

R.4.573 (Ps)

T.D  $\frac{PS}{98}$

Biblioteca

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

a: 57 33  
corre:  
Sevilla:

El Jefe del Negociado de Tesis,

Isabel Mendoza Sierra

# RECURSOS DE APOYO SOCIAL Y BIENESTAR EN LA TERCERA EDAD

M<sup>a</sup> Isabel Mendoza Sierra

Facultad de Psicología  
UNIV. DE SEVILLA BIBLIOTECA

Isabel Mendoza

Fdo.: ISABEL MENDOZA SIERRA

M M G

Fdo.: MANUEL E. MARTINEZ GARCIA

*A mis padres.*

*Y a Manuel.*

# INDICE

1. INTRODUCCION .....	Pág. 1
1.1. LOS RECURSOS SOCIALES NATURALES DE LOS ANCIANOS: LA PERSPECTIVA DEL APOYO SOCIAL .....	Pág. 17
1.1.1. EL MARCO TEORICO DEL APOYO SOCIAL .....	Pág. 17
1.1.1.1. APROXIMACION CONCEPTUAL AL APOYO SOCIAL ...	Pág. 17
1.1.1.2. PERSPECTIVAS DE EVALUACION DEL APOYO SOCIAL Y PROBLEMAS DE MEDIDA .....	Pág. 32
1.1.2. MODELOS DE INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL .....	Pág. 39
1.1.2.1. HIPOTESIS VIGENTES .....	Pág. 39
1.1.2.2. MODELOS DE INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR .....	Pág. 43
1.1.2.2.1. MODELOS CENTRADOS EN EL ESTRES .....	Pág. 45
A). MODELOS DE WHEATON .....	Pág. 47
B). MODELOS DE BARRERA .....	Pág. 48
C). MODELOS DE LIN .....	Pág. 52
1.1.2.2.2. MECANISMOS DE INFLUENCIA PSICOSOCIAL .....	Pág. 53
A). EFECTOS DIRECTOS .....	Pág. 54
B). EFECTOS INDIRECTOS .....	Pág. 55

1.1.3. LA INVESTIGACION SOBRE EL APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ . . . . .	Pág. 57
1.2. SALUD Y BIENESTAR PSICOLOGICO COMO INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN LA VEJEZ . . . . .	Pág. 66
1.2.1. DELIMITACION CONCEPTUAL ENTRE CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR, SALUD Y OTROS CONCEPTOS AFINES . . . . .	Pág. 66
1.2.2. DIMENSIONES IMPLICADAS Y MEDICION . . . . .	Pág. 77
1.2.3. CORRELATOS DEL BIENESTAR PSICOLOGICO . . . . .	Pág. 89
1.3. CONTRIBUCIONES DE LOS RECURSOS SOCIALES NATURALES AL BIENESTAR SUBJETIVO Y A LA AUTOPERCEPCION DE LA SALUD EN LA VEJEZ . . . . .	Pág. 94
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	Pág. 103
1.5. FORMULACION DE OBJETIVOS E HIPOTESIS . . . . .	Pág. 107
2. MATERIAL Y METODO . . . . .	Pág. 110
2.1. MUESTRA . . . . .	Pág. 110

2.2. INSTRUMENTOS .....	Pág. 114
2.3. PROCEDIMIENTO .....	Pág. 119
3. RESULTADOS .....	Pág.121
3.1. RESULTADOS DE BIENESTAR .....	Pág. 121
3.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DEL INDICE DE SATISFACCION VITAL (LSI) .....	Pág. 122
3.1.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DE LA ESCALA DE PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER (PGA) .....	Pág. 124
3.1.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DE LA ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA SALUD (EAS) .....	Pág. 127
3.1.4. RESULTADOS OBTENIDOS DEL ANALISIS DE LAS DIMENSIONES IMPLICADAS EN EL BIENESTAR .....	Pág. 129
3.2. RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE APOYO SOCIAL .....	Pág. 130
3.2.1. TAMAÑO PERCIBIDO DE LA RED Y DISPONIBILIDAD POR CATEGORIAS DE APOYO .....	Pág. 130
3.2.2. COMPOSICION DE LA RED Y PROCEDENCIA DEL APOYO	Pág. 133
3.2.3. MULTIPLICIDAD DE LOS VINCULOS .....	Pág. 140
3.2.4. RELACIONES CONFLICTIVAS .....	Pág. 146

3.2.5. NECESIDAD DE APOYO . . . . .	Pág. 147
3.2.6. UTILIZACION DE LA RED . . . . .	Pág. 148
3.2.7. SATISFACCION CON LOS RECURSOS DE APOYO Y/O CON EL APOYO RECIBIDO . . . . .	Pág. 149
3.3. RELACIONES ENTRE DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL Y MEDIDAS DE BIENESTAR . . . . .	Pág. 150
3.3.1. TAMAÑO DE LA RED Y BIENESTAR. DISPONIBILIDAD POR CATEGORIAS Y BIENESTAR . . . . .	Pág. 150
3.3.2. UTILIZACION DE LA RED Y BIENESTAR . . . . .	Pág. 151
3.3.3. SATISFACCION CON LOS RECURSOS Y BIENESTAR . . .	Pág. 152
4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS . . . . .	Pág. 153
4.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 1 . . . . .	Pág. 153
4.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 1 . . . . .	Pág. 164
4.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2 . . . . .	Pág. 168
4.3.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL	

OBJETIVO 2.1 . . . . .	Pág. 168
4.3.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.2 . . . . .	Pág. 173
4.3.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.3 . . . . .	Pág. 185
4.3.4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.4 . . . . .	Pág. 189
4.4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 3 . . . . .	Pág. 192
4.5. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 4 . . . . .	Pág. 195
4.5.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 4.1. . . . .	Pág. 195
4.5.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 4.2 . . . . .	Pág. 197
4.6. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 5 . . . . .	Pág. 199
4.7. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION LA HIPOTESIS 2 Y 3 . . . . .	Pág. 202
4.7.1.TAMAÑO PERCIBIDO DE LA RED Y BIENESTAR . . . . .	Pág. 203

4.7.2. DISPONIBILIDAD DE LA RED POR CATEGORIAS DE APOYO Y BIENESTAR .....	Pág. 206
4.7.3. UTILIZACION DE LA RED Y BIENESTAR .....	Pág. 208
4.8. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 4 .....	Pág. 214
4.9. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 5 .....	Pág. 216
5. CONCLUSIONES .....	Pág. 218
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	Pág. 223
ANEXOS .....	Pág. 260

---

## PROLOGO

El estudio de las redes sociales de apoyo ha cobrado un gran auge durante las últimas décadas dentro de la Psicología Comunitaria. Este tópico ha resultado ser de un gran valor en un triple sentido: como variable psicosocial vinculada a la salud y el bienestar de los individuos, como posible factor etiológico en procesos de enfermedad y desórdenes, y como estrategia de intervención en programas dirigidos a poblaciones en riesgo, dentro de las cuales puede incluirse a la *"Tercera Edad"*.

La elección de esta población para la realización del presente trabajo de investigación no ha sido arbitraria, sino que obedece a una serie de razones: los ancianos presentan una serie de peculiaridades como un apartamiento de ciertos contextos naturales de interacción, como el que proporciona el trabajo; sufren además y como consecuencia del curso natural de la vida una serie de pérdidas de personas significativas que representan referentes importantes, a la vez que son sometidos, casi siempre de forma no voluntaria, a un realojo que supone un cambio, pérdida y/o sustitución de vínculos sociales importantes. Es por ello, que esta población es más proclive al desarraigo social, y como consecuencia, a una pérdida significativa de bienestar.

El presente trabajo de investigación comienza con la exposición de algunas características psicosociales de la población denominada *"Tercera Edad"* y un repaso de las principales teorías que han surgido para describir la ancianidad. A continuación se aborda el tópico Apoyo Social, tanto en su aspecto de conceptualización como de evaluación, para posteriormente abordar los principales modelos expuestos que explican su influencia sobre la salud y el bienestar de los individuos en general. Finalmente se presentan algunas de las peculiaridades que presentan las relaciones sociales en su faceta de

---

proporcionar apoyo durante la vejez.

En el segundo apartado de la introducción se aborda el concepto de calidad de vida y su diferenciación respecto a otros términos como salud y bienestar para posteriormente introducirnos en el constructo "*bienestar subjetivo*", con sus distintas dimensiones y su medición; haciéndose referencia también a factores que presentan relación con el mismo.

En el último apartado de la introducción se hace mención de los principales hallazgos que relacionan el apoyo social con la salud y el bienestar durante la vejez, para inmediatamente después hacer el planteamiento del problema y formular objetivos e hipótesis específicos de investigación.

En el apartado de material y método se exponen las características de la muestra seleccionada, prestando especial atención a las variables sobre las que se intentarán establecer diferencias: el sexo, el rango de edad y el domicilio de los ancianos. Asimismo se hace una descripción de los instrumentos utilizados para la recogida de datos y del procedimiento que se siguió en dicha recogida.

Los resultados obtenidos se presentan tanto para el conjunto de la muestra, como para grupos en función de las variables anteriormente mencionadas. Este apartado de resultados se ha dividido en tres grandes bloques: los relativos a la salud percibida y el bienestar de los ancianos, los referentes a distintas dimensiones del apoyo social y los que relacionan bienestar y apoyo social.

El mismo orden se ha seguido para analizar y discutir los resultados de la investigación, haciéndose referencia en cada epígrafe a cada una de las hipótesis y objetivos enunciados. Finalmente se presentan las conclusiones más relevantes que se pueden extraer del estudio, en concreto, se pone de manifiesto la importancia que tienen los recursos de apoyo social para la

## 1. INTRODUCCION

Uno de los temas de mayor actualidad en nuestra sociedad y que constituye uno de los mayores retos en el área del Bienestar Social es el aumento progresivo de la población denominada *Tercera Edad*. Las estimaciones que se recogen en el Informe General de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (1992) así como en el Plan Gerontológico Nacional (1993) señalan que el número de personas mayores de 65 años para finales de este siglo se aproximará a los seis millones, representando este colectivo aproximadamente un 15% de la población total en nuestro país.

El envejecimiento de la población es una de las características de las sociedades industrializadas, como consecuencia de la confluencia de algunos factores como son: el aumento de la esperanza de vida, los procesos migratorios y, sobre todo, la disminución de los índices de natalidad. Los avances sociosanitarios han propiciado que la esperanza de vida haya crecido espectacularmente (desde principios de este siglo ha aumentado 36,5 años la esperanza de vida para los hombres y 40,5 para las mujeres, según el Anuario Estadístico de España, 1990); de esta manera nos encontramos no sólo con un mayor número de personas mayores, sino también con una mayor concentración de personas que superan los 75 años, los llamados en la literatura anglosajona "viejos-viejos" (Neugarten, 1975), que por ser los más frágiles son los que requieren los mayores esfuerzos de atención.

Entre las características del "envejecer" hoy en día se encuentran una serie de condicionantes, como la falta de productividad asociada a la jubilación y el bajo nivel educativo general de este colectivo, características que contrastan con los valores predominantes en nuestra sociedad derivados de la ocupación laboral y que marcan en la actualidad la posición, la influencia y la utilidad social. La marginación social que de hecho sufre el colectivo de

ancianos se debe, en definitiva, a la exclusión forzosa del conjunto de beneficios y ventajas que goza la sociedad más amplia, como consecuencia de una posición de inferioridad en relación a la disposición de medios adecuados para adaptarse a los valores vigentes (Vizcaíno, 1987). Así la posición social que un individuo adquiere a lo largo de su vida la va perdiendo conforme envejece, de tal forma que pasa de una situación de integración a una situación de marginación por exclusión, situándose fuera de los límites que el sistema social marca para tener un protagonismo social relevante (San Román, 1990).

*Como señala Casals "la sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, y cada día creciente, fuese de edad tan avanzada. Lo que sobre todo preocupa a nuestra sociedad es que los ancianos son un colectivo de no activos que deben ser alimentados por los activos y que la relación entre ambos grupos es proporcionalmente más desfavorable cada día para los activos" (Casals, 1982, pág. 1).*

Los criterios utilizados para señalar el tránsito hacia esta etapa, lo que se denomina umbral de vejez, son muy variados, dando lugar en muchas ocasiones a definiciones arbitrarias de ancianidad, ya que se suelen establecer independientemente de las capacidades reales de los individuos, estando determinadas más bien por factores demográficos, económicos y educativos.

Las definiciones posibles de ancianidad pueden estar basadas en distintos criterios y condiciones; atendiendo a criterios de ordenamiento jurídico-legal y condicionamientos económicos nos encontramos la edad de jubilación como el criterio más extendido para marcar el paso a la vejez. Este criterio supone meter en el mismo saco a personas que, por razones a veces ajenas a sus capacidades reales, han sido apartadas forzosamente del mercado laboral, y que participan teóricamente de la misma situación que otros grupos, obviando las posibles diferencias existentes (no es lo mismo pertenecer a la

categoría de *jóvenes-viejos* -de 65 a 74 años-, que a la de *viejos-viejos* -a partir de 75-; y por supuesto no presentan las mismas características que los anteriores los que se encuentran entre los 55 y 64 años debido a una jubilación anticipada).

En base a condiciones de supervivencia, encontramos distintas definiciones en función de que los indicadores utilizados sean de tipo cuantitativo o cualitativo. Una definición de ancianidad basada en un indicador de tipo cuantitativo es la dada hace ya dos décadas por Ryder (1975) indicando que la vejez se alcanzaría cuando se llegase a una edad a partir de la cual la esperanza de vida remanente fuera de diez años. Basándose en un indicador de tipo cualitativo la OMS (1985) acuña el término "*esperanza libre de discapacidades*" para referirse a la barrera de la ancianidad, señalando así la entrada en la vejez a una edad a partir de la cual pueda suponerse de una manera generalizada la aparición de determinadas discapacidades.

Las críticas a éstas y otras definiciones basadas en condiciones de supervivencia se centran en la poca relevancia social que tienen dichas definiciones, por estar construidas sobre realidades muy heterogéneas (no contemplan diferencias por sexo, nivel cultural, estilos de vida, historia personal, etc.), y por no encontrarse contextualizadas, ya que no atienden a características geográficas ni de tiempo (social e histórico).

Pese a que la realidad es que se dan diferencias importantes entre distintos individuos, no pudiéndose concretar por tanto la edad a la cual se alcanzaría la vejez de manera universal, a las personas calificadas de ancianas se les suponen una serie de características que hacen que las contemplemos de manera estereotipada, derivándose una gran cantidad de mitos como el del envejecimiento cronológico, la improductividad, la inflexibilidad, la senilidad, etc. (Butler y Lewis, 1977) de tal manera que algún autor ha indicado que "*el problema de la vejez es su mala imagen*" (Bazo, 1990, pág. 207).

En relación a la permanencia de estos estereotipos se ha indicado como pueden jugar un papel negativo para la sociedad, teniendo un poder causal, de tal manera que pueden convertirse en una profecía de cumplimiento (OMS, 1991). Entre las imágenes estereotipadas se encuentran: un estado mental deficitario y serias dificultades en las habilidades funcionales, una disminución significativa en el número de contactos sociales y en la satisfacción con los mismos y en general una disminución de la actividad que se concreta en relación a las actividades cotidianas, asimismo se tiene la creencia de que las personas mayores son más infelices que el resto (Suárez y Fernández-Ballesteros, 1994); estos estereotipos nos hacen contemplar a las personas calificadas de viejas como un grupo homogéneo, algo muy alejado de la realidad.

Una manera de establecer diferencias entre sujetos viene dada por la diferenciación de distintos aspectos en relación a la edad de un individuo (Birren y Renner, 1977), como los que a continuación se señalan. Los más habituales son los de edad cronológica y psicológica, aunque con la orientación de la Psicología del Ciclo Vital se han introducido los conceptos temporales y su relación con la duración de la vida (Neugarten y Datan, 1973).

La *edad cronológica* de un individuo o el tiempo de vida es uno de los indicadores más utilizados para señalar el umbral de la vejez. Este no resulta la mayoría de las veces un indicador que aporte predicciones significativas de muchas formas de conducta social y psicológica, pero sin embargo supone un límite de partida para acciones de tipo interventivo y para formulaciones teóricas, ya que resulta un descriptor de los cambios evolutivos que tienen lugar (Saéz y otros, 1993). Por otro lado, la edad como criterio de diferenciación juega un rol en la cultura; el valor adjudicado a ese rol incide en el valor otorgado al anciano y, por tanto, a su situación en el seno de una sociedad.

Otro criterio de edad utilizado es el de *edad biológica*, que se define como una estimación de la posición actual del individuo con respecto a su potencial de duración de vida; el indicador utilizado en este caso es el funcionamiento del sistema orgánico del individuo. Por otra parte la *edad psicológica* se refiere a las capacidades adaptativas del individuo frente a los cambios en las demandas en su ambiente. Relacionada con la anterior se encuentra la *edad funcional*, referida a la capacidad de adaptación de la persona dentro del funcionamiento de una sociedad. Por último la *edad social* hace referencia a los roles y hábitos sociales que desarrolla un individuo respecto a los demás miembros de la sociedad; la conducta esperada se encuentra en la propia cultura tanto como en las características del individuo.

Por último, hay que señalar que si bien la vejez se refiere al último período evolutivo de la vida, éste se encuentra en estrecha relación con distintos conceptos de tiempo. El primero de ellos, el *tiempo social*, se refiere a la dimensión que subyace al sistema de clasificación por edades que establece una sociedad y que permite moldear el ciclo vital de los individuos sobre la base de potencial de supervivencia que tienen. El segundo de ellos, el *tiempo histórico*, determina en una época los criterios de tiempo social y se refiere a los acontecimientos económicos, políticos y sociales que influyen sobre el ciclo vital de los individuos.

Desde el punto de vista de la atención que este colectivo requiere, el cambio demográfico ha conducido a una falta de operatividad de los modelos de atención que, bajo una estructura profesionalizada, venían prestándose tradicionalmente a este colectivo, ya que consideran al anciano como un sujeto pasivo, suponen un elevado coste económico y no siempre las personas mayores requieren un tipo de prestaciones que conlleva, en muchos casos, su segregación de los ámbitos naturales de interacción (Martínez et al., 1992).

Estos modelos de atención han estado presididos por una visión de la

vejez bajo la óptica del concepto clásico de desarrollo humano, ligado al modelo organicista, debido a la influencia de las teorías más predominantes de la Psicología Evolutiva. Este concepto clásico de desarrollo humano se fundamenta en una serie de supuestos que señala Fernández Sánchez (1993): isomorfismo entre el desarrollo somático aparente y el desarrollo psicológico, existencia de patrones evolutivos paralelos con una fase de ascenso o crecimiento hasta la adolescencia o juventud, estabilidad en la etapa adulta y declive con la vejez, y subordinación de cualquier tipo de desarrollo (social, de la personalidad) al cognitivo.

Como consecuencia de la vigencia de este concepto clásico, la vejez ha sido vista bajo la perspectiva de un desarrollo ya acabado, constituyendo en sí una fase de declive. Este modelo, denominado *modelo de déficit*, afirma que el desarrollo acaba en la juventud, produciéndose luego pérdidas que son irreversibles, y encontrándose como causa de tal deterioro la biología. Desde este enfoque se encuentran las teorías que explican el envejecimiento desde un punto de vista orgánico, y que podrían dividirse en teorías genéticas, no genéticas y fisiológicas (Sáez y Vega, 1989): las genéticas parten de la idea de que existiría un grupo de genes propios de cada especie que respondiendo a un program genético se activarían en un momento determinado de la vida del individuo (e.g. Orgel, 1963), las no genéticas postulan que con el transcurso del tiempo se producirían cambios en la estructura de las células dificultando así su efectividad (Sacher, 1966; Gerschman, 1962; Harman, 1956; Pearl, 1928) y por último las fisiológicas explicarían el envejecimiento en base a una disminución de la ejecución de un único sistema o bien a partir del deterioro en los mecanismos fisiológicos de control (Dilman, 1971; Selye, 1976; Makinodan, 1974; Welford, 1977). Como apuntaba Shock (1977) aunque exista alguna prueba experimental a favor de cada una, algunas de ellas serían más probables que el resto.

Pero nos parece que el envejecimiento explicado exclusivamente desde este punto de vista orgánico reduce la realidad de los individuos, si tenemos en cuenta que los avances en la esfera biomédica están generando una ancianidad bien distinta de aquella en la que dicho modelo tenía sentido; prueba de ello es la acuñación del término "*envejecimiento social individual*" (Egidi, 1990) para referirnos al proceso por el cual un individuo se ve gradualmente segregado económica y socialmente de acuerdo a su edad cronológica, correspondiéndose cada vez en menor medida con sus características psicológicas y biológicas.

A partir de principios de este siglo se desarrolla la perspectiva del Ciclo Vital, cuyos postulados son contrapuestos al concepto clásico de desarrollo humano: este desarrollo tendría lugar a lo largo de toda la vida, no existiendo una diferenciación en cuanto a las etapas de crecimiento, estabilidad y declive. De ello se deriva la nueva concepción de envejecimiento; dicho concepto es funcional y conlleva una diferenciación entre individuos y al mismo tiempo entre diferentes aspectos comportamentales en un mismo individuo. Este modelo, denominado *modelo competencial* se fundamenta "*en el reconocimiento de las potencialidades existentes en los individuos de avanzada edad a fin de posibilitar y apoyar su evolución al máximo, bien desde dentro del propio organismo o bien con la modificación oportuna de los ambientes sociales y físicos*" (Fernández Sánchez, 1993, pág. 24).

Este modelo surge de las críticas al anterior, críticas que se basan fundamentalmente en el hecho de que no tendría sentido hablar de socialización en esta etapa. La socialización en la edad adulta y en la vejez se refiere a la interiorización de nuevos valores y formas de conducta consistente, y a los cambios en las posiciones y roles de los años adultos (Rosow, 1965) siendo entendida como el conjunto de procesos que hacen desarrollar al individuo para convertirlo en un ser social capaz de participar en

la sociedad (Atchley, 1980).

Entre las teorías psicosociológicas propuestas han sido objeto de mayor atención por parte de los investigadores dos de ellas, siendo todas sometidas a innumerables críticas debido a que, pese a los intentos de formulación de teorías globales, no existe un solo patrón por el cual las personas envejecen sino que *"cada una elegirá las combinaciones y actividades que le ofrecen el mayor desarrollo personal y que están más en consonancia con sus valores y patrones de autoconcepto; la vejez no nivela las diferencias individuales excepto, quizás, en el mismo final de la vida"* (Neugarten, 1972, pág. 13).

Exponemos a continuación las principales teorías y enfoques de estudio que, desde esta perspectiva, se ha realizado sobre la ancianidad. En primer lugar, se señalan aquellas que han sido formuladas de forma más específica para explicar los fenómenos que tienen lugar durante este período de la vida. Luego se expondrán aquellas otras que utilizan un enfoque o perspectiva más general, siendo el último de ellos el enfoque ecológico, y más concretamente la perspectiva del apoyo social.

La *Teoría de la Desvinculación* (Cumming y Henry, 1961) ha supuesto una de las teorías de más resonancia dentro de lo que se ha denominado Psicociología de la Ancianidad. Basada en la premisa de que para el logro de la máxima satisfacción por parte del anciano éste debe pasar por ciertas formas de aislamiento social y de reducción de contactos sociales, los autores de la misma sostienen que el bienestar en esta etapa no se adquiere a través del sentimiento de utilidad ni de interacción social. El envejecimiento conlleva inevitablemente un decremento de la interacción entre la persona anciana y los demás en el medio social en el que está inmerso, siendo este deseo de desvinculación más determinante si el anciano disfruta de seguridad, ayuda y servicios suficientes, bases del bienestar en el ancianidad.

La desvinculación sería según la formulación inicial de la teoría un fenómeno "natural" e "inevitable". Posteriormente se han descrito dos tipos de desvinculación (Kalish, 1983): *la desvinculación social*, que se refiere a la reducción en el número y la duración de las interacciones sociales, y *la desvinculación psicológica*, referida a la reducción de los propios compromisos emocionales con las relaciones y con lo que está sucediendo en el mundo en general (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1968). A su vez, Palmore y Maeda (1975) distinguen entre *desvinculación social* y *desvinculación biológica*, entendida esta última como un proceso que atañe al comportamiento orgánico y fisiológico y que induce al anciano a ahorrar energía. Estos autores justifican la formulación de la teoría en términos universales por este segundo tipo de desvinculación que sería el único que tendría lugar de forma general.

La desvinculación del medio social se podría dar por las presiones del medio (como el cambio en las estructuras sociales), el deterioro en el estado de salud, o bien por la expectativa de muerte como algo cercano (Kalish, 1983). Para este mismo autor un error de interpretación del descompromiso con respecto a su formulación inicial es que dicha teoría no propone que los contactos sociales no sean importantes, sino que se centra en el aspecto de descompromiso psicológico o emocional, que tendría una correlación en la disminución observable de la conducta de interacción social con respecto a períodos anteriores de la vida de un individuo. La frecuencia de contactos sociales sería irrelevante para la formulación de dicha teoría, siendo de mayor importancia el significado de tales interacciones.

Las críticas a esta teoría se centran en que el proceso de desvinculación podría ser transitorio en algunas situaciones -por ejemplo en la jubilación- (Eisdorfer, 1965; Maddox, 1966), debiéndose buscar las causas del abandono de la actividad y de los roles en la falta de oportunidades y/o en otros correlatos (como la pérdida de salud, de ingresos económicos, etc.).

Otros autores, aún más críticos, la han justificado en base a la falta de oportunidades que la sociedad occidental tradicionalmente ha concedido al anciano (Gradall, 1980; Mishara y Riedel, 1986) y algunos otros la han criticado por los términos en que está planteada, arguyendo su irrefutabilidad y carácter metafísico (Hochschild, 1975).

De forma contrapuesta se formula la *Teoría de la Actividad* (Tartler, 1961), que sostiene que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona mientras sea posible, y cuando no lo sea, la posibilidad de sustituirlas por otras nuevas, ya que la pérdida de función social reduce el espacio vital del anciano y lo fuerza a la inactividad. Como solución se deberían crear estrategias de socialización que permitieran bien conservar los roles que se habían venido manteniendo o bien hallar nuevos roles que supongan una aceptación real, una valoración por parte del contexto social en el que el anciano se encuentra (Atchley, 1977).

Estas dos interpretaciones son radicalmente opuestas en uno de sus supuestos básicos: mientras que los defensores de la teoría la Actividad (e.g. Tartler, 1961; Lemon, Bengtson y Peterson, 1972) sostienen que hay una relación positiva entre la actividad social de los ancianos y su bienestar independientemente de la edad, los teóricos de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961) mantienen que esta relación va disminuyendo con la edad. Pese a la confrontación en su núcleo principal de explicación, autores como Havighurst et al. (1968) han afirmado estar de acuerdo con ambas teorías, debido a que ninguna teoría puede dar cuenta de los cambios producidos en la vejez. A nivel empírico se extiende también la polémica, ya que la teoría de la Actividad, asumida como válida durante mucho tiempo ha obtenido datos contrarios (e.g. Maddox y Eisdorfer, 1962; Mancini et al., 1980), o bien la correlación entre actividad y satisfacción no ha sido tan alta como se esperaba (Gray y Calsyn, 1989).

La *Teoría de la Continuidad* (Atchley, 1971) trata de combinar las propuestas anteriores. Esta teoría expone que el último estadio es una continuación y prolongación de las constantes presentes a lo largo de todo el ciclo vital. Tras la jubilación se podría dar una cierta discontinuidad debido a la nueva situación a la que se enfrenta el anciano, pero éste terminará usando los recursos y contactos que utilizó en otros momentos de su vida. Aunque la Teoría de la Continuidad obtiene datos favorables en los estudios longitudinales de Busse et al. (1985) y de Palmore (1981), más recientemente se ha señalado la existencia de patrones de consistencia tanto como de cambio (Lehr, 1987), obteniéndose similares resultados en el estudio realizado por Field y Minkler (1988).

La *Teoría del Contexto Social* postula que el comportamiento está determinado por condiciones sociales y biológicas. Según Gubrium (1975) los factores que más incidirían sobre el comportamiento en la vejez serían la salud, los condicionamientos económicos y los apoyos sociales, por lo que los ancianos podrían resultar desfavorecidos por condiciones que tienen su origen en el contexto social.

Enlazando con la anterior se encuentra la teoría expuesta por Burgess (1960) que plantea específicamente el problema de la falta de roles atribuidos socialmente a la ancianidad o bien la ambigüedad de los roles que conserva. Para este autor, *"la ancianidad resulta una situación desestructurada, dominada por la escasez y ambigüedad de los roles, la dificultad de encontrar modelos sociales frente a los que juzgar el comportamiento propio y la falta de precisión de las expectativas sociales más generales sobre las pautas de interacción de los ancianos"* (en San Román, 1990, pág. 45).

Se han propuesto otros muchos enfoques para explicar los cambios producidos en esta etapa de la vida, como la teoría del Grupo Minoritario -que mantiene que los ancianos forman grupos aislados viéndose forzados a ello

debido a su actitud de tratar de evitar defectos y problemas que observan en otros grupos (Mishara y Riedel, 1986)- , o la teoría de la Estratificación Social, según la cual cada individuo dentro de la sociedad pertenece a un número determinado de grupos humanos, que viene definidos por características permanente o transitorias. Dentro de esta última orientación teórica coexisten dos tendencias, si bien ambas consideran como variable explicativa fundamental la desigualdad en poder y recursos materiales de manera permanentes siendo la edad el criterio de adscripción a uno u otro grupo. En este sentido, Riley (1968) afirma estar de acuerdo con el estudio de los grupos de ancianos en base a una estratificación por edades antes que por clases; dentro de esta estratificación el grupo formado por personas pertenecientes a la tercera edad tendría una gran dominancia sobre otros, debido a que se prolonga cada vez más años y es cada vez más numerosa (Cain, 1974).

Bajo la perspectiva de la teoría de la Subcultura la tercera edad formaría un grupo diferente debido a las características comunes que les unen o al aislamiento a que son sometidos (Rose, 1968) teniendo cabida también aquellos que crean subgrupos por similitud en gustos y preferencias y no siendo exclusivo este fenómeno de este grupo.

La orientación del Interaccionismo Simbólico, cuya teoría fue formulada por Mead (1961) afirma que los seres humanos adquieren los significados, valores y modos de actuar a través de la comunicación simbólica. Bajo esta orientación, los ancianos al igual que cualquier otro grupo, adoptarían conductas en base a los mismos mecanismos.

Otros autores han optado por un enfoque que les permita el estudio de la conducta desviada; así y en base a la teoría del Etiquetado se han acercado a explicar ciertas conductas de los ancianos etiquetados como seniles o dependientes. Dicha conducta desviada sería tratada y percibida según el significado social de la etiqueta, lo cual condicionará a la persona anciana,

repercutiendo en sus roles, identidades y estatus (Bengston, 1973).

Por último el enfoque fenomenológico parte de la idea de que para comprender la conducta de una persona debe comprenderse primero su mundo perceptivo, dependiente éste de su experiencia vital y del proceso de socialización.

En general, y salvo las teorías de la Desvinculación y de la Actividad, la crítica que más comúnmente han recibido estos enfoques o aproximaciones es su alto grado de abstracción y poco poder de explicación de los fenómenos que pueden ocurrir en la ancianidad.

En el estudio de la ancianidad también cabe citar una teoría procedente de la Antropología, que ha tenido dentro de su campo tanta repercusión como la Teoría de la Desvinculación. La teoría de la Modernización de Cowgill y Holmes (1972) propone una serie de puntos de partida, a modo de universales, que enmarcan las características de la ancianidad dentro del proceso de industrialización de las sociedades. En resumen propone que la moderna tecnología de la salud, la moderna tecnología económica, el crecimiento de la urbanización del territorio y la educación masivas inciden en las variables demográficas y económicas produciendo un efecto combinado en el descenso del estatus del anciano a partir de varios componentes, esto es, del retiro, la dependencia social y económica, la segregación intelectual y social, todo ello apoyado desde la ética del trabajo y el culto a la juventud (en San Román, 1990).

Aunque no nos extenderemos más en dicha teoría sí nos parece interesante algunas de sus formulaciones, como que el concepto de ancianidad sea relativo dependiendo del grado de modernización, de tal manera que tipificar la ancianidad en términos formales recurriendo al criterio cronológico es propio de las sociedades modernas, mientras que en la

sociedades primitivas son los acontecimientos históricos del grupo o de la biografía del individuo (como ser abuelo) lo que adjudica el término de ancianidad.

La falta de oportunidades que ofrecen las sociedades modernas a los ancianos se explica por condicionantes económicos y demográficos. El resultado es que son muy pocos los ancianos que en la sociedad moderna llegan a mantenerse en posiciones de estatus elevado una vez cruzada la barrera de la ancianidad, ya que depende del número proporcional del colectivo en relación a la población general. El hecho de que la familia extensa prevalezca es otro factor que apoya la elevación de estatus del anciano, mientras que la familia nuclear se asocia sistemáticamente a un estatus bajo del anciano, al mismo tiempo que la responsabilidad del cuidado y mantenimiento de los ancianos va pasando paulatinamente de la familia al Estado.

Por último, y como marco de referencia sobre el que se basa el presente estudio, se encuentran las aproximaciones donde las variables psicosociales juegan un papel explicativo muy importante. Este marco de referencia parte de los modelos ecológicos que explican el comportamiento humano como resultado de la interacción dialéctica sujeto-ambiente (Lewin, 1951; Bronfenbrenner, 1979).

Cada vez son más numerosas las teorías psicosociales que pueden incluirse en este marco de explicación y entre ellas pueden citarse las siguientes: la teoría de la afiliación (Schachter, 1966), las teorías del intercambio social (Thibaut y Kelley, 1959), la teoría de la comparación social (Festinger, 1954), de la facilitación social (Zajonc, 1965), las teorías sobre la conducta prosocial y altruista (Piliavin et al., 1981; Staub, 1974), la de los grupos primarios y secundarios (Cooley, 1902) y la teoría de los grupos de referencia (Merton, 1964).

Desde este mismo marco de conocimiento psicosocial y con aportaciones de estas teorías ha cobrado en las últimas décadas una gran vigencia el tópico apoyo social. En general, se entiende por apoyo social toda clase de intercambios de recursos que se da entre los miembros de una comunidad (Gottlieb, 1981) y que están dirigidos fundamentalmente a proveer bienestar (Shumaker y Brownell, 1984). En la literatura sobre gerontología social se puede constatar que los recursos naturales de apoyo social tienen una importancia decisiva para el bienestar y la salud de los ancianos (Minkler, 1985; Fernández-Ballesteros et al., 1992), afirmándose que éstos se valoran más sanos y están más satisfechos con sus vidas en la medida en que cuentan con redes que les proporcionan más apoyo (Ward, 1985; Larson, 1984; Gallo, 1982).

Además desde un enfoque interventivo se han derivado a partir de este marco explicativo numerosos servicios, programas y actividades encaminados a prestar una atención integral al anciano de cara a que éste permanezca el mayor tiempo posible en su medio natural, reservando la opción de la institucionalización para aquellos casos en los que sea necesario por alguna carencia, ya sea de tipo económico o familiar. La permanencia del anciano en su medio dependería en gran medida de la capacidad que tenga éste para dar respuesta a las distintas necesidades que pueda plantear.

A este respecto la Asamblea Mundial de la ONU aprobó en 1982 el Plan de Acción Internacional para la Ancianidad donde se señalaban algunos principios por los que debían regirse las políticas sociales dirigidas a este colectivo, entre los cuales se citaban la necesidad de una asistencia integral que responda a todas las necesidades de los ancianos, y como principio inalienable, el que los ancianos deben disfrutar de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria dentro de sus familias y comunidades. Asimismo la propia Asamblea de Naciones Unidas, en septiembre de 1992, señalaba en sus

resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106 dentro de los "*Objetivos Mundiales para el año 2001*" promocionar y apoyar programas de atención y participación de las personas mayores encaminados a que éstas permanezcan integradas en la sociedad.

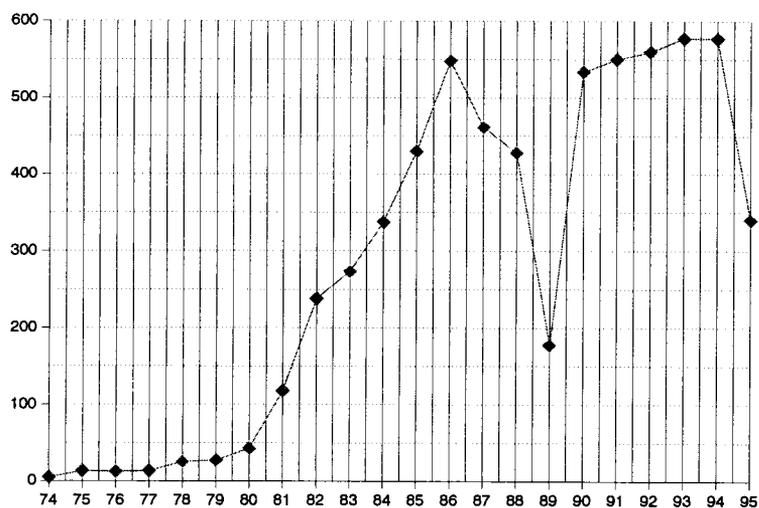
## 1.1. LOS RECURSOS SOCIALES NATURALES DE LOS ANCIANOS: LA PERSPECTIVA DEL APOYO SOCIAL

### 1.1.1. EL MARCO TEORICO DEL APOYO SOCIAL

#### 1.1.1.1. APROXIMACION CONCEPTUAL AL APOYO SOCIAL

El apoyo social ha cobrado un especial interés para los investigadores en las últimas décadas, convirtiéndose en uno de los ejes principales de estudio de la Psicología Comunitaria y también dentro del área de la Salud Mental Comunitaria (Barrera, 1980), pero extendiéndose también a otros campos de aplicación. La evolución progresiva de este interés queda reflejada en el **Gráfico 1**, en el que se recogen -de la base de datos de la APA (PsyClit de Silver Plate)- el número de artículos que incluyen en sus *abstracts* el término *social support*.

**Gráfico 1. Social Support. Producción de Artículos**



Cohen y Syme (1985) señalan que la importancia del concepto radica en tres factores: a) su posible implicación en la aparición de distintos trastornos y enfermedades, esto es, puede ser entendido como factor etiológico explicativo de distintos estados de salud/enfermedad, b) su

utilización como estrategia interventiva en programas de tratamiento y rehabilitación y c) su ayuda para comprender cómo afectan las variables psicosociales a la salud y el bienestar, cobrando valor de heurístico al incluirse en el marco conceptual que relaciona variables psicosociales y procesos de salud/enfermedad.

El apoyo social resulta valioso para los planificadores sociales, quienes encuentran en él importantes implicaciones para paliar la precaria situación de salud mental de las comunidades (en la creación de escenarios alternativos que favorezcan las relaciones sociales, en la optimización del funcionamiento de distintos grupos humanos, en programas de ayuda o afrontamiento ante situaciones específicas, etc.). Los estudios sobre la situación de los recursos de salud mental en los EEUU así lo señalan, poniendo de manifiesto que se da una alta incidencia de trastornos de salud mental en la población al mismo tiempo que una mayor preferencia por consultar los problemas a los allegados antes que a expertos. La Comisión Presidencial sobre Salud Mental (1978) resumiría los resultados de estos estudios afirmando que *"poder dar y recibir apoyo social es fundamental para la salud mental"*.

Estos hallazgos junto al recorte en los presupuestos para servicios sociales y de salud hicieron, según Biegel et al. (1984), que se redescubriera la importancia del papel que juegan las redes informales de apoyo, tales como la familia, amigos, vecinos, grupos de autoayuda, organizaciones vecinales y otras, y que se las considerara como complemento e incluso como sustitutas de las redes formales o asistenciales.

Aunque los beneficios de las relaciones sociales ya habían sido descritos en estudios realizados dentro de la Psicología y más concretamente desde la perspectiva ecológica-comunitaria (Díaz-Veiga, 1987), como los de Faris y Dunham (1939) y Hinkle y Wolff (1957) centrándose en los lazos sociales para explicar la vulnerabilidad diferencial ante los estresores

ambientales, no es hasta la década de los setenta dentro del marco del movimiento de Salud Mental Comunitaria cuando empiezan a aparecer una serie de publicaciones que obedecen a trabajos sistemáticos y que incluyen el concepto de apoyo social. Entre éstos pueden citarse por un lado los realizados por dos epidemiólogos, Cassel (1974) y Cobb (1976), quienes ponían de manifiesto cómo el Apoyo Social podía contrarrestar los efectos perjudiciales de los acontecimientos estresantes y por otro lado los de Caplan (1974), Weiss (1974) y Caplan y Killilea (1976) quienes señalaban los efectos positivos que tenían los sistemas de apoyo sobre la salud y el bienestar de los individuos.

No hay que olvidar sin embargo las aportaciones hechas desde dentro de la disciplina de la Psicología Social al entendimiento de cómo las relaciones sociales pueden afectar a distintos aspectos del comportamiento humano. Dentro de estas aportaciones pueden citarse las siguientes teorías (Fernández-Ríos et al., 1992):

- a). la teoría de los grupos primarios frente a los grupos secundarios (Cooley, 1902) y la teoría de los grupos de referencia (Merton, 1964)*
- b). la teoría de la comparación social de Festinger (1954)*
- c). la teoría de la psicología de la afiliación (Schachter, 1966)*
- d). la perspectiva del intercambio social (Thibaut y Kelley, 1959; Kelley y Thibaut, 1978; Morales, 1981)*

El tópico apoyo social ha generado desde sus orígenes importantes líneas de investigación (Cassel, 1974; Shumaker y Brownell, 1984) y orientaciones interventivas (Duhl, 1963; Caplan, 1974), teniendo además valor heurístico en el establecimiento de relaciones entre variables psicosociales y la salud (Gottlieb, 1981; Shumaker y Brownell, 1984), tal y

como se ha señalado anteriormente.

Sin embargo, no existe en la actualidad un consenso en la definición del término. Ello puede ser debido fundamentalmente a dos razones: por un lado a la heterogeneidad de áreas desde las que se ha abordado (psicología clínica, sociología, psicología de la salud, psicología social, etc.), y por otro, a la preocupación de los investigadores por establecer sus formulaciones teóricas desde las relaciones entre apoyo social y estrés, lo cual no ha hecho sino entorpecer la conexión y encuadre de este tópico en las reglas nomológicas más amplias del conocimiento psicosocial (Cronbach y Meehl, 1955). En esta línea, Antonucci y Jackson se han referido a que *"algunas de las mismas razones del interés popular en el apoyo social han supuesto problemas de investigación científica en este campo. En términos generales, los investigadores han sido ambiguos y poco constantes tanto en lo que concierne a la definición como a la medida del apoyo social"* (Antonucci y Jackson, 1990, pág. 129).

El resultado es que existen casi tantas definiciones como autores (Wood, 1984), que enfatizan distintos aspectos particulares. Así se encuentran definiciones que hacen referencia al intercambio social (e.g. Kahn y Antonucci, 1980; Shumaker y Brownell, 1984), otras que señalan los efectos positivos (e.g. Cobb, 1976), otras que lo enmarcan como recurso para contrarrestar los efectos adversos ante situaciones problemáticas (e.g. Tolsdorf, 1976; Thoits, 1986), etcétera.

La progresiva diferenciación entre distintos componentes que están implicados en el Apoyo Social ha llevado a tratarlo como constructo multidimensional, haciéndose referencia a él incluso como "metaconstructo" (Veiel, 1992), ya que se utiliza para hacer referencia a conceptos tan distintos como conducta, percepción, sistema, tipos y funciones desempeñadas.

Prueba de ello es que de las distintas formas de entender el apoyo social Shumaker y Bronwell (1984) distinguieron hasta seis usos distintos del término: 1) cantidad de relaciones, 2) calidad de las relaciones, 3) utilización, 4) significación, 5) satisfacción (de las relaciones y del apoyo) y 6) disponibilidad.

Una primera distinción que comenzó a realizarse se refiere a los distintos tipos de apoyo; Schaefer et al. (1981) señalan la independencia de al menos tres dimensiones básicas: *el apoyo emocional*, como recurso para las amenazas a la autoestima siendo su papel muy importante en el mantenimiento de la salud y en el fomento del bienestar; *el apoyo informativo* o estratégico para referirse a la provisión de información sobre la naturaleza de un problema (interpretación, valoración), a los recursos y al modelado de estrategias para afrontarlo y finalmente *el apoyo material* o tangible como la prestación de ayuda material directa o bien en forma de servicios.

Caplan (1979) por su parte, distinguió entre varios tipos de Apoyo en función de dos criterios: *tangible/psicológico* (centrándose bien en aspectos materiales o en aspectos afectivos) y *objetivo/subjetivo* (en referencia a conductas o a percepciones) de cuya combinación resultarían cuatro tipos de Apoyo. En su definición de estos tipos de apoyo incluye la función que desempeña; así por ejemplo define el apoyo psicológico-objetivo como las conductas dirigidas a proporcionar tipos de pensamientos y/o a inducir estados afectivos que promuevan el bienestar.

En base a las distintas dimensiones contenidas, el apoyo social podría desempeñar distintas funciones, las más comúnmente reconocidas son: facilitar la expresión de sentimientos (Barrera, 1981) y la discusión de problemas personales (Fisher, 1982), proporcionar ayuda instrumental o tangible (Caplan, 1979) o servir de modelo de socialización (Barrera, 1981).

Otros autores siguen esta misma línea en la definición del término, haciendo referencia a las funciones que desempeña. Cobb (1976) identifica el Apoyo Social como aquella información dirigida a: a) llevar al individuo a creer que es amado, b) hacerle pensar que es valorado y estimado, y c) llevarle a creer que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas, mientras que Shumaker y Bronwell (1984) distinguen entre aquellas funciones sustentadoras de la salud y aquellas otras reductoras del estrés. Otra tipología de funciones la ofrece Weiss (1974), distinguiendo entre funciones de vinculación, integración social, posibilidad de "nutrición", reafirmación del valor de uno mismo, sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo.

Desde un enfoque centrado en el análisis de las relaciones sociales se han distinguido varios niveles posibles que ha llevado a diferenciar entre la perspectiva estructural y la perspectiva funcional o de cualidades de las relaciones. Gottlieb (1981) distingue de forma paralela tres niveles de análisis de las relaciones sociales: integración y participación social, estructura de la red y contenido de la relaciones.

