.* 1996 [Consultado 14 abr 2010]; 5. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas05.htm>.
8. Labrador FJ, Crespo M. Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: Palmero F, Fernández-Abascal E, coordinadores. Emociones y adaptación. Barcelona: Ariel; 1998. p. 163-90.
9. Rodríguez-Marín J, García del Castillo JA, Sitges E. Introducción a la Psicología de la Salud. En: Méndez DD, Latorre Postigo JM, editores. Psicología Médica. Barcelona: El Sevir España S.L.; 2015. p. 337-47.
10. Gatchel RJ, Baum A, Krantz DS. An Introduction to Health Psychology. New York: McGraw Hill; 1989.
11. Cano Vindel A, Miguel Tobal JJ. Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 2002 [Consultado 30 jul 2010]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm
12. Behncke S. How does retirement affect health?. IZA Discussion Papers Series. 2009 [Consultado 10 jul 2010]; 4253. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp4253.pdf>.
13. Tartaglini MF, Stefani D. Trastornos Psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Bol Psicol.* 2012; 106: 65 – 79.
14. Wheaton B. The domains and boundaires of stress concepts. En: Kaplan HB, editor. Psychosocial stress. San Diego, CA: Academic Press; 1996. p. 29-70.
15. Cockerham WC. Handbook of medical sociology. Nueva York: Prentice-Hall; 2001.
16. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its principles and applications. New York: Norton; 1950.
17. Friedman HS, Kern ML, Reynolds CA. Personality and health, subjective well-being and longevity. *J Personal.* 2010; 78(1): 179-216.
18. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de Psicología Social de la salud. Madrid: Editorial Síntesis; 2008.
19. Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev multidiscip gerontol.* 2000; 10: 215-21.
20. Sluzki C. La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gidesa; 1998.
21. Thoits P. Social support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol.* 1986; 4: 416-23.
22. Arias C. Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad [Tesis de Maestría]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina; 2001.
23. Meléndez-Moral JC, Tomás-Miguel JM, Navarro-Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Publ Mex.* 2007; 49 (6): 408-14.
24. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychol.* 1988; 7(3): 269-97.
25. MacLean MJ. Differences between adjustment to and enjoyment of retirement. *Can J Aging.* 1982; 2(1): 3-8.
26. Szinovacz ME, Davey A. Honeymoons and joint lunches: Effects of retirement and spouse's employment on depressive symptoms. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004; 59(5): 233-45.
27. Pinquart M, Schindler I. Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach. *Psychol Aging.* 2007; 22: 442-55.
28. Wang M. Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *J Appl Psychol.* 2007; 92: 455-74.
29. Montero I, León OG. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Rev Int Psicol Clin Salud.* 2005; 2(3): 115-27.
30. Grimson WR, De Blanco AC, Estrugamou M, Lastres E, Necchi S, Phillpott E et al. Investigaciones epidemiológicas de entidades psiquiátricas. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1972; 79: 572.
31. Ortego MC, López S, Álvarez ML & Aparicio MM. Trastornos psicofisiológicos. En: Ciencias Psicosociales II Universidad de Cantabria. 2011 [Consultado 3 may 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-09.pdf>
32. Díaz Veiga P. Evaluación del apoyo social y comportamiento afectivo en ancianos [Memoria de Licenciatura]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1985.
33. Clemente MA. El estrés psicosocial, redes sociales de apoyo y bienestar psicológico en personas de edad con diferentes contextos habitacionales. [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2007.
34. DeVellis RF. Scale development: theory and application. 2da ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc; 2003.
35. Hernández Plaza S, Pozo Muñoz C, Alonso Morillejo E, Martos Méndez MJ. Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *An Psicol.* 2005; 21(2): 304-15.
36. Herrero J & Gracia E. Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Interven Psicosocial.* 2005; 14(1): 41-50.
37. Tartaglini MF, Clemente MA, Stefani D. Apoyo social y sentimiento de sobrecarga. Un recurso psicosocial diferencial en cuidadoras de cónyuges con Demencia en estadio leve y moderado. *Rev argent clín psicol.* 2007; 16 (3): 231-37.
38. Clemente MA, Tartaglini MF, Stefani, D. Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspect psicol (Mar del Plata).* 2008; 5(2): 47-53.
39. Mendes dos Santos AR, de Oliveira Cartaxo HG, Pinto Costa da Silva EA, Venceslau de Moura P, Silvestre Monteiro de Freitas CM. Usando o tempo a favor do bem-estar: uma configuração do estilo de vida dos idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2013; 18(1): 27-43.
40. Lizaso I, Sánchez de Miguel M, Reizábal L. Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Rev Psicol Trab Organ.* 2008; 24 (3), 303-24.
41. Hornstein GA, Wapner S. Modes of experiencing and adapting to retirement. *Int J Aging Hum Dev.* 1985; 21(4): 291-315.
42. Rodríguez Feijoo N. Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria.* 2007; 24(1): 5-42.
43. Louro Bernal I, Bayarre Vea H, Alvarez Lauzarique ME. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2015 [Consultado 28 jul 2016]; 41(Suppl 1): . Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201500050009&lng=es.
44. Organización Mundial de la Salud. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. En: Informe sobre la Salud en el Mundo. 2002 [Consultado 15 sept 2010]; p.9-29. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002fliersesp.pdf>.
45. Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, Type A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *J Pers Soc Psychol.* 1987; 53(4): 783-92.
46. Hernández Triana M. Envejecimiento. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2014 [Consultado 10 Jun 2016]; 40(4): 361-78. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201400040001&lng=es.
47. Kohanoff R. Repensar el Rol de los jubilados. *Rev Arg de Gerontología y Geriatría.* 2016; 30(2): 59-62.