Desde la perspectiva estructural se hace referencia a la existencia o cantidad de relaciones sociales. Lin, Dean y Ensel (1981) indican que las redes sociales proporcionan el marco estructural en el que el Apoyo podría ser accesible al individuo; mientras que desde la perspectiva funcional se alude a las funciones que pueden desempeñar las relaciones sociales.

Así Thoits (1982) distingue entre las propiedades estructurales y las funcionales del "*Sistema de Apoyo Social*", que definía como el "*conjunto de personas de la red social total en la que los individuos confían para obtener ayuda emocional, ayuda instrumental o las dos a la vez*".(Thoits, 1982, pág ). Turner (1983) por su parte separa las propiedades o funciones de la integración social y del grupo de apoyo social, al igual que House y Kahn

(1985) quienes diferencian también entre estructura y funciones de las relaciones sociales, y sugieren reservar el término Apoyo Social para ciertas funciones de interacción y transacción social.

Otros autores (Barrera, 1986; Sarason, Sarason y Pierce, 1990; Veiel, 1987) se han interesado igualmente por la diferenciación entre diferentes componentes implicados en el apoyo social, como primer paso para establecer las conexiones entre ellos, vinculándolas con otras variables psicosociales.

En resumen, casi todas estas diferenciaciones pueden quedar englobadas en la definición que aportan Lin y Ensel (1989) como el proceso (percepción o recepción) por el cual los recursos en la estructura social (comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer las necesidades (instrumentales y expresivas) en situaciones cotidianas y de crisis.

Pero el desarrollo de la investigación sobre el apoyo social ha estado vinculado al estudio de los efectos negativos de los estresores y los potenciales efectos protectores del apoyo social frente a aquellos; tal y como lo entienden Lin y Ensel (1989), si se pueden considerar los sucesos vitales estresantes como un aspecto del entorno social con efectos negativos sobre la salud y el bienestar, sería razonable esperar que existieran otros aspectos en el mismo entorno que contrarrestasen dichos efectos perjudiciales, tal aspecto sería el apoyo social.

El encuadre de este concepto dentro del paradigma del estrés ha originado que su desarrollo haya puesto de manifiesto multitud de problemas tanto a nivel conceptual, como teórico y metodológico (Thoits, 1982), convirtiéndose en un constructo escasamente definido y poco operativo. En la década de los ochenta se han llevado a cabo algunos estudios que han ido esclareciendo en parte algunos de los aspectos más confusos (Thoits, 1986;

Shumaker y Brownell, 1984; Barrera, 1986; Rook, 1984, 1992; Gottlieb, 1985, 1988; Sarason et al., 1990).

Pero veamos a continuación qué aspectos estarían implicados en dicho constructo y para ello seguiremos una propuesta reciente de sistematización de todas las variables que están implicadas tanto a nivel estructural como funcional en el proceso de Apoyo Social, ofrecida por Laireiter y Baumann (1992). Estos autores señalan al menos cinco componentes implicados en el Apoyo Social: *integración social, apoyos en potencia y apoyos actuales, clima de apoyo, recepción y representación de apoyo*<sup>1</sup> y por último *percepción de apoyo*.

La *integración social* la definen como la participación y compromiso de una persona con la vida social dentro de su comunidad y en la sociedad en general (Laireiter y Baumann, 1988). La integración social se refiere únicamente a la existencia de vínculos sociales o relaciones; es por tanto función únicamente del número de relaciones que tiene una persona y de la frecuencia de esas relaciones, no aportando información sobre la estructura de esas relaciones o su contenido funcional (House et al., 1988). En suma nuestros vínculos sociales son la génesis de nuestros recursos de apoyo, por lo que la falta de integración o aislamiento social debe considerarse incompatible con el bienestar (Thoits, 1992).

El marco donde se produce la integración social nos lleva al término *red social*, que es entendido como un complejo sistema de relaciones, que describe personas y las relaciones entre sí (Boissevan, 1977). Conceptualmente hay que distinguir entre elementos estructurales y

---

1

Sarason et al. (1990) usan "apoyo representado" para describir el lado del proveedor (sinónimo de apoyo otorgado), y "apoyo recibido" para describir el lado del destinatario. Ambos términos hacen referencia a la interacción entre personas que intercambian algún tipo de ayuda. Se refiere por tanto a la dimensión conductual del apoyo.

características de las interacciones.

La estructura de una red está caracterizada por varios parámetros como tamaño, densidad, centralidad, etc. (véase Hall y Wellman, 1985). El *tamaño* se refiere al número de personas que componen la red social; la *densidad* hace alusión a las relaciones entre los miembros de la red de un individuo, independientemente de éste; la *dispersión geográfica* es la proximidad o lejanía de los miembros de una red con respecto al individuo focal. Los parámetros de interacción describen la singular relación entre el "ego" y los miembros de su red. Estos parámetros son las variables temporales - *frecuencia de contacto, duración, antigüedad y tiempo*-, la *reciprocidad* (equilibrio o desequilibrio en el intercambio entre dos individuos), la *homogeneidad* o grado de similitud entre los miembros de una red en alguna dimensión (actitud, experiencia, etc.) y la *multiplicidad* (relaciones que desempeñan más de una función).

Las redes sociales desempeñan multitud de funciones, dentro de esta gran variedad (contacto, desarrollo de la identidad, regulación y control de comportamiento, carga, etc.) se encuentra la de proveer apoyo. Los conceptos de red y apoyo no son idénticos porque las personas que pueden dar apoyo no son necesariamente miembros de la red, y no todos los miembros de la red dan apoyo (Hall y Wellman, 1985).

Uno de los grandes problemas respecto al tópico es la consideración de si las interacciones negativas deben ser entendidas dentro o fuera del dominio del Apoyo Social (Thoits, 1982). A este respecto se han señalado varias perspectivas (Rook, 1992): una de ellas se centra en comparar los efectos de los intercambios positivos y negativos sobre varios aspectos de funcionamiento emocional; una segunda aproximación consiste en conceptualizar estas interacciones negativas como estresores; y la tercera aproximación consiste en conceptualizar las interacciones negativas como

posibles amplificadores de otras situaciones en las que están implicados estresores "más convencionales". De todas estas aproximaciones, la segunda de ellas ha conducido a uno de los problemas conceptuales y metodológicos expuestos por Thoits (1982) al confundirse los efectos que producían sobre el bienestar la falta de recursos de apoyo ante pérdidas de los miembros de la red y la ocurrencia de acontecimientos estresantes, ya que ambos harían referencia a lo mismo.

Así encontramos que mientras el término red social describe la estructura de las relaciones sociales, el término Apoyo Social se refiere a los aspectos positivos, de promoción de la salud o de amortiguación del estrés, que tienen las relaciones sociales. El apoyo social es pues una de las cualidades que tienen las relaciones sociales, que junto a otras como son las demandas relacionales y conflictos (referidos a los aspectos negativos o conflictivos de las relaciones que pueden dañar la salud) y la regulación social o control (como la cualidad de controlar o regular, pudiendo resultar dañina o beneficiosa para la salud) resumen el contenido de las relaciones sociales (House et al., 1988).

**Gráfico 2. Funciones de las relaciones sociales**



**Adaptado de House, Umberson y Landis (1988)**

Los *recursos de la red*, según Vaux (1988) son aquella parte de la red social a la que el individuo rutinariamente vuelve o podría volver para obtener o dar apoyo, describiendo así la red desde una perspectiva funcional. Algunos autores han denominado a los recursos de apoyo "fuentes de apoyo", y han distinguido varias fuentes con el propósito de incidir sobre el hecho de que cualquier recurso de apoyo o fuente no tiene porqué satisfacer todas las necesidades del individuo.

Cobb (1976) asoció tres funciones a distintas fuentes: a) apoyo emocional -conocimiento de que uno es querido y protegido- a las relaciones cercanas e íntimas; b) información acerca de la autoestima y valor a las relaciones públicas y status social de una persona y c) pertenencia y socialización a las redes totales. Por su parte Weiss (1974) distingue seis necesidades sociales accesibles a través de diferentes fuentes: a) afecto en las relaciones cercanas; b) integración social en los amigos, conocidos, etc.; c) oportunidad de cuidados en la familia, hijos y amigos cercanos; d) aliento en los miembros de la red; e) sentido de confianza en las personas cercanas, hijos y cónyuge y f) obtención de guía en las personas reconocidas como autoridades.

De forma genérica Argyle (1988) ha distinguido, fruto de un trabajo empírico, entre matrimonio y relaciones familiares, amigos y relaciones laborales como tres grupos básicos de vínculos de todo sistema de apoyo, a través de los cuales se obtiene o pueden obtenerse beneficios para la salud y el bienestar.

El *clima de apoyo o medioambiente de apoyo* (término utilizado por Moos, 1988) se refiere a la calidad de las relaciones y sistemas sociales. La calidad de soporte debe ser entendida en términos de cohesión interpersonal, compromiso, expresividad y bajo grado de conflicto (Laireiter y Baumann, 1992). La cohesión supone el grado de ayuda mutua y apoyo en el sistema;

el compromiso se refiere al grado de interés y preocupación; la expresividad muestra el grado de mutuo estímulo para una abierta expresión de deseos, sentimientos y necesidades y el nivel de conflicto hace referencia al grado de tensión existente en las interacciones (Prociano y Heller, 1983).

Las dimensiones conductuales definen la interacción entre individuos que intercambian apoyo. El término *apoyo recibido* se utiliza para describir el lugar que ocupa el destinatario y *apoyo otorgado* para el lugar del proveedor. La conducta de apoyo generalmente se ha identificado con el término ayuda. De forma general se aceptan tres tipos: la ayuda o apoyo instrumental, para referirse a la provisión de bienes materiales o servicios; la ayuda o apoyo emocional, como la confianza e intimidad para la libre expresión de sentimientos; y la ayuda o apoyo informacional para definir la provisión de información para la resolución de problemas. Sin embargo, debido a que las demandas ambientales pueden ser de diversa naturaleza y que las necesidades del sujeto pueden ser variadas, algunos autores como Argyle (1992) y Rook (1990) encuentran diferentes modos en que puede emitirse la conducta de apoyo: conducta de ayuda, cooperación y compañía.

Un gran número de investigadores (Barrera, 1986; Gottlieb, 1985; Sarason et al., 1987; Dunkel-Schetter y Bennet, 1990) han señalado la importancia de diferenciar el apoyo que realmente se recibe o da, del apoyo que los sujetos perciben como disponible. Igualmente algunos autores (Thoits, 1982; Ward, 1985) señalan la necesidad de considerar dimensiones funcionales subjetivas del Apoyo.

La *percepción de apoyo* debe ser entendida en base a dos elementos claramente diferenciados: el aspecto evaluativo y el aspecto cognitivo. El aspecto cognitivo hace referencia a la experiencia generalizada de ser apoyado por el medioambiente social y a la percepción general de disponibilidad de apoyo, mientras que el aspecto evaluativo hace referencia a la adecuación y

satisfacción con las personas que ofrecen apoyo y con el apoyo recibido.

Además de estos componentes algunos autores han señalado como ciertas características de personalidad y habilidades de los sujetos intervienen en el proceso de dar y recibir apoyo.

Shumaker y Brownell (1984) señalan la aplicabilidad de ciertos aspectos de la conducta prosocial, diferenciando bien entre ésta y el Apoyo Social: mientras la conducta prosocial hace incapié en los factores que preceden a la decisión de intervenir, el Apoyo Social se refiere al proceso mismo, es decir, qué se proporciona y cuáles son los resultados. Entre otros aspectos estos autores señalan la posibilidad de atender aquellos elementos que puedan influir sobre la decisión de los participantes de dar y recibir ayuda. Entre estos elementos se refieren factores complejos, como las destrezas sociales, que afectan a la habilidad para interpretar las señales de petición de ayuda y la capacidad para emitir conductas de apoyo.

Entre los factores más influyentes para los proveedores se encuentran la sensibilidad interpersonal (Cohen y McKay, 1984; Cohen y Wills, 1985) y las destrezas de conducta interpersonal (Sneider y Cantor; 1980; Sneider y Gangestad, 1986). Entre los receptores se han señalado la autoestima, el locus de control y la actitud relacionada con la búsqueda y aceptación de apoyo (Eckensrode, 1983; Heller y Swindle, 1983; Vinocourt et al., 1987; Wortman y Dunkel-Schetter, 1987). Por otra parte Argyle (1992) ha puesto de manifiesto que las habilidades sociales son un importante predictor de acceso a los recursos de apoyo.

En resumen, el desarrollo teórico del apoyo social ha estado caracterizado por una diferenciación progresiva hacia distintas perspectivas de estudio, pudiendo distinguirse varias líneas. En sus orígenes el estudio del apoyo social se centró sobre los beneficios que tenía para el individuo su

integración en el tejido social; de esta primera aproximación surgen una serie de estudios epidemiológicos que establecieron una relación inversa con indicadores de mortalidad y morbilidad (e.g. Berkman y Syme, 1979).

Una segunda aproximación, que se encuentra en estrecha relación con la anterior, se basa en la descripción de los vínculos sociales con los que cuenta un individuo; esta perspectiva es lo que se conoce con el nombre de análisis de la red social (Diaz Veiga, 1987).

Diversos autores (Lieberman, 1986; Felton, 1993) han puesto de relieve las posibilidades que ofrece este análisis para conocer las características de las transacciones sociales y sus potenciales beneficios. El análisis de la red social tiene un exponente claro en la perspectiva sociológica adoptada por Thoits (1982; 1986; 1992), para quien los beneficios de la inclusión en una red social se refieren fundamentalmente al sentido de identidad y pertenencia que ésta aporta. A su vez en esta perspectiva pueden distinguirse dos orientaciones -estructural y funcional-.

El objeto de estudio desde la orientación estructural recae sobre las características de las redes sociales o bien sobre los parámetros de interacción, mientras que la orientación funcional trata las funciones que tienen las relaciones sociales (House, Umberson y Landis, 1988). Esta perspectiva funcional enfatiza las distintas cualidades que tienen las relaciones sociales; el apoyo social es visto bajo esta óptica como la cualidad que tienen las relaciones sociales de producir efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, bien en todas las situaciones o bien ante situaciones de estrés contrarrestando los efectos perjudiciales de los acontecimientos denominados estresores.

Nosotros entenderemos el apoyo social como "todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales,

instrumentales e informativos pertenecientes a las redes sociales de pertenencia; dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor" (Martínez y García, 1995), contemplando por tanto distintos aspectos, tanto estructurales, referidos a las características de las redes que proveen apoyo, como los aspectos de recepción y percepción del apoyo.

### **1.1.1.2. PERSPECTIVAS DE EVALUACION DEL APOYO SOCIAL Y PROBLEMAS DE MEDIDA**

Una consecuencia de la falta de consenso en la definición del Apoyo Social se materializa en la existencia de diferentes perspectivas y métodos de evaluación. Como se ha visto antes, desde una perspectiva histórica el apoyo social ha ido pasando por una variedad de definiciones: a finales de los años setenta y principios de los ochenta se propusieron una gran cantidad de ellas: la cognitiva (Cobb, 1976), la afectiva (Kaplan, Cassel y Gore, 1977), la comportamental (House, 1981), la estructural (Gottlieb, 1985; Pearlin, 1989).

En cada caso la investigación psicológica ha elaborado diferentes métodos para la medición del constructo en base a las diferentes orientaciones: la subjetiva-evaluativa y la estructural-comportamental.

Desde la orientación estructural-comportamental (Lieberman, 1986; Pearlin, 1989; Wellman, 1985) la evaluación ideal debería basarse en observaciones directas o bien en la utilización de los miembros de la red como fuente de datos (Kessler, 1992). Este método no siempre es posible, ya que a veces no pueden llevarse a cabo observaciones en los marcos naturales de interacción, resultando además costoso.

Estos problemas no se encuentran sin embargo en la orientación subjetiva-evaluativa, ya que el apoyo percibido se mide a través de puntuaciones obtenidas con instrumentos que contienen items a lo largo de la dimensión evaluativa (Lakey, 1989). Sin embargo, se recomienda la utilización de items específicos, circunscribiéndose a situaciones y comportamientos concretos y la utilización en las entrevistas de de fuentes de información colaterales para filtrar la información que obtiene el investigador (Brown, 1992) todo ello para paliar los inconvenientes de la utilización de cuestionarios.

Por otra parte, el apoyo puede ser visto como una característica individual, como característica del ambiente social o como característica del contexto de interacción (Veiel, 1992). El apoyo como *característica individual*, resulta una característica personal relativamente estable del receptor, que puede alterarse con las estructuras sociales y transacciones (Sarason, Sarason y Pierce, 1990). Así, existen datos que indican que altos niveles de percepción de apoyo están relacionados con un número de características de personalidad como la competencia social, locus de control interno y baja ansiedad (Sarason et al., 1990).

Sin embargo Lieberman (1986) hace notar que el adjetivo "social" quizás no esté justificado en este caso, ya que es el individuo quien altera el tamaño y la composición de la red social, quien solicita ayuda, quien la acepta o no, quien la evalúa y por último quien la integra dentro de su representación cognitivo-emocional del mundo social; advirtiéndolo así de los problemas de la "psicologización" del constructo.

En la misma línea Felton y Shinn (1992) señalan como en este proceso de tratar el apoyo a un nivel individual se ha tendido a pasar por alto las formas de apoyo que se derivan de la integración social, o de la fijación en determinados roles y contextos sociales. Señalan asimismo que el problema de la perspectiva individualista para la evaluación estriba en el hecho de que algunas formas de integración social no son reconocidas por los individuos como de apoyo, aunque contribuyan al bienestar (un ejemplo de ello es la heterogeneidad en la composición de la red, que constituye una de las características de las interacciones).

El apoyo visto como una *característica del ambiente social*, señala que el apoyo está relacionado con la naturaleza y con los patrones de interacciones sociales de las personas mientras que el apoyo como *característica del contexto de interacción*, es una función del sistema dinámico

formado por sujeto-ambiente. Desde esta perspectiva la integración social es vista como un componente mayor del apoyo, haciendo referencia a la posición que ocupa el individuo en una red social, lo cual es una función de ambos, del individuo y de la red<sup>2</sup>.

En orden a organizar las distintas tipologías de medidas del Apoyo Social se han sugerido tres categorías (House y Kahn, 1985; Turner, 1983): las referidas a redes sociales, las de relaciones sociales y las de Apoyo Social. Las primeras se derivan de la teoría de redes haciendo referencia a características como tamaño, densidad, multiplicidad, reciprocidad, etc. Las segundas evalúan la existencia, cantidad y tipo de relaciones existentes y las terceras evalúan los recursos que proveen otros.

Laireiter y Baumann (1992) han estudiado las relaciones teóricas, conceptuales y metodológicas entre los distintos constructos o componentes implicados en el Apoyo Social y han identificado dos problemas derivados para la evaluación: la redundancia teórica y la redundancia empírica.

*La redundancia empírica* hace referencia a cómo se han utilizado los mismos indicadores para evaluar constructos teóricamente diferenciados. Así, por ejemplo, se da redundancia en la medida cuando se utiliza como criterios tanto de integración social como de redes sociales los siguientes: miembros de la familia, compañeros de trabajo, miembros conocidos de un club, etc. Lo mismo ocurre con el mismo criterio "*personas significativas emocionalmente*" como medida tanto de la integración social como de los recursos de apoyo social y de la red social.

---

2

El apoyo como una de las funciones del contexto de interacción ha sido analizado en el apartado de componentes del apoyo social; aquí se discutirá sus implicaciones para la evaluación.

**Cuadro 1. Criterios operativos utilizados en la evaluación de distintos componentes del Apoyo Social.**

<b>INTEGRACION SOCIAL</b>	<b>RED SOCIAL</b>	<b>RECURSOS DE LA RED</b>
Estado civil	Estado civil	
Número de amigos, familiares, etc.	Número de amigos, familiares, etc.	
Apoyos potenciales		Apoyos potenciales
Personas significativas emocionalmente	Personas significativas emocionalmente	Personas significativas emocionalmente

*Adaptado de Laireiter y Baumann (1992)*

La *redundancia teórica* hace referencia a cómo la mayoría de los constructos contienen variables que proceden del mismo nivel de datos. Esto se deriva del hecho de que casi todos los constructos hacen referencia a un mismo nivel de datos, el psicológico o subjetivo.

Para paliar este problema de confusión teórica de variables que hacen referencia a datos psicológicos se ha establecido la perspectiva multimodal, como forma de analizar la múltiple relación entre los diferentes constructos. Esta perspectiva consiste en la utilización de diferentes métodos, niveles de datos, fuentes de datos y taxonomías de constructos para conseguir la mayor variación dentro y entre constructos (Kessler, 1992).

Generalmente las redes y el apoyo que se puede obtener de éstas, son medidos a través de autoinformes (cuestionarios y entrevistas). La integración social y el clima de apoyo pueden ser también medidos a través de cuestionarios aplicados a otros (parientes, cónyuge, etc.) y otra información complementaria puede recogerse a través de observación (por ejemplo, el estado civil).

Las medidas de integración social o empotramiento social (Barrera, 1986) se basan en indicadores demográficos, número de relaciones sociales y análisis de redes. La tendencia a utilizar como criterio de integración social determinados índices demográficos no está justificada en base a la revisión de la literatura existente. Las medidas de número de relaciones sociales no son adecuadas, ya que tener relaciones con otros no examina si estas relaciones pueden tener consecuencias negativas o no deseadas (Rook, 1984; Wortman, 1984; en Krause, 1990).

El análisis de redes se centra sobre las dimensiones objetivas de los distintos contactos que constituyen la red social en la que está inmerso el individuo. Barnes (1954) la define como un conjunto de puntos que se conectan a través de una línea, y Pattison y Pattison (1981) señalan su naturaleza psicosocial ya que supone la existencia de relaciones definidas en términos de significantes psicológicos en cinco posibles zonas (personal, íntima, afectiva, nominal y extensa).

Los procedimientos de análisis derivados de esta perspectiva estructural son útiles para estudiar los entornos sociales de los individuos, pero aún no se ha establecido de una forma definitiva la importancia que tienen las dimensiones estructurales de la red con respecto a la salud y el bienestar. En una revisión del tema Israel (1982) concluyó que excepto el tamaño de la red, tanto las características estructurales como de las interacciones mantienen asociaciones conflictivas con el bienestar. House et al. (1988) señalan que la densidad, reciprocidad, composición por sexo y quizás la homogeneidad sean las variables de la red más prometedoras.

Las medidas de percepción de apoyo diferencian los distintos aspectos: el aspecto evaluativo del apoyo (satisfacción con el mismo) y el aspecto de cognición (percepción de disponibilidad del apoyo). Las medidas de disponibilidad de apoyo no mantienen una correlación alta con las medidas de

apoyo recibido. Se asume que la percepción de apoyo disponible es bastante estable e independiente de los sucesos de la vida (Krause, 1990).

Las medidas de comportamientos de apoyo resultan importantes por cuanto se considera que ciertos tipos de apoyo son beneficiosos en reducir el impacto de sucesos estresantes específicos (Gottlieb, 1983). Así por ejemplo, en etapas en que ocurren grandes cambios, como en la ancianidad, es de gran importancia la utilización de medidas de comportamientos de apoyo, tanto recibido como otorgado, señalando varios autores, entre ellos Antonucci (1985) y Krause (1990) la pertinencia del uso de estas medidas, dada la importancia que tiene la reciprocidad de las relaciones en esta etapa.

Lo que parece quedar claro es que no existe una única medida de Apoyo Social que satisfaga todos los objetivos de investigación en este campo; como se ha visto a lo largo de la exposición de este apartado existen medidas centradas en aspectos conductuales del apoyo (apoyo recibido y otorgado), mientras otras se centran en aspectos de percepción (apoyo percibido). Por otra parte, hay medidas para aspectos estructurales de la red social (tamaño, densidad, centralidad), y para aspectos funcionales de la misma (homogeneidad, reciprocidad, multidimensionalidad, etc.).

Como indica Diaz-Veiga (1993) en la actualidad los investigadores deben decidir qué componentes del proceso de apoyo son los más pertinentes a sus objetivos de evaluación y qué métodos son los más adecuados para analizarlos.

A continuación se expone un cuadro, que sin ser exhaustivo, recoge las variables más relevantes para la evaluación y medida del Apoyo Social de cara a nuestros objetivos de evaluación. En dicho cuadro, se han contemplado los siguientes componentes: el tipo de apoyo (material, emocional e informativo), las fuentes o recursos de apoyo, y las características estructurales (tamaño)

y funcionales (multiplicidad de los vínculos y grado de conflictividad) de la red - en referencia sólomente a aquella parte de la misma que provee apoyo-. Asimismo se distingue entre dos dimensiones del apoyo (percepción vs. recepción). La primera de las dimensiones hace referencia a la percepción general de ser apoyado por el medioambiente social, la disponibilidad de apoyo en su diversos tipos y la satisfacción con dichos recursos. La segunda dimensión hace referencia a la utilización de recursos.

**Cuadro 2. Componentes y dimensiones del Apoyo Social.**

<b>COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL</b>		
<b>FUENTES O RECURSOS DE APOYO</b>	<b>TIPOS DE APOYO</b>	<b>ESTRUCTURA Y CARACTERISTICAS DE LA RED</b>
Persona/s significativas o roles que juegan dichas personas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informativo</li> <li>- Emocional</li> <li>- Material</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño</li> <li>- Multiplicidad</li> <li>- Relaciones conflictivas</li> </ul>
<b>DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL</b>		
<b>APOYO PERCIBIDO</b>	<b>APOYO RECIBIDO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad de apoyo</li> <li>- Satisfacción con los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización de los recursos</li> </ul>	

### 1.1.2. MODELOS DE INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL

A pesar de todo el corpus de conocimiento que ha generado el tópico Apoyo Social quedan todavía muchas lagunas por resolver. Uno de los problemas se centra en los mecanismos a través de los cuales el apoyo influye sobre el bienestar, es decir, a cómo actúa para dar como resultado un efecto beneficioso sobre la salud y el bienestar.

#### 1.1.2.1. HIPOTESIS VIGENTES

Una primera aproximación a la identificación de los mecanismos por los cuales las relaciones sociales afectan a la salud la constituye el debate entre efectos directos vs. efectos de amortiguación. No obstante, este debate dice poco sobre los procesos biopsicosociales reales por los cuales se producen los efectos beneficiosos que tiene el apoyo social sobre la salud, cuestionando sólo si estos procesos, que quedan ocultos, operan siempre (efectos directos) o únicamente cuando los individuos se encuentran en situación de estrés (efecto de amortiguación).

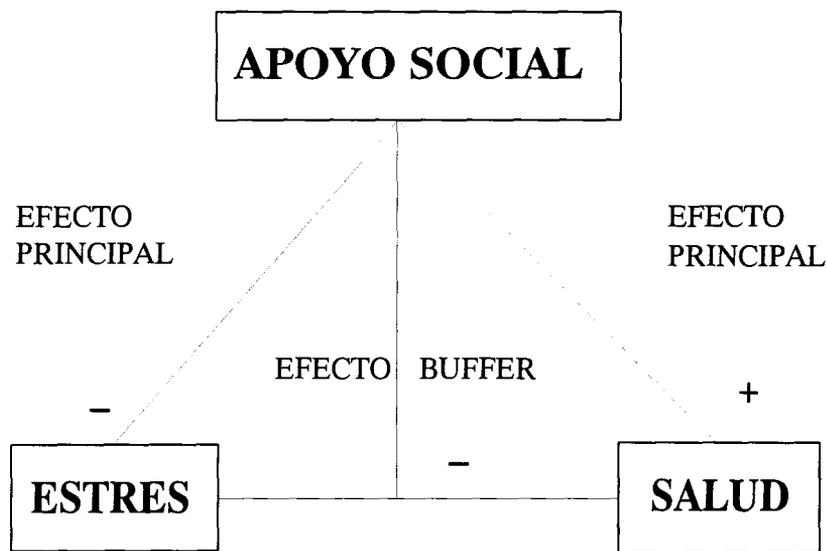
De acuerdo con la *hipótesis del efecto directo*, el apoyo social tendría una influencia positiva y directa sobre la salud y el bienestar, independientemente de los niveles de estrés y de la presencia de estresores (Gottlieb, 1983; Shumaker y Brownell, 1984). En su versión más extrema esta hipótesis formula que todo aumento en el nivel de Apoyo Social producirá un incremento en el bienestar, independientemente del nivel inicial de apoyo; los datos empíricos muestran, sin embargo, que esto sólo ocurre en los niveles más bajos de apoyo (Cohen y Syme, 1985; Cohen y Ashby, 1985).

Heller, Swindle y Dusenbury (1986) sugieren que el aumento de la autoestima que genera el Apoyo es el mecanismo que actuaría en el mantenimiento y potenciación de la salud y el bienestar. Otros mecanismos de actuación serían ayudar al sujeto a evitar experiencias negativas y la exposición a determinados estresores gracias a la anticipación de éstos, o bien

elevant la moral y el sentimiento de estabilidad y control (Thoits, 1985; Cohen et al., 1985).

Por otra parte, la *hipótesis de la amortiguación* postula que el apoyo social contribuye al bienestar contrarrestando los efectos de las circunstancias vitales estresantes (Cohen y Wills, 1985) de manera que, aquellos sujetos que muestran un alto nivel de estrés informan de una mejor evaluación de su salud y de su estima personal cuando gozan de más apoyo social; de esta forma el apoyo social sólo resultaría operativo en situaciones de estrés (Dean y Lin, 1977; Pearlin et al., 1981).

**Gráfico 3. Efectos Principal y Buffer del Apoyo Social**



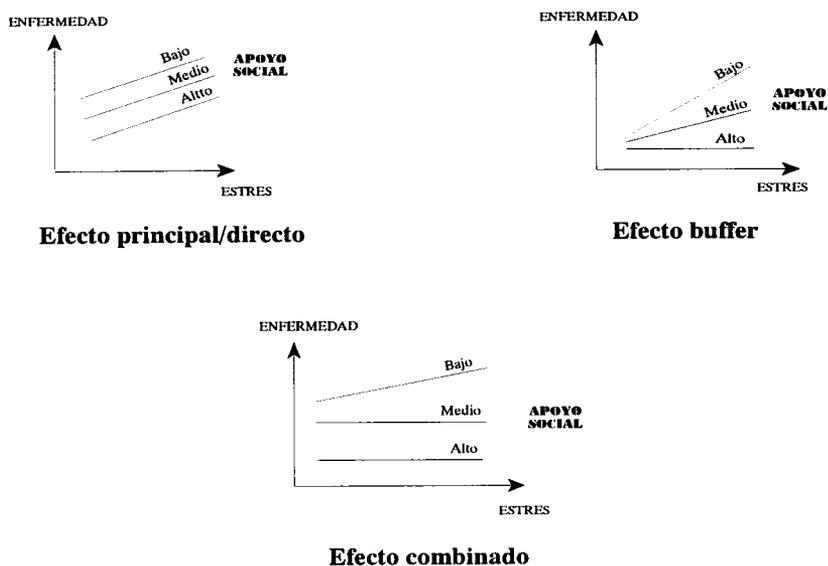
Esta hipótesis del efecto de amortiguación señala que la influencia del apoyo social se da *únicamente* en condiciones de estrés, protegiendo a los individuos de las condiciones adversas debido a los acontecimientos estresantes. El apoyo social podría intervenir de dos formas en la cadena

causal entre estrés y psicopatología (Cohen y McKay, 1984; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y Syme, 1985):

- a) *entre los acontecimientos estresantes y la reacción de estrés, atenuando o previniendo la respuesta de evaluación del individuo*
- b) *entre la experiencia de estrés y el comienzo del resultado patológico, reduciendo o eliminando la reacción del individuo, por influencia directa en las conductas de enfermedad o en los procesos fisiológicos.*

Sin embargo la incidencia del apoyo social en la relación lineal entre estrés y salud no es homogénea y House, (1981) la hace depender de los niveles diferenciales de apoyo social tal y como se recoge en el **Gráfico 4**.

**Gráfico 4. Modulación de los efectos del Apoyo Social (House, 1981).**



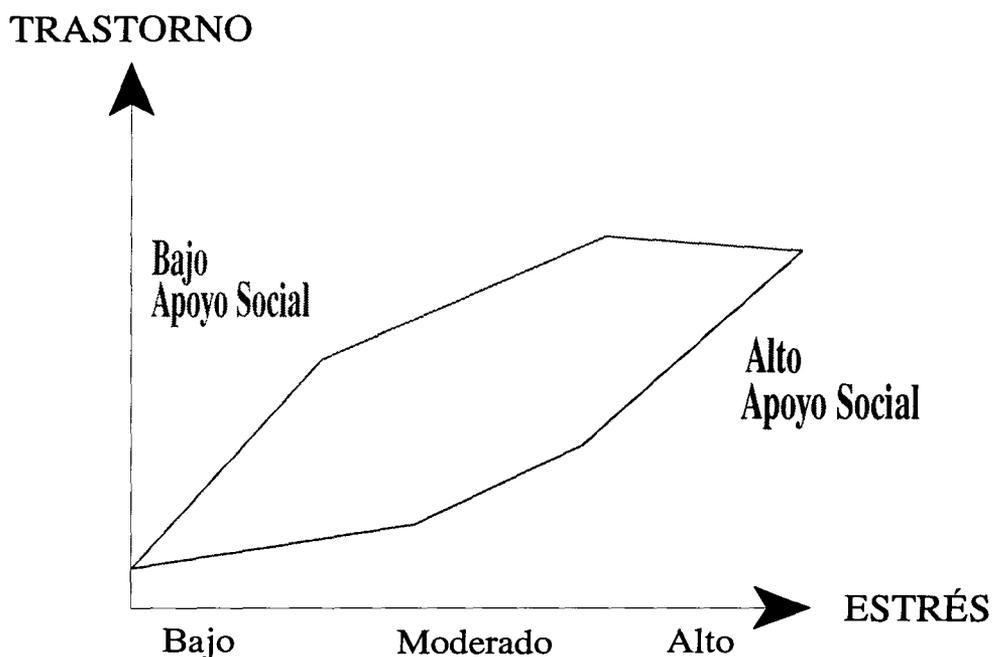
Por su parte, Barrera, (1988) reformula el efecto de amortiguación y

frente al modelo de relación lineal entre estrés y salud, propone una relación de tipo curvilínea. Esto significaría que:

- 1) *en niveles extremadamente intensos de estrés, el apoyo social no da lugar a un decremento del estrés, al menos de forma significativa, y*
- 2) *en aquellos con bajos niveles de apoyo social el grado de distrés alcanza un determinado nivel en el que un aumento de los sucesos estresantes no produce un incremento de igual magnitud sobre el distrés.*

**Gráfico 5. Relación Curvilínea de los efectos del apoyo**

**BARRERA (1988)**



Las dos hipótesis, del efecto directo y del efecto de amortiguación, han sido mostradas casi siempre como contrapuestas, obteniendo sin embargo

datos favorables para ambas (e.g. Turner 1981; Aneshensel y Stone, 1982; Monroe, 1983; Lin y Ensel, 1984; Lin y cols., 1985). A menudo la obtención de un tipo u otro de efecto depende de la medida de apoyo social que se utilice; así las revisiones de los estudios no experimentales llevadas a cabo por Cohen y Wills (1985) y Kessler y McLeod (1985) indican que el efecto de amortiguación se encontraba en los estudios que usaban medidas de disponibilidad percibida de apoyo de manera contingente a situaciones de necesidad o estrés, mientras que el efecto directo se hallaba en aquellos otros que utilizaban medidas de integración social (existencia de relaciones sociales).

Algunos autores (e.g. Thoits, 1982; Gore, 1981; Heller, 1979) han criticado la diferenciación entre efectos de amortiguación y efectos directos argumentando que, de hecho, constituyen artefactos metodológicamente engañosos debido bien a la confusión de medidas o bien a la existencia de un factor oculto (como por ejemplo ciertos atributos personales como las habilidades sociales o la competencia social), que pueden determinar tanto los niveles de salud como los de apoyo social.

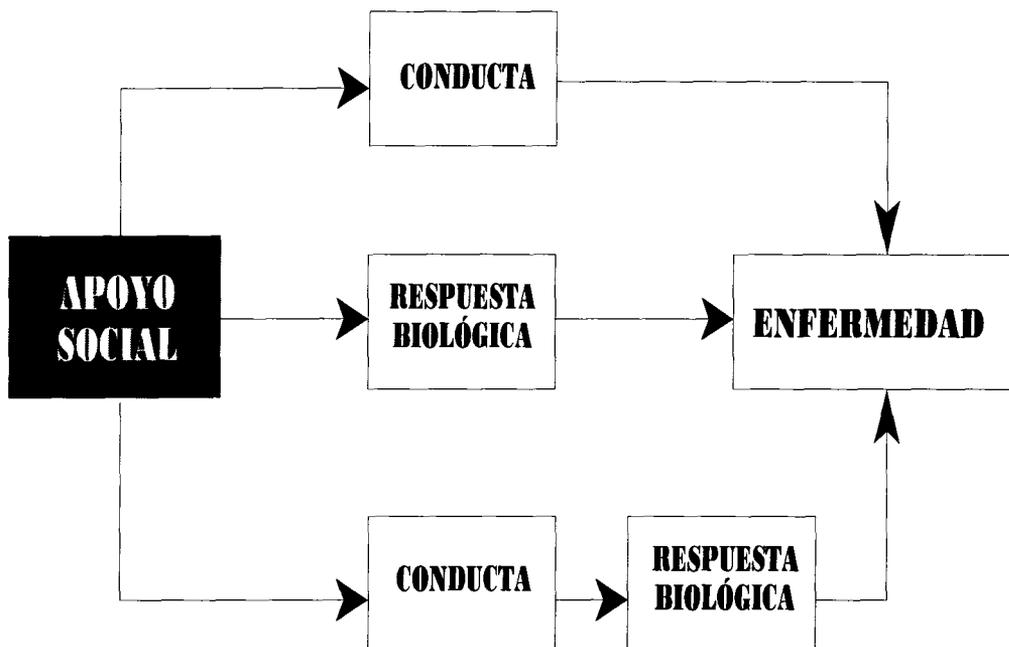
#### **1.1.2.2. MODELOS DE INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR**

A continuación se exponen, siguiendo a Cohen (1988), diferentes modelos de influencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar, ordenados en base a distintos niveles, dependiendo del grado de profundización en los mecanismos de actuación. Dichos modelos son los siguientes: modelos genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de procesos psicosociales.

Los *modelos genéricos* representan el nivel más básico de análisis de los mecanismos de actuación. Existirían tres formas hipotéticas de relación entre apoyo social y enfermedad: 1) el apoyo social afectaría a los patrones

de comportamiento que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad, 2) el apoyo social afectaría a las respuestas biológicas que están implicadas en la enfermedad, y 3) el apoyo social afectaría a los comportamientos de enfermedad a través de respuestas biológicas.

**Gráfico 6. Modelos Genéricos. Adaptado de Cohen (1988).**



Los *modelos centrados en el estrés* representan el siguiente nivel de análisis y se basan en las condiciones en las que el apoyo social puede tener efectos beneficiosos para la salud y el bienestar. Se han hipotetizado dos formas de actuación, dando lugar al modelo de amortiguación del estrés y al modelo de efecto principal. Estos modelos se basan en las hipótesis generales formuladas anteriormente.

Por último, Cohen (1988) ofrece una categoría de modelos que ofrecen descripciones elaboradas sobre la naturaleza de la *mediación psicosocial* en la

relación entre apoyo social y salud. El propio autor señala que bajo esta rúbrica tendrían cabida todas aquellas propuestas que ofrecieran diferentes conceptualizaciones precisas y/o medidas específicas de Apoyo Social. Así existiría, en base a la literatura y a los estudios que se han realizado, modelos que vincularían integración social o su contraria (soledad social) y salud, distintas características de las redes sociales y salud, etc.

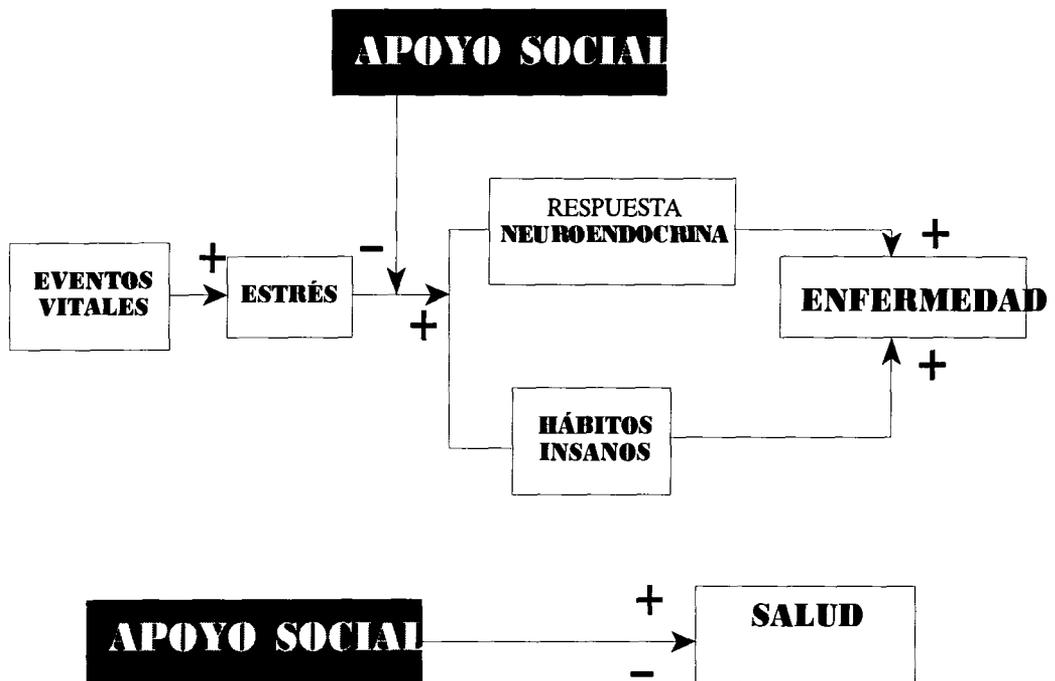
#### **1.1.2.2.1. MODELOS CENTRADOS EN EL ESTRES**

El estrés psicológico ha sido conceptualizado como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

Los eventos vitales pueden considerarse estresores tal y como los define Thoits (1983, p.34): "experiencias objetivas que rompen o amenazan romper las actividades normales de un individuo, causando un reajuste significativo en su conducta". En cuanto a las dimensiones más significativas para la salud y el bienestar se refieren aquellos eventos que se consideran indeseables, incontrolables, impredecibles, de gran magnitud, en los que existe aditividad entre varios de ellos y los que tienen lugar en un período de tiempo limitado (Fernández Ríos y otros, 1992).

Dohrenwend y Dohrenwend (1981) señalan cinco modelos posibles en el proceso de estrés, algunos de ellos incluye como factores mediadores causantes de la patología factores personales o bien contextuales, con la presencia o no de acontecimientos estresantes. Se supone que si existen eventos externos amenazantes para la salud y el bienestar de los sujetos, deben existir al mismo tiempo en el entorno otros recursos (recursos de Apoyo Social) que contrarresten estas situaciones adversas (Lin y Ensel, 1989).

Gráfico 7. Modelos centrados en el estrés. Adaptado de Cohen (1988)



Estos modelos de estrés, como los de Dohrenwend y Dohrenwend (1981), están basados en una relación entre acontecimientos estresantes y recursos (personales y/o sociales), teniendo además en cuenta la situación o contexto donde se da esa relación.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que en el proceso de afrontamiento del estrés existen tanto componentes cognitivo-emocionales como comportamentales. El apoyo social podría constituir una estrategia de afrontamiento (coping); las funciones del apoyo reductoras del estrés se centran tanto en sus dimensiones cognitivas (Wethington y Kessler, 1986; Cummins, 1988), como en comportamientos específicos de ayuda (Sandler y Lakey, 1982; Lefcourt et al., 1984).

Entre las dimensiones cognitivas se incluyen la provisión de recursos de

evaluación primaria o secundaria (Lazarus y Folkman, 1986). En la evaluación primaria el apoyo actuaría disminuyendo la amenaza percibida del estímulo, mientras que en la evaluación secundaria incrementaría la percepción de los propios recursos para afrontar la situación.

La percepción de disponibilidad de apoyo puede proteger de los efectos negativos de los estresores, a través de los siguientes procesos: alterando la valoración del estresor, cambiando los patrones de afrontamiento o afectando las autopercepciones. En el proceso complementario de afrontamiento, la relación estaría mediada por la provisión de recursos de ayuda que facilitarían respuestas de actuación ante el estrés (Cohen y McKay, 1984; Heller y Swindle, 1983).

#### **A). Modelos de Wheaton (1985)**

Wheaton (1985) identifica los esquemas conceptuales de los distintos modelos propuestos que corresponden al "efecto de amortiguación" como los siguientes: modelo moderador y modelo supresor. Asimismo identifica tres modelos que no representan dicho efecto.

Según el modelo moderador se produce un efecto interactivo entre estrés y apoyo, creando un resultado multiplicativo. Debido a que los efectos de amortiguación no son aditivos, se asume que el apoyo social es progresivamente más efectivo en reducir los efectos del estrés; dándose los efectos máximos de amortiguación en los niveles más altos de estrés. Este modelo se basa en una relación lineal entre apoyo, estrés y salud; esto significa que siempre que se dé un aumento de apoyo ante la presencia de estresores se proporcionará un impacto sobre la salud.

El modelo supresor parte de que las relaciones entre estrés, apoyo y bienestar son aditivas; es decir el estrés actúa reduciendo el sentimiento de bienestar, y este efecto total es disminuido por los efectos directos que ejerce

el apoyo sobre el mismo. Este modelo asume un acercamiento a la fuente (movilización), de tal forma que cuando se produce un incremento del estrés el individuo actúa para incrementar o movilizar el apoyo de otros.

Los modelos que no corresponderían a un efecto de amortiguación, según Wheaton (1985) son los que se basan en alguna de las siguientes condiciones:

- a). *Los sucesos vitales estresantes reducen el apoyo social; el apoyo actuaría aquí como una variable mediadora que explicaría parte del efecto, ya que otra parte quedaría explicada por el efecto directo del estrés sobre la pérdida de bienestar.*
- b). *El apoyo antecede a la ocurrencia de los sucesos estresantes y actúa reduciendo la exposición al estrés -no el impacto de éste cuando ya ha ocurrido-.*
- c). *Tanto el estrés como el apoyo ejercen un efecto directo, de signo contrario, sobre el bienestar, siendo variables independientes la una de la otra.*

#### **B). Modelos de Barrera (1986)**

Barrera (1986) identifica como modelos alternativos al de amortiguación los siguientes:

*- Modelo de movilización de apoyo efectivo*

Se supone que la red social responde ante la presencia de acontecimientos estresantes favoreciendo que los miembros de ésta faciliten el apoyo necesario para el afrontamiento. Coincidiría con los que Wheaton (1985) denomina "modelo supresor".

*- Modelo de prevención de estrés*

El apoyo social previene la ocurrencia de acontecimientos estresantes, o bien reduce la probabilidad de que aquellos sean percibidos como estresantes. Según la crítica realizada por Wheaton (1985) a los modelos alternativos, éste no constituiría propiamente un modelo de amortiguación, ya que la actuación del apoyo antecede a los estresores, resultaría un modelo de proceso de estrés, en el que no hay un verdadero efecto de amortiguación.

**Gráfico 8. Modelos de Barrera (1986) I**



### Efectos de movilización del apoyo

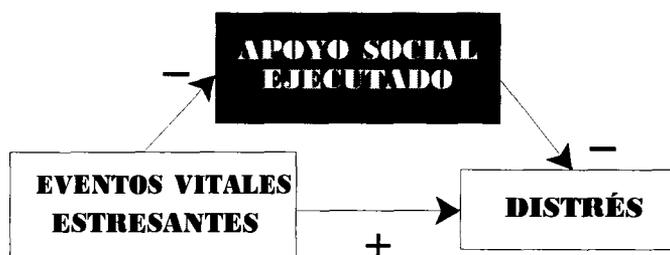


### Efectos de prevención de estrés

#### - Modelo de deteriorización del estrés

Los eventos estresantes deterioran la disponibilidad percibida de apoyo, y a su vez actúan como fuerzas de signo positivo sobre el distres. Correspondería más bien a los modelos centrados en el estrés, que no tiene un verdadero efecto de amortiguación.

Gráfico 9. Modelos de Barrera (1986) II

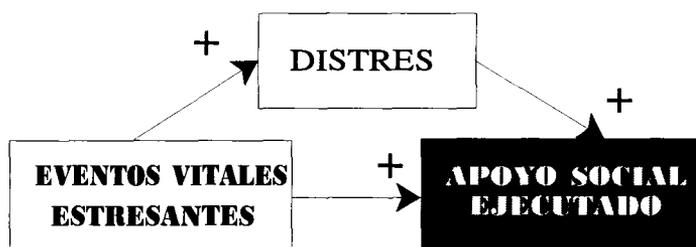


### Efectos de deterioro del apoyo

#### - Modelo de búsqueda de apoyo

Los individuos que sufren acontecimientos estresantes tienen mayor probabilidad de recibir apoyo por parte de los miembros de las redes a las que pertenecen. Este modelo se basa en la movilización del apoyo; aunque no explica cómo se da la relación entre las distintas variables implicadas.

Gráfico 10. Modelos de Barrera (1986) III



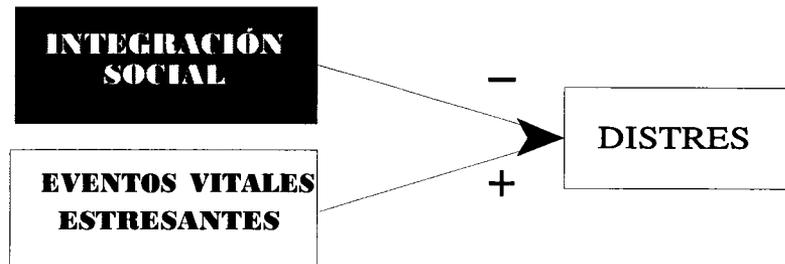
### Efectos de búsqueda de apoyo

#### - Modelo aditivo

La integración social y los acontecimientos estresantes tienen efectos

independientes sobre el distrés.

**Gráfico 11. Modelos de Barrera (1986) IV**

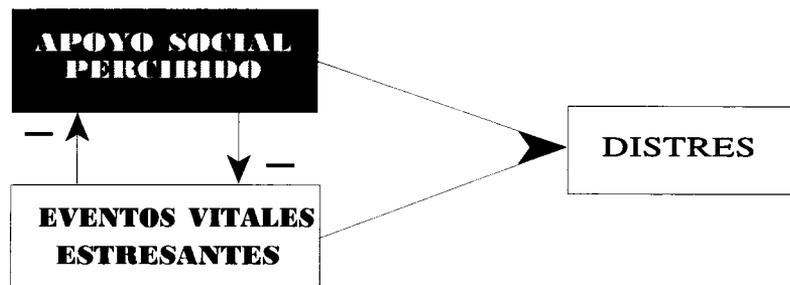


**Efectos aditivos o directos de estrés ó apoyo**

*- Modelo de reciprocidad*

El apoyo percibido y los acontecimientos estresantes tienen efectos independientes sobre el distrés, al mismo tiempo que mantienen una relación entre ellos.

**Gráfico 12. Modelos de Barrera (1986) V**



**Efectos de reciprocidad del estrés**

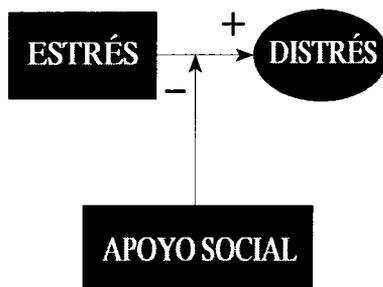
**C). Modelos de Lin (1986)**

Este autor propone una clasificación de todos los modelos propuestos, basándose en el momento temporal en que pueden medirse los efectos de cada una de las variables. Así divide los modelos en tres clases o categorías:

- *Clase A:* el efecto del apoyo social antecede a los acontecimientos estresantes.
- *Clase B:* los efectos del apoyo social y de los acontecimientos estresantes son contemporáneos.
- *Clase C:* los efectos del apoyo social son posteriores a la ocurrencia de los acontecimientos estresantes.

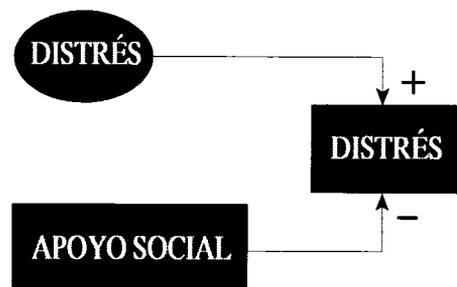
**Cuadro 3: Modelos centrados en el estrés.**

**MODELO DE AMORTIGUACIÓN**



WHEATON (1985): Modelo Moderador

**MODELO DE EFECTOS PRINCIPALES**



COHEN y WILLS: Modelo de Balanza Contable  
 WHEATON (1985): Modelo Disuasorio de Angustia  
 BARRERA (1986): Modelo Aditivo o de Efectos Directos de Estrés e interposición del Apoyo Social

---

- Modelo de movilización de apoyo efectivo (Barrera, 1986)	Los LE (eventos estresantes) preceden al AS (Apoyo Social)
- Modelo de prevención de estrés (Barrera, 1986)	El AS precede a los LE
- Modelo de deterioro del apoyo (Barrera, 1986)	Los LE provocan un decremento del AS
- Modelo supresor (Wheaton, 1985)	
- Modelo de búsqueda de apoyo (Barrera, 1986)	Los LE provocan un aumento del AS
- Modelo de reciprocidad entre estrés y apoyo percibido (Barrera, 1986)	Los efectos son independientes sobre la salud, pero tienen una influencia recíproca entre ellos
- Modelos de Clase A (Lin, 1986)	El efecto del AS precede a los LE
- Modelos de Clase B (Lin, 1986)	Efectos contemporáneos del AS y los LE
- Modelos de Clase C (Lin, 1986)	Efectos del AS posteriores a los LE

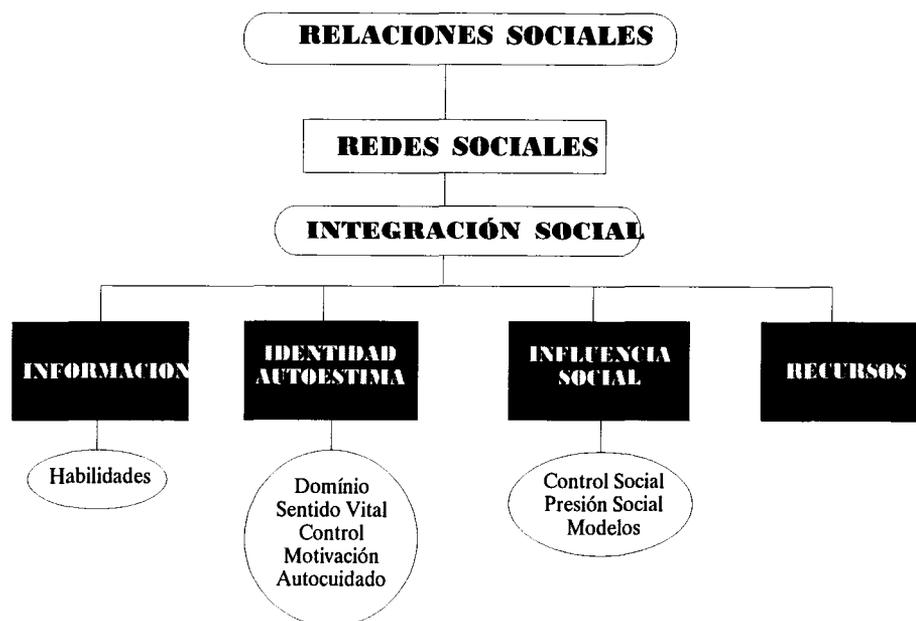
---

#### 1.1.2.2.2. MECANISMOS DE INFLUENCIA PSICOSOCIAL

Los procesos y mecanismos que vinculan las relaciones sociales con la salud pueden ser comportamentales, psicológicos, biológicos y sociales (House et al., 1988). Estos autores también indican que todo proceso social debe ser entendido en relación a mecanismos comportamentales, biológicos y psicológicos, que pueden vincular a estos procesos sociales con la salud, o bien constituir vías alternativas a través de las cuales puede explicarse cómo afectan las relaciones sociales a la salud.

En este apartado se expondrán mecanismos de índole psicosocial, ordenados en base al efecto que producen, ya sea operando siempre (efecto directo) o en situaciones de estrés (efecto de amortiguación).

**Gráfico 13. Modelos de influencia psicosocial. Adaptado de Cohen (1988)**



### A). EFECTOS DIRECTOS

Dentro de los modelos que aluden a un mecanismo de tipo psicosocial se encuentran algunas propuestas basadas en el efecto directo, son las siguientes:

- *Modelos basado en la información:* la integración social facilita la obtención de consejo para la promoción de la salud y la prevención del estrés y de otros factores de riesgo.
- *Modelos de identidad y autoestima:* la integración social proporciona un sentido de identidad, autoestima, control percibido e incrementa el afecto positivo, el sentimiento de bienestar y el control sobre el ambiente, lo cual repercute en los comportamientos de promoción de la salud.
- *Modelos de influencia social:* la integración social actúa con funciones

de control y presión social que repercuten positivamente en los comportamientos de promoción de la salud.

- *Modelos de recursos tangibles*: La red social proporciona ayuda material o en forma de servicios que reduce la exposición a factores de riesgo.

Otros autores sin proponer modelos señalan los beneficios derivados de la integración social y del Apoyo Social. Para Berkman (1984) las funciones serían: a) provisión de consejo, servicios y acceso a nuevos contactos; b) control social y presión por parte de los iguales; c) sentido de pertenencia, intimidad. Thoits (1985) señala los siguientes beneficios de las relaciones sociales: proporcionar al sujeto un conjunto de identidades, ser fuente de autoevaluaciones positivas, proporcionar sensación de control y dominio.

Para Vaux (1988) los beneficios derivados de la integración social son los siguientes: penetración social, pertenencia, estima social, eventos placenteros e identidades sociales. Cohen y Wills (1985) señalan que los efectos beneficiosos del Apoyo podrían deberse a la percepción de las personas de que obtendrían ayuda en caso de experimentar acontecimientos estresantes. La percepción de ayuda potencial provocaría un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente, reconocimiento de la valoración personal, etc.

## **B). EFECTOS INDIRECTOS**

En base a las condiciones, esto es, si se da la presencia de estresores o no, se podrían agrupar en modelos de efecto directo o modelos de amortiguación del estrés. Entre los modelos de mediación psicosocial en los que actúa el efecto de amortiguación tiene que darse la condición de que las funciones de apoyo respondan a las necesidades elicidadas por el evento

estresante (Cohen y McKay, 1984; Cohen y Wills, 1985).

Cohen (1988) señala como en el caso anterior cuatro modelos basados en: la información, de identidad y autoestima, de influencia social y de recursos tangibles.

### 1.1.3. LA INVESTIGACION SOBRE EL APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ

En la literatura sobre gerontología social se ha señalado cómo en esta etapa de la vida se produce un descenso de la actividad social en general (e.g. Carstensen, 1990). Ello se atribuye a varios factores, como son los procesos de deterioro biológico (Satarino y Syme, 1981; Branch, 1980), las pérdidas de familiares y amigos (Jacobs y Ostfeld, 1977; Stroebe et al., 1982) y el descenso de la actividad relacionada con el trabajo (Palmore, 1971; Carstensen, 1990). Sin embargo, algún autor ha afirmado que esta reducción de la actividad social no parece alterar el Apoyo Social en su totalidad y que los ancianos siguen disfrutando de todos sus componentes esenciales (Rosow, 1974).

Para explicar las posibles variaciones producidas, la investigación sobre Apoyo Social y ancianidad ha seguido dos orientaciones teóricas distintas, que son según Field y Minkler (1988): una que se centra en el estudio de las variaciones que tienen lugar en el Apoyo Social *como consecuencia de acontecimientos vitales*, como la viudez, el retiro, los traslados, etc., y otra que se basa en las variaciones que se producen en el Apoyo Social a través del ciclo vital del individuo, *como consecuencia de la edad*.

La primera orientación de estudio pretende aportar datos sobre cómo los acontecimientos vitales denominados estresantes, afectan al Apoyo Social en su totalidad durante la ancianidad, mediante pérdidas significativas de recursos sociales naturales. Dentro de esta orientación puede señalarse el trabajo de Dean, Matt y Wood (1992) donde examinan distintos tipos de recursos de apoyo teniendo en cuenta un acontecimiento vital como la viudedad -definida como la pérdida de una relación de apoyo significativa-. En este estudio comparativo, que tuvo lugar durante un período de casi dos años,

participaron cuatro grupos con diferente estado civil: dos de los grupos estaban constituidos por viudos (varones y mujeres) pero con diferente tiempo de viudedad, otro de los grupos estaba formado por varones y mujeres casados y el último lo constituían varones y mujeres solteros. No se encontró ninguna diferencia entre grupos en la estabilidad en el apoyo debido al estado marital. Por el contrario sí que se halló una disminución en la frecuencia de interacción en los cuatro grupos, atribuida a los efectos de la edad. Los tipos de apoyo más estables fueron el apoyo instrumental y expresivo procedente de los hijos, así como también se mostraba estable la frecuencia de interacción con éstos; el tipo de apoyo menos estable fue el apoyo instrumental procedente de los amigos y parientes, también se observó una disminución en la disponibilidad de un confidente y en la frecuencia de interacción con amigos (aunque los autores advierten de los bajos coeficientes de fiabilidad de las escalas de apoyo instrumental utilizadas).

En esta línea Wan (1982) señala cómo la ruptura de los lazos sociales que conlleva un acontecimiento vital, en este caso un cambio de lugar geográfico (traslado) no afecta de forma sustancial al Apoyo Social, ya que los anteriores vínculos son sustituidos por otros nuevos rápidamente, básicamente por vecinos. Esta conclusión es apoyada por Levitt et al. (1985) quienes llevaron a cabo un estudio comparativo de dos muestras de ancianos, una normativa y otra de inmigrantes (sometida al estrés que supone un cambio de lugar geográfico). Los resultados encontrados en este estudio indican que no se dan diferencias en el Apoyo Social en su totalidad; por el contrario, sí se encuentran diferencias en el tamaño de la red, en particular en el número de miembros que componen la red de apoyo, que es menor para los hombres de la muestra sometida a estrés.

Dentro de la segunda orientación de estudio del apoyo social durante la ancianidad, es decir, la perspectiva que se aproxima a los cambios

producidos en el Apoyo Social como consecuencia del transcurso del tiempo es de destacar el estudio Duke (Duke Longitudinal Study) (Busse et al., 1985; Palmore, 1981). Los hallazgos más recientes de este estudio indican tanto patrones de consistencia como de cambio, relacionados con determinadas situaciones específicas o con características de personalidad, pero no se encuentra relación inversa entre el Apoyo Social y la edad (Lehr, 1987).

Dentro de esta aproximación también pueden citarse los estudios de Field y Minkler (1988) en los que se diferencian dos grupos de edad (de 75 a 84 y de 85 en adelante). Las dimensiones de Apoyo Social estudiadas fueron los recursos de apoyo de los ancianos (principalmente hijos, esposos, nietos, vecinos y amigos) y la participación en actividades de clubs y organizaciones, así como dos medidas generales de implicación en el rol que envuelve a la familia y a los grupos fuera de ella. En general, y salvo un cambio en el apoyo proveniente de los hijos, prima la continuidad en la satisfacción con el apoyo obtenido de la familia. Por otro lado, los altos índices encontrados en ambos grupos de compromiso en actividades en grupos y organizaciones fuera de la familia se explican por el hecho de que es una característica de la vida social que envuelve al individuo a lo largo de todo su ciclo de vida, siendo mayor para aquellos con un nivel socioeconómico medio y alto (Lowenthal y Robinson, 1976).

Antonucci y Akiyama (1987) compararon el apoyo social de distintos grupos de edad (a partir de 50 años) no encontrando diferencias significativas en el número de relaciones sociales ni en los tipos de apoyo recibido; sí se encontraban diferencias en el grupo de más edad (de 75 a 95) con respecto a los demás en que aquellos presentaban un mayor número de vínculos con amigos y menor frecuencia de apoyo otorgado a otros.

Levitt et al. (1985) en un estudio ya citado sobre dos muestras de ancianos, una normativa y otra sometida a un traslado geográfico, encontraron

que estos últimos contaban con menos recursos de apoyo; esperaban menos ayuda de los esposos e hijos y más de los hermanos, otros familiares y amigos. Además estas diferencias se acentuaban en el grupo de más edad, a partir de los 75 años, y más entre los hombres que entre las mujeres.

Además de estas orientaciones hay que señalar que son otras muchas las variables que durante la ancianidad pueden relacionarse con el apoyo social, y entre ellas, la investigación ha encontrado diferencias debidas al género. Así por ejemplo, Levitt et al. (1985) encontraron diferencias en las medias de miembros de la red que proveen apoyo en cada una de las categorías estudiadas (confianza, respeto, aliento, cuidado, hablar de la salud y tranquilizar) para hombres y mujeres, tanto en la muestra normativa como en la muestra sometida a estrés.

Estas diferencias por sexo también se encuentran en un estudio más reciente realizado por Penning y Strain (1994), cuyos hallazgos muestran que las mujeres reciben apoyo con mayor probabilidad que los hombres, a través de distintas formas de ayuda, tanto personal como técnica. El impacto de la variable género sobre la modalidad de apoyo (emocional o instrumental) no está clara; por una parte, algunos investigadores (Chapell y Blandford, 1991; McAurling y Arling, 1984) sugieren que el sexo no está relacionado con el hecho de que la asistencia informal sea recibida en forma de ayuda en las actividades de la vida diaria o en forma de apoyo emocional, sino que está relacionado con la fuente de apoyo; sin embargo, de manera alternativa hay hallazgos que sugieren que el sexo probablemente influya tanto en la naturaleza como en la extensión de la ayuda recibida.

Por último la distinción entre fuentes de apoyo en relación a esta etapa ha originado una clara distinción entre apoyos formales e informales. Esta diferenciación se debe a Turner y Tenhoor (1978), quienes se refieren a las prestaciones económicas, asistenciales y sanitarias "redes formales de apoyo"

por ser las que la comunidad estructura, considerándolas decisivas para el ajuste de los individuos, y en especial para grupos de riesgo. Las redes informales, constituidas principalmente por familiares, amigos y vecinos por su parte son una fuente importante de apoyo instrumental y expresivo para la gente mayor (Díaz Veiga, 1985).

Pearson y otros (1985) analizaron los patrones de compromiso con estas redes (formales e informales) en una muestra de ancianos rurales. Los dos grupos -diferenciados en base al nivel de ingresos económicos- presentaban distintos patrones de utilización de dichos recursos. En el grupo de bajos ingresos económicos el tener una buena educación, no tener problemas económicos y gozar de una buena salud estaba asociado a un bajo uso de los servicios formales y a un mayor compromiso social con la familia y los amigos. Por otra parte, en caso de necesidad de ayuda por un deterioro de salud se recurría a los roles de apoyo ofrecidos por los hijos antes que a los servicios formales, sobre todo entre las mujeres viudas. El grupo de más alto nivel económico por el contrario no manifestaba una dependencia de los hijos en la misma medida, recurriendo prioritariamente a los servicios formales.

Al igual que la propuesta de una perspectiva del transcurso de la vida para estudiar el proceso de envejecimiento de algunos autores (Hagestad y Neugarten, 1985; Riley, 1985) otros autores han extendido la propuesta al estudio de las relaciones sociales. De esta manera se ha indicado una línea de investigación basada en el transcurso de la vida para el estudio del Apoyo Social en la ancianidad, formulándose modelos teóricos, como el de Kahn y Antonucci (1980) que explican como se van enlazando o incorporando nuevos miembros a las redes de apoyo de una persona; la imagen mental de este modelo sería la de un convoy. Cuando se llega a la vejez normalmente ya se han establecido los vínculos que componen el sistema de Apoyo de una persona, estos vínculos han ido gestándose a lo largo de toda la vida, en esta

etapa los cambios se deben más bien a pérdidas de estos vínculos como consecuencia de la muerte de allegados y de los traslados de familiares a otras zonas de residencia; o bien a las dificultades en el acceso y contacto debido a características del propio individuo, como la institucionalización, la pérdida de autonomía ocasionada por incapacidades de tipo físico y/o psicológico, etc.

Otros tópicos directamente relacionados con el Apoyo Social importantes en esta etapa son los de reciprocidad (Gouldner, 1960) y endeudamiento (Greenberg, 1980). La reciprocidad es una característica que adquiere especial importancia en esta etapa de la vida, por la repercusión que tiene sobre el sentido de utilidad del anciano, viéndose a sí mismo en desigualdad de condiciones para ofrecer ayuda a otras personas. Más allá de este sentimiento se daría el fenómeno denominado "endeudamiento", por el cual el anciano sentiría la obligación de ofrecer ayuda en respuesta a la ayuda que antes ha recibido. Sin embargo, se sugiere que las oportunidades que se ofrecen a lo largo de toda la vida de dar y recibir apoyo son muchas. Ligando estas dos perspectivas - la del transcurso de la vida y la del intercambio social- se deriva la posibilidad de hablar en términos de un banco de apoyo y de una contabilización en términos de ganancias y pérdidas (en la etapa adulta se ofrece más ayuda a los hijos y en la ancianidad los papeles se invierten).

En la investigación sobre el apoyo social en la ancianidad se han identificado diferencias en los componentes y dimensiones con respecto a otros grupos de edad. Así por ejemplo, la composición de las redes de apoyo es un componente de importancia en la ancianidad. Griffith (1985) señala que las dos terceras partes de las redes de apoyo de los ancianos están constituidas por familiares, aunque la fuente más buscada es la de un amigo del mismo sexo. En general, se considera que los miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y socialización para los mayores, y que proveen entre el ochenta y el noventa por ciento del cuidado personal y la

ayuda instrumental (Brody, 1985). Además de la familia, los ancianos cuentan entre sus redes de apoyo con otras fuentes, como son los amigos y vecinos, aunque éstos cumplen distintas funciones de apoyo. Así mientras los vecinos juegan un papel importante por el apoyo que ofrecen en situaciones cotidianas, en situaciones de crisis se prefiere a la familia por el sentimiento de reciprocidad que se ha ido creando a lo largo de toda la vida. La reciprocidad es también alta con los amigos (Antonucci y Israel, 1986), aunque las normas por las que se rige son distintas: tiene un carácter temporal con los amigos mientras que con la familia se va creando a lo largo del transcurso de la vida (Israel, Hogue y Gorton, 1984).

Entre las características de las interacciones de las personas ancianas destacan la asimetría (se recibe más ayuda de la que se presta) y un cambio en la multiplicidad -número de funciones de apoyo que cumple un mismo vínculo- de tal manera que se recibe menos apoyo emocional y aumenta la ayuda tangible o material. Es por ello que algunos autores (e.g. Tolsdorf, 1976; Barrera, 1981) han señalado la importancia de evaluar dentro de los sistemas de apoyo de los ancianos estos aspectos para establecer diferencias en relación a otros grupos de población.

Los principales proveedores de apoyo para los ancianos son la familia y los amigos, aunque existe una diferenciación en cuanto a la dirección del apoyo: el apoyo procedente de los amigos favorece la integración social (Antonucci y Jackson, 1990), mientras que durante las crisis vitales se prefiere el apoyo procedente de la familia, teniendo en cuenta que los tipos y recursos de apoyo están determinados en parte por la historia de intercambios entre el individuo y el proveedor (Eggebeen, 1992).

Las transacciones de apoyo pueden darse bien con vínculos específicos o bien con grupos (Pilisuk y Parks, 1981). La tendencia a no tener en cuenta los grupos de individuos proveedores de apoyo lleva según Felton y Berry

(1992) a una conceptualización pobre del Apoyo Social, olvidando el papel importante que juegan éstos en la integración social (Thoits, 1985). En el apoyo con que cuentan los ancianos la consideración de grupo de individuos tiene especial importancia y ha derivado en algunos estudios aunque de manera incipiente y sobre muestras pequeñas (e.g. Field y Minkler, 1988; Felton y Berry, 1992). La asistencia a centros de día y la participación en actividades organizadas en estos centros, así como la entrada en residencias facilita la consideración por parte de los sujetos de que ciertos grupos pueden formar parte de sus sistemas de apoyo social, al igual que individuos en concreto, aunque no está suficientemente comprobado aún.

En este sentido, los ancianos a menudo informan de que determinados vínculos o roles (por ejemplo los hijos) proporcionan un tipo específico de apoyo; así se nombran los lazos familiares para la ayuda instrumental mientras que los lazos de amistad son preferidos para actividades de participación social (Lowenthal y Robinson, 1976; Wood y Robertson, 1978).

Además la elección de la fuente proveedora de apoyo parece estar marcada por preferencias independientemente del tipo de ayuda requerida; esto es, se recurre a ciertos grupos de apoyo de forma jerárquica: primero al esposo, seguido por los hijos adultos, amigos, vecinos y otros familiares (Peters et al., 1987), operando un principio compensatorio por el cual cuando uno de los roles falta es sustituido por otro de ellos para la ayuda requerida. Así en el caso de los ancianos incapacitados se ha indicado que el esposo es el principal proveedor de apoyo, aunque los hijos sustituyen de forma frecuente los esfuerzos en el cuidado y son los que con mayor probabilidad se convierten en los principales cuidadores cuando el esposo no está presente (Tennstedt et al., 1989).

Finalmente, la satisfacción con el apoyo se ha referido en las investigaciones como una de las dimensiones del Apoyo Social más

relevantes. En la evaluación de la suficiencia podrían influir ciertos factores, como señala Krause (1990), las normas de reciprocidad dictan que los adultos mayores no lleguen a ser completamente dependientes, lo que puede conducirles a evaluar niveles bajos de apoyo de una manera satisfactoria, ya que no esperan que se les provean con una asistencia demasiado extensa. Algunos autores han indicado a este respecto que los ancianos de hecho prefieren la asistencia formal a la procedente de los amigos y familiares, dada la importancia que le conceden a los valores de independencia y autosuficiencia (Lee, 1985).

## **1.2. SALUD Y BIENESTAR PSICOLOGICO COMO INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN LA VEJEZ**

### **1.2.1. DELIMITACION CONCEPTUAL ENTRE CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR, SALUD Y OTROS CONCEPTOS AFINES**

El tema de la calidad de vida constituye en la actualidad uno de los más relevantes en el campo de las ciencias sociales. La aparición del término se sitúa en el contexto histórico de la década de los setenta, tras una época de progreso económico en la que se había puesto un gran énfasis en los aspectos materiales como eje central del progreso social. La aparición del término calidad de vida obedece a la consideración de otros valores sobre los que asentar este progreso una vez que se han reconocido los límites del crecimiento económico.

La calidad de vida ha sido tratada en muchas ocasiones como sinónimo de bienestar social, y debido a que el bienestar social era equiparado al bienestar económico, los conceptos de calidad de vida y bienestar económico han aparecido en muchas ocasiones ligados. Estos términos (bienestar social y bienestar económico) sin embargo no son sinónimos, entre otras razones porque en los países más desarrollados el bienestar social no depende tanto del desarrollo económico como de la distribución política de recursos, incluso se considera que a partir de un cierto umbral, el progreso técnico puede invertirse y orientarse hacia un destino no deseable. Por otra parte el bienestar económico es un componente más, que junto al bienestar social y al bienestar psicológico, conforman el bienestar total de una colectividad, no constituyendo un fin en sí mismo, sino un mero instrumento al servicio de cada hombre y de la sociedad en su conjunto (Rodríguez et al., 1993).

Es a partir de los años cincuenta cuando se empieza a criticar la idea de

que

la producción y el consumo repercuten necesariamente en una mayor felicidad de los individuos de una comunidad. También se cuestionan los valores que habían inspirado la época de crecimiento y prosperidad, apareciendo unos nuevos, denominados post-materiales, de carácter individual y social, en los que se refleja la preocupación por factores medioambientales no determinados por el consumismo. El surgimiento de estos nuevos valores conlleva que el interés deje de centrarse únicamente en las necesidades de cobijo, vestido y alimento y se pase a considerar las necesidades de equidad, participación, respeto y crecimiento personal.

**Cuadro 5. Evolución acumulativa de contenidos conceptuales.**

	Datos Económicos	Otros aspectos materiales (Cuantificables)	Equidad, Justicia, Distribución	Dimensiones Personales (Subjetivas)
RENDA PER CAPITA				
NIVEL DE VIDA (ESTANDAR)				
BIENESTAR SOCIAL				
CALIDAD DE VIDA				

Tomado de F. Casas (1991)

Como señala Casas *"el concepto de calidad de vida fue vinculado a una noción que incorpora medidas psicosociales de la realidad, medidas que inicialmente se denominaron subjetivas: percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir*

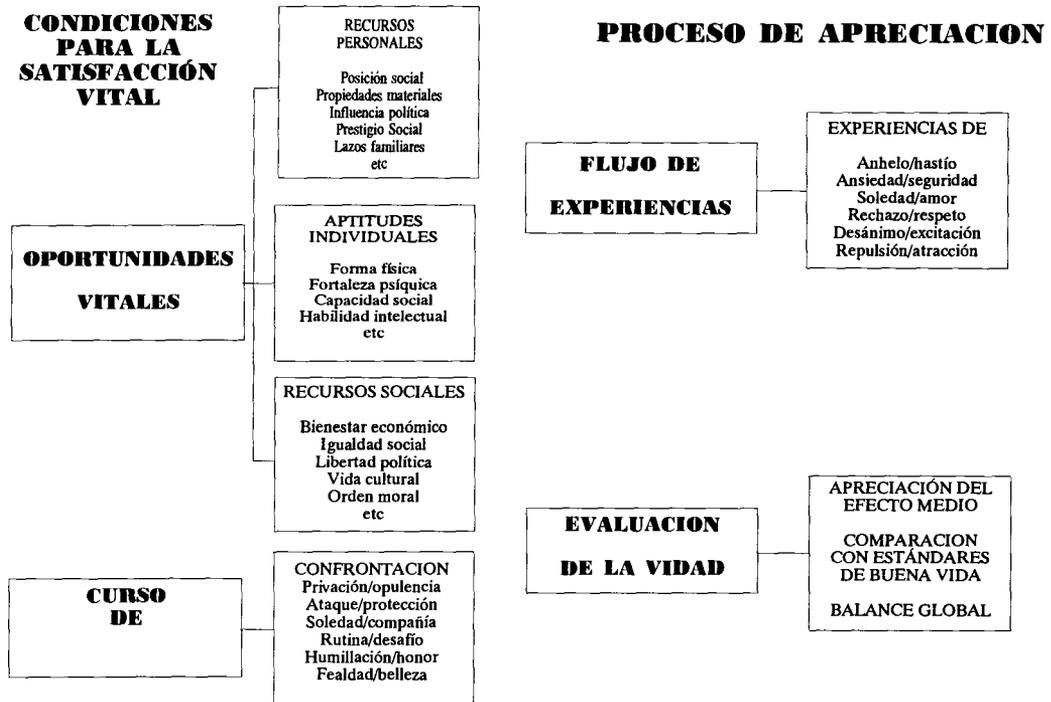
*aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc.*" (Casas, 1991, pág. 657).

La búsqueda de indicadores más adecuados al nuevo concepto de calidad de vida produce sus frutos durante la década de los ochenta, con una gran proliferación de estudios y publicaciones sobre el tema, entre los que destacan entre otros el de Campbell et al. (1976) sobre la calidad de vida en América y el de Andrews y Whitey (1976) sobre indicadores sociales de bienestar.

No obstante, el concepto de calidad de vida, que resultaba demasiado ambiguo y polisémico en un principio, aún hoy sigue careciendo de una definición consensuada, aunque la mayoría de los autores lo usan para referirse de manera general al "buen vivir". Así por ejemplo, Lawton (1983) con el propósito de enfatizar la perspectiva psicológica de la calidad de vida, empleó este referente. Su concepto de buena vida tiene componentes esenciales (competencia conductual, bienestar psicológico, calidad de vida percibida y entorno objetivo) entre los que destaca claramente el contenido psicológico.

La calidad de vida puede denotar dos significados a juicio de Veenhoven (1994): uno hace referencia a la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida y el otro a la práctica del vivir bien como tal. Tales acepciones tendrían distinta aplicabilidad según el nivel de análisis: así mientras que el primero de ellos se aplicaría a nivel de una sociedad en su conjunto, a nivel individual se podrían aplicar ambos. En este último nivel - nivel individual- tendría por lo tanto dos variantes: *calidad de vida supuesta* (ésta haría referencia a las condiciones necesarias) y *calidad de vida realizada* (la práctica del buen vivir).

**Gráfico 14. Determinantes de la satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994)**

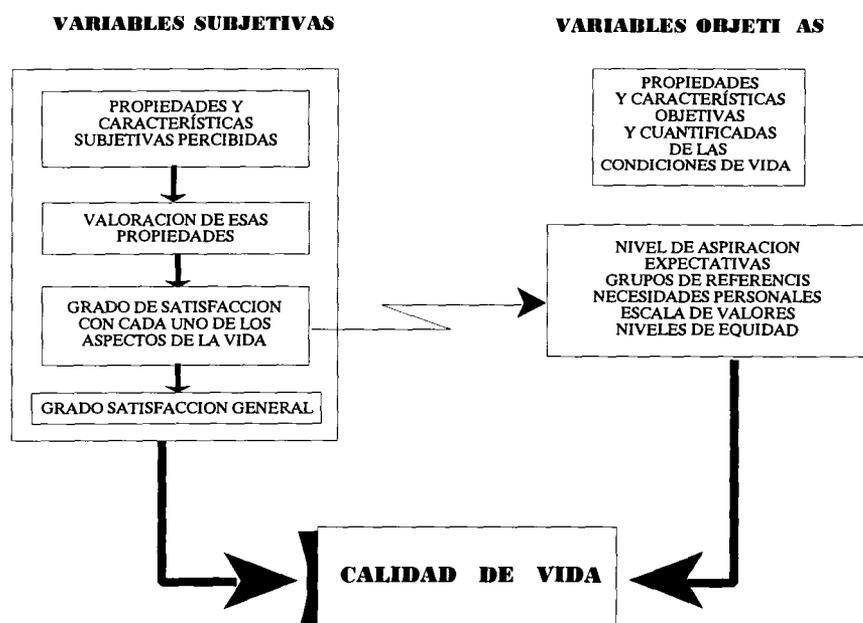


Sin embargo, se hace otra distinción entre calidad de vida objetiva y subjetiva: la calidad de vida objetiva está basada en criterios explícitos y medibles que pueden ser aplicados por personas diferentes al propio sujeto, mientras que la calidad de vida subjetiva se basa en la apreciación de la propia persona sobre su vida, sin necesidad de que los criterios queden explícitos. Los criterios objetivos utilizados por terceros para determinar la calidad de vida de alguien están basados en parte en la calidad de vida supuesta, sin embargo también participan de la calidad de vida realizada, es decir, de las apreciaciones que pueden hacer terceros sobre la práctica del bien vivir. Por otra parte los juicios subjetivos o la determinación de la calidad de vida por parte de uno mismo se basa tanto en la condiciones reales en las que se desenvuelve como en su funcionamiento bajo esas condiciones.

Desde la perspectiva de la Política Social se ha considerado la primera de las acepciones referidas; de esta manera los conceptos calidad de vida y bienestar social irían unidos y harían referencia a: 1) la disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas, 2) la provisión por parte del Estado de un amplio abanico de servicios públicos y 3) las medidas arbitradas por una sociedad para hacer frente a sus problemas sociales, referidas éstas en muchos casos a medidas de justicia social y distributiva (Blanco, 1985). El término calidad de vida tendría que ver desde esta óptica con los recursos disponibles y las medidas adoptadas para satisfacer las necesidades fundamentales del hombre, sin tener en cuenta el aspecto subjetivo o de evaluación del propio individuo de su bienestar (o la denominaba calidad de vida realizada).

Sin embargo, desde la perspectiva psicosocial el concepto de calidad de vida es entendido como las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables subjetivas/ personales consistentes en valoraciones que hacen los individuos sobre cada uno de los componentes o dominios de su vida en base a referentes como el nivel de aspiración, las expectativas, las necesidades personales, la escala de valores, los grupos de referencia, y los niveles de equidad. El resultado de las interrelaciones entre las valoraciones de los diferentes dominios de la vida se expresa en un mayor o menor grado de satisfacción general (Blanco, 1985). Así la calidad de vida podría definirse como lo hace Lawton (1984) como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual. Como señala García-Riaño (1991) no se trata solamente de un sentimiento de satisfacción o bienestar personal, de poder o competencia comportamental, de dominio o control de los diversos sectores del entorno objetivo (Andrews y Whitey, 1976; Campbell et al., 1976), sino además una valoración que el individuo hace sobre estos y otros aspectos que considera importantes en su vida actual; más aún de su vida completa.

Gráfico 15. Configuración teórica de la calidad de vida (Blanco, 1985).



El concepto teórico de calidad de vida tienen tres rasgos distintivos (Fernández-Ballesteros y Macía, 1993). El primero de ellos es su *especificidad*, esto se hace patente en los dominios específicos que hay que considerar dependiendo de la población estudiada. Así por ejemplo, en la evaluación de la calidad de vida en las personas mayores hay que considerar algunas peculiaridades con respecto a los componentes comunes que pueda tener con la calidad de vida de otros grupos de población, entre los que se encuentran la percepción de la salud y el nivel de autonomía, elementos que no son tan relevantes para la población menor de 65 años (Ruiz y Baca, 1992) o el mantenerse activos, tener un buen nivel de renta, mantener buenas relaciones sociales y familiares y disponer de buenos servicios sociales (CIRES, 1992; Fernández-Ballesteros y Macía, op. cit). El segundo rasgo distintivo es la *multidimensionalidad*, debiéndose tener en cuenta tanto factores personales como socio-ambientales. Ello se traduce en que hay que tener en cuenta tanto

cuantificadores objetivos como subjetivos o de percepción. Dentro de la población anciana y en relación a los cuantificadores objetivos se encontrarían la disponibilidad de servicios de salud y servicios sociales, la existencia de relaciones sociales, los factores culturales, etc., mientras que la evaluación subjetiva de los diferentes dominios incluiría la valoración del entorno, las necesidades culturales, la autopercepción de salud, la satisfacción con los servicios sociales y de salud y la satisfacción social (Fernández-Ballesteros y Macía, 1993). Por último y como tercer rasgo distintivo del concepto de calidad de vida ha de adoptarse una *perspectiva multimetódica* en su evaluación, que implica la consideración de diferentes métodos de evaluación, susceptibles de ser clasificados en un continuo desde el más directo hasta el más indirecto.

La calidad de vida es un concepto integrador que incluye a otros como felicidad, bienestar, satisfacción con la vida, salud, etc. y que pretende medir dimensiones valorativas del sujeto, esto es, calidad de vida realizada. Debido a que se trata de un constructo multidimensional (Calman, 1987; García-Riaño, 1991), en ocasiones estos términos y algunos otros han sido tratados como sinónimos, existiendo una dificultad patente en definir uno de ellos sin hacer alusión a los demás. En el siguiente gráfico se exponen algunos de los términos afines al de calidad de vida, ordenados en base a la amplitud del campo semántico, de mayor a menor. Como se aprecia la calidad de vida aparece como el de mayor amplitud en el campo semántico, conteniendo al de bienestar, que a su vez contiene al de salud, y así sucesivamente.

Al igual que ocurría con el concepto de calidad de vida, los de salud y bienestar son igualmente demasiado globales como para ser definidos en simples términos de indicadores económicos y varios autores han hecho especial hincapié en que el carácter social de dichos conceptos precisa la búsqueda de indicadores tanto psicológicos como sociales (Blanco, 1985;

Fernández-Ballesteros y Macía, 1993).

**Cuadro 6. Términos afines en el campo semántico.**

CALIDAD DE VIDA
BIENESTAR
SALUD
Felicidad
Satisfacción con la vida
Ajuste personal
Moral

Adaptado de García-Riaño (1991)

Si anteriormente se ha expuesto el sesgo que se produce al reducir el bienestar social al bienestar económico, mediante la utilización de indicadores de tipo económico, otra confusión a nivel teórico es la que implica a los términos salud y bienestar. La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud como "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la simple ausencia de enfermedad" (OMS, 1946). Esta definición si bien introduce la dimensión social del hombre, falla al proponer la idea de que se puede alcanzar un estado de salud absoluta, o de completo bienestar, cuando lo que en realidad se da es una salud relativa, que es concebida como "equilibrio dinámico y cambiante (lo que abre la posibilidad del fomento de salud), con etapas o niveles de transición o de desequilibrio (ecológico), hasta llegar a la enfermedad clínica que es el desequilibrio final que conduce a la ruptura ecológica total (muerte), o al desequilibrio parcial permanente o transitorio (invalidez), o al reequilibrio (ecológico) que es la curación y de

nuevo la salud relativa" (San Martín, 1985, p. 48).

Otras críticas a la definición de salud dada por la OMS son las que expone de manera resumida García-Riaño (1991):

*a) Bastaría un sólo criterio para considerar el estado de salud/enfermedad del individuo, pero no es suficiente el criterio de un individuo para determinar la salud/enfermedad de la comunidad.*

*b) La salud es sus tres dimensiones, física, mental y social, es un dominio necesario e imprescindible para el bienestar y la calidad de vida.*

*c) La salud no incluye la totalidad del campo del bienestar mientras que el de bienestar incluiría el de salud.*

*d) Para la definición de salud se requiere la unificación de los diferentes criterios y puntos de vista que actualmente se consideran, o pueden considerarse.*

*e) El término bienestar incluido en la definición de salud dada por la OMS conduce a confusión y origina problemas conceptuales, aunque sea la definición más utilizada y considerada.*

Al referirnos al bienestar psicológico utilizamos como sinónimos otros términos que si bien hacen referencia a la calidad de vida (o al vivir bien), perteneciendo todos ellos al mismo campo semántico, conceptualmente son diferentes: el concepto de bienestar psicológico sería de orden superior, o dicho de otro modo, incluiría a otros conceptos como felicidad, satisfacción con la vida, ajuste personal y moral, cuya amplitud de campo iría de más a menos en el gráfico anterior. Seguiremos a García-Riaño (1991) en las definiciones y diferenciaciones que a continuación se exponen.

El término *moral* haría referencia al estado de ánimo personal para enfrentarnos a los distintos retos que se nos presentan en la vida, estando constituido por dos polos, el positivo y el negativo. El *ajuste personal* sería un indicador de la aceptación de uno mismo y del medio. En otro campo más amplio se situaría la *satisfacción de vida* (o satisfacción vital), entendida como un sentimiento global y personal de bondad de la propia vida, con especial referencia al momento actual y a un pasado próximo, cercano y hasta adelantado en el futuro inmediato, y que estaría formado por dos componentes, el afectivo y el cognitivo. Por último y con un significado más amplio y global se encuentra el término *felicidad* que sería un constructo cognitivo-afectivo, subjetivo y temporal, condicionado por el grado de satisfacción personal alcanzado por el logro de metas propuestas o por la realización de deseos o aspiraciones más o menos explícitas o sentidas.

Se ha subrayado que a nivel empírico las medidas que se usan bajo la denominación de felicidad están más estrechamente relacionadas con medidas cognitivas que afectivas (e.g. Andrews y McKeenell, 1980). Como señala Diener (1994) aunque el término felicidad sea usado algunas veces como sinónimo de bienestar subjetivo "la mayoría de los autores, sin embargo, evitan su uso por la variedad de significados populares que tiene. Por ejemplo, la felicidad puede referirse a la experiencia global de bienestar, al sentimiento actual de disfrute, o a experimentar grandes cantidades de afecto positivo durante largos períodos. Sin embargo, el bienestar subjetivo se refiere a la experiencia global de reacciones positivas de la vida de uno mismo, e incluye todos los componentes de orden inferior tales como la satisfacción vital y el nivel hedónico" (Diener, 1994, p. 108).

Por último la distinción entre salud y bienestar parece ser, como se ha comentado anteriormente, una empresa difícil. Si se puede hacer alguna distinción entre la salud mental y el bienestar psicológico es que este último

se refiere a los aspectos positivos de la salud mental, pero no son conceptos excluyentes, más bien en la actualidad se opta por diferenciar dimensiones que contienen ambos conceptos, a la vez que se intenta relacionar estas dimensiones. De esta manera, Headey et al. (1993) diferencian cuatro dimensiones: satisfacción con la vida, afecto positivo (pertenecientes al lado positivo del fenómeno o bienestar subjetivo), ansiedad y depresión (pertenecientes al campo de la salud mental). Estas dimensiones muestran diferentes relaciones tanto a nivel empírico como conceptual. En definitiva se trata de que, tal y como ha comentado algún autor, "es necesario un mapa más sistemático de interrelaciones entre el bienestar subjetivo y otros constructos relacionados" (Diener, 1994, p. 117).

Numerosos filósofos y científicos sociales se han ocupado en definir la felicidad (en un sentido más apropiado bienestar subjetivo) sobre todo a partir de la década de los setenta. Estas definiciones han seguido varias perspectivas, pudiendo ser agrupadas en tres categorías (Diener, 1984): la primera perspectiva evaluaría las cualidades de los individuos por parte de terceros; esta definición de felicidad se fundamenta en criterios externos normativos; considerándose si un individuo posee una determinada cualidad deseable. La segunda perspectiva se basa en la determinación por parte del propio sujeto de su satisfacción. En relación a esta definición de felicidad Shin y Johnson (1978) comentan que constituye una evaluación global de la calidad de vida de una persona de acuerdo con los criterios elegidos por ella misma. La tercera perspectiva consistiría en determinar la cantidad de afecto positivo que experimenta un individuo en comparación con el afecto negativo, poniendo énfasis en la experiencia emocional placentera; esto significaría que un individuo es feliz bajo la condición de que esté experimentando experiencias placenteras la mayor parte del tiempo durante un período de su vida, o bien está predispuesto a experimentarlas.

Lo más frecuente es que se use la segunda y tercera perspectivas, es decir, tanto la satisfacción vital como el afecto positivo y negativo, para definir la felicidad (o el bienestar subjetivo). Ambas definiciones son subjetivas por naturaleza y ambas también enfatizan un juicio global e integrado de la vida de una persona relativamente estable, en contraposición a aquellas otras definiciones que se basan en el humor y que representan medidas más transitorias y situacionales (Cooper et al., 1992).

Bajo cualquiera de estas dos perspectivas las definiciones de bienestar subjetivo son variadas, pero coinciden todas ellas en los elementos centrales. Así Veenhoven (1994) lo define como el grado en que un individuo juzga la calidad total de su vida en conjunto de una manera favorable. También se ha definido "tanto como una evaluación cognitiva como también en algún grado los sentimientos positivos o negativos, por ejemplo, afecto" (Andrews y Whitey, 1976, p. 18). Por último, Campbell et al. (1976) lo definen como "la discrepancia percibida entre aspiración y realización, en un rango que va desde la percepción de plenitud a la deprivación. La satisfacción implica una experiencia cognitiva o juzgada mientras que la felicidad sugiere una experiencia de sentimiento o afecto" (p. 8).

### **1.2.2. DIMENSIONES IMPLICADAS Y MEDICION**

Como se ha argumentado en el apartado anterior el bienestar psicológico ha sido de central importancia para aquellos interesados en medir la calidad de vida (Campbell et al., 1976), haciendo referencia a cómo experimentan las personas su vida, incluyendo para ello tanto juicios cognitivos como afectivos. Han sido numerosos los autores que se han ocupado en la medición de dicho constructo (véase por ejemplo, Diener, 1984; Argyle, 1987; Venhooven, 1994), coincidiendo la mayoría de ellos en que

contiene varias dimensiones, requiriendo por ello medidas múltiples (Baruch, 1984).

La dimensionalidad del bienestar subjetivo es una cuestión que ha estado presente desde la incorporación y desarrollo de este concepto. Los investigadores han optado por distintas soluciones relativas a incluir una, dos o tres dimensiones. Entre los que hallan una sola dimensión se encuentran Fordyce (1978), Grichting (1983) y Kamman et al. (1979) quienes le dieron el nombre de felicidad a esta única dimensión. Stones y Kozma (1985) en un análisis de múltiples medidas, dentro de las que incluían escalas geriátricas de moral, hallaron también un único factor de segundo orden.

Los primeros en proponer la distinción entre afecto positivo y afecto negativo fueron Bradburn y Caplovitz (1965), basándose en la evidencia sobre la inexistencia de asociación entre medidas de estos dos conceptos y en estimaciones de validez divergente. Posteriormente, Warr (1978) y Warr y cols. (1983) confirman estos resultados.

Los llamados "investigadores de la calidad de vida de Michigan" (Andrews y Whitey, 1976; Andrews y McKennell, 1980; Campbell et al., 1976) son los que aportan la solución de tres dimensiones, distinguiendo entre medidas cognitivas (satisfacción con la vida) y medidas afectivas (afecto positivo y negativo). Argyle (1987) suscribe también estas dimensiones aunque acuña el término *distrés psicológico* en vez de afecto positivo.

Aunque los investigadores pueden no estar de acuerdo en una conceptualización precisa sobre el bienestar subjetivo, en la actualidad hay evidencia para pensar que éste estaría formado al menos por tres dimensiones distintas, aunque no independientes (Venkatraman, 1995). Según Andrews y Withey (1976) serían las siguientes:

- a) *el primer componente sería de carácter cognitivo y estaría constituido por la satisfacción con la vida; ésta consistiría en un juicio global sobre la vida de uno mismo, y como tal podría estar influido por el afecto, aunque no sería un factor emocional propiamente dicho*
- b) *el segundo componente es el afecto positivo y*
- c) *como tercer componente el afecto negativo.*

Por su parte, Lawton (1982, 1984) en sus revisiones de diferentes investigaciones encuentra cuatro dimensiones comunes a todas ellas:

- a) *neuroticismo, afecto negativo, que incluye la ansiedad, la depresión, la tensión, la preocupación, etc.*
- b) *afecto positivo, definido como un sentimiento de placer activo, generalmente ligado a períodos cortos de tiempo y recientes*
- c) *congruencia entre las aspiraciones, esperanzas, expectativas, objetivos deseados, y los realmente logrados (satisfacción con la vida)*
- d) *felicidad, resultado del conjunto de afectos positivos y negativos*

Como puede observarse, los dos autores coinciden en la inclusión de tres componentes básicos: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. La cuarta dimensión encontrada por Lawton en su revisión de los trabajos que abarcan el tema sería una conjugación de otros dos, el afecto positivo y el afecto negativo. En este sentido, Bradburn (1969) y Kozma y Stones (1980) sugieren que la felicidad puede ser, por sí misma, el resultado de los afectos positivos y negativos, con quienes están íntimamente relacionada (Lawton, 1984).

La inclusión de una dimensión afectiva es importante por cuanto los individuos pueden hacer un juicio sobre su vida dando como resultado una alta satisfacción con la vida, en base a juicios cognitivos que obedezcan a un intento adaptativo; mientras que por el contrario "la apreciación de afecto general es menos vulnerable a la adaptación cognitiva, porque es una experiencia directa y por tanto menos abierta a la distorsión defensiva" (Venhooven, 1994, p. 98).

En relación a la obtención de dos dimensiones diferentes de afecto -una positiva y otra negativa- Bradburn (1969) desarrolló una escala en la que los items contenidos, correspondientes a ambas dimensiones, eran independientes. Ello le llevó a lanzar la hipótesis de que la felicidad consistiría en un juicio global que hace la gente al comparar su afecto positivo con su afecto negativo. Esta afirmación fue un punto de partida para el desarrollo de numerosos trabajos teóricos y empíricos, encontrando en la mayoría de ocasiones apoyo (e.g. Bryant y Veroff, 1982; Diener y Emmons, 1984; Zevon y Tellegen, 1982).

No es de extrañar, por otra parte, la inclusión de una dimensión como el afecto negativo (que puede incluir depresión, ansiedad, etc.) mostrando relaciones con dimensiones de afecto positivo y satisfacción con la vida. En este sentido, Headey et al. (1993) ponen en evidencia las interrelaciones que mantienen la satisfacción vital y el afecto positivo (componentes del bienestar subjetivo) con dimensiones de ansiedad y depresión (componentes de la salud mental). Estos autores concluyen, mediante pruebas de validez convergente y divergente, que la satisfacción vital y la depresión están fuertemente relacionadas de una manera negativa, mientras que la satisfacción vital y la ansiedad se encuentran negativamente relacionadas pero sólo a niveles moderados. Finalmente, las dos dimensiones de la salud mental, ansiedad y depresión, están fuertemente relacionadas de manera positiva. Estos mismos

autores hacen incapié en que la clave del bienestar, que constituye el lado positivo, recae en la distinción entre las evaluaciones cognitivas que hace un individuo sobre su vida (satisfacción vital) y los sentimientos positivos experimentados por éste recientemente (afecto positivo).

Otros trabajos de revisión realizados (e.g. Lawton y Kleban, 1982; Cohler y Boxer, 1984) encuentran algunos factores más dentro del bienestar subjetivo. Entre ellos se encuentra uno que merece especial consideración, la autopercepción de la salud, que además es considerada por Argyle (1993) como un dominio específico del bienestar. La autopercepción de la salud o salud autovalorada se acerca bastante al afecto negativo o neuroticismo, de tal manera que estos estados están en fuerte correlación con una deficiente salud subjetiva.

Sin embargo, no puede considerarse que la salud percibida sea una dimensión más del bienestar subjetivo en sentido estricto, si bien varios autores hacen referencia a ésta como un componente central de la calidad de vida. Teniendo en cuenta que el bienestar subjetivo y la salud se encuentran fuertemente relacionados, entre cuyas dimensiones se hallan asociaciones a nivel empírico (cf. en Headey et al., 1993), puede considerarse la inclusión de la salud como un indicador que junto al bienestar subjetivo pueden dar un panorama más completo de la calidad de vida, tal y como proponen Martínez y García (1995).

Una aproximación a las características del concepto de bienestar subjetivo puede guiarnos en la exposición de los problemas que se encuentran en su evaluación. Según Diener (1984) ese constructo tiene tres marcas distintivas: por una parte es subjetivo, ello quiere decir que reside en la experiencia del propio individuo. En segundo lugar incluye medidas positivas; al contrario que ocurre con el concepto de salud mental medido a través de la ausencia de factores negativos, el bienestar subjetivo incluye medidas de

carácter positivo, que además son centrales. En tercer lugar, supone una evaluación global de todos los aspectos de la vida del individuo.

**Cuadro 7. Componentes o dimensiones de la calidad de vida en la población anciana.**

CALIDAD DE VIDA		
SALUD AUTOPERCIBIDA	BIENESTAR PSICOLOGICO	
	COMPONENTE COGNITIVO Satisfacción con la vida	COMPONENTE EMOCIONAL Estado de ánimo

Tomado de Martínez y García (1994)

La primera pregunta que se planteaban los investigadores a la hora de abordar la medición del bienestar subjetivo era qué métodos debían ser utilizados. En un principio se pensó que la medición de las dimensiones implicadas en el bienestar subjetivo debía ser objetiva y externa; no encontrándose sin embargo ni correlatos fisiológicos estables ni comportamientos externos ligados de manera consistente con éstas se recurrió a métodos de evaluación que se centraban en la calidad de vida subjetiva (tanto de las condiciones necesarias como del funcionamiento del individuo bajo esas condiciones).

Sin embargo, recientemente se han hecho sugerencias acerca de la incorporación de otros métodos de evaluación, gracias a los avances que se han producido en algunas áreas de la psicología. Diener (1994) propone que en la actualidad se pueden realizar aproximaciones más sofisticadas tanto a la definición como a la medición del bienestar subjetivo: el conocimiento actual

sobre la cognición, personalidad y emoción pueden contribuir a una evaluación multimetódica del bienestar subjetivo que refleje un panorama más completo de este fenómeno.

Aparte de estas aportaciones, aún sin suficiente desarrollo, puede decirse que la evaluación del bienestar psicológico comparte los problemas de medición de cualquier otro constructo perteneciente a un nivel de datos psicológico. En primer lugar, al tratarse de un concepto de naturaleza genuinamente personal las medidas de bienestar psicológico toman carácter de autoinformes. Ello puede producir determinados sesgos como la deseabilidad social, aunque Larsen, Diener y Emmons (1983) han informado que normalmente las correlaciones entre las escalas de bienestar subjetivo y la escala de deseabilidad social no sobrepasan de .20. Otro problema es la formulación de las preguntas pudiéndose dar aquiescencia por parte de los sujetos que responden, aunque la mayoría de las medidas están equilibradas en términos de dirección de la respuesta.

El bienestar subjetivo ha sido definido como "el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual" (Lawton, 1984). No obstante, el concepto de satisfacción con la vida no se refiere a un dominio específico de la vida, sino que denota una evaluación global de la misma. Así, por ejemplo, uno de sus componentes, la satisfacción vital ha sido definida como "el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva" (Veenhoven, 1994).

En relación a este punto existe controversia a la hora de determinar cómo evalúan los individuos su bienestar o su satisfacción con la vida. Autores como Andrews y Whitey (1976) comparten la idea de que la satisfacción con la vida es calculada a partir de la satisfacción con diversos dominios específicos de la vida mediante algún promedio contrapesado; de

hecho encontramos medidas referidas a la satisfacción o con diferentes ámbitos de la vida (satisfacción laboral, satisfacción con las relaciones de pareja, etc.). Sin embargo el modo habitual en que las personas valoran su satisfacción con la vida es de una forma global (Veenhoven, 1994), de tal manera que "la satisfacción con la vida en conjunto no es la suma de las satisfacciones con los dominios de la vida" (p. 110). Esto se traduce a nivel empírico en una correlación estadística entre la satisfacción global con la vida y las valoraciones de diversos aspectos de la vida, aunque no ha sido establecido que la satisfacción con la vida esté determinada causalmente por estas subevaluaciones.

Al constituir el bienestar subjetivo una evaluación global que hace el individuo, a la hora de llevar a cabo la elección de una respuesta múltiple, esta elección se producirá al azar, no discriminando el informante de una forma analítica entre las distintas opciones. Las respuestas pueden variar en el tiempo y en diferentes situaciones; así se encuentran correlaciones de alrededor de .70 entre items y de .60 durante un período de una semana (Veenhoven, 1994).

Otro problema que se plantea respecto a la medición del bienestar subjetivo, y que tiene implicaciones a la hora de buscar los determinantes, es si ésta constituye un rasgo o predisposición de los individuos o por el contrario obedece a influencias de distintos factores del ambiente. Esto conllevaría al cuestionamiento de tres interrogantes (Veenhoven, 1994): si es estable temporalmente, si es consistente en diversas situaciones y si está causada internamente.

En los primeros estudios sobre bienestar se demostró que las medidas presentaban estabilidad temporal (e.g. Campbell, Converse y Rodgers, 1976), mostrando niveles moderadamente altos de fiabilidad test-retest sobre períodos cortos o medios de tiempo. En la actualidad la atención se ha

centrado en indagar sobre esta estabilidad a lo largo de períodos más largos de tiempo usando diseños longitudinales. Por ejemplo, Kozma y Stones (1983) evaluaron el bienestar subjetivo de tres grupos de ancianos (urbanos, rurales e institucionalizados) en dos ocasiones con un intervalo de tiempo de dieciocho meses, no encontrando diferencias en las medidas de bienestar en ninguno de los grupos.

Sin embargo, según Chamberlain y Zika (1992) este estudio junto a otros (e.g. McNeil et al., 1986; Costa et al., 1987) tienen una limitación importante: se centran en la estabilidad en los niveles medios de bienestar y no exploran la posibilidad de que el bienestar pueda cambiar de forma predecible para determinados individuos. Para salvar esta limitación algunos estudios han incorporado el análisis de datos disponibles en subgrupos, demostrando que las medidas de bienestar presentan estabilidad a lo largo del tiempo cuando no se producen cambios en las circunstancias vitales, pero que son a la vez sensibles al cambio cuando estas circunstancias y condiciones varían (Atkinson, 1982).

La alta estabilidad temporal encontrada en medidas sucesivas de bienestar subjetivo ha llevado a algunos autores a afirmar que se trata de una variable individual estable (Ormel, 1983; Stones y Kozma, 1986), además esta visión es apoyada por el hecho de que presente asociaciones con rasgos de personalidad (Costa y McRae, 1980; Costa, McRae y Norris, 1981; Costa et al., 1987). Sin embargo, esta visión del bienestar subjetivo como una disposición no encuentra apoyo empírico cuando las medidas de bienestar son tomadas casi contemporáneamente a la ocurrencia de cambios en determinadas circunstancias. Una explicación bastante plausible para explicar este hecho viene dada de los intentos de elaborar modelos de adaptación del bienestar: de esta manera, Chamberlain y Zika (1992) proponen que la adaptación a los factores situacionales es un proceso muy rápido, que dura

menos de tres meses, período tras el cual los niveles medios de bienestar vuelven a situarse en los promedios obtenidos antes de que se hubiera dado el cambio en una circunstancia determinada.

En cuanto a la consistencia en distintas situaciones no existe evidencia empírica suficiente para afirmar que el bienestar subjetivo sea inmutable, aunque se ha encontrado una cantidad sustancial de consistencia en diferentes situaciones y estabilidad temporal en los niveles medios de afecto de una persona, siendo la satisfacción con la vida la dimensión menos variable (Diener y Larsen, 1984). Pavot et al. (1991) encontraron que la puntuación en satisfacción de una persona realizada por miembros de su familia correlacionaba .54 con las evaluaciones realizadas por amigos de la satisfacción vital de persona en cuestión.

En relación a la sensibilidad al cambio, lo habitual es que el bienestar varíe a lo largo de una vida tanto de manera absoluta como en relación a otros, siendo además sensible a los cambios de las condiciones de vida (Veenhoven, 1994). Así por ejemplo, Chamberlain y Zika (1992) han encontrado que las molestias diarias recientes predicen el bienestar además de los niveles pasados de bienestar y Atkinson (1982) informaron de correlaciones medias test-retest de .50 entre aquellos que no habían sufrido cambios mayores en sus vidas, pero las correlaciones eran menores entre aquellos que habían estado sometidos a cambios. Estos hallazgos llevan a dos conclusiones según Diener (1994): primero, indican que las medidas de bienestar subjetivo son sensibles al cambio. En segundo lugar, indican que el bienestar no es idéntico a la personalidad, ya que puede estar influido por los acontecimientos vitales, especialmente por aquellos recientes.

Pero estas variaciones en el bienestar subjetivo, como consecuencia de cambios en los acontecimientos y en las condiciones vitales, tienen como resultado a veces resultados que contradicen el sentido común (Meddin y

Vaux, 1988). De esta manera los hallazgos indican que las personas mayores se encuentran en general más satisfechas con sus vidas que otros grupos de edad (Herzog, Rogers y Woodworth, 1982), menos preocupadas salvo con respecto a la salud (Campbell, 1981), muestran un estado tímico menos negativo (Zautra, 1983) y menos depresión (Radloff, 1977).

Las escalas de medida del bienestar subjetivo muestran invarianza factorial a través de distintos grupos (Lawrence y Liang, 1988; McKinnon y Keating, 1989; Wilson et al., 1985). En estudios llevados a cabo sobre población anciana en distintos países se ha demostrado la invarianza factorial de los instrumentos de medición del bienestar subjetivo. Así, por ejemplo, utilizando la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia en un estudio transcultural llevado a cabo en EEUU y Japón se reveló una estructura factorial similar (Liang et al., 1987; Liang et al., 1992). Asimismo el Índice de Satisfacción Vital es comparable también entre ancianos israelíes (Shmotkin, 1991) y ancianos estadounidenses (Liang, 1984).

En resumen, en cuanto a las propiedades psicométricas de las escalas de medida del bienestar subjetivo, y aunque éstas requieran una mayor investigación, puede decirse que muestran propiedades aceptables tanto de fiabilidad y validez, como de invarianza factorial y sensibilidad al cambio (Diener, 1994).

Las escalas de bienestar psicológico para su aplicación a la población anciana han mostrado altas correlaciones entre ellas, salvando en parte el problema de validez convergente (Forrester 1980; Lohmann 1977; Moriwaki, 1974; Paintal, 1978), y unos índices de consistencia interna aceptables (Kozma y Stones, 1980; Larson, 1978). Además muestran correlaciones de alrededor de .55 con valoraciones de felicidad realizadas por profesionales (e.g. Lawton, 1972; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961). En general, se puede decir que las escalas geriátricas realizan satisfactoriamente la tarea de

medir el bienestar de personas de edad avanzada, aunque es necesario más trabajo empírico (Diener, 1984). Para evaluar el bienestar psicológico de los ancianos hemos elegido de entre todas las escalas dos de ellas, por su buen funcionamiento y porque miden respectivamente afecto y satisfacción con la vida. La escala del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) (Lawton, 1975) consta de múltiples items, que miden agitación, actitud hacia el propio envejecimiento e insatisfacción solitaria. Por su parte el Índice de Satisfacción Vital (Life Satisfaction Index) (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961) es igualmente una escala de múltiples items que incluye factores de entusiasmo frente a apatía, resolución, entereza y congruencia entre las metas deseadas y logradas.

### 1.2.3. CORRELATOS DEL BIENESTAR PSICOLOGICO

Cuando hablamos de los correlatos del bienestar psicológico nos referimos a aquellos factores, tanto extrínsecos (condiciones externas) como intrínsecos (procesos internos), que producen variaciones en alguno de los indicadores, como puede ser la satisfacción con la vida. Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en analizar las diferencias socioeconómicas (como los ingresos, la educación y el empleo), las mayores diferencias en satisfacción vital se asocian a las relaciones socioemocionales y a las cuestiones psicológicas (Veenhoven, 1994). No obstante este mismo autor señala que "en estos momentos los determinantes de la satisfacción con la vida son sólo comprendidos de forma confusa" (Veenhoven, 1994, p. 100).

De manera general se reconoce la existencia de algunos factores que correlacionan con el bienestar, como la capacidad de control personal y social y las actividades lúdicas (McPhillamy y Lewinsohn, 1976;), la estima personal (Andrews y Withey, 1976), el trabajo y el ocio (Argyle, 1993), el apoyo social (Campbell et al., 1976) y la participación social (Cembranos, 1993), entre otros.

Los factores de índole sociodemográfico más estudiados han sido la educación, la ocupación laboral, el estado marital, los ingresos, la edad, el sexo, etc. Estos factores pueden influir o bien mediar la relación entre algún otro factor y el bienestar; así por ejemplo, el género puede ejercer una relación de interacción con la edad sobre los resultados de bienestar (Medley, 1980). Los ingresos, y a pesar de que las personas con menores niveles puntúan más bajo en bienestar, tienen efecto sólomente en los niveles extremos de pobreza, pero una vez que las necesidades básicas están cubiertas ya no tienen influencia (Freedman, 1978). Con la edad existen resultados contradictorios, así mientras algunos autores encontraban que los jóvenes eran

más felices que las personas de edad avanzada (e.g. Bradburn y Caplovitz, 1965) otros concluían justamente lo contrario (e.g. Cantril, 1965). Algún autor ha afirmado que "las revisiones más recientes de la literatura sobre bienestar subjetivo han aportado algunas conclusiones confusas y contradictorias, pero ninguna más confusa que la relación entre bienestar subjetivo y edad" (Horley y Lavery, 1995, p. 275). Este autor continúa diciendo que el examen de solo dos revisiones (Diener, 1984; Wilson, 1967) revela la dificultad. Así de acuerdo con Diener (1984) no hay relación entre bienestar subjetivo y edad, con el que coinciden Costa et al. (1987). De acuerdo con Wilson (1967), sin embargo, existe una relación negativa, de tal manera que los jóvenes tienden a ser más felices que los viejos. Otros (e.g. Kutner et al., 1956) sugieren una relación positiva entre edad y moral. Por último, una visión más integradora es la de Veenhoven (1994) quien afirma que mientras el nivel hedónico decrece con la edad, aumenta el sentimiento de estar contento. Esta perspectiva encuentra apoyo en el trabajo de Campbell, Converse y Rodgers (1976) sólo que ellos equiparan el nivel hedónico con la felicidad y el estar contento con la satisfacción.

De todo ello se deriva una falta de relación clara entre ambas variables. Además se ha puesto de manifiesto como posible explicación de estos resultados tan contradictorios la utilización de diseños transversales, por lo que podría darse el efecto "cohorte" (Knapp, 1976) o la contaminación de otras variables, incluso se ha manifestado que la definición de lo que se entiende por bienestar puede también variar con la edad (Ryff, 1989).

Con la variable género ocurre lo mismo, no encontrándose una relación suficientemente fuerte entre ésta y el bienestar subjetivo, como para establecer una relación concluyente. Parece ser, sin embargo, que las diferencias por género en cuanto al bienestar subjetivo no se deben a que hombres y mujeres difieran en algún indicador de bienestar, sino a que el

género influye sobre la relación entre los acontecimientos vitales y el bienestar y la salud. Esta relación particular ha sido informada por varios autores, entre ellos, Krause (1986) y Thoits (1983). Los resultados de un estudio sobre población anciana llevado a cabo por French et al. (1995) permitieron a los autores concluir sobre el rol que juega el género en las relaciones entre acontecimientos vitales y el bienestar, en el sentido en que el impacto de los acontecimientos es mayor entre las mujeres que entre los hombres, aunque también depende de tanto del tipo de acontecimiento como de la medida de bienestar. En resumen, la aportación de este estudio es la de aportar evidencia empírica a la sugerencia realizada por otros autores de la existencia de efectos interactivos entre acontecimientos positivos y negativos con varias medidas de bienestar.

Pero, en general las variables sociodemográficas se quedan sin explicar buena parte de la varianza de las evaluaciones que hacen los propios individuos sobre su bienestar, correspondiéndoles aproximadamente un diez por ciento de la varianza sobre la felicidad de los individuos (Veenhoven, 1994) o un quince por ciento según otros autores (e.g. Rodríguez et al., 1993). Es por ello por lo que los investigadores han seguido la búsqueda de otros factores que puedan afectar el bienestar de los individuos. Uno de ellos y sobre el que se ha centrado la investigación sobre los determinantes de la satisfacción con la vida lo constituye las oportunidades vitales (Veenhoven 1994). Por oportunidades vitales se entiende las condiciones que afectan a la probabilidad de ocurrencia de acontecimientos vitales (tanto favorables como desfavorables); normalmente estas oportunidades vitales hacen referencia a la posición social o a las capacidades psicológicas. Entre estas capacidades psicológicas o factores personales se refieren las habilidades personales, tales como la capacidad personal para afrontar los problemas de la vida, la extraversión, y la capacidad de control del entorno.

Argyle (1993) ha señalado tres factores principales que influyen sobre el bienestar subjetivo o la felicidad: las relaciones sociales, el trabajo, y el ocio. En cuanto a las relaciones sociales los estudios empíricos se han centrado en analizar diferentes tipos. Así se ha obtenido que el matrimonio y la familia son una fuente importante de felicidad (e.g. Larson, 1978). Esta relación positiva se obtiene tanto cuando se operacionaliza como variable objetiva como cuando se mide la satisfacción con el matrimonio. Sin embargo, no se encuentran los mismos resultados entre paternidad y bienestar, resultando que la mayoría de los estudios encuentran efectos no significativos, o incluso negativos (e.g. Andrews y Withey, 1976).

La actividad social ha sido desde las revisiones de Wilson (1967) sobre distintos trabajos uno de los factores más estrechamente relacionados con el bienestar psicológico. Sin embargo hallazgos posteriores muestran que esta relación entre actividad social y bienestar está mediada por otra serie de variables como pueden ser la necesidad del individuo de contacto social (Diener, Larsen y Emmons, 1984), o por variables sociodemográficas: en este sentido Okun et al. (1984) encontraron que la relación entre actividad social y felicidad era mayor entre la gente mayor que entre la gente joven, también entre las mujeres más que entre los hombres, y entre los americanos con raíces africanas frente a los americanos blancos (en Cooper et al., 1992).

Ello nos conduce a pensar que la influencia de las relaciones sociales sobre la felicidad, la satisfacción, etc. está mediada por factores tanto personales como por variables sociodemográficas. Los estudios realizados sobre trabajo y bienestar indican un efecto muy perjudicial del desempleo sobre el bienestar o satisfacción, y también sobre la salud física y mental. Al igual que ocurre con las relaciones sociales, cuando se mide la satisfacción con este dominio específico de la vida, la satisfacción con el empleo aparece relacionada con el bienestar.

El ocio, entendido como la participación en actividades de diversa índole, no está tan directamente relacionado con el bienestar como las variables anteriormente mencionadas. La gran variedad de formas con que se ha operacionalizado esta variable en los distintos estudios no ha permitido por ahora encontrar una relación determinante con el bienestar. A pesar de ello, la participación social que implica actividades que conllevan un contacto social, se entiende que está positivamente relacionada con el bienestar.

Al hablar de factores relacionados con el bienestar hay que hacer una especial mención a la salud, y más concretamente la salud subjetiva. Zautra y Hempel (1983) encontraron que la salud subjetiva está fuertemente relacionada con el bienestar, mientras que la salud objetiva mantiene una débil relación, pese a que las creencias apuntan hacia lo contrario (Kammann y Campbell, 1982). Así en un estudio predictivo de factores que afectan al bienestar (satisfacción con la vida) Campbell et al. (1976) encontraron que la satisfacción con la salud se situaba en el octavo lugar, a pesar de que los sujetos la valoraban como el factor más importante. En general, una gran cantidad de estudios muestran relación entre salud autovalorada y bienestar subjetivo (e.g. Larson, 1978; Krause, 1987; Calsyn y Rodes, 1991). Este hecho puede ser interpretado como que al menos de una manera teórica, el concepto de salud está contenido en el de bienestar, si bien este último no puede restringirse únicamente a indicadores de salud.

### **1.3. CONTRIBUCIONES DE LOS RECURSOS SOCIALES NATURALES AL BIENESTAR SUBJETIVO Y A LA AUTOPERCEPCION DE LA SALUD EN LA VEJEZ**

En la literatura sobre gerontología social se considera que, debido a la propia naturaleza de la población anciana, la relación entre apoyo social y bienestar adquiere una relevancia decisiva (Ward et al., 1984; Lowenthal y Robinson, 1976), de modo que se convierte en un determinante de primer orden en la satisfacción con la vida (Ward et al., 1984; Gallo, 1982; Larson, 1978).

Si bien en la literatura se constata la importancia de los recursos sociales de apoyo en el bienestar de los ancianos, los estudios aplicados a este grupo poblacional están aún por detrás de la investigación en la población general (House et al., 1982). A continuación se expondrán algunos de los hallazgos más sobresalientes referentes a las distintas contribuciones del Apoyo Social al bienestar de los ancianos, constatándose que los mecanismos que operan en este grupo poblacional son idénticos a los demás grupos (Fernández Ballesteros y otros, 1992; Antonucci y Akiyama, 1987).

Al igual que los hallazgos de Berkman y Syme (1979) mostrando la relación inversa entre recursos sociales y mortalidad, las investigaciones realizadas sobre la población anciana no dejan de ser menos espectaculares. Así Schoenbach et al. (1986) encuentran que la supervivencia a través de personas ancianas con menores lazos sociales es más baja que en aquellos con mayores lazos sociales, después de controlar variables de salud biomédica y de salud autopercebida. Por su parte Steinbach (1992) describe cómo las personas ancianas que participan de alguna forma en actividades sociales disminuyen su riesgo de institucionalización por lo menos a la mitad, y en un estudio más reciente Sugisawa et al. (1994) encuentran una relación inversa

entre participación social y riesgo de mortandad.

Los mecanismos a través de los cuales el apoyo social puede influir sobre la salud y el bienestar en la vejez pueden ser de dos tipos (Ward, 1985): a través de efectos directos y a través de efectos indirectos. La polémica entre los efectos directos e indirectos parece deberse a las medidas tomadas, dándose unos u otros en función de la variable de resultado que se tenga en cuenta, esto es, ya sea la salud en sentido negativo (sintomatología psiquiátrica) o en sentido positivo (bienestar o satisfacción vital). Estos efectos sin embargo parecen ser independientes (Cutrona et al., 1986), es decir, mientras que el estado de salud parece estar relacionado con la ocurrencia de acontecimientos estresantes, el Apoyo Social parece ser un predictor de la moral (Fuller y Larson, 1980).

Ward, Sherman y LaGory (1984) sugieren que el componente más importante del Apoyo Social en la ancianidad sería el de integración social. Las relaciones sociales contribuirían directamente al bienestar mediante la satisfacción de necesidades sociales básicas, tales como la afecto, aprobación, identidad y seguridad (Thoits, 1982).

En la población anciana, Lowenthal y Haven (1968) demostraron el papel que juega un confidente para aumentar el bienestar y prevenir la depresión. Posteriormente otros estudios han obtenido resultados en este sentido, así por ejemplo el sentirse envuelto en actividades sociales con los amigos es muy consistente con la moral (Larson, 1978).

En general en la literatura sobre gerontología social no se encuentra relación entre la cantidad de interacción social y el bienestar, sin embargo sí existe relación con los aspectos cualitativos de las relaciones sociales. En este sentido, no se encontró asociación entre dimensiones objetivas y bienestar (Conner y cols., 1979; Chappell y Badger, 1989); por el contrario la

disponibilidad de una relación de confianza era un predictor importante de la adaptación psicológica a la vejez (Mellor y Edelman, 1988), en forma de satisfacción vital y afecto positivo (Levitt et al., 1987).

Chappell y Badger (1989) utilizaron diez indicadores de relaciones sociales, de los cuales tan sólo dos de ellos, el vivir acompañado y el tener un confidente estaban significativamente relacionadas con el bienestar subjetivo, controlando variables sociodemográficas y factores relacionados con la salud.

Por el contrario sí parece darse asociación entre las dimensiones objetivas del Apoyo Social y la salud, tanto física como mental (e.g. Cohen y cols., 1985a, 1986a), hasta el punto de darse una asociación inversa entre Apoyo Social y mortalidad (e.g. House y cols., 1982; Blazer, 1982).

Sin embargo, Bowling y Browne (1991) en un estudio sobre una muestra de ancianos a partir de 85 años con el fin de determinar las variables que afectaban su salud indican que el status de salud es un mejor predictor del bienestar emocional que la red social, de tal manera que las variables de Apoyo sólo explicaban un 3% de la varianza total sobre los resultados de satisfacción vital. Estos resultados, en parte contradictorios con la literatura existente, son explicados por los autores por las medidas tomadas de Apoyo Social (tamaño, densidad, número de familiares en la red, etc.) o como un principio que opere únicamente en los mayores de 85 años.

Esta diferenciación en base a la edad en los efectos directos que puede tener el Apoyo Social sobre el bienestar en la ancianidad fue encontrada también por Gray y Calsyn (1989), de tal manera que la participación en actividades sociales correlaciona con la satisfacción vital para los menores de 75 años, pero no para los más viejos. Sin embargo, en una réplica del estudio se encontró que el número de contactos sociales y la presencia de un confidente explicaban gran parte de la varianza sobre la moral,

independientemente de la edad (Calsyn y Roades, 1991).

Krause (1987) en un intento por indagar en las dimensiones del apoyo que pueden contribuir a promocionar el bienestar encuentra que la satisfacción con el apoyo emocional es la dimensión más estrechamente relacionada con el bienestar y con la autopercepción de la salud. Asimismo llega a la conclusión de que esta dimensión del Apoyo está próxima a las variaciones en las necesidades de tipo afiliativo. Por otra parte, las medidas de reciprocidad de apoyo o apoyo otorgado no se hallan relacionadas con la percepción de salud.

Para delimitar cuales son las contribuciones -en forma de efectos indirectos- del Apoyo sobre la salud y el bienestar en la ancianidad uno de los problemas mayores es la dificultad en diferenciar de forma analítica entre procesos de enfermedad, procesos de envejecimiento y trastornos asociados a los acontecimientos estresantes de la vida (Satarino y Syme, 1981).

En relación a los acontecimientos estresantes, George (1989) ha indicado la falta de precisión en su conceptualización y estudio, señalando tres tipos distintos de estresores posibles en la ancianidad: condiciones crónicas, acontecimientos vitales y molestias diarias.

Los acontecimientos vitales los define como cambios identificables, discretos en el curso de la vida que distorsionan los comportamientos usuales y pueden amenazar o incidir sobre el bienestar. Algunos de estos acontecimientos vitales serían la institucionalización, la viudez o el traslado.

El estrés crónico se refiere a condiciones prolongadas que cambian o amenazan el bienestar. Se diferencian de los acontecimientos vitales básicamente por su larga duración.

Las molestias diarias (hassles) se refieren a las transacciones ordinarias,

pero estresantes, que envuelven la vida diaria. La diferenciación entre eventos irritantes (hassles) y no irritantes (uplifts) permite conceptualizarlos según su evaluación sea positiva o negativa, siempre referidos tanto en un caso como en otro a acontecimientos de la vida diaria o problemas menores.

Chiriboga (1989) señala que en la investigación sobre la predicción de la salud mental de los ancianos se ha prestado más atención a los acontecimientos vitales mayores y a las condiciones crónicas que a los acontecimientos de la vida diaria. Sin embargo Liberman (1983) señala que la depresión en los ancianos estaría más relacionada con las transacciones diarias que con la ocurrencia de cualquier otro tipo de estresores posibles en la ancianidad. En este mismo sentido son los resultados obtenidos por Holahan, Holahan y Belk (1984) y por Finch y colaboradores (1989) quienes señalan cómo las transacciones sociales negativas tienen un fuerte efecto sobre el distrés psicológico.

Okun y otros (1990) encontraron un efecto de amortiguación de las relaciones positivas sobre el distrés psicológico producido por eventos negativos diarios, pero no encontraron evidencia del posible efecto de amplificación de las interacciones negativas en la relación entre las molestias diarias y el distrés psicológico. Parece ser a este respecto que las relaciones negativas, o los efectos adversos colaterales a las fuentes que pueden desempeñar funciones de Apoyo, pueden resultar perjudiciales para el bienestar de los ancianos.

Numerosos trabajos se han dirigido a examinar el papel que juega el Apoyo Social en facilitar el ajuste de los ancianos ante los acontecimientos estresantes (Cutrona, Russell y Rose, 1986; Krause, 1986, 1987; Lopata, 1979), incluso a lo largo del tiempo en el caso de la viudez (Dimond et. al, 1987); aunque otros han relativizado el papel que desempeña, en concreto ante la pérdida de un ser querido, la jubilación y los problemas de salud

(Minkler, 1985). Ello puede atribuirse más bien a los problemas que conlleva el estudio de los efectos indirectos, que radica principalmente en la confusión a nivel teórico y metodológico entre los eventos estresantes y las fuentes de apoyo (Thoits, 1982), y más especialmente en la ancianidad debido a que los acontecimientos estresantes en esta etapa normalmente coinciden con pérdidas de miembros de la red de apoyo.

Cutrona y otros (1986) analizaron los acontecimientos vitales negativos y la percepción de Apoyo como determinantes de la salud física y mental. Aunque ambas medidas dependientes correlacionaban entre sí, aparecían diferentes mecanismos causales para cada uno de los resultados: los niveles de Apoyo estaban directamente relacionados con los cambios en la salud física; mientras que la salud mental estaba determinada por un efecto interactivo de apoyo-estrés.

Krause (1986) estudió el posible efecto de amortiguación del Apoyo Social sobre varios tipos de acontecimientos estresantes. La literatura a este respecto no ha encontrado datos concluyentes que avalen dicho efecto de amortiguación, sin embargo en el estudio mencionado se encontró que varios tipos de apoyo podían tener un efecto de amortiguación de varios tipos específicos de estresores, aparte de la viudez, sobre los síntomas depresivos. Un resultado bastante llamativo es el gran impacto que tiene este estresor cuando los ancianos otorgaban un gran número de comportamientos de apoyo a otros. En otro estudio Krause (1987) tuvo en cuenta la satisfacción con el Apoyo recibido en vez de los comportamientos de apoyo. Esta variable resultó un alto predictor de la autoevaluación de la salud que hacían los ancianos, independientemente de la cantidad de apoyo recibido. En un estudio posterior (Krause, 1990) se tuvo en cuenta un estresor subjetivo (la percepción de problemas de salud) para ver si su impacto sobre la satisfacción podía estar influido por un tipo específico de apoyo, concretamente la información

relacionada con la enfermedad. Para el análisis se utilizó únicamente el modelo supresor (el efecto del estrés sobre el bienestar es contrarrestado o reducido por los efectos indirectos que operan a través del Apoyo Social). Como señala el autor existe una gran dificultad a la hora de diferenciar el sentido de la relación causal entre los problemas de salud percibida y el bienestar, pero los resultados señalan una tendencia a buscar apoyo en fuentes formales cuando la percepción de problemas de salud es alta, existiendo una gran probabilidad de volver a las fuentes informales para obtener apoyo instrumental cuando la enfermedad remite.

**Cuadro 8. Dimensiones del Apoyo Social relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez: efectos directos.**

Autor/es	Resultados
- CONNER Y COLS. (1979)	No hay asociación entre dimensiones objetivas del Apoyo Social (A.S.) y bienestar.
- HOUSE Y COLS. (1982)	Asociación inversa entre A.S. y mortalidad.
- BLAZER (1982)	Asociación inversa entre A.S. y mortalidad.
- GALLO (1982)	Relación entre dimensiones subjetivas del A.S. y salud.
- WARD Y COLS. (1984)	Asociación entre las características funcionales-subjetivas del A.S. y satisfacción vital.
- LEVITT ET AL. (1985)	Asociación entre el tamaño de la red social y la moral.
- COHEN Y COLS. (1985a)	Asociación entre Indicadores objetivos y salud física.
- COHEN Y COLS. (1986a)	Relación entre Indicadores objetivos y salud mental.
- KRAUSE (1987)	Asociación entre satisfacción con el apoyo tangible y emocional y bienestar.
- MEDDIN y VAUX (1988)	La autopercepción de la salud y el apoyo percibido correlacionan con diferentes medidas de bienestar.
- CHAPPELL Y BADGER (1989)	No hay relación entre medidas cuantitativas del Apoyo Social y bienestar. Sí con tener un confidente
- GRAY y CALSYN (1989)	El número de contactos y participación en actividades sociales correlaciona con la satisfacción vital para los menores de 75 años, pero no para los más viejos.
- CALSYN y ROADES (1991)	Número de contactos sociales y presencia de un confidente explican gran parte de la varianza sobre la moral, independientemente de la edad.
- BOWLING y BROWNE (1991)	El tamaño de la red, número de familiares, confidentes e hijos correlacionan con la satisfacción vital.
- SUGISAWA Y OTROS (1994)	Asociación inversa entre participación social y riesgo de mortandad y entre salud autopercebida y riesgo de mortandad.

**Cuadro 9. Dimensiones del Apoyo Social relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez: efectos indirectos.**

Autor/es	Resultados
- LOWENTHAL Y HAVEN (1968)	Tener un confidente permite un mejor ajuste durante la viudedad y el retiro.
- FULLER y LARSON (1980)	No se dan efectos interactivos estrés- apoyo. V.D.: salud física y satisfacción.
- COHEN y COLS. (1986a)	No encuentran efectos interactivos estrés-apoyo.
- CUTRONA Y COLS. (1986)	Efecto de amortiguación cuando la V.D. es la salud mental.
- KRAUSE (1986)	Efecto de amortiguación de tipos específicos de apoyo sobre tipos específicos de estresores.
- KRAUSE (1987)	Efecto de amortiguación del apoyo emocional.
- DIMOND Y COLS. (1987)	Efecto de amortiguación de aspectos cualitativos sobre la viudedad en hombres.
- GRAY y CALSYN (1989)	No encuentran el efecto de amortiguación.
- KRAUSE (1990)	El apoyo formal (apoyo instrumental relacionado con la enfermedad) amortigua los efectos de los problemas de salud percibidos sobre la satisfacción vital.
- OKUN ET AL. (1990)	Encuentran el efecto amortiguador. Los estresores eran eventos negativos de la vida diaria.
- REVICKI Y MITCHELL(1990)	Encuentran el efecto moderador del apoyo socioemocional.
- KRAUSE (1991)	La falta de relaciones próximas aumenta el riesgo de depresión.
- CALSYN y ROADES (1991)	No encuentran el efecto amortiguador.
- STEINBACH (1992)	La participación social está inversamente relacionada con el riesgo de mortandad y de institucionalización.
- SUGISAWA ET AL. (1994)	La participación social y los contactos sociales influyen sobre el riesgo de mortandad a través de la salud física y los comportamientos de salud.
- ROBERTS ET AL. (1994)	No se da efecto interactivo entre A.S. (frecuencia de contacto y tamaño de la red) y estrés sobre la salud mental.

## 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha expuesto anteriormente el Apoyo Social surge como t3pico dentro del movimiento de la Salud Mental Comunitaria, principalmente como recurso para contrarrestar situaciones adversas en las que se ven inmersos los individuos (Cassel, 1974; Cobb, 1976), aunque se extiende no s3lo como factor de protecci3n, sino tambi3n como factor de promoci3n de la salud y el bienestar, reconoci3ndose as3 sus aspectos positivos (Caplan, 1974; Weiss, 1974; Caplan y Killilea, 1976).

El desarrollo de este t3pico ha sido considerable en las 3ltimas d3cadas, con aportaciones interesantes de cara a esclarecer determinados aspectos, tales como el papel que juegan las variables individuales en el acceso a los recursos de apoyo, las caracter3sticas de los ambientes que facilitan una mejor transacci3n de apoyo, etc. No obstante a3n siguen siendo muchos los temas sobre los que existe alguna controversia, entre los cuales pueden citarse el de su conceptualizaci3n, evaluaci3n y mecanismos de actuaci3n; ello no ha impedido sin embargo que se hayan establecido relaciones positivas entre el apoyo social con que cuentan los individuos y su bienestar de una manera general.

En el estudio de poblaciones concretas, como la ancianidad, este marco te3rico ha cobrado un gran impulso. Prueba de ello son los datos recogidos en la base de datos PSYCLIT-APA, en el periodo de 1987 a 1993, con 110 art3culos de revistas con los referentes Apoyo Social y Ancianidad.

Pero esta investigaci3n tampoco ha quedado exenta de inconsistencias en los resultados obtenidos, atribuibles a nuestro entender en algunas ocasiones a una escasa clarificaci3n conceptual del apoyo social. De hecho, el gran auge en el estudio de los recursos de apoyo social en la ancianidad que ha tenido lugar durante los a3os setenta y ochenta ha estado caracterizado

por un falta de sistematización sobre este constructo (Minkler, 1985).

Está plenamente reconocido que el apoyo social adquiere en esta etapa de la vida una relevancia decisiva, de modo que se convierte en un determinante de primer orden de la satisfacción con la vida (Ward y cols., 1984; Gallo, 1982; Larson, 1978; Lowenthal y Robinson, 1976); al mismo tiempo que se ha encontrado una relación inversa entre participación social y contactos sociales y riesgo de mortandad (Schoenbach et al., 1986; Sugisawa et al., 1994).

De la revisión efectuada sobre la literatura hemos encontrado algunos resultados contradictorios; en algunos casos se trata de aseveraciones realizadas sin la suficiente comprobación empírica, en otros casos se trata de hallazgos que ponen en tela de juicio otros hallazgos anteriores que se habían asumido ya como válidos.

Entre los problemas detectados en la literatura se encontraría la posibilidad de que con el transcurso del tiempo las redes proveedoras de apoyo fueran reduciéndose, sobre todo a partir de los setenta años (Kahn, 1979) como consecuencia de los procesos de deterioro biológico, las pérdidas de familiares y amigos y el decenso de la actividad relacionada con el trabajo. Sin embargo, esto no parece ser del todo cierto por lo que respecta a las últimas investigaciones dirigidas a establecer posibles diferencias en relación a distintas dimensiones del apoyo social en función de la edad (por ejemplo, Lehr, 1987; Field y Minkler, 1988; Antonucci y Akiyama, 1987).

Otros resultados dispares se encuentran al intentar establecer diferencias en los distintos componentes del apoyo social (tamaño de la red, tipo de apoyo recibido, fuente de apoyo, etc.) en función del sexo. La literatura al respecto señala la posibilidad de que el género condicione tanto el tipo de apoyo como la fuente de la que se obtiene (Penning y Strain, 1994),

sin embargo hay otros que señalan que ello sólo condicionaría la fuente de de apoyo (Chapell y Blandford, 1991; McAurling y Arling, 1984), mientras otros hablan de diferencias existentes en el tamaño de la red (Levitt et al., 1985), estableciéndose así diferencias en la estructura de los recursos de apoyo en función del sexo.

Un tema que ha protagonizando en la literatura gerontológica una gran atención desde siempre ha sido el tipo de domicilio; prueba de ello es la creación en 1983 del *Journal of Housing for the Elderly*. Desde la perspectiva del apoyo social está cobrando cada vez un mayor interés el contexto social en el que se da el apoyo (Heller et al., 1990), dentro del que podría conceptualizarse esta variable -tipo de domicilio-, de cara a establecer diferencias en la accesibilidad a los recursos naturales de apoyo en función de la misma. Pero por ahora casi se ha estudiado exclusivamente cómo la reducción de la participación social influiría en el riesgo de institucionalización (Steinbach, 1992), sin atenderse a diferencias en las distintas dimensiones y componentes del apoyo de los ancianos en función de distintos domicilios.

Otro problema al que se alude en la literatura, tal y como se ha comentado, se centraría en determinar las dimensiones del apoyo que se asocian de una manera más fuerte con la salud y el bienestar de los ancianos: si se trataría de dimensiones objetivas o por el contrario de las subjetivas o funcionales del apoyo. Se ha visto que diversos autores se decantan por los aspectos subjetivos del apoyo como los más importantes, como por ejemplo la disponibilidad de un confidente (Lowenthal y Haven, 1968; Levitt et al., 1987), o la integración social en forma de participación social (Larson, 1978), no encontrando relación con los aspectos más objetivos del apoyo, como la frecuencia de contatos sociales (Conner et al., 1979; Chappell y Badger, 198). Sin embargo, no siempre los resultados obtenidos son tan claros: por ejemplo, Liang et al. (1980) encontraron que el sentimiento subjetivo de integración

social era una variable intermedia entre la integración objetiva y el estado de ánimo de los ancianos; sin embargo en estudios más recientes se señala que la integración subjetiva tendría poca asociación con el bienestar, y que sería la integración objetiva la que tendría un efecto más importantes sobre el bienestar (Pearlin y McCall, 1990).

Existe además una dificultad añadida, tal y como señala Thoits (1982), para estudiar los efectos de amortiguación del apoyo social sobre el estrés, dentro de los posibles efectos que tendría el apoyo social sobre la salud y el bienestar de los ancianos. Tal dificultad radica en separar los efectos de los acontecimientos vitales negativos (como la viudez, los traslados, la institucionalización, etc.) de los efectos de la pérdida de personas significativas en la red de apoyo. Ello ha llevado al cuestionamiento de los métodos tradicionales de estudio de este efecto y a lanzar el interrogante de si es posible establecer instrumentos de medida que distingan los efectos de la situación de crisis de los efectos correspondientes a la obtención de apoyo (Martínez, García y Mendoza, 1995); cuestión que se está salvando en parte dejándo de lado los llamados acontecimientos vitales negativos e incluyéndose medidas de lo que se ha venido en denominar acontecimientos o molestias diarias, y que se relacionarían más que los grandes acontecimientos negativos con la salud de los ancianos (Lieberman, 1983).

Pese a que en la literatura revisada queda claro el importante papel que juega el apoyo social en el bienestar y calidad de vida durante la vejez, queda ahora por determinar cómo se produce este efecto y bajo qué condiciones diferenciales. Con el objeto de esclarecer los aspectos problemáticos señalados formulamos los objetivos e hipótesis de investigación que a continuación se exponen.

## **1.5. FORMULACION DE OBJETIVOS E HIPOTESIS**

**OBJETIVO 1:** Evaluar el bienestar y la salud de los ancianos, diferenciando por grupos en función de su edad, sexo y domicilio, a través de medidas de satisfacción con la vida, estado de ánimo y salud percibida.

**OBJETIVO 2:** Analizar la estructura y características de los recursos de apoyo social de los ancianos, diferenciando por grupos en función de la edad, sexo y domicilio:

2.1. Describir el tamaño de la red de apoyo y analizar la disponibilidad de la misma en distintas categorías de apoyo.

2.2. Analizar la composición de la red y procedencia del apoyo.

2.3. Analizar la multiplicidad de los vínculos que la componen.

2.4. Describir las relaciones conflictivas con los miembros que componen la red de apoyo.

**OBJETIVO 3:** Describir el grado de necesidad de apoyo expresado por los ancianos.

**OBJETIVO 4.:** Analizar la utilización que hacen los ancianos de sus recursos de apoyo:

4.1. Describir el grado de utilización que hacen los ancianos de sus recursos de apoyo, diferenciando por grupos en función de la edad, sexo y domicilio.

4.2. Analizar la utilización que hacen los ancianos de sus recursos de apoyo en función del grado de necesidad de apoyo que manifiestan.

OBJETIVO 5: Describir el grado de satisfacción que experimentan los ancianos con sus recursos de apoyo.

Asimismo hemos planteado las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS 1: La satisfacción con la vida, el estado de ánimo y la salud percibida covarán mediante un tipo de relación positiva.

HIPOTESIS 2: La disponibilidad de recursos de apoyo mantendrá una relación positiva con el bienestar y la salud de los ancianos mayor que la utilización de dichos recursos.

HIPOTESIS 3: La participación social mantendrá una relación positiva con el bienestar y la salud de los ancianos mayor que las restantes categorías de apoyo, tanto en el aspecto de disponibilidad de recursos como de utilización de los mismos.

HIPOTESIS 4: La utilización de recursos de apoyo por parte de los ancianos se relacionará con el bienestar y la salud cuanto mayor sea el grado de necesidad de apoyo expresado.

HIPOTESIS 5: La satisfacción con los recursos de apoyo se relacionará con el bienestar y la salud de los ancianos en mayor medida que la disponibilidad de recursos.

## 2. MATERIAL Y METODO

### 2.1. MUESTRA

Para realizar la presente investigación se eligió una muestra de 101 sujetos, de los cuales 50 eran hombres y 51 mujeres. En función de la edad se tomaron en cuenta los siguientes intervalos o rangos: de 65 a 69, de 70 a 74, de 75 a 79, de 80 a 84 y de 85 en adelante.

Los porcentajes de sujetos correspondientes a cada intervalo de edad se aproximan a los reflejados en el Censo de población del Instituto de Estadística Andaluz (1991) para la población andaluza.

**Tabla 1. Distribución de la población de más de 60 años**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(60-64)	14	15	29
(65-69)	11	14	25
(70-74)	7	11	18
(75-79)	5	9	14
(80-84)	3	6	9
( >84)	1	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

La distribución que adopta nuestra muestra en función de las variables edad y sexo se presenta en la **Tabla 2**. La media de edad del total de la muestra es 74.22 años (con un rango de 65-92) y se constata una desviación típica de 6.67 años.

**Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad y el sexo**

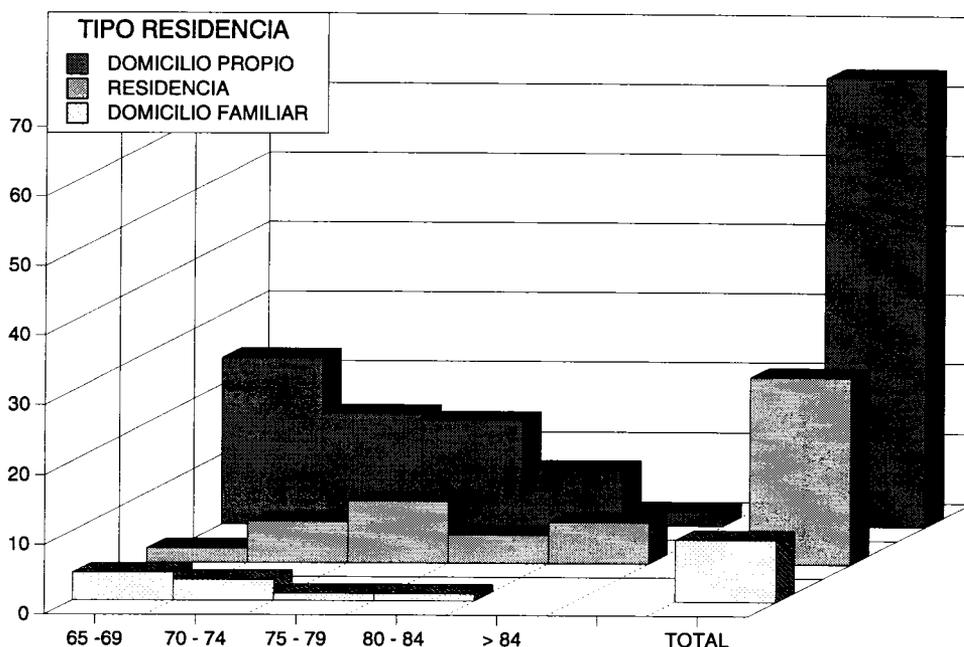
EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
(65-69)	14	13.9%	16	15.8%	30	29.7%
(70-74)	12	11.9%	13	12.9%	25	24.8%
(75-79)	13	12.9%	12	11.9%	25	24.8%
(80-84)	8	7.9%	5	5.0%	13	12.9%
(85 - )	3	3.0%	5	5.0%	8	7.9%
Total	50	49.5%	51	50.5%	101	100.0%

Se utilizó como variable de cruce el tipo de domicilio, dividiéndose en tres categorías: residencia, domicilio propio y domicilio de algún familiar. Los porcentajes de sujetos correspondientes a cada una de estas categorías, y puesto que no se disponía de datos oficiales sobre la distribución de la población en función de esta variable, se basaron en las posibilidades de encuestar a dichos sujetos. La muestra final adopta la siguiente distribución según el tipo de domicilio y edad:

**Tabla 3. Distribución de la muestra según edad y tipo de domicilio**

EDAD	RESIDENCIA		DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO FAMILIAR	
(65-69)	02	02.0%	24	23.8%	04	04.0%
(70-74)	06	05.9%	16	15.8%	03	03.0%
(75-79)	09	08.9%	15	14.9%	01	01.0%
(80-84)	04	04.0%	08	07.9%	01	01.0%
(85 - )	06	05.9%	02	02.0%	--	--
TOTAL	27	26.7%	65	64.4%	09	8.9%

**Gráfico 15. Distribución de la muestra según edad y tipo de domicilio**

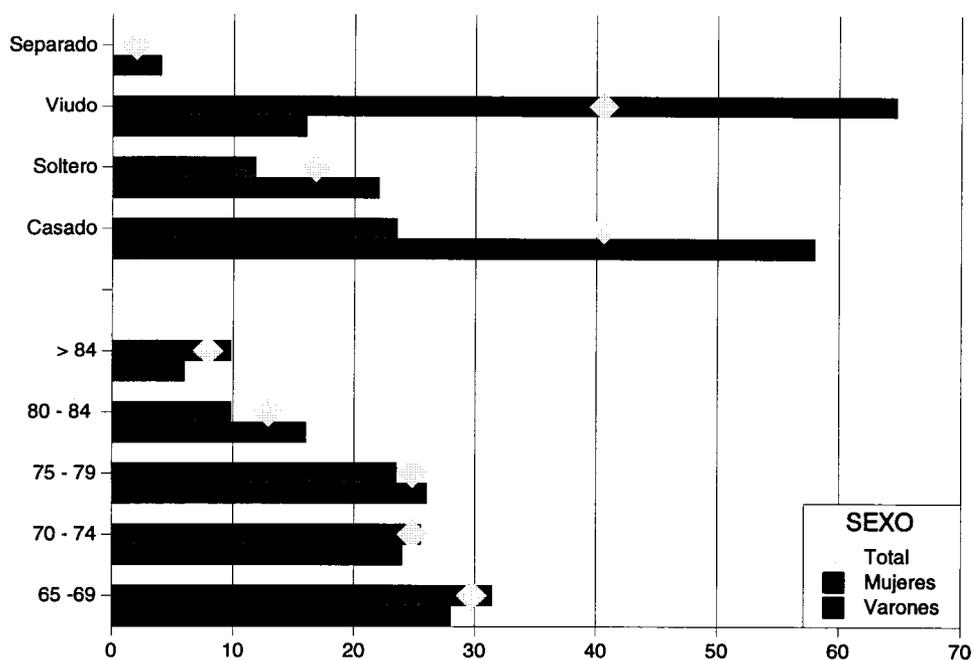


Otras variables sociodemográficas que no se aleatorizaron, distribuyeron la muestra como se observa en las Tablas 4 y 5.

**Tabla 4. Distribución de la muestra en función del sexo y estado civil**

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casado	29	58.0%	12	23.5%	41	40.6%
Soltero	11	22.0%	06	11.8%	17	16.8%
Viudo	08	16.0%	33	64.7%	41	40.6%
Separado	02	04.0%	----	-----	02	02.0%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>49.5%</b>	<b>51</b>	<b>50.5%</b>	<b>101</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico 16. Distribución de la muestra en función del sexo y estado civil**



**Tabla 5. Distribución de la muestra según edad y nivel de estudios**

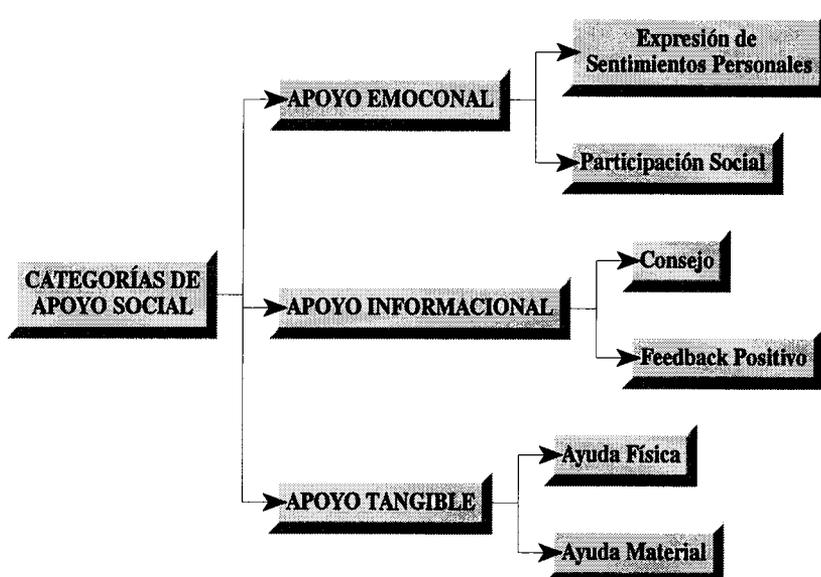
EDAD	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	BACHILLER	MEDIO	SUPERIOR
(65-69)	13	12	04		
(70-74)	13	08	01		
(75-79)	09	11		03	01
(80-84)	06	06	01		
(85 - )	05	02			
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>39</b>	<b>06</b>	<b>03</b>	<b>01</b>

## 2.2. INSTRUMENTOS

Se utilizó una batería de instrumentos compuesta por medidas de Apoyo Social y de Bienestar Subjetivo y Autopercepción de Salud. Además se incluyó una hoja de datos sociodemográficos, donde se recogieron entre otras las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, trabajo realizado, nivel educativo y lugar de residencia.

Como medida del Apoyo Social se utilizó la Entrevista Estructurada de Apoyo Social (ASSIS) (Barrera, 1980; Barrera et al., 1981, 1985). La elección de este instrumento para medir el Apoyo Social se justifica porque está ampliamente contrastado en numerosos estudios y sus características psicométricas son aceptables (Barrera y Balls, 1983; Barrera, Sandler y Ramsay, 1981; Barrera, Baca, Christiansen y Stohl, 1985; Sandler y Barrera, 1984; Valdenegro y Barrera, 1983).

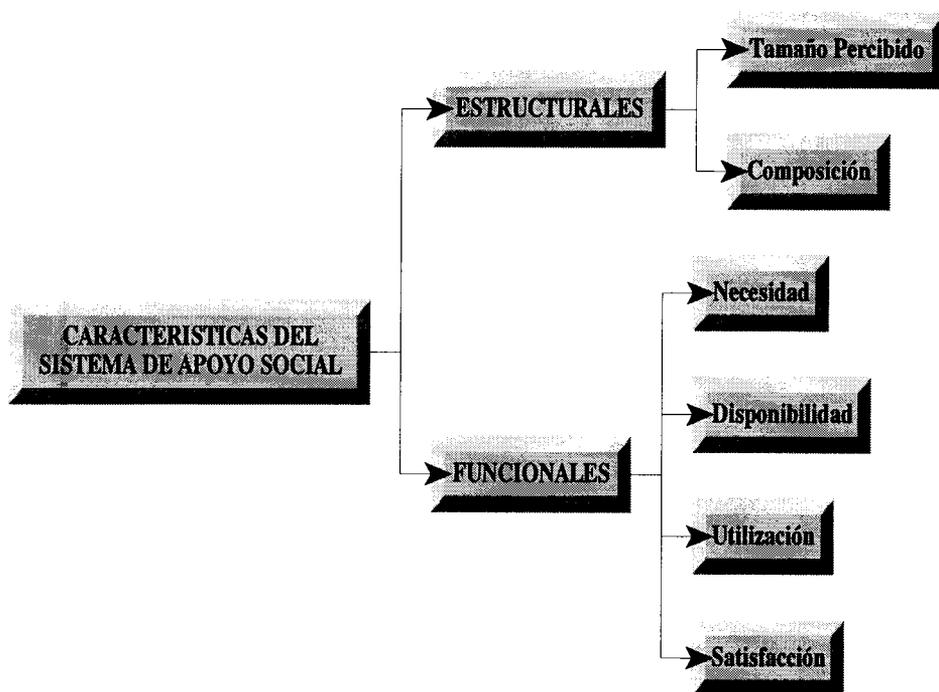
**Gráfico 17. Entrevista Estructurada de Apoyo Social I (Barrera, 1980,1981)**



La Entrevista Estructurada de Apoyo Social (ASSIS), disponible en

castellano, es adecuada para conocer los recursos de Apoyo Social con que cuenta un individuo dentro de la comunidad, y la evaluación que hace el individuo de los mismos. Este instrumento nos permite conocer cuatro índices en relación a seis categorías de apoyo: Sentimientos personales, Ayuda material, Consejo, Feedback positivo, Asistencia física y Participación social. Estos cuatro índices son:

**Gráfico 18. Entrevista Estructurada de Apoyo Social (Barrera, 1980, 1981)**



*Tamaño percibido de la red de apoyo:* número de personas que el sujeto percibe como disponibles para proveer apoyo por lo menos en una de las categorías mencionadas.

*Utilización de la red de apoyo:* número de miembros de la red que han provisto apoyo por lo menos en una de las categorías durante el mes anterior.

*Necesidad de apoyo*: permite obtener una puntuación que oscila entre 1 y 5 en cada una de las categorías de apoyo dependiendo del grado de necesidad que haya tenido el sujeto, de menos a más, durante el mes anterior.

*Satisfacción con el apoyo*: permite obtener una puntuación que va de 1 a 7 en cada una de las categorías de apoyo dependiendo del grado de satisfacción con los recursos de apoyo o con el apoyo recibido, de menos a más, durante el mes anterior.

Este instrumento permite además conocer la *composición* de las redes de apoyo y un índice de *multiplicidad* (número de funciones de apoyo que cumplen un mismo miembro de la red). También se pueden obtener dos índices que identifican los miembros de la red que al mismo tiempo proveen apoyo y son fuente de conflicto para el individuo. Estos índices son el *tamaño conflictivo de la red* y el *número de relaciones conflictivas* que ha tenido el individuo durante el último mes.

En relación a las características psicométricas la Entrevista Estructurada de Apoyo Social presenta una correlación test-retest del tamaño de la red de .88 para un período de dos días (Barrera, 1980), y sobre un intervalo de 1 mes de .70 (Valdenegro y Barrera, 1983).

Para medir el Bienestar Subjetivo se utilizó el Life Satisfaction Index (LSI) y el Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGA), que fueron complementados con una Escala de Autovaloración de Salud (EAS).

Puesto que los dos instrumentos de bienestar citados, el Life Satisfaction Index y el Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, no se encontraban disponibles en castellano, en el momento de llevar a cabo la investigación se procedió a su adaptación a la población anciana española.

Como han señalado algunos investigadores (Liang, 1984; Shmotkin, 1991) se hace necesario llevar a cabo una investigación más profunda sobre el bienestar subjetivo a través de ancianos de distintas culturas. Esta investigación se debe iniciar estableciendo la equivalencia conceptual y métrica de las medidas de bienestar subjetivo (Liang et al., 1992): la equivalencia conceptual significa que los items que contiene una escala tienen el mismo significado a través de distintas culturas y se consigue a través de procesos de traducción; la equivalencia métrica por su parte, requiere que las estimaciones de fiabilidad y validez sean comparables para distintas versiones (idiomas) de la escala a través de culturas (Hui y Triandis, 1983).

El proceso de adaptación que hemos llevado a cabo sobre estas escalas en la población anciana española ha seguido los procesos indicados (equivalencia conceptual y equivalencia métrica), en orden a establecer sus propiedades psicométricas.

En Índice de Satisfacción Vital (Life Satisfaction Index) (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961) es el resultado del esfuerzo por medir la satisfacción con la vida de una forma "relativamente independiente del nivel de actividad o participación social". Este instrumento ha tenido que ser adaptado a la población anciana española, mediante su traducción y estimaciones de fiabilidad. La escala resultante permite evaluar la satisfacción global del sujeto, obteniendo una puntuación desde 0 a 19, de tal manera que aquellos que obtienen mayor puntuación presentan un mayor grado de satisfacción con la vida. La fiabilidad del instrumento utilizado, mediante la prueba alpha de Cronbach, es de .71.

En un estudio realizado por Stock et al. (1994) para validar esta misma escala en la población anciana española se obtuvo un índice de consistencia interna de .74. El índice obtenido para población norteamericana, en muestra de habla inglesa, es de .75 (Kozma et al., 1991).

La Escala de "moral" (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) (Lawton, 1972) en su versión original ha sido sometida a numerosas revisiones. Al igual que con el Índice de Satisfacción Vital, se procedió a su adaptación a la población anciana española mediante su traducción al castellano y realización de estimaciones de fiabilidad. La escala utilizada consta de 16 items, que aporta una puntuación global, teniendo en cuenta el afecto positivo y negativo, obteniéndose una puntuación posible de 0 a 16.

Al igual que ha ocurrido en algunas revisiones a las que ha sido sometida la escala, en el proceso de adaptación que llevamos a cabo se suprimieron algunos de los items que contenía la escala original, por considerarse que hacían referencia explícitamente a la participación en actividades sociales.

La fiabilidad de la escala resultante es de alpha de Cronbach .78, superior al índice de .50 obtenido por Stock et al. (1994) para una muestra de ancianos de habla castellana. Los índices obtenidos en muestras de habla inglesa informados en la literatura oscilan entre .83 (Okun y Stock, 1987) y .77 (Kozma et al., 1991).

La Escala de Autovaloración de Salud (EAS) permite que los sujetos evalúen su salud, en una escala de un solo ítem formada por cuatro puntos: (1) excelente, (2) buena (3) normal o (4) pobre. La utilidad de usar esta escala de un único ítem para evaluar la salud ha sido informada en numerosos estudios (por ej., Ferraro, 1980; Krause, 1987; Chappell y Badger, 1989; Calsyn y Rodes, 1991; Sugisawa y otros, 1994).

Las correlaciones entre estas tres escalas, puesto que constituye uno de los objetivos de nuestra investigación, se presentan en el apartado de resultados.

### **2.3. PROCEDIMIENTO**

El reclutamiento de los sujetos tuvo lugar en los siguientes centros dependientes de la Gerencia Provincial de Servicios Sociales: Residencia Asistida de Montequinto, Residencia de Válidos de Heliópolis, Hogar Gran Plaza, Hogar Heliópolis, Hogar Macarena, Hogar de Pensionistas de Ecija y Hogar de Pensionistas de Alcalá de Guadaira.

Algunos de estos centros presentan la peculiaridad de encontrarse en el mismo lugar una residencia y un Hogar de Tercera Edad; esto aportó cierta facilidad para el reclutamiento de los sujetos. Por otra parte, no se hizo distinción entre residencias de válidos o residencias asistidas.

El procedimiento consistió en lo siguiente. En primer lugar se ponía en conocimiento del director del centro que se estaba llevando a cabo una investigación y el propósito de la misma. Posteriormente, éste era el encargado de comunicarlo a los residentes o a los asistentes a los Hogares en algunos casos, o bien era el propio equipo que realizaba las entrevistas quienes informaban sobre ello.

La participación de los sujetos era totalmente voluntaria. Se les explicaba en qué consistía la investigación y se les animaba a participar en la misma contestando a las preguntas pertinentes. Las entrevistas eran individuales y tenían una duración aproximada de 50 minutos. Dichas entrevistas no requerían para su aplicación ninguna condición especial por parte del entrevistado, siendo el grado de comprensión de las preguntas adecuado para sujetos con bajo nivel de estudios. La anotación de las respuestas se hacía en una hoja codificada e individual para cada sujeto. En todos los casos se les garantizaba a los sujetos el anonimato.

La administración de los cuestionarios estuvo caracterizada por ciertas dificultades que presenta la obtención de respuestas en la población anciana:

en muchas ocasiones los ancianos desconfiaban de la posible utilización de sus respuestas, sobre todo en relación a un empeoramiento de su situación económica. En otros casos la administración de los cuestionarios requería un ritmo específico dadas las características personales de los sujetos, que exigía un descanso, prolongándose así en ocasiones la entrevista durante una hora y media.

No obstante, el grado de cooperación de los sujetos, a nivel general, fue bastante alto, convirtiéndose la entrevista en algunas ocasiones en motivo patente de disfrute por parte de los ancianos, quienes aprovechaban la situación para establecer un momento de charla con el entrevistador.

El nivel de mortandad de los sujetos durante la entrevista no fue muy alto, y en casi todas las ocasiones se debió a un estado mental deficitario de los ancianos, lo que impedía la finalización de la entrevista. En estos casos el sujeto a entrevistar era reemplazado por otro que tuviese la misma edad y sexo.

### **3. RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación. Este apartado se ha dividido en tres grandes bloques: en el primero de ello se exponen los resultados relativos al bienestar de los ancianos, en el segundo se expondrán aquellos otros relacionados con los recursos de apoyo social y en el tercero aparecen los resultados que relacionan distintas dimensiones del apoyo social con las medidas de bienestar.

#### **3.1. RESULTADOS DE BIENESTAR.**

Los resultados de bienestar corresponden a las puntuaciones medias que obtuvieron los sujetos de la muestra en tres instrumentos de medición relativos a las dimensiones implicadas en el bienestar: el Índice de Satisfacción Vital (LSI), la Escala del Philadelphia Geriatric Center (PGA) y una Escala de Autovaloración de Salud (EAS), ya especificados en el apartado dedicado a instrumentos. Con ellos se ha pretendido cubrir distintas dimensiones contenidas en el constructo "*bienestar subjetivo*".

Los resultados relativos a cada uno de los instrumentos se refieren a la muestra dividida en grupos en función de las variables edad, sexo y domicilio. Se exponen igualmente los resultados de los contrastes realizados para determinar posibles diferencias entre grupos atendiendo a estas variables.

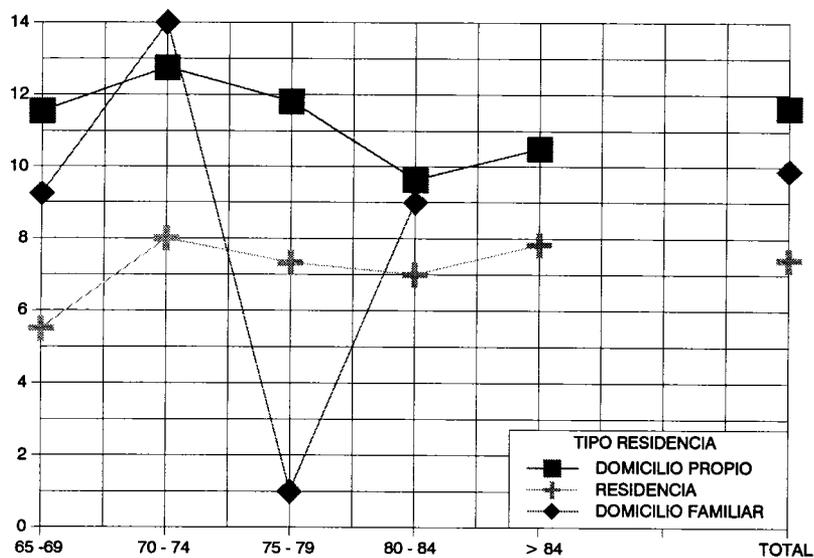
En el último subapartado se exponen las relaciones encontradas entre las distintas medidas de bienestar, así como el grado de significación.

3.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL INDICE DE SATISFACCIÓN VITAL (LSI).

Tabla 6. Puntuaciones medias en el LSI según edad y domicilio

EDAD	RESIDENCIA	DOMICILIO PROPIO	DOMICILIO FAMILIAR
(65-69)	05.50	11.54	09.25
(70-74)	08.00	12.75	14.00
(75-79)	07.33	11.80	01.00
(80-84)	07.00	09.63	09.00
(85- )	07.83	10.50	-----
TOTAL	7.41	11.63	9.89

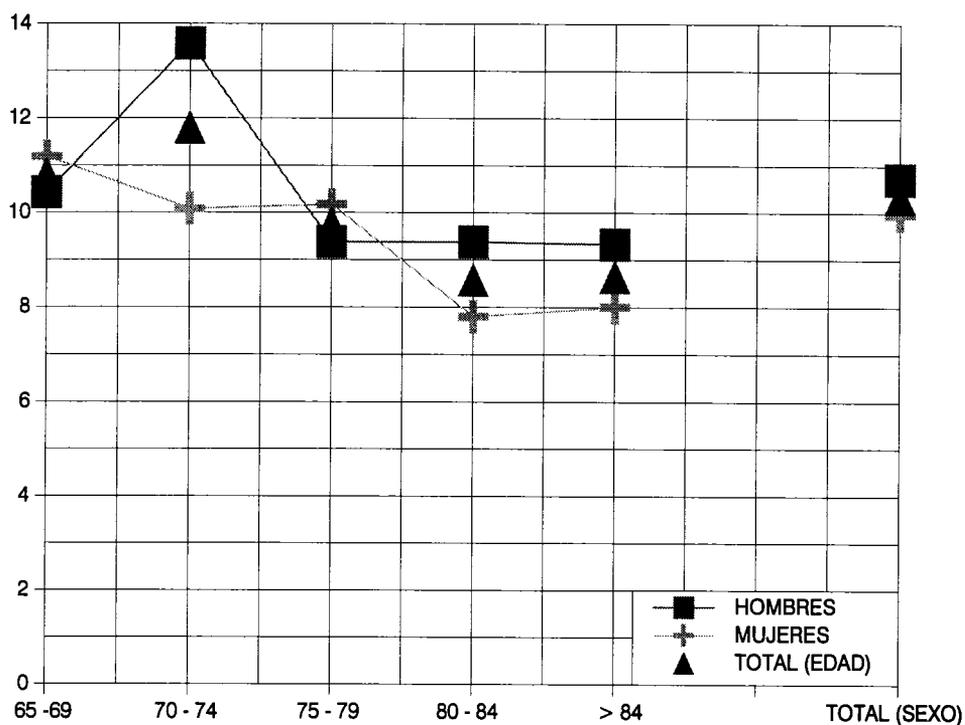
Gráfico 19. Puntuaciones medias en el LSI según edad y domicilio



**Tabla 7. Puntuaciones medias en el LSI según edad y sexo**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(65-69)	10.43	11.19	10.81
(70-74)	13.58	10.08	11.81
(75-79)	09.38	10.17	09.77
(80-84)	09.38	07.80	08.58
(85- )	09.33	08.00	08.65
TOTAL	10.72	09.97	10.34

**Gráfico 20. Puntuaciones medias en el LSI según edad y sexo**



**Tabla 8. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación del LSI**

TIPO DE HÁBITAT		F= 16.76. Significación .001
EDAD	65-74, 75-84, >85	F= 04.16. Significación .01
	65-69, 70-74, 75-79, 80-84, >85	F= 02.46. Significación .05
	Cotiuuo	R= -.239. Significación .01
SEXO		F= 0. 818. No significativo.

**3.1.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DE LA ESCALA DE PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER (PGA).**

**Tabla 9. Puntuaciones medias obtenidas en la PGA según edad y domicilio**

EDAD	RESIDENCIA	DOMICILIO PROPIO	DOMICILIO FAMILIAR
(65-69)	03.50	12.88	08.25
(70-74)	06.50	10.75	10.00
(75-79)	05.89	10.07	03.00
(80-84)	04.50	09.63	09.00
(85- )	06.00	09.50	-----
TOTAL	05.68	11.20	08.33

Gráfico 21. Puntuaciones medias obtenidas en la PGA según edad y domicilio

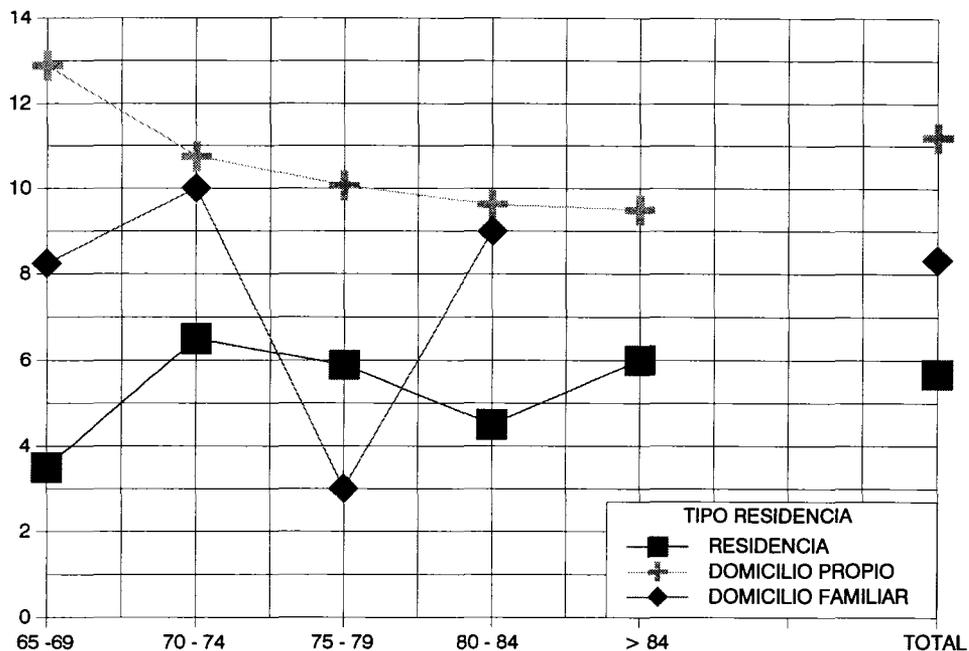


Tabla 10. Puntuaciones medias obtenidas en la PGA según edad y sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(65-69)	08.64	08.63	08.63
(70-74)	10.75	08.63	09.67
(75-79)	07.92	08.67	08.29
(80-84)	08.38	07.40	07.88
(85- )	09.33	05.40	07.34
<b>TOTAL</b>	<b>09.00</b>	<b>09.60</b>	<b>09.30</b>

Gráfico 22. Puntuaciones medias obtenidas en la PGA según edad y sexo

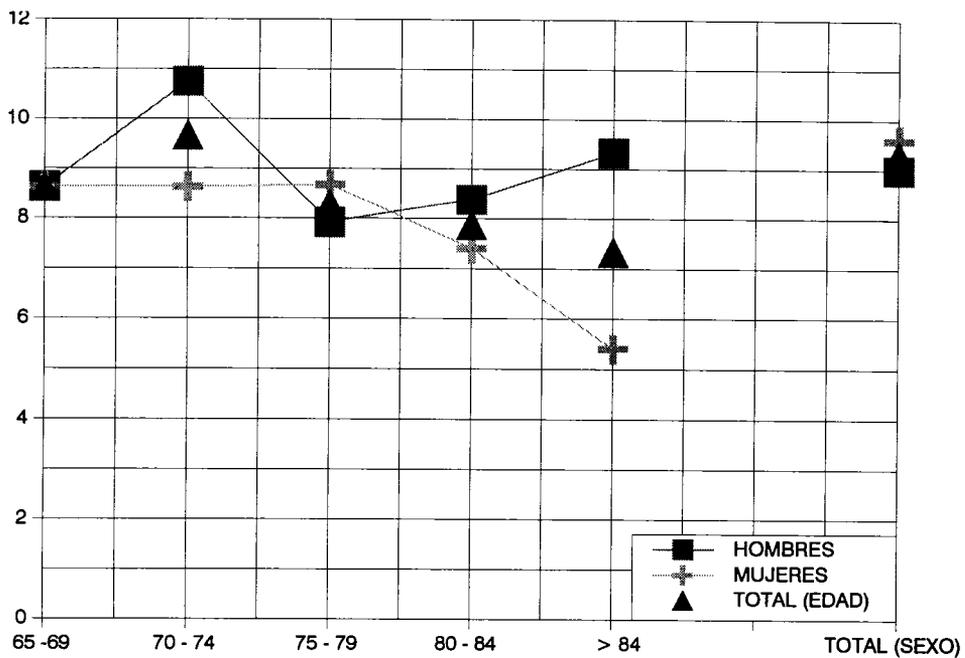


Tabla 11. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación del PGA

TIPO DE HABITAT		F = 15.41. Significación .0001.
EDAD	65-74, 75-84, > 85.	F = 1.24. No significativo.
	65-69, 70-74, 75-79, 80-84, > 85.	F = 0.78. No significativo.
	Continuo	R = -.126. No significativo
SEXO		F = 1.075. No significativo.

### 3.1.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD (EAS).

Los resultados obtenidos en la Escala de Autovaloración de la Salud (EAS) varían entre 1 que corresponde a salud excelente y 4 que corresponde a salud pobre.

Gráfico 23. Puntuaciones medias en la EAS según edad y domicilio

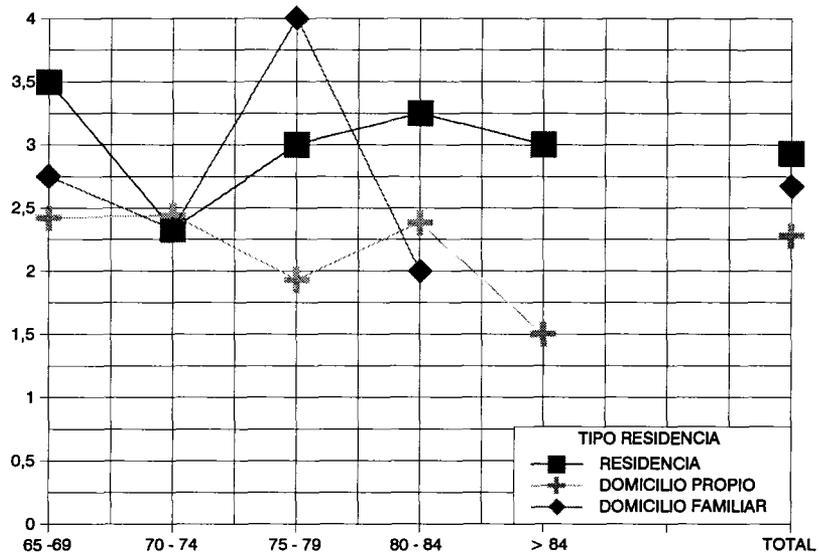


Tabla 12. Puntuaciones medias en la EAS según edad y domicilio

EDAD	RESIDENCIA	DOMICILIO PROPIO	DOMICILIO FAMILIAR
(65-69)	03.50	02.42	02.75
(70-74)	02.33	02.44	02.33
(75-79)	03.00	01.93	04.00
(80-84)	03.25	02.38	02.00
(85- )	03.00	01.50	-----
<b>TOTAL</b>	<b>02.93</b>	<b>02.28</b>	<b>02.67</b>

Tabla 13. Puntuaciones medias en la EAS según edad y sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(65-69)	02.43	02.50	02.46
(70-74)	02.67	02.54	02.45
(75-79)	02.54	02.67	02.60
(80-84)	02.50	02.20	02.34
(85- )	03.67	01.60	02.62
<b>TOTAL</b>	<b>02.62</b>	<b>02.44</b>	<b>02.52</b>

Gráfico 24. Puntuaciones medias en la EAS según edad y sexo

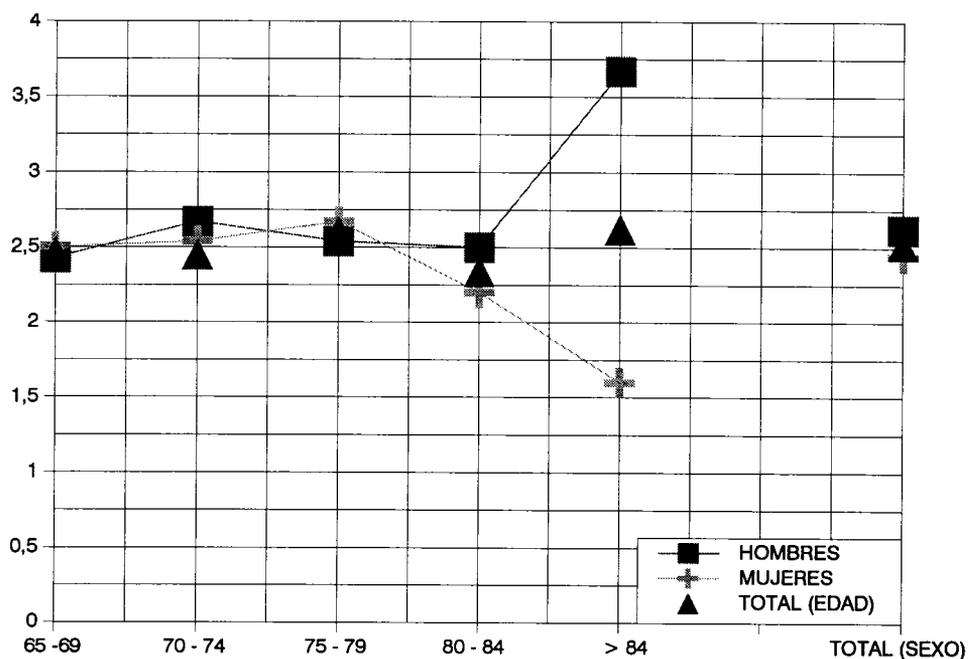


Tabla 14. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación de la EAS

TIPO DE HABITAT		F = 4.23. Significación .017.
EDAD	65-74, 75-84, > 85	F = 0.07. No significativo.
	Continuo	F = 0.735. No significativo
SEXO		CHI = 5.27. No significativo

### 3.1.4. RESULTADOS OBTENIDOS DEL ANALISIS DE LAS DIMENSIONES IMPLICADAS EN EL BIENESTAR.

Tabla 15. Correlaciones entre satisfacción vital, estado de ánimo y autovaloración de la salud

	SATISFACCION VITAL	ESTADO DE ANIMO
AUTOVALORACION SALUD	F = 5.50 p = .002	F = 9.75 p = .0001
SATISFACCION VITAL		R = 0.695 p = .001

### 3.2. RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE APOYO SOCIAL.

Los resultados referentes a los recursos naturales de apoyo social se han obtenido aplicando a los sujetos de la muestra la Entrevista Estructurada de Apoyo Social (ASSIS) (Barrera, 1980, 1981). Esta entrevista, analiza a través de cuatro índices -Tamaño percibido de la red, Utilización de la red, Necesidad de apoyo y Satisfacción con el Apoyo-, seis categorías o funciones de apoyo social -Sentimientos Personales, Ayuda Material, Consejo, Feedback Positivo, Ayuda Física y Participación Social-. También permite conocer detalladamente los datos relativos a la composición de la redes de apoyo y a la multiplicidad de los vínculos, así como el número de relaciones conflictivas y el número de conflictos.

#### 3.2.1. TAMAÑO PERCIBIDO DE LA RED Y DISPONIBILIDAD POR CATEGORIAS DE APOYO.

Tabla 16. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el sexo

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(65-69)	14.64	9.44	11.87
(70-74)	10.42	8.00	9.16
(75-79)	8.23	6.83	7.56
(80-84)	10.00	6.80	8.77
(85- )	9.67	5.00	6.75
TOTAL	10.92(*)	7.76(*)	9.33

(\*) F=5.50. Significación .05

Gráfico 25. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el sexo

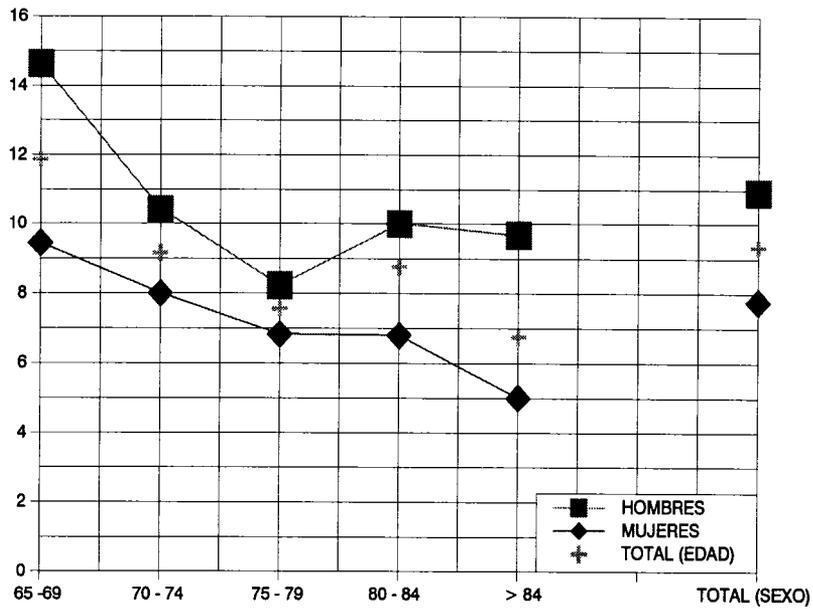
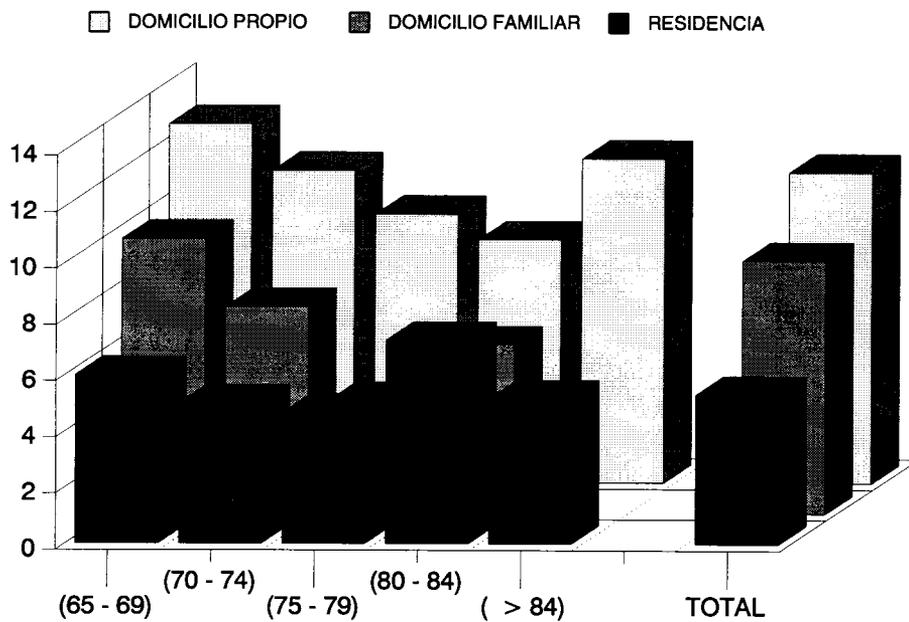


Gráfico 26. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el domicilio



**Tabla 17. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y domicilio**

EDAD	RESIDENCIA	DOMICILIO PROPIO	DOMICILIO FAMILIAR
(65-69)	6.00	12.71	9.75
(70-74)	5.00	11.06	7.33
(75-79)	4.67	9.53	4.00
(80-84)	7.25	8.63	6.00
(85- )	5.17	11.50	----
<b>TOTAL</b>	<b>5.33(*)</b>	<b>11.03(*)</b>	<b>9.00(*)</b>

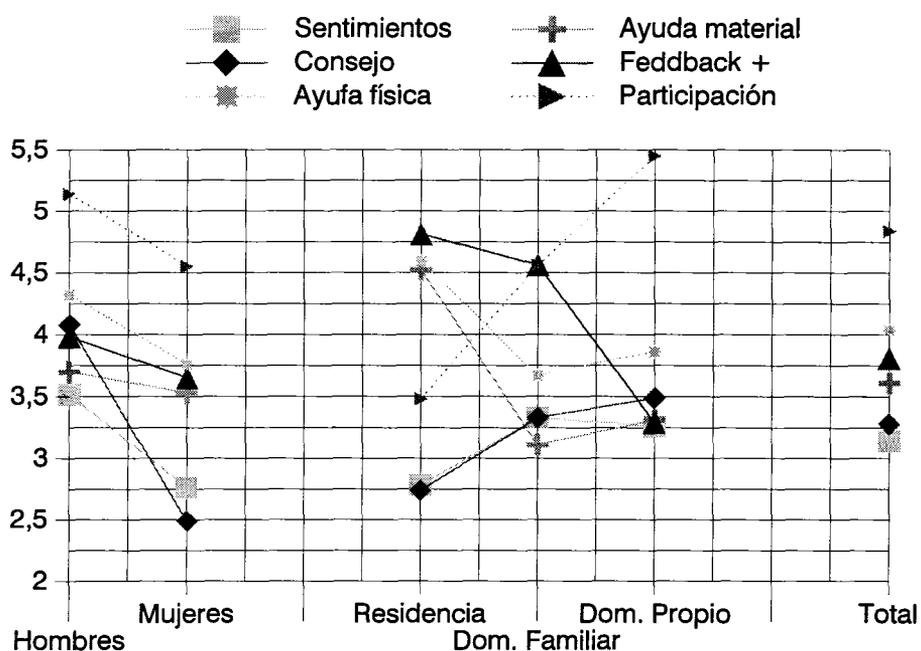
(\*) F= 7.32. Significación .001

**Tabla 18. Medias en cada categoría de apoyo en función del sexo, edad y domicilio**

	CATEGORIAS DE APOYO					
	Sentimientos Personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda Fisica	Participación Social
<b>SEXO</b>						
Hombre	3.52	3.70	4.08(*)	3.98	4.32	5.14
Mujer	2.76	3.53	2.49(*)	3.65	3.76	4.55
<b>EDAD</b>						
(65 - 69 )	3.83	3.40	4.13	3.87	3.73	5.67
(70 - 74)	3.32	5.56	3.12	5.72	6.00	5.76
(75 - 79)	2.68	2.80	3.00	2.72	3.04	3.72
(80 - 84)	2.38	2.15	2.46	1.69	2.54	4.15
(85 - )	2.63	3.25	2.75	4.50	4.63	3.50
<b>HABITAT</b>						
Residencia	2.78	4.52	2.74	4.81	4.59	3.48
D.. propio	3.26	3.31	3.49	3.29	3.86	5.45
D. familiar	3.33	3.11	3.33	4.56	3.67	4.56
<b>Total</b>	<b>3.14</b>	<b>3.61</b>	<b>3.28</b>	<b>3.81</b>	<b>4.04</b>	<b>4.84</b>

(\*) F= 4.37 p= .038

Gráfico 27. Medias de la Red para cada categoría de Apoyo

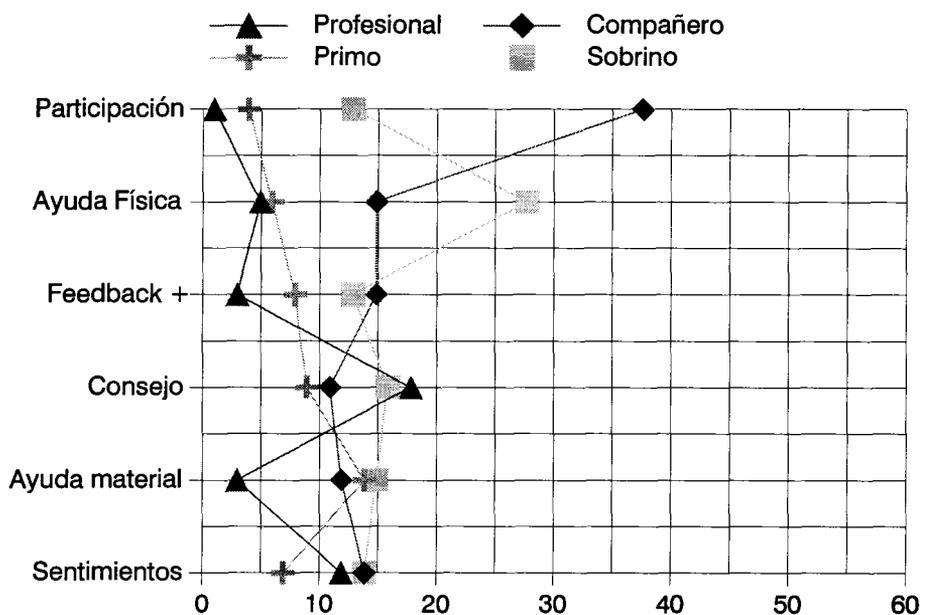
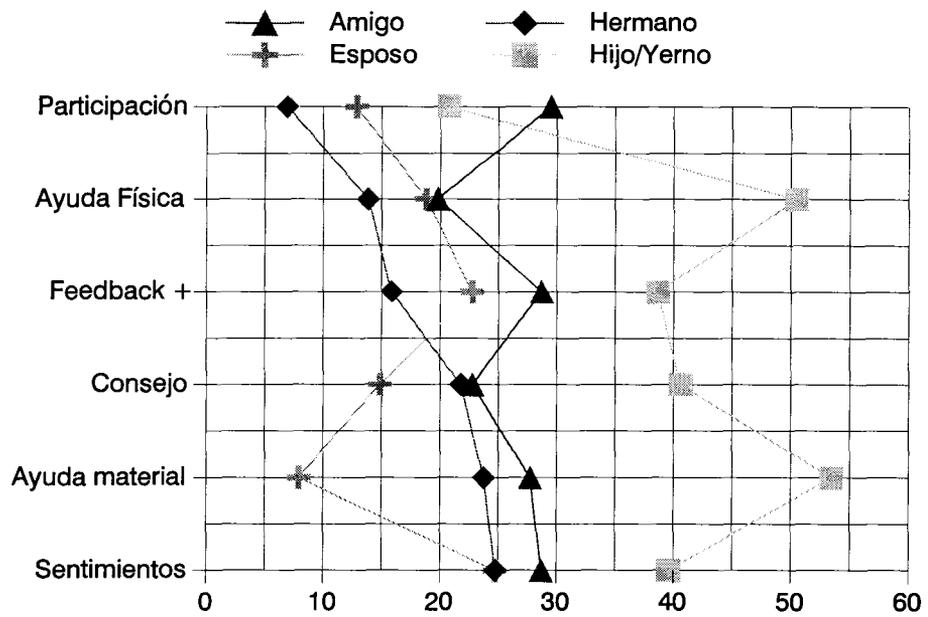


### 3.2.2. COMPOSICION DE LA RED Y PROCEDENCIA DEL APOYO.

Tabla 19. Porcentajes sobre la composición de la red en cada una de las categorías de apoyo para el total de la muestra

	Sentimiento s personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda Física	Participación Social
ESPOSO	24.75	07.92	14.85	22.77	18.81	12.87
HERMANO	24.75	23.76	21.78	15.84	13.86	06.93
HIJO/YERNO	39.60	53.47	40.59	38.61	50.50	20.79
SOBRINO	13.86	14.85	15.84	12.87	27.72	12.87
PRIMO	06.93	13.86	08.91	07.92	05.94	03.96
COMPAÑERO	13.86	11.88	10.89	14.85	14.85	37.62
AMIGO	28.71	27.74	22.77	28.71	19.80	29.50
PROFESIONAL	11.88	02.97	17.82	02.97	04.95	00.99

Gráfico 28. Porcentajes sobre la composición de la red en cada una de las categorías de apoyo



Si en la tabla anterior se presentaban los porcentajes de sujetos en toda la muestra que cuentan entre sus redes de apoyo con los tipos de vínculos referidos, en las siguientes (nº 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27), se exponen los porcentajes de sujetos que cuentan con los vínculos que figuran en las respectivas categorías de apoyo, esta vez por grupos, en función del tipo de residencia, la edad y el sexo. Se refieren los contrastes significativos en cuanto a la presencia de los vínculos para cada grupo.

Tabla 20. Porcentajes de la presencia de esposos en cada una de las categorías de apoyo

ESPOSOS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	01.98*	00.99	00.99	00.99	00.99	00.99
Dom. propio	20.69*	06.93	12.87	19.80	16.83	10.89
Dom. familiar	01.98*	----	00.99	01.98	00.99	00.99
<b>EDAD</b>						
(65-69)	07.92	01.98	06.93	10.89	08.91	07.92*
(70-74)	08.91	02.97	04.95	06.93	05.94	03.96*
(75-79)	04.95	01.98	01.98	02.97	01.98	-----*
(80-84)	01.98	----	----	00.99	00.99	-----*
(85- )	00.99	00.99	00.99	00.99	00.99	00.99*
<b>SEXO</b>						
Hombre	21.78***	06.93*	10.89*	16.83**	15.84**	08.91
Mujer	02.97***	00.99*	03.96*	05.94**	* 02.97**	03.96

Tabla 21. Porcentajes de la presencia de hermanos en cada una de las categorías de apoyo

HERMANOS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	03.96**	02.96*	03.96	02.97**	02.97	00.99
Dom. propio	14.85**	15.84*	13.86	07.92**	08.91	04.95
Dom. familiar	05.94**	04.95*	03.96	04.95**	01.98	00.99
<b>EDAD</b>						
(65-69)	13.86	11.88	10.89	07.92	07.92	04.95
(70-74)	03.96	04.95	02.97	02.97	01.98	00.99
(75-79)	04.95	04.95	04.95	03.96	02.97	-----
(80-84)	00.99	00.99	01.98	-----	-----	-----
(85- )	00.99	00.99	00.99	00.99	00.99	00.99
<b>SEXO</b>						
Hombre	13.86	14.85	13.86	10.89	07.92	00.99
Mujer	10.89	08.91	07.92	04.95	05.94	05.94

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

Tabla 22. Porcentajes de la presencia de hijos en cada una de las categorías de apoyo

HIJOS/ NUERAS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	07.92	10.89	09.90	08.91	06.93**	03.96
Dom. propio	28.71	39.60	26.73	25.74	39.60**	13.86
Dom. familiar	02.97	02.97	03.96	03.96	03.96**	02.97
<b>EDAD</b>						
(65-69)	11.88*	13.86	10.89	10.89	15.84	05.94
(70-74)	10.89*	14.85	11.88	09.90	13.86	05.94
(75-79)	08.91*	13.86	09.90	09.90	08.91	03.96
(80-84)	05.94*	08.91	04.95	04.95	07.92	02.97
(85- )	01.98*	01.98	02.97	02.97	03.96	01.98
<b>SEXO</b>						
Hombre	19.80	25.74	17.82	18.81	24.75	08.91
Mujer	19.80	27.72	22.77	19.80	25.74	11.88

Tabla 23. Porcentajes de la presencia de sobrinos en cada una de las categorías de apoyo

SOBRINOS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	06.93	07.92*	06.93	05.94	10.89	04.95
Dom. propio	06.93	05.94*	07.92	04.95	14.85	06.93
Dom. familiar	----	00.99*	00.99	01.98	01.98	00.99
<b>EDAD</b>						
(65-69)	00.99	----	----	01.98	00.99	01.98
(70-74)	01.98	02.97	03.96	02.97	07.92	04.95
(75-79)	06.93	05.94	06.93	03.96	08.91	01.98
(80-84)	01.98	02.97	02.97	00.99	03.96	00.99
(85- )	01.98	02.97	01.98	02.97	05.94	02.97
<b>SEXO</b>						
Hombre	04.95	05.94	05.94	04.95	13.86	05.94
Mujer	08.91	08.91	09.90	07.92	13.86	06.93

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

Tabla 24. Porcentajes de la presencia de otros parientes (básicamente primos) en cada una de las categorías de apoyo

PRIMOS/ OTROS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	01.98	01.98	00.99	02.97	00.99	00.99
Dom. propio	03.96	11.88	07.92	04.95	04.95	01.98
Dom. familiar	00.99	----	----	----	----	00.99
<b>EDAD</b>						
(65-69)	01.98	08.91*	03.96	03.96	04.95***	01.98
(70-74)	00.99	01.98*	00.99	00.99	-----***	00.99
(75-79)	02.97	01.98*	01.98	01.98	00.99***	00.99
(80-84)	00.99	00.99*	01.98	00.99	-----***	----
(85- )	----	----	----	----	-----***	----
<b>SEXO</b>						
Hombre	01.98	06.93	03.96	01.98	02.97	01.98
Mujer	04.95	06.93	04.95	05.94	02.97	01.98

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

Tabla 25. Porcentajes de la presencia de compañeros o vecinos en cada una de las categorías de apoyo

COMPAÑEROS/ VECINOS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	06.93	02.97	02.97	04.95	04.95	09.90
Dom. propio	06.93	07.92	06.93	08.91	08.91	22.77
Dom. familiar	----	00.99	00.99	00.99	00.99	04.95
<b>EDAD</b>						
(65-69)	03.96	03.96	01.98	03.96	04.95	09.90
(70-74)	04.95	03.96	04.95	03.96	02.97	10.89
(75-79)	02.97	01.98	02.97	03.96	04.95	07.92
(80-84)	00.99	00.99	----	02.97	01.98	06.93
(85- )	00.99	00.99	00.99	----	----	01.98
<b>SEXO</b>						
Hombre	04.95	03.96	04.95	05.94	03.96	18.81
Mujer	08.91	07.92	05.94	08.91	10.89	18.81

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

Tabla 26. Porcentajes de la presencia de amigos en cada una de las categorías de apoyo

AMIGOS	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	04.95	05.94	04.95	05.94	05.94	08.91**
Dom. propio	21.78	16.83	15.84	20.79	12.87	38.61**
Domiclio familiar	01.98	02.97	01.98	01.98	00.99	01.98**
<b>EDAD</b>						
(65-69)	07.92	07.92	05.94	06.93	05.94	16.83
(70-74)	09.90	08.91	04.95	08.91	03.96	10.89
(75-79)	06.93	05.94	08.91	08.91	07.92	13.86
(80-84)	01.98	00.99	00.99	01.98	00.99	05.94
(85- )	01.98	01.98	01.98	01.98	00.99	01.98
<b>SEXO</b>						
Hombre	14.85	15.84	15.84*	19.80*	13.86*	31.68**
Mujer	13.86	09.90	06.93*	08.91*	05.94*	17.82**

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

Tabla 27. Porcentajes de la presencia de profesionales en la red de apoyo por grupos

PROFESIONALES	Sentimientos personales	Ayuda Material	Consejo	Feedback Positivo	Ayuda física	Participación social
<b>DOMICILIO</b>						
Residencia	04.95	01.98	09.90	00.99	03.96	00.99
Dom. propio	05.94	00.99	06.93	01.98	00.99	-----
Dom. familiar	00.99	-----	00.99	-----	-----	-----
<b>EDAD</b>						
(65-69)	01.98	-----	03.96	00.99	00.99	-----
(70-74)	03.96	00.99	02.97	00.99	00.99	-----
(75-79)	02.97	00.99	04.95	00.99	01.98	-----
(80-84)	02.97	00.99	04.95	-----	-----	-----
(85- )	-----	-----	00.99	-----	00.99	00.99
<b>SEXO</b>						
Hombre	07.92	02.97	09.90	00.99	01.98	-----
Mujer	03.96	-----	07.92	01.98	02.97	00.99

(\*) significación .05; (\*\*) significación .01; (\*\*\*) significación .001

## 3.2.3. MULTIPLICIDAD DE LOS VINCULOS.

Tabla 28. Porcentajes de sujetos, en función del sexo, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo (\*)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<b>ESPOSOS</b>			
Ninguna	50.0%	84.4%	67.3%
Dos o más	38.0%	09.8%	25.7%
<b>HERMANOS</b>			
Ninguna	64.0%	66.7%	65.3%
Dos o más	32.0%	23.5%	27.7%
<b>HIJOS</b>			
Ninguna	36.0%	35.3%	35.6%
Dos o más	54.0%	55.0%	54.4%
<b>SOBRINOS</b>			
Ninguna	60.0%	60.8%	60.4%
Dos o más	20.0%	25.5%	22.8%
<b>PRIMOS</b>			
Ninguna	80.0%	74.5%	77.3%
Dos o más	12.0%	09.8%	10.9%
<b>COMPAÑEROS</b>			
Ninguna	58.0%	43.2%	50.5%
Dos o más	20.0%	33.3%	25.7%
<b>AMIGOS</b>			
Ninguna	20.0%	43.1%	31.7%
Dos o más	52.0%	33.4%	38.6%
<b>PROFESIONALES</b>			
Ninguna	74.0%	78.4%	76.2%
Dos o más	14.0%	11.8%	12.9%

(\*) El resto, hasta el 100% corresponde a vínculos presentes en una sola categoría de apoyo.

Gráfico 29. Multiplicidad de la Red de Apoyo para el total de la muestra

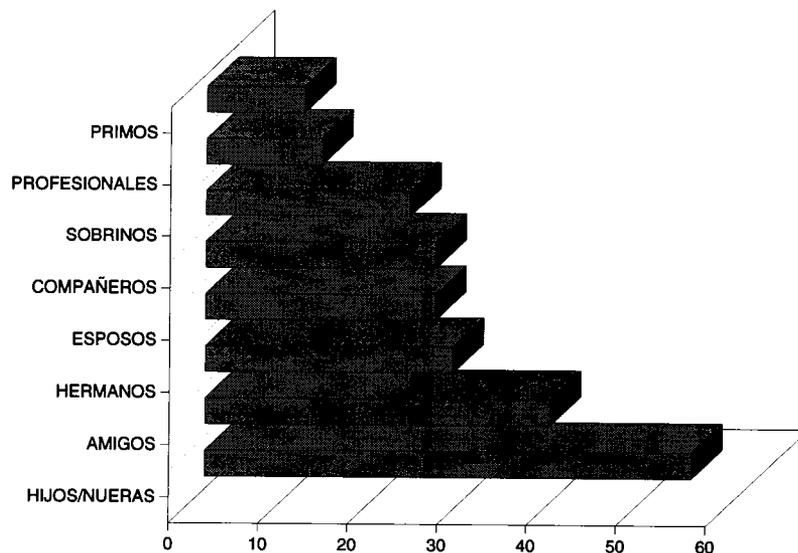
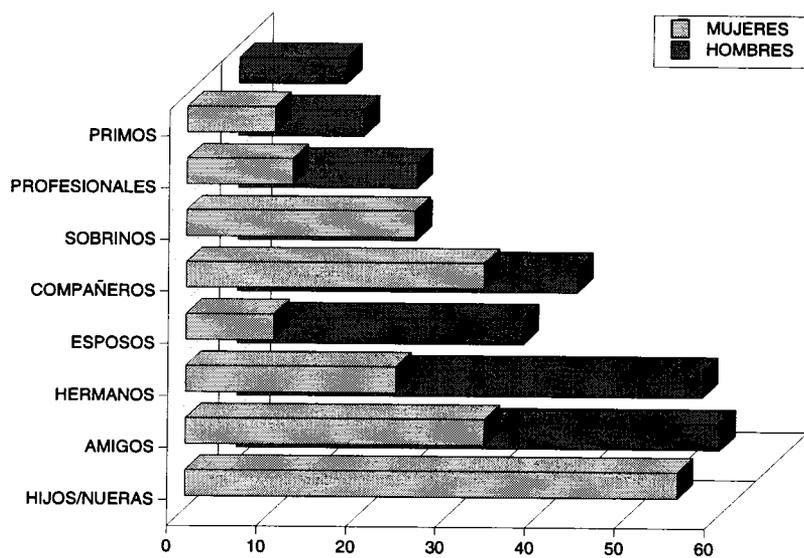


Gráfico 30. Multiplicidad de la Red de Apoyo

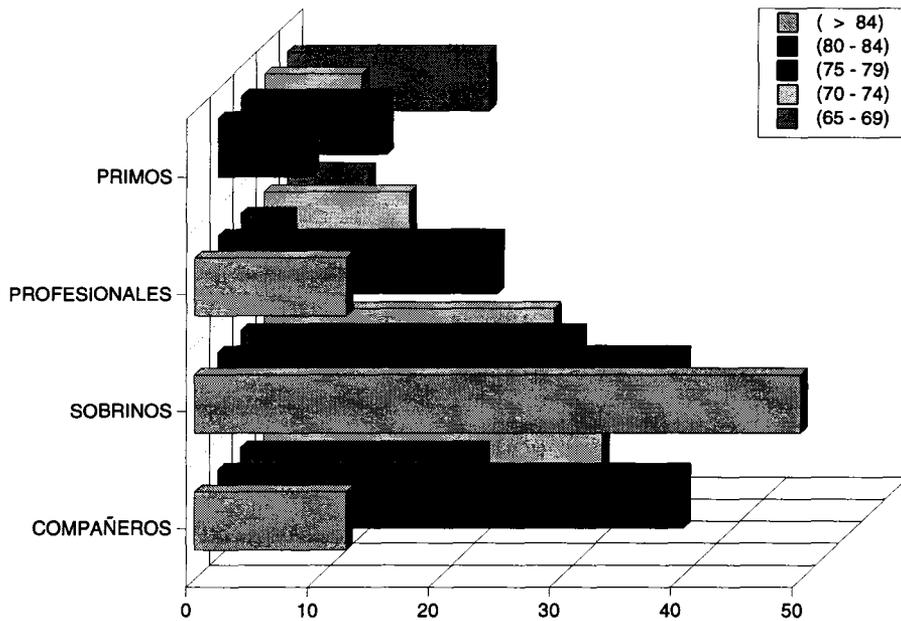
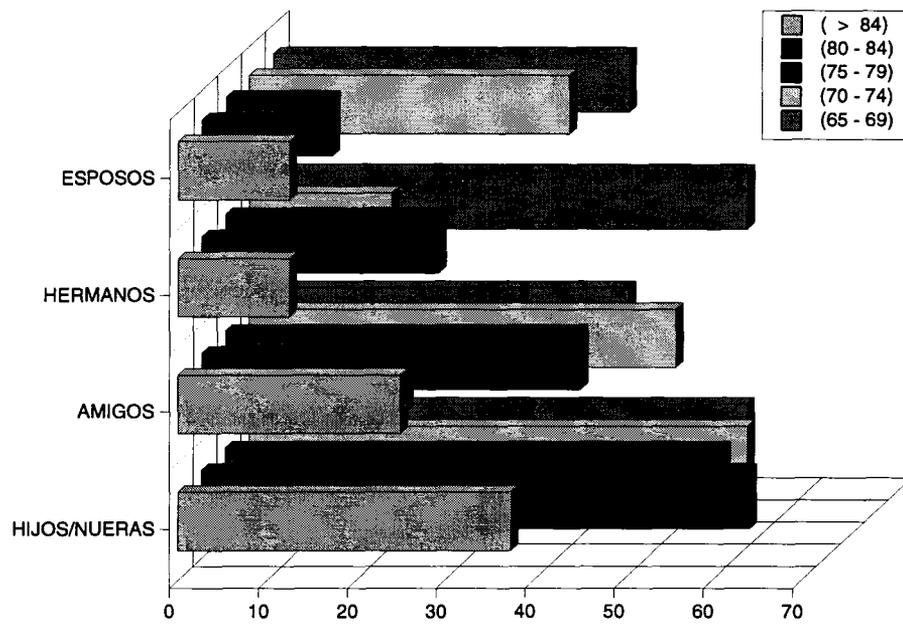


**Tabla 29. Porcentajes de sujetos, en función de la edad, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo (\*)**

	(65-69)	(70-74)	(75-79)	(80-84)	(85- )
<b>ESPOSOS</b>					
Ninguna	50.0%	60.0%	80.0%	84.6%	87.5%
Dos o más	40.0%	36.0%	12.0%	07.7%	12.5%
<b>HERMANOS</b>					
Ninguna	33.3%	76.0%	76.0%	84.6%	87.5%
Dos o más	53.3%	16.0%	24.0%	07.7%	12.5%
<b>HIJOS</b>					
Ninguna					
Dos o más	36.7%	32.0%	40.0%	23.0%	50.0%
	53.3%	56.0%	56.0%	61.6%	37.5%
<b>SOBRINOS</b>					
Ninguna					
Dos o más	83.3%	52.0%	56.0%	53.8%	25.0%
<b>PRIMOS</b>					
Ninguna	03.4%	24.0%	28.0%	38.5%	50.0%
Dos o más	50.0%	92.0%	88.0%	76.9%	100.0%
<b>COMPAÑEROS</b>					
Ninguna	16.7%	08.0%	12.0%	07.7%	n/e
Dos o más	46.7%	40.0%	64.0%	38.5%	75.0%
<b>AMIGOS</b>					
Ninguna	23.3%	28.0%	20.0%	38.5%	12.5%
Dos o más	36.7%	28.0%	20.0%	38.5%	50.0%
<b>PROFESIONALES</b>					
Ninguna	40.0%	48.0%	40.0%	23.0%	25.0%
Dos o más	80.0%	80.0%	80.0%	53.8%	75.0%
	06.7%	12.0%	04.0%	23.1%	12.5%

(\*) El resto, hasta el 100% corresponde a vínculos presentes en una sola categoría de apoyo.

Gráfico 31. Multiplicidad de la Red de Apoyo

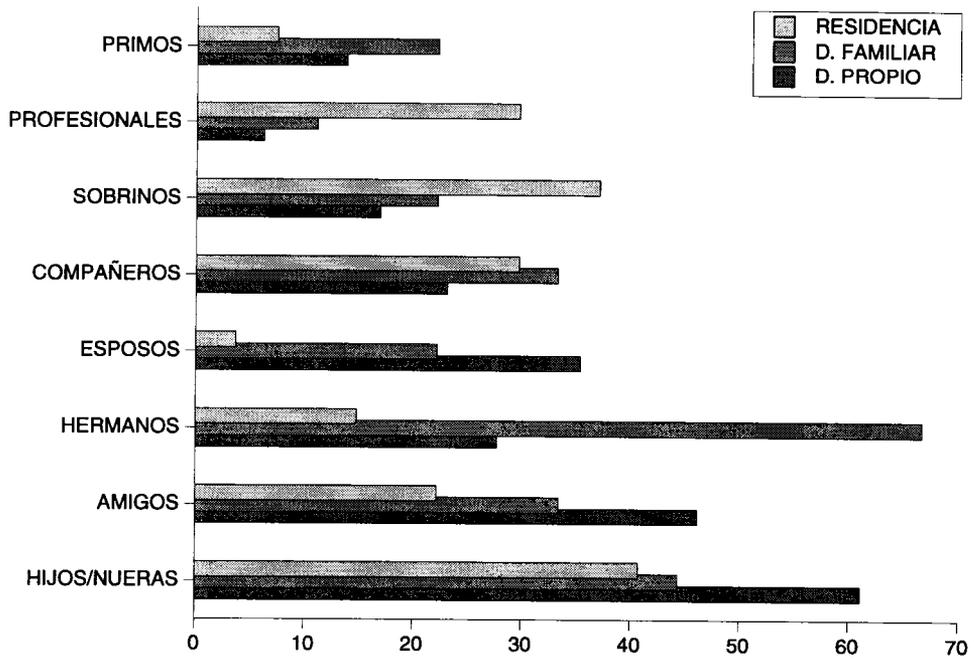


**Tabla 30. Porcentajes de sujetos, en función del tipo de hábitat, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo (\*)**

	RESIDENCIA	DOMICILIO PROPIO	DOMICILIO FAMILIAR
<b>ESPOSOS</b>			
Ninguna	92.6%	55.4%	77.8%
Dos o más	03.7%	35.4%	22.2%
<b>HERMANOS</b>			
Ninguna	85.2%	63.0%	22.2%
Dos o más	14.8%	27.7%	66.7%
<b>HIJOS</b>			
Ninguna	55.5%	24.6%	55.6%
Dos o más	40.8%	61.6%	44.4%
<b>SOBRINOS</b>			
Ninguna	51.9%	63.1%	66.7%
Dos o más	37.1%	16.9%	22.2%
<b>PRIMOS</b>			
Ninguna	88.9%	72.4%	77.8%
Dos o más	07.4%	13.8%	22.2%
<b>COMPAÑEROS</b>			
Ninguna	51.8%	52.3%	33.3%
Dos o más	29.7%	23.1%	33.3%
<b>AMIGOS</b>			
Ninguna	48.2%	21.5%	55.5%
Dos o más	22.2%	46.2%	33.4%
<b>PROFESIONALES</b>			
Ninguna	59.2%	81.5%	88.9%
Dos o más	29.7%	06.2%	11.1%

(\*) El resto, hasta el 100% corresponde a vínculos presentes en una sola categoría de apoyo.

Gráfico 32. Multiplicidad de la Red de Apoyo



3.2.4. RELACIONES CONFLICTIVAS.

Tabla 31. Medias del número de relaciones conflictivas y de conflictos

	TOTAL DESACUERDOS(*)	TOTAL CONFLICTOS(**)
<b>EDAD</b>		
(65 - 69)	1.00	1.03
(70 - 74)	1.00	0.56
(75 - 79)	0.64	0.24
(80 - 84)	0.77	0.15
(85 - )	0.25	0.13
<b>SEXO</b>		
Hombre	0.98	0.72
Mujer	0.67	0.35
<b>HABITAT</b>		
Residencia	0.89	0.56
Domicilio propio	0.85	0.55
Domicilio familiar	0.44	0.33
<b>TOTAL</b>	<b>0.82</b>	<b>0.53</b>

(\*) (\*\*)No significativo en función de las variables edad, sexo y domicilio

Tabla 32. Composición de la red de apoyo en relación a los vínculos conflictivos

	SOLO CONFLICTO	CONFLICTO Y APOYO	SOLO APOYO
ESPOSO	1.98%	4.95%	32.7%
HERMANO	0.99%	0.99%	34.7%
HIJO/YERNO	1.98%	2.97%	64.4%
SOBRINO	0.99%	0.99%	39.6%
PRIMO	1.98%	0.00%	22.7%
COMPAÑERO/VECINO	24.7%	1.98%	49.5%
AMIGO	0.99%	1.98%	68.3%
PROFESIONAL	2.97%	0.99%	23.8%

3.2.5. NECESIDAD DE APOYO.

Tabla 33. Medias sobre la necesidad de apoyo en cada categoría en función de la edad, sexo y tipo de hábitat

CATEGORIAS DE APOYO						
	Sentimientos personales	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Participación social
<b>EDAD</b>						
(65 - 69)	1.86	1.45	1.75	1.68	1.66	1.96
(70 - 74)	2.32	1.52	1.67	1.88	1.52	2.08
(75 - 79)	2.24	1.28	1.52	1.71	1.92	2.46
(80 - 84)	1.08	1.23	1.62	2.00	1.42	1.75
(85 - )	1.50	1.13	1.63	1.88	1.75	1.25
<b>SEXO</b>						
Hombre	1.88	1.31	1.56	1.90	1.65	2.26
Mujer	2.02	1.43	1.73	1.69	1.68	1.81
<b>HABITAT</b>						
Residencia	2.41	1.67	2.33	2.37	2.04	2.24
Domicilio	1.81	1.28	1.38	1.60	1.54	2.02
Familiar	1.56	1.11	1.38	1.33	1.44	1.56

Tabla 34. Distribución de la muestra en porcentajes según el grado de necesidad expresado en cada una de las areas

CATEGORIAS DE APOYO						
	Sentimientos personales	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Participación social
Ninguna	12.9%	79.2%	69.3%	60.4%	68.3%	53.1%
Poca	58.4%	10.9%	05.9%	07.9%	08.9%	07.9%
Moderada	09.9%	04.0%	09.9%	17.8%	10.9%	14.9%
Mucha	06.9%	02.0%	04.0%	04.0%	05.0%	10.9%
Muchísima	09.9%	03.0%	05.9%	05.0%	05.0%	06.9%
NC	02.0%	01.0%	05.0%	05.0%	02.0%	05.9%

3.2.6. UTILIZACION DE LA RED.

Tabla 35. Medias de utilización de la red de apoyo

CATEGORIAS DE APOYO						
	Sentimientos personales	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Participación social
<b>EDAD</b>						
(65 - 69)	1.53	0.10	0.63	1.20	0.97	4.20
(70 - 74)	1.48	0.04	0.64	1.76	1.04	5.20
(75 - 79)	1.04	0.24	0.24	0.40	0.88	2.48
(80 - 84)	0.92	0.23	0.46	1.08	1.00	2.31
(85 - )	1.25	0.00	0.38	2.00	1.38	3.50
<b>SEXO</b>						
Hombre	1.50	0.18	0.42	1.16	1.38	4.02
Mujer	1.10	0.08	0.57	1.22	0.63	3.43
<b>HABITAT</b>						
Residencia	1.63	0.30	0.85	1.67	1.00	2.93
Domicilio	1.15	0.08	0.34	0.85	0.95	4.31
Familiar	1.33	0.00	0.56	2.22	1.33	1.89

Tabla 36. Diferencias en la utilización de las redes de apoyo

NECESIDAD						
	Sentimientos personales	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Participac. Social
Sentim. Person.	F= 8.86 ***					
Ayuda Material		F= 2.06				
Consejo			F= 12.91 ***			
Feedback Positivo				F= 5.00 ***		
Ayuda Física					F= 3.40 **	
Particip. Social						F= 0.81

(\*\*) significacion p = .01; (\*\*\*) significacion p = .001

**3.2.7. SATISFACCION CON LOS RECURSOS DE APOYO Y/O CON EL APOYO RECIBIDO.**

**Tabla 37. Medias de la satisfacción con el apoyo recibido o con los recursos de apoyo en cada una de las en función de la edad, sexo y tipo de hábitat**

CATEGORIAS DE APOYO						
	Sentimientos personales	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Participación social
<b>EDAD</b>						
(65 - 69)	6.31	6.56	6.48	6.12	6.39	6.34
(70 - 74)	6.33	6.45	6.45	6.57	6.70	6.65
(75 - 79)	6.42	6.50	6.68	6.55	6.64	6.30
(80 - 84)	6.15	6.25	6.08	6.09	5.92	6.27
(85 - )	6.86	6.50	6.50	6.50	6.25	6.50
<b>SEXO</b>						
Hombre	6.33	6.60	6.52	6.27	6.57	6.38
Mujer	6.40	6.35	6.41	6.48	6.35	6.45
<b>HABITAT</b>						
Residencia	6.08	6.15	6.26	6.38	6.15	6.38
Domicilio	6.45	6.61	6.50	6.38	6.56	6.52
Familiar	6.50	6.50	7.00	6.25	6.63	5.63

**Tabla 38. Distribución de la muestra en porcentajes según el grado de satisfacción con los recursos de apoyo en cada una de las areas**

CATEGORIAS DE APOYO						
	Sentim. personal.	Ayuda material	Consejo	Feedback positivo	Ayuda física	Particip. social
Insatisfacción	02.0	02.0	02.0	01.0	01.0	03.0
Moderada insatisf.						
Ligera insatisfacción	01.0		01.0	02.0	02.0	02.0
Indiferente	01.0	04.0	02.0	02.0	03.0	01.0
Ligera satisfacción	07.9	03.0	06.9	09.9	05.0	03.0
Moderada satisf.	26.7	18.8	10.9	16.8	18.8	16.8
Mucha satisfacción	57.4	64.4	64.4	57.4	65.3	65.3
NC	04.0	07.9	12.9	10.9	05.0	08.9

### 3.3. RELACIONES ENTRE DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL Y MEDIDAS DE BIENESTAR.

A continuación se exponen los resultados obtenidos en relación a las relaciones que mantienen las distintas dimensiones del Apoyo Social con las medidas de bienestar. Se expondrán las correlaciones existentes entre el tamaño de la red, la disponibilidad de la red por categorías de apoyo y la utilización de la red con las distintas medidas de bienestar.

#### 3.3.1. TAMAÑO DE LA RED Y BIENESTAR. DISPONIBILIDAD POR CATEGORIAS Y BIENESTAR.

Tabla 39. Correlaciones entre medidas de bienestar y tamaño de la red de apoyo

	SATISFACCION VITAL	MORAL	AUTOVALORACION SALUD
TOTAL DE LA RED	R= .303 p= .01	R= .676 p= .001	F= 5.941 p= .0009

Tabla 40. Correlaciones entre medidas de bienestar y disponibilidad de la red por categorías de apoyo

DISPONIBILIDAD	SATISFACCION VITAL	MORAL	AUTOVALORACION SALUD
Sentim. Personales	r= .044	r= .099	F= 3.23
Ayuda Material	r= .123	r= .176	F= 3.62
Consejo	r= .061	r= .041	F= 6.09***
Feedback Positivo	r= .116	r= .130	F= 3.46
Ayuda Física	r= .190	r= .174	F= 3.60
Participación Social	r= .325***	r= .309***	F= 8.03***

(\*\*) significacion p= .01 (\*\*\*) significacion p= .001

**3.3.2. UTILIZACION DE LA RED Y BIENESTAR.**

**Tabla 41. Correlaciones entre medidas de bienestar y utilización de la red por categorías de apoyo**

UTILIZACION	SATISFACCION	MORAL	AUTOVALORACION
	VITAL		SALUD
Sentimientos Personales	R = - 0.045	R = - 0.029	F = 0.52
Ayuda Material	R = - 0.028	R = - 0.021	F = 0.18
Consejo	R = - 0.025	R = - 0.003	F = 1.83
Feedback Positivo	R = 0.104	R = 0.135	F = 1.42
Ayuda Física	R = - 0.014	R = 0.116	F = 0.69
Participación Social	R = 0.239(**)	R = 0.241(**)	F = 6.21(***)

(\*\*) significacion p = .01 (\*\*\*) significacion p = .001

**Tabla 42. Correlaciones entre utilización de la red y satisfacción vital ante diferentes grados de necesidad**

UTILIZACION	GRADOS DE NECESIDAD		
	POCA/NINGUNA	MODERADA	MUCHA/MUCHISIMA
Sentimientos personales	-.045	-.016	.307
Ayuda física	.322	-.321	-.035
Consejo	-.092	.612	.314
Ayuda Material	.067	.281	.744
Feedback Positivo	.011	.048	.458
Participación Social	.221	-.036	.467

**Tabla 43. Correlaciones entre utilización de la red y estado de ánimo ante diferentes grados de necesidad**

	GRADOS DE NECESIDAD		
	POCA/NINGUNA	MODERADA	MUCHA/MUCHISIMA
<b>UTILIZACION</b>			
Sentimientos personales	-.080	.246	.429
Ayuda física	-.028	-.302	.000
Consejo	-.086	.369	.428
Ayuda Material	-.064	.586***	.944***
Feedback Positivo	-.085	.259	.109
Participación Social	.234	.121	.409

(\*\*\*) significacion p = .001

### 3.3.3. SATISFACCION CON LOS RECURSOS DE APOYO Y BIENESTAR.

**Tabla 44. Correlaciones entre medidas de bienestar y satisfacción con el apoyo en cada categoría**

SATISFACCION APOYO	SATISFACCION VITAL	MORAL	AUTOVALORACION SALUD
	Sentimientos Personales	F= 1.38	F= 1.60
Ayuda Material	F= 1.85	F= 2.01	Chi= 2.39
Consejo	F= 0.57	F= 1.09	Chi= 2.35
Feedback Positivo	F= 1.03	F= 1.16	Chi= 1.99
Ayuda Física	F= 1.98	F= 1.25	Chi= 2.20
Participación Social	F= 1.48	F= 2.41(*)	Chi= 3.43

(\*) significacion p = .05

## **4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

### **4.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 1: EVALUAR EL BIENESTAR Y LA SALUD DE LOS ANCIANOS, DIFERENCIANDO POR GRUPOS.**

En este apartado se analizan y discuten los resultados obtenidos en las distintas medidas de bienestar utilizadas (Indice de Satisfacción Vital, Escala del Philadelphia Geriatric Center y Escala de Autovaloración de la Salud), tanto por el conjunto de la muestra como por grupos en función de la edad, el sexo y el domicilio. Se discuten también las diferencias encontradas entre grupos en las distintas medidas atendiendo a las variables mencionadas.

El Indice de Satisfacción Vital (LSI) mide la satisfacción con la vida, expresando una relación entre metas, expectativas y objetivos deseados, y los realmente logrados. La satisfacción con la vida presenta variaciones a lo largo del ciclo vital del individuo, lo que ha conducido a una polémica sobre si se debe considerar como una dimensión que se mantiene estable e independiente de los acontecimientos diarios (Larson, 1978; Cleary, 1980), o por el contrario puede estar influida por los acontecimientos vitales, de tal manera que éstos influyan sobre la pérdida de expectativas de vida (Krause, 1991).

En esta escala la puntuación media obtenida por el total de la muestra es de 10.34, con una desviación típica de 3.66, situándose en la zona intermedia del intervalo en que se mueve dicha escala. Sin embargo, el análisis de los resultados en función de las variables edad, sexo y tipo de domicilio, pone de manifiesto algunas diferencias significativas.

En relación a la *edad* de los sujetos, tal como se observa en la **Tabla 7**, las puntuaciones medias en el LSI van disminuyendo gradualmente desde el

grupo de 65 a 69 años (10.81) al de 84 en adelante que obtiene una puntuación media de 8.65, con excepción del grupo comprendido entre los 70 y 74 años cuya media es más alta (11.81) que la del grupo anterior. En general se aprecia una tendencia a la disminución en las puntuaciones según aumenta el rango de edad.

Además, como puede observarse en la **Tabla 8**, la edad diferencia de manera significativa la evaluación que hacen los ancianos sobre su satisfacción con la vida ( $R = -.239$ ;  $p = .01$ ), de tal modo que a mayor edad menor satisfacción con la vida. Del mismo modo, encontramos que cuando los sujetos se agrupan por rangos de edad en intervalos de 5 años se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas ( $F = 2.46$ ;  $p = .05$ ); también se observan cuando los sujetos se agrupan por rangos de edad en intervalos de diez años ( $F = 4.16$ ;  $p = .01$ ).

Estos resultados ponen de manifiesto que para los sujetos de nuestra muestra, el paso de los años conlleva una pérdida de satisfacción con la vida, y que en esta percepción influye significativamente el paso de un estadio a otro dentro de la ancianidad.

Por *sexo* encontramos que la media para el grupo formado por los varones es de 10.72, mientras que para el grupo formado por las mujeres es de 9.97 (**Tabla 7**). Esta diferencia observada entre medias no es estadísticamente significativa ( $F = 0.81$ ; no significativo), por lo que hombres y mujeres de nuestra muestra no difieren en satisfacción con la vida (**Tabla 8**).

En relación al tipo de *domicilio*, las diferencias encontradas entre grupos han resultado ser estadísticamente significativas, tal y como puede apreciarse en la **Tabla 8** ( $F = 16.76$ ;  $p = .001$ ), encontrándose la media más baja en el grupo que tienen su domicilio en residencias (7.41), seguido del grupo que se encuentra en el domicilio de algún familiar (9.89), y situándose la media más

alta (11.63) en el grupo que permanece en su propio domicilio (Tabla 6).

A tenor de estos resultados, se puede afirmar que el domicilio que favorece una mayor satisfacción con la vida es el propio, mientras que los ancianos que viven en residencias son los que presentan menor satisfacción con la vida.

En resumen, los resultados obtenidos en la presente investigación revelan la existencia de variaciones no sólo entre sujetos de distinta edad dentro de lo que suele denominarse ancianidad, tal y como ya había sugerido Blau (1985), sino también en función del tipo domicilio. Estos dos factores - edad y domicilio- parecen ser importantes para explicar diferencias entre las personas mayores en relación a su bienestar, medido a través de la satisfacción con la vida.

Concretamente, nuestros resultados indican una modificación con el paso de los años de la satisfacción con la vida, como ya se había apuntado anteriormente (Herzog et al., 1982), en contra al mismo tiempo de otros que no encontraron variaciones (Adelmann, 1994). Además esta modificación se produciría en sentido contrario al que había sido apuntado por ciertos autores (Meddin y Vaux, 1988; Krause, 1991) para quienes la relación sería positiva, de tal modo que a más edad, mayor satisfacción global.

Por otra parte, y dado que la variable edad para los sujetos de nuestra muestra tomaba valores en un rango de 65 a 92 años, se procedió a su agrupación en intervalos de diez y cinco años, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p = .01$  y  $.05$ , respectivamente) acerca de la satisfacción experimentada con la vida. Los diferentes niveles de significación puede indicarnos una mejor manera de agrupar a los sujetos a intervalos de diez años en vez de cinco, por constituir grupos más homogéneos.

En este sentido, la distinción hecha por Neugarten (1975) entre sujetos cuyas edades se encuentran por debajo de los 75 de aquellos en los que se sitúa por encima, ha sido importante a la hora de determinar diferencias por ejemplo en el impacto que pueden tener los acontecimientos estresantes sobre la satisfacción vital (Gray y Calsyn, 1989). Los resultados obtenidos en la presente investigación con el Índice de Satisfacción Vital (LSI) ponen de manifiesto que para los sujetos de nuestra muestra, el paso de los años conlleva una pérdida de satisfacción con sus vidas, y que en esta pérdida parece influir el paso de un estadio a otro dentro de la ancianidad, diferenciándose bien entre sujetos de 65 a 74 años, de 75 a 84, y de 85 en adelante.

En relación a la variable tipo de domicilio los resultados indican que hay diferencias entre sujetos en la satisfacción que experimentan con sus vidas. Se comprueba que el tipo de domicilio que favorece mayor satisfacción vital es el domicilio propio, y que los ancianos que informan de una menor satisfacción vital son aquellos que viven en residencias.

A pesar de que algunos estudios han encontrado que los residentes en instituciones se encontraban felices con sus vidas (La Greca et al., 1985; Sullivan, 1986), hay otros que indican que los ancianos en residencias se encuentran más despersonalizados (Coe, 1965; Kahana y Coe, 1969), aislados (Jacobs, 1969), y que en general, tienden a ser más depresivos, infelices, intelectualmente ineficaces, dóciles, sumisos, con una autoimagen negativa y con un bajo interés por su entorno (Lieberman, 1969).

Como explicación de estos hechos se ha sugerido que en la evaluación que hacen los ancianos institucionalizados de su satisfacción vital influyen características sociodemográficas, como el estado civil (Gilford, 1986; Larson, 1978; Reinhardt y Fisher, 1989), y características del contexto social en el que se ven envueltos (Duff y Hong, 1993; Hong y Duff, 1994). Así algunos

autores han indicado que los individuos casados obtienen puntuaciones más altas que los individuos solteros (Gilford, 1986; Larson, 1978; Reinhardt y Fischer, 1989). Por otra parte entre las características del contexto social se han señalado las actividades sociales con los amigos y la participación en actividades organizadas (Duff y Hong, 1993). Las bajas puntuaciones obtenidas por los ancianos en residencias podrían ser explicadas por ambas razones; pero en cualquier caso las causas se encontrarían en la cualidad que tienen las relaciones sociales de influir sobre el bienestar de los individuos.

Una posible explicación de todos estos efectos negativos de la institucionalización sobre la satisfacción vital de los ancianos es la que ofrece Osgood (1982). Según este autor la satisfacción vital estaría íntimamente relacionada con el clima social del ambiente residencial, en el que entrarían a formar parte toda una serie de características sociales del entorno (como por ejemplo, la composición por sexo). Sin embargo, estas características sociales, lo que se ha denominado clima social del ambiente residencial no han sido objeto de estudio en la presente investigación.

No obstante, las diferencias que se observan en función tanto de la edad como del tipo de domicilio en el **Gráfico 19** nos sugieren algunas reflexiones. Así, parece que el domicilio familiar es el tipo de domicilio que reporta mayor satisfacción vital en rangos de edad que hacen suponer una convivencia activa en dicho domicilio, y que sin embargo en los rangos de edad mas avanzada, se torna el domicilio propio como el que proporciona una mayor satisfacción vital. En función de estos resultados puede decirse que la residencia no proporciona una buena evaluación de la satisfacción con la vida, y que los ancianos prefieren vivir con su familia mientras puedan considerarse miembros activos en la estructura familiar, prefiriendo vivir solos y en sus casas en otras condiciones.

En función de los resultados obtenidos podemos afirmar que la pérdida

de satisfacción vital con el transcurso de los años, y más concretamente con el paso de un estadio a otro dentro de la ancianidad, se ve moldeada por el tipo de domicilio, de tal manera que en la medida en que los ancianos encuentran respuestas satisfactorias a los problemas y demandas que presentan, reportan mejores índices de bienestar. El tipo de domicilio, que en los sujetos de nuestra muestra marca diferencias significativas en la percepción de la satisfacción vital, se encuentra relacionado con la procedencia de recursos para hacer frente a dichas vicisitudes (George, 1989).

En relación a la variable sexo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, por lo que hombres y mujeres de nuestra muestra no difieren en la percepción que tienen de la satisfacción con sus vidas. Estos resultados concuerdan con el estudio de Bowling y Browne (1991) quienes informan de la no existencia de diferencias por sexo en el bienestar medido a través de la satisfacción con la vida, al mismo tiempo que señalan que esto concuerda con la literatura al respecto, de tal manera que las diferencias encontradas por sexo en satisfacción vital no son concluyentes (Liang, 1982).

A través de la escala del Centro Geriátrico de Filadelfia se ha medido la moral de los ancianos, pudiendo definirse ésta como el estado de ánimo personal para enfrentarse a los distintos retos que se presentan en la vida. Clásicamente el estado de ánimo ha sido evaluado como un indicador de la presencia o ausencia de trastornos mentales depresivos (Zarit y Zarit, 1984; Kane y Kane, 1987). En la literatura no se ha dejado de lado esta dimensión, argumentándose que la vejez es una etapa de la vida especialmente proclive a sufrir alteraciones en el estado de ánimo debido a la separación de los contextos naturales y a la privación de refuerzos sociales (Lewinsohn y Arconada, 1981) y que ello puede repercutir sobre el bienestar subjetivo de los ancianos. Los traslados de domicilio, por ejemplo, constituyen un

acontecimiento que conlleva en la mayoría de los casos una pérdida de control y de autogestión de la propia vida, de tal manera que los sujetos se encuentran más proclives a sufrir alteraciones del estado de ánimo.

En la escala de Philadelphia Geriatric Center (PGA) la media obtenida para el total de la muestra es de 9.30 con una desviación típica de 3.70; no obstante y tal como ocurría en los obtenidos en el LSI, estos resultados deben analizarse más detenidamente, especialmente los relativos al tipo de domicilio.

Tal como se observa en la **Tabla 9**, los ancianos que se encuentran en residencias presentan las puntuaciones más bajas de la muestra (5.83 de media), en tanto que los que viven en su propio domicilio presentan la media más alta (11.20), situándose los que viven en el domicilio de algún familiar con una media de 8.33. El análisis estadístico de estas diferencias ha puesto de manifiesto que son estadísticamente significativas (**Tabla 11**) ( $F = 15.41$ ;  $p = .001$ ); estos resultados permiten afirmar que los ancianos que viven en residencias presentan un estado de ánimo peor en comparación con aquellos que viven en el domicilio de algún familiar, y más aún en comparación con los que permanecen en su propio domicilio.

Sin embargo los contrastes realizados para determinar diferencias entre los distintos grupos en función de la *edad* no han resultado significativos, ni cuando se agrupan los sujetos por rangos de edad en intervalos de cinco años, ni en intervalos de diez años (**Tabla 11**). La correlación ente las puntuaciones obtenidas en esta escala y la edad es negativa ( $R = -.126$ ), aunque no significativa. Estos resultados confirman lo manifestado por algunos autores en el sentido de que la edad no predice el resultado sobre el estado de ánimo de los individuos (Calsyn y Rodes, 1991). Las mismas circunstancias concurren si distribuimos a la muestra por el *sexo*, pues no se hallan diferencias significativas ( $F = 1.075$ ; no significativo).

Por último se ha utilizado la Escala de Autovaloración de la Salud (EAS), que expresa la evaluación que hacen los ancianos de su salud. Esta escala, usada con mucha frecuencia en la literatura gerontológica (Gray y Calsyn, 1989; Calsyn y Rodes, 1991; Krause, 1991; Sugisawa et al., 1994) ha mostrado correlaciones moderadas con estimaciones médicas de salud (Stahl, 1984).

Sobre los resultados obtenidos en la Escala de Autovaloración de la Salud (EAS) cabe destacar que en general los ancianos de la muestra hacen una valoración positiva de su estado de salud: el 78.2% informa de poseer una salud normal, buena o excelente, mientras que tan sólo un 21.8% la considera mala.

Por grupos, atendiendo a la *edad*, no se aprecia ninguna tendencia en las puntuaciones medias de los distintos grupos; las diferencias encontradas en la EAS en función de esta variable no son estadísticamente significativas, como puede apreciarse en la **Tabla 14** ( $F = 0.73$ ; no significativo).

Por otra parte, si distribuimos la muestra en función del *sexo*, encontramos que el grupo formado por las mujeres puntúan 2.44, que representa una media mejor que la de los hombres (2.62), aunque esta diferencia no es significativa ( $\text{Chi} = 5.27$ ; no significativo). Considerando la edad y el sexo conjuntamente (**Gráfico 24**), la mejor media en la EAS la obtienen las mujeres de 85 años en adelante (1.60), mientras que la peor media es la que corresponde a los hombres del mismo grupo de edad (3.67).

En función del tipo de *domicilio* los resultados obtenidos presentan significación estadística ( $F = 4.23$ ;  $p = .05$ ). Los ancianos que perciben tener una mejor salud son aquellos que viven en su propio domicilio, ya que obtienen una puntuación media de 2.28, los que viven con algún familiar obtiene 2.67 de media, por último se sitúan los que viven en residencias con

una media de 2.93, que son los que declaran tener una peor salud, tal y como queda reflejado en la **Tabla 12**. Estos resultados muestran una tendencia similar a la obtenida en los índices anteriores, de tal modo que los ancianos que permanecen en sus propios domicilios presentan una mejor percepción de su salud que los otros dos grupos, entre quienes hacen una mejor valoración los que viven en el domicilio de algún familiar con respecto a los que se encuentran en residencias.

Estos resultados muestran que, en general, los sujetos hacen una valoración positiva de su salud, independientemente de que se encuentren diferencias en función del tipo de domicilio. En concreto, estas diferencias se refieren a que los sujetos que se encuentran en residencias valoraron su salud un poco peor que el resto. Sin embargo la interpretación de estos resultados debe ser cautelosa, ya que pueden sugerir que los ancianos con mejor salud son los que viven solos, y que en la medida en que pierden objetivamente capacidad funcional, van modificándose sus lugares de residencia. En este sentido la salud funcional se ha revelado como uno de los factores esenciales para mantener la independencia de los ancianos (Duffy y McDonald, 1990), de tal manera que su pérdida es un factor asociado al ingreso en una residencia.

Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre sujetos agrupados en función de su edad: el grupo de más edad (de 84 años en adelante) hace la misma valoración de su salud, estadísticamente hablando, que el grupo de menos edad (de 65 a 69 años). Esto es particularmente importante por cuanto en la literatura gerontológica se ha informado de las diferencias existentes en cuanto a demandas de asistencia, tanto técnica como personal, del grupo de ancianos denominados "viejos-viejos" (los de más de 75 años) con respecto a los llamados jóvenes-viejos, cuyas edades van de 60 a 74 años (Neugarten, 1975). Sin embargo nuestros resultados concuerdan

con los de otros estudios (Meddin y Vaux, 1988; Gray y Calsyn, 1989) en los que tampoco se encontró relación significativa entre los problemas de salud y la edad.

Esta falta de relación significativa entre edad y autopercepción de salud puede ser explicada por la existencia de otros factores determinantes de la salud funcional, entre los que se encontrarían, entre otros, el apoyo disponible para resolver las demandas de salud. Además puede darse el hecho sostenido por Becker (1974) de que los ancianos no basan sus procesos cognitivos de evaluación en la creencia de ausencia de enfermedad sino en la creencia de salud suficiente, por lo cual aquellas situaciones que no repercutiesen gravemente en su capacidad personal para hacer frente a las demandas del ambiente no serían consideradas como un empeoramiento de la salud.

Tampoco se han hallado diferencias significativas en función del sexo, contrariamente a lo que señala la literatura especializada, donde se afirma que las mujeres mayores experimentan mayores niveles de morbilidad y que hacen un uso más frecuente de los servicios de salud (Verbrugge, 1983), al mismo tiempo que informan de una mayor incapacidad funcional (Penning y Strain, 1994). En este sentido hay que recordar que la salud, para las personas mayores, significa tener las habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria que mantienen sus estilos de vida independientes (Ernst y Ernst, 1984).

Estos resultados pueden ser explicados por la existencia de un factor que se ha revelado como uno de los más influyentes sobre el estado de salud de los ancianos, la práctica de hábitos saludables. Hay estudios que han encontrado que las mujeres llevan a cabo más actividades saludables que los hombres (Belloc y Breslow, 1972; Breslow y Engstrom, 1980; Wilson y Elinson, 1981) y que beben y fuman menos (Wilson y Elinson, 1981; Branch y Jette, 1984). De una manera general se ha afirmado que la gente mayor

practica más hábitos beneficiosos para la salud que la gente joven (Belloc y Breslow, 1972; Breslow y Engstrom, 1980; Wilson y Elinson, 1981). Otros estudios más recientes (Ostrow y Dzewaltowski, 1986; Paffenbarger et al., 1987; Vertinsky y Aumasn, 1988; Hogstel y Kashka, 1989) han confirmado la efectividad de la práctica de hábitos de promoción de la salud para la mejora de su estado general. Estas circunstancias podrían explicar el que no hallamos encontrado diferencias en la autopercepción de salud entre hombres y mujeres ancianos.

#### 4.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 1: LA SATISFACCION CON LA VIDA, EL ESTADO DE ANIMO Y LA SALUD PERCIBIDA COVARIAN MEDIANTE UN TIPO DE RELACION POSITIVA.

En la actualidad son escasos los estudios que se hayan centrado en poner a prueba las relaciones existentes entre las distintas dimensiones implicadas en el bienestar subjetivo; aunque en la literatura se considere a éste como un constructo multidimensional (García-Riaño, 1991).

Sin embargo, la identificación de al menos tres componentes (Andrews y Whitey, 1976), uno cognitivo que ha sido identificado con la *satisfacción con la vida*, y otros dos de carácter emocional/afectivo (*afecto positivo y negativo*), nos ha permitido evaluar el bienestar de los ancianos a través de diferentes instrumentos que miden justamente estas dimensiones.

La satisfacción con la vida ha sido definida como una evaluación global que una persona realiza sobre su vida de acuerdo con los criterios elegidos por ella misma (Shin y Johnson, 1978). Este componente o dimensión del bienestar subjetivo es independiente de otros conceptos, asumiéndose que hace estricta referencia a la percepción subjetiva del bienestar (George, 1981). Por su parte, como componentes afectivos se señalan el afecto positivo y negativo, que en realidad constituyen los dos polos de una misma dimensión, el estado de ánimo, en el que se valora por un lado los sentimientos placenteros, la euforia, etc. (Bradburn, 1969), y por otro las preocupaciones, la depresión, etc. (Bradburn, 1969; Lawton, 1977).

La inclusión de otras dimensiones que podrían mantener relaciones tanto a nivel teórico como empírico con las anteriores, tal y como se ha sugerido (Kleban y Lawton, 1982; Cohler y Boxer, 1984) nos llevó a considerar la autopercepción de salud como otra más de las posibles

dimensiones implicadas en la calidad de vida de los ancianos. Con el fin de poner a prueba las relaciones existentes entre dichas dimensiones como indicadores de calidad de vida percibida durante la ancianidad, aplicamos el modelo propuesto por Martínez y García (1994) que integra la autopercepción de salud y el bienestar psicológico como indicadores de la calidad de vida en la vejez, justificándose la inclusión de la autopercepción de la salud por la importancia de los aspectos subjetivos de salud frente a los objetivos durante esta etapa.

Los resultados obtenidos, como se aprecia en la **Tabla 15**, sobre las relaciones que mantienen estas medidas muestran fuertes correlaciones entre sí: la EAS correlaciona positivamente tanto con el LSI ( $F = 5.50$ ;  $p = .002$ ) como con el PGA ( $F = 9.75$ ;  $p = .0001$ ); es decir, cuanto mejor es la autovaloración de la salud, mayor satisfacción vital y mejor estado de ánimo presentan los sujetos y viceversa. Por otra parte, también se da una correlación positiva entre el Índice de Satisfacción Vital y la escala del Philadelphia Geriatric Center ( $R = 0.695$ ;  $p = .001$ ), esto es, a mayor satisfacción vital mejor estado de ánimo presentan los sujetos y viceversa.

De esta manera, el análisis de los resultados globales sobre bienestar ha mostrado la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre los distintos indicadores utilizados, que sin llegar a representar medidas redundantes, cubren diferentes dimensiones del bienestar en la ancianidad.

La correlación encontrada entre el LSI (satisfacción vital) y el PGA (estado de ánimo) es de .695, con un nivel de significación de .001. En otros estudios también se han obtenido relaciones a nivel empírico entre estas dimensiones del bienestar subjetivo. En un estudio realizado por Meddin y Vaux (1988) sobre una muestra de ancianos rurales se encontraron relaciones significativas entre las siguientes dimensiones: la satisfacción vital correlacionaba negativamente con el humor depresivo ( $-0.32$ ;  $p = .001$ ) y con

el afecto negativo ( $-.38$ ;  $p = .001$ ), mientras que no se hallaba significación estadística con el afecto positivo. Por otra parte Levitt et al. (1987) encontraron una correlación de  $.56$  ( $p = .001$ ) entre el afecto y la satisfacción vital, inferior a la encontrada en la presente investigación. También es inferior la correlación hallada por Cooper et al. (1992) de  $.47$  ( $p = .0001$ ) entre la satisfacción vital y el afecto positivo.

Por otra parte nuestros resultados también ponen de manifiesto una relación significativa entre la escala de Autovaloración de salud y las otras dos medidas de bienestar. En un estudio realizado por Meddin y Vaux (1988) éstos hallaron una relación significativa pero de signo negativo entre la satisfacción vital y los problemas de salud ( $-.28$ ;  $p = .01$ ), mientras que Levitt et al. (1987) hallaron una correlación un poco más alta ( $-.34$ ;  $p = .01$ ). En el caso de los resultados obtenidos por nosotros estas variables varían de manera conjunta y en el mismo sentido por la escala que se ha utilizado, de tal manera que los sujetos que muestran estar más satisfechos con sus vidas y que presentan un mejor estado de ánimo valoran más positivamente su salud (presentando obviamente menos problemas de salud).

*Se confirma así la hipótesis enunciada:* las distintas medidas utilizadas covarían mediante un tipo de relación positiva. A este respecto se ha argumentado que las relaciones entre distintos indicadores de bienestar va más allá de la simple correlación estadística, ya que en el fondo subyace una interrelación natural (García-Riaño, 1991), que se pone de manifiesto de forma especial cuando se analiza en poblaciones de edad avanzada (Medley, 1980, Mussen et al., 1982). Además la autopercepción de salud, como un posible indicador de calidad de vida durante la ancianidad, ha mostrado tener relaciones significativas con los otros dos indicadores de bienestar utilizados (satisfacción vital y estado de ánimo). La importancia de la autopercepción de

salud ha sido señalada por otros autores (Meddin y Vaux, 1988) de tal manera que parece ser uno de los factores más asociados al bienestar con la edad (Herzog et al., 1982). También se ha documentado que la salud percibida muestra fuertes correlaciones con la satisfacción con la vida en la población mayor de 65 años (e.g. Edwards y Klemmack, 1973; Spreitzer y Snyder, 1974).

**4.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2: ANALIZAR LA ESTRUCTURA Y CARACTERISTICAS DE LOS RECURSOS DE APOYO SOCIAL DE LOS ANCIANOS, DIFERENCIANDO POR GRUPOS.**

Para cubrir este objetivo se aplicó a los sujetos de la muestra la Entrevista Estructurada de Apoyo Social (ASSIS) (Barrera, 1980; Barrera et al., 1981, 1985) en la que se incluyen cinco índices -Tamaño percibido de la red, Disponibilidad de la red, Utilización de la red, Necesidad de apoyo y Satisfacción con el apoyo-, y seis categorías de apoyo social -Sentimientos Personales, Ayuda Material, Consejo, Feedback Positivo, Ayuda Física y Participación Social-, permitiendo también conocer de forma detallada datos relativos a la composición de la redes de apoyo social y a la multiplicidad de los vínculos, así como el número de vínculos conflictivos en la red y el número de interacciones negativas.

Los resultados obtenidos en relación a la estructura y características de los recursos de apoyo social de los ancianos, así como la discusión de los mismos aparecen bajo los siguientes epígrafes, exponiéndose en cada uno de ellos los resultados relativos a cada uno de los subobjetivos fijados.

**4.3.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.1: DESCRIBIR EL TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL Y ANALIZAR LA DISPONIBILIDAD DE VINCULOS PARA CADA CATEGORIA O FUNCION DE APOYO.**

A continuación se analizan y discuten los resultados obtenidos sobre el tamaño de la red así como la disponibilidad de apoyo que ésta ofrece, todo ello teniendo en cuenta las variaciones encontradas entre grupos en función de las variables edad, sexo y domicilio.

El índice *Tamaño de la red de apoyo social* se refiere al número de vínculos con los que el sujeto cuenta para obtener apoyo independientemente de la categoría. En numerosos estudios se ha relacionado el tamaño de la red con la disponibilidad de la misma para ofrecer apoyo en distintas categorías y con la accesibilidad a los recursos; habiéndose constatado que los sujetos con redes más reducidas obtienen escasos beneficios procedentes de las mismas (Pattison y Pattison, 1981).

En primer lugar se analizarán y discutirán los resultados en relación al número de vínculos que los ancianos perciben como disponibles para obtener apoyo en conjunto por el total de la muestra y por grupos en función de su edad, sexo y tipo de domicilio, señalándose las diferencias significativas que pudieran existir; posteriormente se procederá con el número de vínculos disponibles en cada una de las categorías contempladas (Sentimientos Personales, Ayuda Material, Consejo, Ayuda Física, Feedback Positivo y Participación Social) para la muestra en su conjunto y para los distintos grupos de sujetos, agrupados en función de las variables edad, sexo y tipo de domicilio.

Tal como se observa en la **Tabla 16**, el tamaño de la red de apoyo para el total de la muestra es de 9.33 (Desviación típica de 6.91).

Esta media es similar a la encontrada en otros estudios realizados en la población anciana: McFarlane et al. (1980) informan de una media de nueve miembros en la red de apoyo, por su parte Hammer y cols. (1978) señalan entre seis y diez los componentes de las redes de apoyo y Gottlieb (1981) señala una cifra media de 9.1. En nuestro país, Guimón y otros (1985) hallaron una media de 10.8 personas en la red de apoyo en una muestra representativa de la población general de Vizcaya y en un estudio realizado recientemente en nuestro país sobre una muestra de ancianos que recibían ayuda a domicilio se obtuvo una media de 5.53 (Fernández del Valle y García,

1994), muy parecida a la obtenida en nuestra muestra para el grupo que tiene su domicilio en residencia (5.33), como se verá posteriormente.

Por grupos, atendiendo al rango de *edad*, podemos apreciar en la **Tabla 16** una disminución paulatina en el tamaño percibido de la red de apoyo, siendo de 11.87 la media encontrada para el grupo de 65 a 69 años, y de 6.75 la media encontrada para el grupo de 85 en adelante. Sin embargo, esta tendencia a la disminución se rompe en el intervalo comprendido entre los 80 y 84 años, donde se da una media más alta que en el grupo de edad inmediatamente anterior (8.77). Finalmente, en el grupo de más edad, de 85 años en adelante, vuelve a disminuir la media. Aunque las diferencias encontradas por grupos de edad no son estadísticamente significativas - lo que permite afirmar que la edad no marca diferencias significativas en el tamaño percibido de la red de apoyo-, sin embargo sí se aprecia una disminución paulatina del tamaño de la red de apoyo conforme el rango de edad es más alto.

En este sentido, Vaux y Harrison (1983) encontraron pequeñas correlaciones negativas, aunque en este caso con significación estadística, entre el tamaño de la red de apoyo y la edad. Nuestros resultados confirman por tanto, aunque sólo en parte, los hallazgos de otros que señalan que las redes de las personas mayores sufren cambios significativos a partir de los setenta años (Abeles, 1981; Kahn, 1979; Wan, 1982; Minkler, 1985); no obstante, también sugieren que hacia los ochenta años estas redes se estabilizan.

Por *sexo*, encontramos que el tamaño de la red de apoyo para los hombres es de más de 3 puntos superior al de las mujeres: mientras que la media del tamaño percibido de la red de apoyo para los hombres es de 10.92, para las mujeres es de 7.76. Esta diferencia por grupos en función del sexo es estadísticamente significativa (**Tabla 16**) ( $F = 5.50$ ;  $p = .05$ ), de tal manera

que puede afirmarse que en nuestra muestra los hombres tienen redes de apoyo más extensas que las mujeres.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros trabajos en los que también los varones contaban con redes más amplias, recibiendo de ellas más apoyo en comparación con las mujeres y durante más tiempo (Branch y Jette, 1983; Penning, 1990; Penning y Strain, 1994). Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Levitt et al. (1987) se encontró una media superior de personas disponibles en la red para las mujeres (9.4) en comparación con los hombres (7.7), siendo esta diferencia significativa.

Otra variable que permite agrupar a los sujetos de nuestra muestra es el *tipo de domicilio*. Los ancianos que viven en residencias tienen una red de apoyo de 5.33 personas como media, los que viven en su propio domicilio cuentan con alrededor de 11 personas de media, mientras que los que viven con algún familiar cuentan con una media de 9 personas en su red de apoyo (Tabla 17).

En la misma tabla puede constatarse que estas diferencias observadas en función del tipo de domicilio tienen significación estadística ( $F = 7.32$ ;  $p = .001$ ), lo que nos indica que los ancianos que tienen su domicilio habitual en su hábitat natural mantienen redes más amplias que los que han sido sometidos a traslado, bien al domicilio de algún familiar, bien a una institución residencial. Estos últimos presentan redes de apoyo mucho más reducidas que los que mantienen su domicilio, llegando incluso a informar en algunos casos de redes de apoyo compuestas por un único miembro. Este hecho puede resultar bastante perjudicial no sólo para el anciano sino también para el único miembro de la red sobre el que recae toda la carga del cuidado, ya que se piensa que una sola persona para dar apoyo podría llegar a emitir conductas de no apoyo por la carga que le supondría esta situación. En la literatura al respecto se ha informado de que el traslado a residencias favorece el

desarraigo y la pérdida de vínculos sociales efectivos (Jacobs y Ostfeld, 1977; Stroebe et al, 1982; Carstensen, 1990), lo que tendría como consecuencia la reducción de las redes de apoyo.

En relación a la disponibilidad de vínculos para cada una de las categorías de apoyo, tal como se puede observar en la **Tabla 18**, se constatan diferencias que merecen ser analizadas. Para el total de la muestra las medias de la red por categorías de apoyo varían encontrándose la más alta (4.84) en la categoría de Participación Social, seguida por la Ayuda Física (4.04), el Feedback Positivo (3.81), la Ayuda Material (3.61), Consejo (3.28) y la más baja (3.14) en la categoría de Sentimientos Personales (**Gráfico 27**).

Los resultados confirman así la tendencia manifestada por algunos autores en el sentido de que en esta etapa de la vida la disponibilidad de apoyo en lo que se denomina ayuda directa (que en este estudio está constituida por la Ayuda Material y la Ayuda Física), es superior a la disponibilidad para la expresión de sentimientos personales o el apoyo emocional (Kahn, 1979).

Por grupos, en función del *tipo de domicilio*, no se han encontrado diferencias significativas en la disponibilidad de la red para cada una de las categorías de apoyo, pese a que sí se encontraron en el tamaño percibido de la red; es decir el tamaño total de la red de apoyo no se relaciona en este caso con la disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en alguna categoría en concreto, pese a que en la literatura se han relacionado ambas variables (Pattison y Pattison, 1981).

Sin embargo sí se encuentran diferencias por *sexo* en la disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en la categoría de "Consejo" (**Tabla 18**) ( $F = 4.37$ ;  $p = .038$ ), presentando los hombres una puntuación media de 4.08 y las mujeres de 2.49. En base a estos resultados puede afirmarse que los

hombres se benefician de unas redes de apoyo más amplias, en tanto que éstas les proporcionan mayor disponibilidad para obtener apoyo informativo. Esta media es similar a la encontrada por Levitt et al. (1986) quienes informaron de una media de 2.4 para los hombres y de 3.1 para las mujeres de miembros en la red para ofrecer apoyo en forma de confianza en una muestra representativa de ancianos, contradiciendo sin embargo la afirmación de algunos autores (Chappell y Blandford, 1991; McAuley y Arling, 1984) de que el sexo no está relacionado con el tipo de apoyo disponible.

Por grupos de *edad* no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en diversas categorías, de acuerdo con Heller y Mansbach (1984) quienes encontraron que la proporción de miembros de la red que proveían distintos modos de apoyo (en forma de compañía, resolución de problemas e intimidad) no presentaba relación con la edad.

#### **4.3.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.2.: ANALIZAR LA COMPOSICION DE LA RED DE APOYO SOCIAL Y LA PROCEDENCIA DEL APOYO.**

La *composición de la red* hace referencia al tipo de vínculos que conforman el sistema de apoyo de un sujeto, esto es, la relación que une al proveedor de apoyo con la persona focal (esposo, hermano, amigo, etc.), mientras que la *procedencia del apoyo* expresa qué categoría de apoyo proporciona cada tipo de vínculo. La procedencia del apoyo ha sido considerada como uno de los indicadores que permite distinguir algunas de las cualidades con más significación para la intervención (Gottlieb, 1981; Biegel y Bloom, 1990). De hecho, características tradicionalmente estudiadas desde la perspectiva estructural del apoyo social (Dfáz-Veiga, 1987, 1992) como la

densidad (Wellman, 1981) y la reciprocidad (Wood, 1981) están íntimamente relacionadas con la procedencia del apoyo.

En esta investigación se ha realizado un pormenorizado estudio tanto de la composición como de la procedencia del apoyo con el que cuentan los ancianos. Los resultados se presentan en la **Tabla 19**, en la que aparecen los porcentajes en que están presentes cada uno de los tipos de vínculos (esposo, amigos, parientes, etc.) que componen las redes de apoyo social de los ancianos de nuestra muestra en cada una de las categorías de apoyo estudiadas. Las redes de apoyo social de los ancianos de nuestra muestra están compuestas por vínculos que pertenecen al ámbito familiar, y dentro de éste lo que pueden ser considerados vínculos generacionales (esposo, hermanos y primos) así como vínculos intergeneracionales (hijos, sobrinos, nietos, yernos/nueras); también se encuentran vínculos que pertenecen al ámbito extrafamiliar (los citados son amigos, compañeros/vecinos y profesionales).

A continuación se analizan los resultados obtenidos en relación a estas variables, para posteriormente ser discutidos en base a la literatura disponible.

En la categoría de "Sentimientos Personales" los principales proveedores de apoyo son los hijos, que están presentes para casi un 40% de la muestra, y los amigos para casi el 29%. A continuación se sitúan los esposo y hermanos en porcentajes iguales (24.75%), seguidos de sobrinos y compañeros/vecinos en igual medida (13.86%), profesionales (11.88%) y por último otros parientes (6.93%). Se puede comprobar que los vínculos familiares cercanos, especialmente los hijos, tienen un protagonismo muy importante en la expresión de sentimientos personales; adquiriendo elevado protagonismo también los esposo y amigos, que se asemejan bastante.

En cuanto a la categoría de "Ayuda Material" de nuevo son los hijos los

principales componentes de la red de apoyo (para el 53.47% de la muestra) de forma muy distanciada al resto de posibles componentes. En segundo lugar se sitúan los amigos (27.74%) y los hermanos (23.76%). Para esta categoría, los demás vínculos de la red adquieren valores similares, así los sobrinos están presentes en la red de apoyo de un 14.85% de los sujetos de la muestra, los primos para un 13.86% y los compañeros/vecinos para un 11.88%; por último, se exceptúan los profesionales que se sitúan muy alejados del resto de miembros de la red de apoyo, estando presentes para un 2.97% de la muestra.

Respecto a la categoría de "Consejo" los principales componentes de la red de apoyo vuelven a ser los hijos para el 40% de la muestra. Los amigos y los hermanos están presentes para un 22% del total de los sujetos. Destaca el poco peso que adquieren en esta categoría los esposo, que con un 15% se asemejan a los compañeros y vecinos que son nombrados casi por un 11%. Sin embargo los profesionales se convierten en el cuarto vínculo más citado, siendo ésta la categoría en la que adquieren mayor protagonismo.

De nuevo son los hijos, para casi un 40% de la muestra, y los amigos, para casi un 30%, los vínculos más citados en la categoría de *Feedback Positivo*, seguido de los esposo para un 22.77% de la muestra. El resto de los vínculos se sitúan en rangos similares, excepto los primos y profesionales que son nombrados por una minoría de la muestra.

La disponibilidad de *Ayuda Física*, sitúa de nuevo a los hijos como el vínculo más citado, por más del 50% de la muestra, seguido por los sobrinos para el 28% de la muestra, los amigos para el 19.80%, los esposo para un 18.81%, compañeros/vecinos (14.85%) y hermanos (13.86%). Finalmente y en porcentajes pequeños otros parientes (5.94%) y profesionales (4.95%), son nombrados por los sujetos de la muestra.

Por último, en la categoría de *Participación Social*, que hace referencia a la disponibilidad de la red para actividades de ocio fundamentalmente, los compañeros/vecinos son los principales protagonistas, nombrándolos un 37.62% de la muestra, seguidos de los amigos por un 29.5% y de los hijos, por casi un 21% de la muestra. Tienen un menor protagonismo los esposo y sobrinos con porcentajes que rondan el 13% y los hermanos y primos que son citados por un escaso porcentaje de sujetos de la muestra. Por último los profesionales casi no aparecen en esta categoría.

En general, estos resultados ponen de manifiesto la importancia que adquieren en las redes de apoyo de los ancianos los vínculos familiares - especialmente los hijos y el esposo- y también los amigos. Se constata igualmente que los ancianos emplean de forma selectiva sus redes; si bien es cierto que los hijos adquieren un alto protagonismo en casi todas las categorías de apoyo, se pone de manifiesto que la disponibilidad de vínculos se agrupa en función de las categorías de apoyo.

Estos resultados coinciden con los de estudios que señalan que las redes de apoyo social de los ancianos están constituidas principalmente por familiares (Griffith, 1985) y con aquellos otros que ponen de manifiesto que los ancianos emplean de forma selectiva sus redes (Antonucci y Jackson, 1990; Eggeben, 1992). Así en la expresión de *sentimientos personales* aparecen sobre todo los hijos y amigos, para la obtención de *ayuda material* los hijos y hermanos, para obtener *consejo* principalmente los hijos y después los amigos y hermanos, en la categoría de *feedback positivo* los hijos, amigos y esposo son los principales componentes, en la *ayuda física* los hijos y sobrinos son los que están presentes en las redes de mayor número de ancianos y para la *participación social* los compañeros/vecinos y amigos son los principales componentes de estas redes de apoyo.

Estos resultados que indican la presencia de vínculos familiares -hijos,

esposo, hermanos y sobrinos- en casi todas las categorías de apoyo coinciden con otros estudios que señalan que los ancianos recurren en primer lugar a los familiares no sólo para la obtención de apoyo instrumental, sino también para el apoyo emocional y el apoyo informativo (Branch y Jette, 1983; McKinlay y Tennstedt, 1986; Stone et al., 1987). Además ponen de manifiesto la importancia de amigos y vecinos (Chappell, 1990; Krause, 1990a) para todos los tipos de apoyo y de los profesionales sobre todo para las categorías de expresión de sentimientos y de consejo. La presencia de profesionales para porcentajes relativamente altos de la muestra en estas categorías señaladas puede ser explicada por el hecho de que aunque los ancianos tengan en sus redes de apoyo a familiares y amigos pueden preferir la asistencia formal por la importancia que le conceden a los valores de independencia y autosuficiencia (Lee, 1985).

Pero los resultados merecen un análisis más pormenorizado en tanto que la ancianidad es una población muy heterogénea que está sujeta a multitud de circunstancias y variables; entre éstas destaca la variabilidad que existen entre los propios ancianos en función de su rango de edad, el tipo de domicilio, e incluso en razón de su sexo. Por ello, hemos analizado la presencia de cada uno de los tipos de vínculos que componen las redes de apoyo social de los ancianos de nuestra muestra en función de su domicilio habitual, del rango de edad y del sexo. Los resultados que obtuvimos se presentan en la **Tabla 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27**, donde se exponen los porcentajes de sujetos de la muestra, distribuidos en función de estas variables, que cuentan entre sus redes de apoyo con diferentes vínculos.

Tras efectuar los contrastes oportunos para determinar diferencias en función de la variables edad, sexo y domicilio podemos decir lo siguiente.

La variable tipo de *domicilio* marca diferencias estadísticamente significativas en la procedencia del apoyo, para las categorías Sentimientos

Personales, Ayuda Material, Feedback Positivo, Ayuda Física y Participación Social.

En la categoría de Sentimientos Personales los ancianos que viven en su propio domicilio mantienen en un 20.69% de los casos a sus *esposo* como componentes de sus redes para esta categoría de apoyo. Entre los que viven en residencia o en el domicilio de familiar el porcentaje de sujetos que dispone de sus esposo en esta categoría es significativamente más bajo (1.98%). Considerando que en la muestra total un 40.6% de los sujetos están viudos/as no es de extrañar estas diferencias entre grupos en función del domicilio, puesto que los que viven en residencias o con algún familiar son con seguridad los que tienen que prescindir de este vínculo. Sin embargo un análisis más detallado de los vínculos que componen las redes de apoyo social de los ancianos en función de su domicilio revela algunas peculiaridades, que se verán más adelante. Por otra parte se encuentran diferencias en la presencia de *hermanos* para esta misma categoría de apoyo: entre los que viven en su propio domicilio un 14.85% disponen de este vínculo, mientras que el porcentaje es menor (5.94%) entre los que viven con algún familiar, y menor aún (3.96%) entre los que se encuentran en residencias.

En la categoría de Ayuda Material la presencia de *hermanos* y *sobrinos* marca diferencias estadísticamente significativas en función de la variable que se está tratando. Mientras que los que viven en el domicilio propio recurren en mayor porcentaje que los otros dos grupos a los hermanos, los sobrinos forman parte en mayor extensión de las redes entre los ancianos que se encuentran en residencias que entre los que viven en el propio domicilio o los que viven con algún familiar (entre estos últimos tan sólo un 0.99% nombra a los sobrinos para la ayuda material).

En la categoría de Feedback Positivo, los *hermanos* están presentes de forma diferencial en las redes de los ancianos que permanecen en su propio

domicilio (7.92%), en relación con los que se viven con algún familiar (4.95%), y entre los que viven en residencias (2.97%).

Respecto a la Ayuda Física se dan diferencias estadísticamente significativas en la presencia de *hijos/nueras* y *yernos* para los distintos grupos en función del tipo de domicilio. Para casi un 40% de los ancianos en su propio domicilio los hijos (naturales y políticos) ofrecen ayuda física. Estos vínculos están disponibles para esta categoría tan sólo para un 7% de los ancianos que se encuentran en residencias y en el caso de los que viven con algún familiar para un 4%.

En las actividades de ocio, recogidas en la categoría de Participación Social existen diferencias significativas en la presencia de *amigos* en las redes de apoyo para los distintos grupos. Los ancianos que permanecen en su propio domicilio disponen de los amigos para esta categoría hasta para un 38.61% de los casos. Entre los ancianos que viven con algún familiar disminuye hasta un 1.98% de los casos. Finalmente los que se encuentran en residencias presentan un porcentaje más alto que en el caso anterior de amigos para la participación social.

En resumen, después de analizar la composición y procedencia del apoyo teniendo en cuenta el tipo de domicilio, lo más destacado es que aquellos sujetos que viven en su propio domicilio obtienen más apoyo de los vínculos familiares pertenecientes a su misma generación (esposo y hermanos, fundamentalmente) mientras que aquellos otros que permanecen en el domicilio de algún familiar o en residencia lo obtienen de vínculos familiares intergeneracionales (hijos especialmente, y también sobrinos). Esto concuerda con estudios que ponen de manifiesto que los vínculos de iguales (esposo) son generalmente los proveedores de apoyo más presentes entre los ancianos (Stoller, 1992) y que cuando éstos desaparecen son los hijos los sustitutos más frecuentes (Tennstedt et al., 1989). Tal es la importancia que adquieren

los esposo y los hijos durante al ancianidad, que la presencia de éstos se considera como uno de los factores más relacionados con el mantenimiento del anciano en su entorno natural, evitando así la institucionalización (Johnson y Catalano, 1981; Longino y Lipman, 1981, 1985; Hanson y Sauer, 1985). Sin embargo, la presencia de familiares (hijos y sobrinos fundamentalmente) entre las redes de apoyo de los ancianos que se encuentran en residencias pone de manifiesto que no se da un abandono total del anciano por parte de su familia, y que tal y como otros autores han puesto de manifiesto (Pruchno et al., 1994) las relaciones entre los hijos adultos y sus padres después de la institucionalización continúa estando caracterizada por sentimientos de cercanía.

Por otra parte los vínculos extrafamiliares (amigos y compañeros/vecinos, principalmente) son los que proporcionan apoyo en forma de integración y participación social de manera diferencial en función del domicilio. Así se ha indicado que aunque son los familiares los que proporcionan apoyo de una manera más importante, representando entre el 80 y el 90% del apoyo disponible para el cuidado personal y la ayuda instrumental (Brody, 1985), la fuente de apoyo más buscada es la de los amigos (Griffith, 1985) por la función de integración y participación social que cumplen. La presencia de amigos para la participación social marca diferencias para los ancianos de nuestra muestra en función del domicilio, habiéndose encontrado que son los que viven en el propio domicilio los que disponen de éstos en mayor medida.

En principio este hecho puede tener importantes consecuencias negativas, sobre todo para aquellos que permanecen en el domicilio de algún familiar, que son los que han informado de una menor presencia de estos vínculos, ya que se considera que el apoyo procedente de los amigos es un buen predictor de la satisfacción vital durante la ancianidad (Arling, 1976;

Wood y Robertson, 1978).

En función del rango de *edad* también se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la composición de las redes de apoyo de los ancianos. Estas diferencias se encuentran en la presencia de algunos vínculos para las categorías de Sentimientos Personales, Ayuda Material, Ayuda Física y Participación Social.

En la categoría de Sentimientos Personales se dan diferencias en el porcentaje de casos en los que están presentes los *hijos*, de tal manera que a menor edad mayor presencia de hijos. Así el grupo comprendido entre los 65 y 69 años dispone en un 12% de los casos de hijos para la expresión de sentimientos personales, disminuyendo el porcentaje hasta llegar a casi un 2% en el grupo de más edad (84 años en adelante).

Respecto a la Ayuda Material se dan diferencias en la presencia de *otros parientes* (en la mayor parte de los casos primos). En el grupo de 65 a 69 años es entre los que se da el mayor porcentaje de sujetos (casi un 9%) que cuentan con estos vínculos (representados bajo la denominación de otros parientes) para la ayuda material.

En la disponibilidad de los diferentes vínculos para la Ayuda Física se encuentran diferencias por grupos de edad en relación también a *otros parientes*. Para casi un 5% de los ancianos con edades comprendidas entre los 65 y 69 años, los primos están presentes en esta categoría de apoyo, en tanto que en otros grupos de edad considerados ni siquiera están presentes (en los grupos de 70-74, 80-84, y 85 en adelante).

Por último en la categoría de Participación Social se dan diferencias estadísticamente significativas en la presencia de *esposo* en los distintos grupos en función de la edad. Los esposos están presentes para casi un 8% de los sujetos cuya edad está comprendida entre los 65 y 69 años, en el

siguiente grupo (de 70 a 74 años) aparecen en esta categoría de apoyo para casi un 4% de sujetos y para el grupo de 85 años en adelante tan sólo para un 1%, no estando presentes en los restantes grupos de edad.

En resumen, cuando hemos estudiado la composición y procedencia del apoyo en función de la edad, destacan sobre todo las diferencias encontradas en la presencia de otros parientes. En la literatura se han señalado diferencias en cuanto a la presencia de amigos en ciertas funciones de apoyo; así Antonucci y Akiyama (1987) encontraron que el grupo de edad entre 75 y 95 años presentaba un mayor número de vínculos con amigos y Vaux y Harrison (1983) encontraron una relación significativa de signo negativo entre la edad y el apoyo percibido procedente de los amigos. Sin embargo, nuestros resultados indican que no hay diferencias en la presencia de amigos en las redes de apoyo social de los ancianos en función de la edad y que estas diferencias sí se dan en la presencia de otros vínculos (hijos, esposo y otros parientes) quienes forman parte de las redes de apoyo de los ancianos de forma diferencial en función de los grupos de edad considerados. En general, los parientes próximos aparecen para mayores porcentajes de sujetos en el grupo de menor edad (de 65 a 69) en relación a los restantes grupos. Parece que los ancianos prefieren los lazos familiares mientras sea posible, por el sentimiento de reciprocidad que se ha ido creando a lo largo de toda una vida. Estos resultados concuerdan con la afirmación de Hagesttad y Neugarten (1985) y Riley (1985) quienes han informado que suele ser mejor aceptada la ayuda tangible cuando proviene de una familiar, aunque sea de otra generación.

Al distribuir la muestra en función de la variable *sexo* encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en la composición de las redes de los ancianos en todas las categorías de apoyo, pero solamente en la presencia de dos vínculos, *esposo* y *amigos*.

Nuestros resultados apuntan a que el esposo está presente de forma diferencial en las redes de apoyo de hombres y mujeres en todas las categorías menos en la Participación Social, en el sentido en que los hombres disponen de sus esposas en mayor medida que las mujeres en relación a sus esposo. Los amigos también forman parte de las redes de forma diferencial entre hombres y mujeres para las categorías de Consejo, Feedback Positivo, Ayuda Física y Participación Social; en estas cuatro categorías el porcentaje de hombres que disponen de amigos es superior al de mujeres. Esto puede tener dos explicaciones posibles: por un lado puede deberse a que el número de viudas es superior al de viudos en nuestra muestra. Por otro lado la presencia de esposo en las redes de apoyo social de las mujeres para la categoría de participación social se aproxima a un 4%, porcentaje que es superior a los encontrados para otras categorías como la Ayuda Física, Sentimientos Personales y Ayuda Material. En función de los resultados obtenidos puede decirse al menos que los hombres disponen de su cónyuge para obtener apoyo -emocional, tangible e informativo- en mayor medida que las mujeres, excepto para la participación social.

Esto concuerda con la investigación llevada a cabo por Lowenthal y Haven (1968) quienes informaron que las esposas eran nombradas con mayor frecuencia por sus maridos como confidentes, mientras que los maridos eran nombrados con menor frecuencia por sus esposas; estas diferencias sugieren para los autores del estudio que los esposo no son frecuentemente el recurso primario de apoyo para las mujeres.

Las variaciones en el apoyo social a través del género puede tener varias explicaciones, la más plausible es la de que son en parte debidas a la orientación del rol sexual, específicamente a la presencia de características femeninas (Burda et al., 1984). La orientación del rol sexual se refiere a la extensión en la que un individuo muestra características sexuales tipificadas,

presumiblemente como resultado de los procesos de socialización (Vaux, 1985).

Los amigos también forman parte de las redes de forma diferencial entre hombres y mujeres para obtener apoyo (sobre todo informativo) y para la participación social: en estas categorías de apoyo el porcentaje de hombres que disponen de los amigos es superior al de mujeres. Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Bowling y Brown (1991), quienes informan de una mayor presencia de otros miembros que no son familiares (y en especial de los amigos) en la red de apoyo de los hombres. Más recientemente, Penning y Strain (1994) analizan las consecuencias negativas que tiene para las mujeres una mayor longevidad y una historia de intercambios centrada en la familia -fundamentalmente en el esposo y los hijos- sobre todo en lo referente a funciones de apoyo no ligadas a la ayuda directa o tangible.

Por otra parte, la literatura disponible en referencia a las diferencias por género en cuanto a la composición de las redes de apoyo señala, bien que no existen diferencias por sexo en los vínculos que componen las redes de apoyo, salvo en el número de parientes (Bowling y Browne, 1991), o por el contrario señala que las diferencias por género emergen de forma más consistente en el apoyo procedente de los amigos que en el apoyo procedente de la familia (Burke y Weir, 1978; Vaux y Stewart, 1982). Los resultados obtenidos en la presente investigación van en estas dos direcciones, presentándose diferencias tanto en el ámbito familiar (en particular en relación al esposo) como en el no familiar (en relación a los amigos) en la estructura de las redes de apoyo social de los ancianos en función del género.

#### **4.3.3. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.3.: ANALIZAR LA MULTIPLICIDAD DE LOS VINCULOS QUE COMPONEN LA RED DE APOYO SOCIAL.**

La *multiplicidad* hace referencia a la capacidad que tienen los diferentes vínculos para ofrecer apoyo en dos o más categorías. El análisis de la multiplicidad tiene una gran importancia ya que es considerada como una de las dimensiones que favorece en mayor medida la satisfacción con el apoyo. En este sentido, se ha argumentado que una buena satisfacción con relaciones sociales múltiples es un buen predictor de la satisfacción con la red total (Tolsdorf, 1976). También se ha comprobado que una red múltiple está asociada con una mayor satisfacción vital (Adelmann, 1994).

Para el total de la muestra (**Gráfico 29**) los hijos constituyen el vínculo más múltiple de todos, ya que ofrecen dos o más categorías para un porcentaje del 54.4% de la muestra. El siguiente vínculo más múltiple lo constituye los amigos, que ofrecen dos o más categorías de apoyo para un 38.6% de la muestra total. Les siguen los hermanos (27.7%), esposo y compañeros/vecinos (para un 25.7% de la muestra cada uno). A continuación se sitúan los sobrinos (para un 22.8% de la muestra), los profesionales (12.9%) y por último otros parientes (10.9%).

Nuestros resultados ponen de manifiesto que los vínculos que forman las redes de apoyo social de los ancianos en general puede decirse que son múltiples, y que entre todos ellos los que ofrecen apoyo en mayor número de categorías de apoyo son los hijos, seguidos de los amigos. Estos resultados concuerdan con la literatura que habla sobre las preferencias en la elección de los vínculos de apoyo, de tal manera que se prefieren los vínculos con los cuales existe una historia de intercambios. Autores como Peters et al. (1987) afirman que se recurre a ciertos vínculos de apoyo de forma jerárquica; primero al esposo, seguido de los hijos adultos, amigos, vecinos y otros

familiares, operando un principio compensatorio por el cual cuando uno de estos roles falta es sustituido por otros en la ayuda requerida. De esta manera, los hijos constituyen el vínculo al que se recurre en más ocasiones (para mayor número de categorías de apoyo), seguido de los amigos. Por la falta de esposo en la red de una gran parte de la muestra, con bastante probabilidad el apoyo que en otras circunstancias hubiera sido provisto por este vínculo es compensado por el apoyo que cubre otro.

De manera más pormenorizada se analizan los resultados sobre esta característica de los vínculos distribuyendo a los sujetos de la muestra por edad, domicilio y sexo.

Los resultados que se obtuvieron tras someter los datos a los pertinentes análisis estadísticos, distribuida la muestra agrupando a los sujetos por rangos de *edad*, pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas respecto a la disponibilidad de apoyo para varias categorías. Estos resultados se presentan en la **Tabla 28** y en el **Gráfico 31**.

Se observa que los esposo constituyen un vínculo múltiple para un porcentaje muy alto de sujetos (40%) cuyas edades están comprendidas entre los 65 y los 69 años. Sin embargo, conforme aumenta el rango de edad, esta capacidad va perdiéndose; debido con toda seguridad a que es el vínculo el que tiende a perderse. En cambio otros vínculos pasan a desempeñar múltiples funciones de apoyo conforme la edad avanza. Así encontramos que los sobrinos representan un vínculo múltiple tan sólo para un 3.33% de los ancianos cuyas edades van de los 65 a los 69 años, mientras que están presentes para un 50% de los mayores de 85 años en dos o más categorías de apoyo. Los hijos juegan un papel importante, por el número de categorías de apoyo que ofrecen para porcentajes altos de sujetos en todos los grupos de edad, dándose el más alto en el grupo de 80 a 84 años. Los profesionales pasan a jugar un papel importante con la edad, de tal manera que en el grupo

de 85 años en adelante constituyen un vínculo múltiple para un 12.5% de sujetos.

Al distribuir la muestra en función del *sexo*, se obtuvieron los resultados que se presentan en la **Tabla 29**. En ella se puede observar que los esposos están más presentes como vínculo múltiple entre los hombres que entre las mujeres, al igual que ocurre con los amigos. Sin embargo los compañeros y vecinos son un vínculo que cubre más cantidad de categorías de apoyo para las mujeres. El resto de componentes o miembros de la red ofrecen dos o más categorías de apoyo en porcentajes muy parecidos para hombres y mujeres.

Cuando se agrupa la muestra en función del *domicilio* los porcentajes de sujetos que cuentan con un mismo vínculo para cubrir dos o más categorías de apoyo varían de forma significativa si se trata de ancianos en residencias, en su propio domicilio o en el domicilio de algún familiar (**Tabla 30** y **Gráfico 32**). Los esposos no están presentes para un porcentaje alto de ancianos en residencias o en el domicilio familiar. Los hermanos ofrecen apoyo en más categorías entre los ancianos en el domicilio familiar en relación a los otros dos grupos. Los hijos por el contrario ofrecen apoyo en más categorías a los ancianos que viven en su propio domicilio. Los sobrinos cubren más categorías de apoyo para los que están en residencias. Los primos y otros parientes están presentes en más categorías de apoyo entre los ancianos en su propio domicilio. Los compañeros y vecinos aparecen de forma más importante (cubriendo más categorías de apoyo) entre los que viven con algún familiar. Los amigos son vínculos más múltiples entre los que permanecen en su propio domicilio. Por último los profesionales ofrecen apoyo en mayor cantidad de situaciones a los ancianos en residencias.

En resumen, se comprueba que con el paso de los años y con el acontecer de ciertos acontecimientos característicos en esta etapa de la vida, como la viudez o la institucionalización, se moldea la capacidad de los vínculos

para ofrecer apoyo en más categorías. Así se observa que los amigos y los vecinos están presentes en las redes de apoyo durante todo el ciclo vital, ampliando su capacidad de ayuda en ciertos casos: para las mujeres, para los más mayores y para los que viven en residencias, adquiriendo así una importancia decisiva. Igualmente los sobrinos pasan a desempeñar múltiples funciones para los ancianos que se encuentran en residencias y para los más mayores, al igual que los primos y otros parientes para los que viven en el domicilio de algún familiar. Los profesionales adquieren relevancia también para los ancianos en residencias, al ofrecer apoyo en mayor número de categorías, en comparación con los que se encuentran en su propio domicilio y en el de algún familiar.

Nuestros resultados son concordantes con la afirmación de Biegel (1985) de que la familia, los amigos y los vecinos son elementos importantes en el cuidado de los ancianos. En general, en base a los resultados obtenidos puede afirmarse que las redes de apoyo social de los ancianos están formadas por vínculos múltiples y que además existe un orden en la presencia de estos vínculos, que no constituye un orden rígido sino que se va adaptando a las circunstancias de la vida, de tal manera que cuando alguno de los vínculos de primer orden -como pueden ser los esposo y los hijos- no están presentes otros vínculos sustitutos pasan a desempeñar las funciones que el anterior venía cumpliendo, produciéndose así una regeneración continua de las redes de apoyo social de los ancianos. Esto pueden tener implicaciones importantes para la intervención en base a la obtención de resultados que señalan que las redes de apoyo social de los ancianos no son inmutables, y que están compuestas por vínculos variados que tienen la característica de asumir la capacidad de ofrecer apoyo de distinta naturaleza.

#### 4.3.4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 2.4.: DESCRIBIR LAS RELACIONES CONFLICTIVAS CON LOS MIEMBROS QUE COMPONEN LA RED DE APOYO SOCIAL.

En la literatura se ha señalado que al igual que existen vínculos en las redes sociales de los individuos que proveen apoyo, también existen vínculos que son fuente de conflicto, de tal manera que otra de las funciones que acompaña al entramado social de un individuo es lo que se ha denominado *relaciones conflictivas* (House, Umberson y Landis, 1988). Esta función de la red social adquiere una importancia especial en la ancianidad, de tal modo que autores como Pagel et al., (1987) han afirmado que los ancianos que se ven envueltos en interacciones negativas con vínculos próximos tienden a estar menos satisfechos con sus redes de apoyo social que aquellos otros que no se ven expuestos tan a menudo a tales interacciones.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran una baja presencia de vínculos conflictivos en las redes de apoyo social de los ancianos (**Tabla 31**). En concreto, la media para el total de la muestra de vínculos conflictivos en la red es de 0.82, mientras que el número de interacciones conflictivas es de 0.53. Tras realizar los contrastes oportunos entre grupos, no se obtuvieron diferencias significativas en función de las variables en las que han sido agrupados los sujetos (edad, domicilio y sexo).

Respecto a la procedencia del conflicto puede observarse en la **Tabla 32** como son los vecinos/compañeros los que se nombran con mayor frecuencia (24.7%), seguidos a distancia por los profesionales (2.97%).

Sin embargo, el análisis más interesante para la presente investigación se centra en aquellos vínculos que son fuente de apoyo y de conflicto a la vez. En este sentido se ha señalado que las interacciones negativas se producen con mayor probabilidad con los familiares que con los amigos (Rook, 1990a),

y que por ello los ancianos estarían más expuestos a este tipo de relaciones, dado que los intercambios sociales se producen con mayor frecuencia con la familia (Antonucci y Akiyama, 1987).

Puede observarse, también en la **Tabla 32**, que los amigos y los hijos son los que proporcionan apoyo para un mayor porcentaje de sujetos de la muestra, a la vez que representan una fuente de conflicto para pequeños porcentajes de la muestra (1.98% y 2.97%, respectivamente). Los esposo, por el contrario son el tipo de vínculo que proporciona apoyo y conflicto para mayores porcentajes de la muestra (4.95%); pudiendo resultar perjudicial, puesto que se ha sugerido que la presencia de conflicto es más perjudicial para la provisión de apoyo si se trata de una relación de cercanía (Abbey et al., 1985). Los restantes tipos de vínculos representan apoyo y conflicto para muy bajos porcentajes de la muestra.

Los bajos porcentajes encontrados, en general, de vínculos que son fuente de apoyo y de conflicto a la vez puede deberse a que, en principio, las medidas de apoyo y de conflicto no están correlacionadas, salvo cuando el sujeto hace referencia a la persona más cercana (Coyne y DeLongis, 1986). Por la formulación de la pregunta los sujetos de la muestra han contestado sobre aquellos sujetos que les ocasionaban algún tipo de conflicto, independientemente de que fueran a la vez un recursos de apoyo.

Por último señalar que cada vez existe una literatura más extensa que se centra sobre los aspectos perjudiciales de las relaciones sociales, habiéndose argumentado que una orientación negativa hacia la red puede contribuir al desarrollo y persistencia del distrés psicológico (Tolsdorf, 1976, 1978). Sin embargo, el bajo porcentaje que hemos obtenido de vínculos conflictivos en relación a los recursos de apoyo de los ancianos de nuestra muestra no nos ha permitido llevar a cabo análisis más detallados sobre la naturaleza de estos vínculos o las características diferenciales de los sujetos

que establecen este tipo de relaciones, constituyendo este tema a nuestro parecer una de las líneas de investigación más prometedoras para el futuro.

#### 4.4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 3: DESCRIBIR EL GRADO DE NECESIDAD DE APOYO EXPRESADO POR LOS ANCIANOS.

La distribución de la muestra total por los distintos grados de necesidad pone de manifiesto que la mayor concentración de casos se da en el polo negativo, es decir, en la respuesta "ninguna necesidad". Tal como se aprecia en la **Tabla 34**, entre un 53 y un 79% de los sujetos manifestaron no haber sentido necesidad alguna de pedir u obtener apoyo durante el mes anterior a ser entrevistados, dándose el mayor porcentaje en la categoría de Ayuda Material (que expresa la posibilidad de obtención de bienes y servicios). En el polo positivo el mayor porcentaje se encuentra en la categoría de Sentimientos Personales: un 9.9% de los sujetos de la muestra declararon haber sentido "muchísima necesidad" de intimidad con miembros de su red para discutir acerca de cuestiones personales.

Por grupos de *edad* no se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos en el grado de necesidad expresado en cada categoría (**Tabla 33**). En la categoría de Sentimientos Personales las medias más altas se dan en los grupos de 70 a 74 años (2.32) y en el grupo de 75 a 79 (2.24). En la categoría de Ayuda Material la media más alta corresponde al grupo de 70 a 74 años (1.52) mientras que la más baja corresponde al grupo de 85 en adelante (1.13). En la categoría de Consejo las medias en los distintos grupos de edad son muy parecidas. En Feedback Positivo la media más alta se da en el grupo de 84 años en adelante (2.00). En Ayuda Física la más alta corresponde al grupo de 75 a 79 años (1.92) y la más baja al grupo de 80 a 84 años (1.42). En la categoría de Participación Social se da la media más alta de todas, que corresponde al grupo de 75 a 79 años (2.46). En general, puede decirse que es el grupo que corresponde al rango de edad de 75 a 79 años el que expresa grados de necesidad de apoyo ligeramente superiores al resto.

Al distribuir la muestra por *sexo*, de nuevo no se encuentran diferencias significativas. No obstante se aprecia una tendencia en las mujeres a puntuar más alto, es decir, mayor necesidad, que los hombres en todas las categorías de apoyo, excepto en Feedback Positivo y Participación Social, donde son los hombres los que expresan mayor necesidad (**Tabla 33**).

En función del *domicilio* no se dan diferencias significativas en ninguna categoría de apoyo. En la categoría de Sentimientos Personales la media más alta se da entre los ancianos que viven en residencias (2.41) y la más baja entre los ancianos que permanecen en su propio domicilio (1.56). En la categoría de Ayuda Material la media más alta corresponde de nuevo al grupo de ancianos en residencias (1.67), le sigue el grupo que vive en su propio domicilio y en tercer lugar los que viven con algún familiar. En la categoría de Consejo los ancianos en residencias obtienen una media de 2.33, los que se encuentran en el domicilio de algún familiar y los que viven en el suyo propio obtienen la misma media (1.38). En la categoría de Feedback Positivo las medias siguen el mismo orden: la más alta se da en los ancianos que viven en residencias, seguido de los que viven en su propio domicilio, por último se sitúan los que viven con algún familiar. En la categoría de Ayuda Física las medias siguen este mismo orden. Por último, en Participación Social los que viven en residencias, obteniendo una media de 2.24, son los que expresan mayor necesidad, les siguen los que viven en su propio domicilio con 2.02 y por último los que viven con algún familiar (1.56). Puede decirse que de manera clara, aunque no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas, los ancianos que se encuentran en residencias expresan grados de necesidad de apoyo más altos en todas las categorías (**Tabla 33**).

En resumen, puede decirse que los ancianos no expresan una gran necesidad de apoyo, constituyendo ésta una variable de apoyo de difícil medición. Por otra parte, los bajos índices indicados de necesidad de apoyo no

han permitido discriminar entre diferentes situaciones de carencia en función de las variables sociodemográficas estudiadas -edad, sexo y tipo de domicilio-. Quizá hubiera resultado más valioso un instrumento que recogiera actividades de la vida diaria, sobre las cuales los ancianos hubieran podido expresar de una manera más concreta las dificultades que se les presentan para realizarlas, y por ende, el grado de ayuda requerida en un cada caso.

**4.5. DESCRIBIR LA UTILIZACION QUE HACEN LOS ANCIANOS DE SUS RECURSOS DE APOYO.**

**4.5.1. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 4.1.: DESCRIBIR EL GRADO DE UTILIZACION QUE HACEN LOS ANCIANOS DE SUS RECURSOS DE APOYO, DIFERENCIANDO POR GRUPOS.**

Las medias en la utilización de la red de apoyo varían en los distintos grupos considerando la edad, el sexo y el domicilio, aunque no se dan diferencias estadísticamente significativas. Además y de manera general, las medias más bajas se encuentran en las categorías de Ayuda Material y Consejo, y la más alta en Participación Social (**Tabla 35**).

Atendiendo a la *edad*, no existe ningún patrón fijo por el que pueda distinguirse un grupo en relación a los otros. En la categoría de Sentimientos Personales el grupo comprendido entre 65 y 69 años obtiene una media de 1.53 personas, mientras que la media más baja (0.92) la encontramos en el grupo de 80 a 84 años. En la categoría de Ayuda Material las medias de utilización son muy bajas, oscilando desde el 0 de media en el grupo de 85 años en adelante a 0.24 en el grupo de 75 a 79 años. En la categoría de Consejo las medias son muy parecidas para todos los grupos. En Feedback Positivo el grupo de 85 años en adelante es el que utiliza más sus redes de apoyo, al igual que en la categoría de Ayuda Física. Por último en Participación Social es el grupo comprendido entre los 70 y 74 años los que hacen una mayor utilización de la red de apoyo (con una media de 5.20).

En función del *sexo* encontramos que los hombres tienen unas medias más altas en utilización de la red de apoyo que las mujeres en todas categorías excepto en Consejo y Feedback Positivo, aunque estas diferencias no son significativas.

Según el *domicilio* las medias más bajas en utilización de la red de apoyo se encuentran entre los ancianos que viven en el suyo propio en las categorías de Sentimientos Personales, Consejo, Feedback Positivo, Ayuda Física. En la categoría de Ayuda Material los que viven con algún familiar tienen una utilización de la red de apoyo nula. También es este grupo el que presenta una media más baja en la categoría de Participación Social (1.89), mientras que los que se encuentran en residencias obtienen una media de 2.93 y los que viven en su propio domicilio de 4.31.

Estos resultados no parecen seguir una lógica: el hecho de que los ancianos que viven en el domicilio de algún familiar manifiesten un grado nulo en la utilización de la red en la categoría de Ayuda Material no parece significar que éstos no obtengan bienes y servicios por parte de sus recursos de apoyo social, sino más bien parece deberse a que no son conscientes de la obtención de los mismos. Estos y otros resultados contradictorios sobre la medida en que los ancianos utilizan sus redes parecen indicarnos que es imprescindible el análisis de los resultados sobre la utilización de la red en función de la necesidad de apoyo que manifiestan los sujetos.

En cuanto a las posibles diferencias existentes entre grupos en la utilización de las redes en función de la edad, el sexo o el tipo de domicilio no se han encontrado en ningún caso. Encontramos que hombre y mujeres no difieren en la utilización de las redes para recibir ayuda de algún tipo, pese que en la literatura se ha indicado que las mujeres reciben con más probabilidad ayuda de los demás que los hombres (Penning y Strain, 1994). Sin embargo, otros estudios no encontraron diferencias por sexo en la utilización de las redes para obtener apoyo emocional (Penning, 1990), o en la obtención de ayuda física (Stone, 1988).

En función de los resultados obtenidos se observa que las medidas de utilización de la red se refieren a la transacción de apoyo, es decir a la

obtención de alguna conducta de apoyo, suponiendo una dimensión de apoyo distinta a la de disponibilidad de la red, que constituía una dimensión cognitiva, de percepción del sujeto de que podría obtener apoyo en caso de necesidad, y que ambas dimensiones son independientes, aunque sin duda la obtención de ayuda refuerza la percepción que tiene el sujeto de que el apoyo estará disponible para otro caso en que lo necesite.

#### **4.5.2. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 4.2.: DESCRIBIR LA UTILIZACION QUE HACEN LOS ANCIANOS DE SUS RECURSOS DE APOYO EN FUNCION DEL GRADO DE NECESIDAD DE APOYO QUE MANIFIESTAN.**

Los resultados en relación a este objetivo se han obtenido fundamentalmente aplicando el análisis de varianza para determinar diferencias en la utilización las redes en función de los distintos grados de necesidad posibles. La escala utilizada presentaba originariamente cinco niveles de necesidad (ninguna, alguna, moderada, mucha y muchísima). Se procedió a la agrupación de grados para obtener unos contrastes más significativos en tres (baja, moderada y alta necesidad).

Después de realizar los análisis estadísticos pertinentes, los resultados obtenidos, presentados en la **Tabla 36**, son los siguientes: la utilización de los recursos de apoyo se relaciona significativamente con la necesidad de apoyo en las categorías de Sentimientos Personales ( $F = 8.86$ ;  $p = .000$ ), en la de Consejo ( $F = 12.91$ ;  $p = .000$ ), Feedback Positivo ( $F = 5.00$ ;  $p = .001$ ), y Ayuda Física ( $F = 3.40$ ;  $p = .01$ ).

De esta manera, los sujetos que manifestaron haber sentido alguna necesidad de apoyo son lo que utilizaron sus recursos para obtenerlo, de una manera estadísticamente significativa, frente a los que manifestaron no haber

sentido necesidad alguna, dándose esta situación en casi todas las formas de apoyo: en el apoyo emocional (medido a través de la categoría de Sentimientos Personales), en el apoyo informativo (a través de las categorías de Consejo y Feedback Positivo) y en el apoyo tangible (en forma de Ayuda Física).

Estos resultados permiten afirmar que la utilización de los recursos de apoyo por parte de los ancianos está en función del grado de necesidad de apoyo expresado. Ello puede deberse, tal y como sugieren algunos autores (Chappell, 1990; Krause, 1990a), al interés que los ancianos muestran en mantener su estima personal en base a la independencia y a la autosuficiencia, solicitando ayuda solamente cuando es imprescindible, esto es, ante casos evidentes de necesidad.

#### 4.6. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION AL OBJETIVO 5.: DESCRIBIR EL GRADO DE SATISFACCION QUE EXPERIMENTAN LOS ANCIANOS CON SUS RECURSOS DE APOYO.

En la literatura sobre apoyo social se le ha otorgado un considerable interés a la *satisfacción con el apoyo* (Hobfoll et al., 1986; Stokes, 1983). Esta variable se refiere a la evaluación subjetiva que hace el sujeto sobre sus recursos de apoyo, considerándose que está más directamente relacionada con el bienestar subjetivo que otros índices más objetivos del proceso de apoyo social, como puede ser la frecuencia de contacto con otras personas (Krause, 1989).

Los resultados obtenidos por el conjunto de la muestra refleja que los sujetos se encuentran en su mayoría muy satisfechos con sus recursos de apoyo y/o con el apoyo recibido de éstos, tal y como se aprecia en la **Tabla 38**. Así entre un 57% y un 64% de los sujetos, dependiendo de la categoría de apoyo, evalúan su grado de satisfacción en el polo más positivo, mientras que en el otro extremo se sitúa tan sólo entre un 1% y un 3% de la muestra.

Un análisis más pormenorizado de los resultados pone de manifiesto la no existencia de diferencias en función de las variables estudiadas -sexo, edad y tipo de domicilio (**Tabla 37**).

Por categorías de apoyo, las medias obtenidas en relación a la satisfacción con el apoyo son muy altas. Por grupos según el rango de *edad*, las más bajas son las que corresponden al grupo comprendido entre los 80 y 84 años, es decir los sujetos de más edad están menos satisfechos con sus recursos de apoyo que el resto, aunque no de una manera estadística.

Por *sexo*, las mujeres se encuentran más satisfechas con el apoyo en las categorías de Sentimientos Personales, Feedback Positivo y Participación Social; mientras que los hombres puntúan más alto en satisfacción con el

apoyo en las categorías de Ayuda Material, Consejo y Ayuda Física.

Por grupos en función del tipo de *domicilio* los resultados obtenidos muestran que los ancianos en residencias son los que puntúan más bajo en su satisfacción con el apoyo en las categorías de Sentimientos Personales, Ayuda Material, Consejo y Ayuda Física; mientras que en las restantes categorías de apoyo, Feedback Positivo y Participación Social, el grupo que obtiene las medias más bajas es el que corresponde a los ancianos que viven con algún familiar.

La medida de satisfacción con el apoyo ha ido dirigida a determinar si los sujetos sienten que la ayuda que han recibido de otros es adecuada, es decir, está determinada a evaluar la calidad del apoyo potencial o recibido. En el análisis de los resultados se ha puesto de manifiesto que los sujetos de la muestra presentan altos niveles de satisfacción con el apoyo, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos en función de las variables estudiadas (sexo, edad y tipo de domicilio).

El hecho de que se encuentre un alto porcentaje de sujetos que evalúan el apoyo de forma positiva puede interpretarse por una circunstancia especial en este grupo de población. Tal y como han argumentado autores como Krause (1990a), en la evaluación de la satisfacción con el apoyo influirían ciertas normas que dictarían a los ancianos a evaluar niveles bajos de apoyo recibido de forma satisfactoria, ya que no esperan que se les provea con una ayuda más extensa. Además los ancianos cuando no pueden corresponder a la ayuda solicitada buscan fuentes de apoyo entre las que no se dé la característica de unidireccionalidad, solicitando la ayuda a otras fuentes (como profesionales en el caso de los que se encuentran en residencias), ya que el verse envueltos en relaciones en las que ellos se sienten dependientes puede suponerles una menor satisfacción con sus redes (Lee, 1985).

Al igual que en otros estudios (Hobfoll et al., 1991) los resultados obtenidos en la presente investigación parecen mostrar que la satisfacción con el apoyo está relacionada con los recursos sociales y personales de una manera relativamente estable, no encontrándose diferencias en función de variables como el sexo, la edad o el domicilio. La interpretación de estos resultados es consistente con la perspectiva de que la satisfacción con el apoyo está más estrechamente relacionada con las características del self (Sarason, Sarason y Shearin, 1986) y con la presencia de vínculos sociales íntimos (Sarason et al., 1987) que con las transacciones de apoyo en una circunstancia particular. Pero también parece existir un sesgo al medir la satisfacción con el apoyo, de tal manera que los sujetos parecen encontrarse satisfechos con sus recursos de apoyo en tanto que no presentan necesidad de obtener ayuda.

En la presente investigación no se han estudiado los determinantes de las satisfacción con el apoyo, es decir, qué es lo que lleva a los sujetos a evaluar sus recursos de una manera positiva o negativa. En la literatura especializada se han hipotetizado dos factores distintos: uno podría ser la cantidad de ayuda recibida y otro a la influencia de las interacciones negativas. Según la primera perspectiva el recibir algo de alguien que es altamente valorado podría llevar a incrementar los sentimientos de satisfacción con el apoyo (Hobfoll et al., 1986). La segunda perspectiva se basa en la premisa de que la satisfacción con el apoyo puede estar determinada por la extensión en la que el sujeto se ve envuelto en interacciones negativas (Rook, 1984), más específicamente la percepción de adecuación del apoyo estaría influida por las interacciones negativas. Sin embargo, en un estudio reciente realizado por Krause (1995) se ha encontrado que ambos factores -la recepción de ayuda y las interacciones negativas- pueden estar relacionados con la satisfacción con el apoyo que informan los ancianos.

**4.7. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 2 (LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE APOYO TENDRA UNA MAYOR INFLUENCIA SOBRE EL BIENESTAR Y LA SALUD QUE LA UTILIZACION DE LOS MISMOS) Y 3 (LA PARTICIPACION SOCIAL SERA LA CATEGORIA DE APOYO QUE TENDRA UN MAYOR EFECTO SOBRE EL BIENESTAR Y LA SALUD, TANTO EN EL ASPECTO DE DISPONIBILIDAD COMO DE UTILIZACION).**

El estudio de la influencia que los recursos de apoyo social ejercen sobre la salud y el bienestar de las personas ancianas merece al menos dos tipos de análisis básicos. Por un lado, se deben explorar cuales son las contribuciones que dichos recursos naturales de apoyo ejercen fomentando la integración social o el sentimiento de que uno posee los recursos necesarios para hacer frente a diversas circunstancias, es decir, lo que tradicionalmente se ha venido denominando "efectos directos" del apoyo social. Por otro, se debe analizar la influencia que tienen dichos recursos naturales sobre el bienestar amortiguando los efectos perjudiciales de diversos acontecimientos vitales que generan sentimiento de necesidad o de ayuda, lo que se conoce con el nombre de "efectos indirectos".

En la literatura se ha señalado que en la población anciana los mecanismos a través de los cuales se producirían los efectos beneficiosos de las relaciones sociales sobre la salud y el bienestar de los ancianos son idénticos a los que operan en el resto de la población (Antonucci y Jackson, 1990; Fernández-Ballesteros, 1992; Martínez, García y Mendoza, 1995).

Para poner a prueba la hipótesis enunciada en primer lugar se procedió al cruce de las variables *tamaño percibido de la red* y *disponibilidad de la misma para las distintas categorías de apoyo* (Sentimientos Personales, Ayuda Material, Consejo, Feedback Positivo, Ayuda Física y Participación Social) con las distintas medidas de bienestar para ver si variaciones en las citadas

variables daban como resultado variaciones en las puntuaciones en las distintas medidas de bienestar utilizadas. Se realizaron dos pruebas estadísticas distintas: la correlación de Pearson en el caso del Índice de Satisfacción Vital y la Escala del Philadelphia Geriatric Center y por otro lado una prueba no paramétrica (análisis de varianza) para la Escala de Autovaloración de la Salud.

Las mismas pruebas estadísticas se llevaron a cabo para el cruce de la variable *utilización de la red* con las distintas medidas de bienestar.

A continuación se analizan los resultados obtenidos del cruce de cada una de estas variables, en todas las categorías de apoyo con las distintas medidas de bienestar y se discuten en base a la literatura disponible.

#### 4.7.1. TAMAÑO PERCIBIDO DE LA RED DE APOYO Y BIENESTAR.

El tamaño percibido de la red de apoyo correlaciona positivamente con las distintas medidas de bienestar utilizadas, tal y como puede verse en la **Tabla 39**; con el Índice de Satisfacción Vital la correlación encontrada es .303 ( $p = .01$ ), con la escala de Philadelphia Geriatric Center de .676 ( $p = .001$ ) y con la Escala de Autovaloración de Salud  $F = 5.941$  ( $p = .001$ ).

La interpretación de estos resultados debe ser cautelosa, puesto que el sentido causal de la relación entre las medidas de bienestar y el tamaño percibido de la red de apoyo no puede ser determinado mediante estas correlaciones. Sin embargo, sí puede afirmarse que los sujetos que mantienen unos niveles más altos de bienestar (una satisfacción vital mayor, mejor estado de ánimo y mejor autovaloración de su salud) tienen unas redes de apoyo social más amplias y viceversa, los sujetos que tienen redes más amplias de apoyo presentan mejores niveles de bienestar (satisfacción vital,

estado de ánimo y autovaloración de salud).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios. Holtzman y Gilbert (1987) encontraron una correlación entre el tamaño total de la red de apoyo y la satisfacción vital de .17 en una muestra de 142 miembros de familias americano-mexicanas y Bowling y Browne (1991) hallaron una correlación de .21 entre el tamaño de la red y la misma escala de satisfacción vital. Ambas correlaciones son inferiores a la encontrada en la presente investigación ( $R = .303$ ); pudiendo ser atribuibles a diferentes formas de operacionalizar la variable "red de apoyo". Así en el estudio citado de Bowling y Browne (1991), la red se definió como el número de personas que son significativas en la vida del sujeto y con las que además se tuviera contacto por lo menos una vez durante el mes, suponiendo así un criterio más restrictivo que en nuestro caso en el que la red de apoyo estaría formada por aquellas personas que son significativas para el sujeto independientemente de la frecuencia de contacto.

Nuestros resultados también señalan que existe una asociación fuerte entre el tamaño percibido de la red de apoyo y el estado de ánimo de los ancianos, de acuerdo con la afirmación de que el apoyo social es un predictor de la moral (Fuller y Larson, 1980). Por su parte, Levitt et al. (1987) señala la existencia de fuertes relaciones entre el tamaño de la red de apoyo y el afecto, la satisfacción vital y la salud en una muestra de ancianos.

En función de los resultados obtenidos se pone de manifiesto el hecho de que tanto la cantidad como la calidad de las relaciones sociales proveedoras de apoyo pueden ser importantes en la ancianidad, como ya apuntaban Heller y Mansbach (1984). Nuestros resultados apuntan en la dirección de que redes de apoyo más amplias facilitan una mejor percepción de bienestar (a través de una mayor satisfacción vital, una mejor moral y una mejor autovaloración de la salud). Al igual que en el estudio realizado por

Levitt et al. (1986) los resultados obtenidos en esta investigación indican que un aspecto de la estructura de los recursos de apoyo - el tamaño- está relacionado con el bienestar de los ancianos.

Un problema que surge a la hora de interpretar estos resultados como se ha comentado anteriormente se refiere a la posibilidad de que el sentido de la relación sea el inverso, resultando que mayores niveles de bienestar faciliten un mayor acceso a la red y por tanto una disponibilidad de recursos superior con respecto a personas que se perciban con un menor bienestar. Sin embargo y a pesar de que en el presente estudio no se ha realizado ninguna prueba para determinar el sentido causal de la relación, pensamos que el sentido de ésta va en la dirección de a mayor apoyo mayor bienestar, por los resultados obtenidos en otras investigaciones que ponen de manifiesto el sentido causal de la relación que se está discutiendo. Por ejemplo, Bowling y Browne (1991) pusieron de manifiesto en el análisis de regresión que las variables relacionadas con la red de apoyo social explicaban una parte de la variación sobre el índice de satisfacción vital. Aunque en este caso la varianza atribuida a las variables de apoyo social era más baja de la esperada, el sentido de la relación causal quedaba así determinado. Calsyn y Rodes (1991) por su parte también encontraron que el apoyo social explicaba una parte de la varianza sobre la moral de los ancianos independientemente de su edad, esto es, tanto para lo menores como para los mayores de 75, contrariamente a su hipótesis inicial que apuntaba que este efecto directo del apoyo social sobre el bienestar sólo se encontraría en los menores de 75 años.

#### 4.7.2. DISPONIBILIDAD DE LA RED POR CATEGORÍAS DE APOYO Y BIENESTAR.

Por categorías de apoyo encontramos diferentes relaciones con las medidas de bienestar, según se muestra en la **Tabla 40**. Solamente la disponibilidad de la red en la categoría de Participación Social correlaciona de forma significativa con la satisfacción vital ( $R = 0.325$ ;  $p = .001$ ), medida a través del Índice de Satisfacción Vital, y con el estado de ánimo ( $R = 0.309$ ;  $p = .001$ ), a través de la Escala de Philadelphia Geriatric Center.

Cuando utilizamos la Escala de Autovaloración de Salud (EAS) encontramos relaciones estadísticamente significativas con la disponibilidad de la red en más categorías de apoyo; concretamente las categorías de Consejo y de Participación Social ( $F = 6.09$  y  $F = 8.03$  respectivamente,  $p = .001$ ). Las relaciones entre la disponibilidad de la red en las restantes categorías (Sentimientos Personales, Ayuda Material, Feedback Positivo y Ayuda Física) y la Autovaloración de Salud muestran un nivel de significación menor, pero dentro de los límites (.05).

La interpretación de estos resultados nos lleva en la dirección de que el apoyo social puede contribuir al bienestar a través de diferentes mecanismos dentro de los que se ha denominado "efectos directos". Más concretamente disponer de personas en la red para realizar conjuntamente actividades de ocio y tiempo libre (Participación Social) se asocia a una mayor satisfacción vital y a un mejor estado de ánimo, también contribuye a percibirse con una mejor salud.

Por otra parte, la disponibilidad de personas en la red para poder obtener consejo, discutir problemas, etc. (lo que hemos denominado de forma genérica Consejo) facilita una mejor autovaloración de la salud por parte de los ancianos. Al tiempo que la presencia de personas en la red que el sujeto cree

disponibles para otras categorías de apoyo se asocia también, aunque con una menor significación estadística, con la autovaloración que hacen los ancianos de su salud.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de distintas relaciones entre la disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en distintas categorías y las distintas medidas de bienestar. En la literatura se ha indicado que la disponibilidad de apoyo emocional es una de las dimensiones que están más estrechamente relacionadas con el bienestar de los ancianos (Venkatraman, 1995; Krause, 1987). En la presente investigación se han estudiado los tres tipos de apoyo más citados: el apoyo emocional (que estaría formado por la expresión de Sentimientos Personales y la Participación Social), el apoyo tangible (que incluiría las categorías de Ayuda Material y Ayuda Física) y el apoyo informativo (constituido por el Feedback Positivo y el Consejo). En función de los resultados obtenidos se pone de manifiesto que el apoyo emocional está relacionado con el bienestar subjetivo de los ancianos de nuestra muestra: la disponibilidad de la red para la participación social se relaciona con la satisfacción vital ( $R = .325; p = .001$ ), y con el estado de ánimo de los sujetos ( $R = .309; p = .001$ ). En otros estudios también se han documentado estas relaciones: Larson (1978) informa que el sentirse envuelto en actividades sociales con los amigos es muy consistente con la moral y Cutler (1982) señala que la participación social está asociada a una mayor satisfacción vital. Sin embargo, la disponibilidad de un confidente no se halla asociado con el bienestar, tal y como habían señalado Lowenthal y Haven (1968).

En el caso de la autopercepción de salud, los sujetos que disponen de más personas en su red para obtener consejo obtienen puntuaciones mejores en la valoración que hacen de su salud. El apoyo informativo se muestra así de gran importancia afectando a la percepción que tiene los sujetos sobre su

salud; al igual que la disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en forma de participación social se relaciona con una mejor autovaloración de la salud. Estas relaciones positivas entre apoyo social y salud han sido ampliamente documentadas (Minkler, 1985), de tal manera que aquellos ancianos que gozan de más apoyo social presentan mayores habilidades para resolver sus demandas de salud (Cohen et al., 1985).

En resumen, las asociaciones encontradas entre distintas dimensiones del apoyo y medidas de bienestar muestran que el apoyo social actuaría sobre el bienestar de los ancianos a través de aspectos relacionados con la integración social (Ward, Sherman y LaGory, 1984) y más concretamente las relaciones sociales contribuirían directamente al bienestar mediante la satisfacción de necesidades sociales básicas, tales como la afecto, aprobación, identidad y seguridad (Thoits, 1982). Esto significaría que la percepción de disponibilidad de apoyo está ligada a la integración en la red mediante contactos o transacciones, cuya naturaleza no es siempre la de obtener ayuda para resolver problemas (Rook, 1992; Argyle, 1993), sino la de saber que el apoyo estaría disponible en caso de necesitarlo.

#### **4.7.3. UTILIZACION DE LA RED Y BIENESTAR.**

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en relación a la salud y el bienestar de los ancianos cuando éstos hacen uso de los recursos de apoyo social. Es decir, se analizan los llamados "efectos indirectos" del apoyo social, por los cuales se pretende explicar cómo mediante el empleo de los recursos de apoyo ante situaciones de necesidad, se produce un amortiguamiento de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud y el bienestar de los ancianos, contrarrestándose así los efectos negativos.

En general, se pone de manifiesto que la utilización de la red

correlaciona negativamente con las medidas de bienestar, salvo excepciones (**Tabla 41**). Tan sólo la utilización de la red de apoyo en la categoría de Participación Social muestra una correlación positiva y estadísticamente significativa con el Índice de Satisfacción Social y la escala de estado de ánimo del Philadelphia Geriatric Center ( $R = 0.239$ ;  $p = .01$  y  $R = 0.241$ ;  $p = .001$ , respectivamente).

La utilización de la red en la categoría de Feedback Positivo muestra también correlaciones positivas con estas dos medidas de bienestar, aunque no son estadísticamente significativas. En la categoría de Ayuda Física se da una correlación positiva entre utilización de la red y la escala de estado de ánimo, aunque es negativa con el Índice de Satisfacción Vital.

Las relaciones entre la escala de Autovaloración de Salud y la utilización de la red en las distintas categorías de apoyo no son significativas, excepto para la Participación Social, en la que la correlación encontrada es positiva ( $F = 6.21$ ;  $p = .001$ ).

Estos resultados pueden explicarse por los efectos negativos que pueden ocasionar la petición y obtención de ayuda, dándose el fenómeno denominado "endeudamiento" (Greenberg, 1980), por el cual el individuo sentiría la obligación de ofrecer ayuda en repuesta de la ayuda que él ha recibido. No obstante, estos resultados que pueden en principio parecer paradójicos ya que parecen expresar que obtener ayuda no proporciona mayores niveles de bienestar y mejor autovaloración de la salud, deben ser analizados teniendo en cuenta la necesidad de apoyo expresada.

Como se deriva de los resultados obtenidos sobre el cruce de la variable utilización de la red para obtener apoyo en diferentes categorías y las diferentes medidas de bienestar no se encuentran relaciones significativas, excepto en la categoría de Participación Social.

Los niveles de utilización de la red son bajos como se ha comentado anteriormente, seguramente debido al interés que muestran los ancianos por mantener su estima personal en base a la independencia y autoestima (Chappell, 1990; Krause, 1990a), y solicitar ayuda solamente para cubrir aquellas necesidades que les son indispensables (Lee, 1985). Cuando se da la utilización de las redes en algunos casos incluso, llega a obtenerse asociaciones de signo negativo con los indicadores de bienestar, aunque no tienen significación estadística. Esto que pudiera parecer un contrasentido, se explica por el hecho de que los sujetos cuando utilizan las redes se encuentran en situación de necesidad (tal como queda reflejado en el análisis de la diferencias en la utilización de las redes en función del grado de necesidad que expresan los sujetos) afectando esta situación a la percepción subjetiva de su bienestar. En este sentido, en un estudio reciente Penning y Strain (1994) constataron que el apoyo recibido podía estar asociado con niveles más bajos de bienestar, especialmente entre los hombres, demostrando que a niveles altos de incapacidad y mayores niveles de asistencia personal pueden darse sentimientos de dependencia que lleven al anciano a evaluar negativamente su bienestar.

Podemos observar que los sujetos de nuestra muestra reportan peores puntuaciones en las medidas de bienestar cuando manifiestan haber obtenido ayuda de sus redes, excepto en la categoría de Participación Social, que pretende medir las relaciones de ocio y tiempo libre; observemos que ésta es la única categoría que se define sin duda en términos positivos y en ella sí encontramos una relación positiva con el bienestar. Semejantes resultados obtuvieron Cooper et al. (1992) quienes informaron de que únicamente la frecuencia de interacción con grupos de personas significativas predecía el resultado sobre el bienestar subjetivo a través de las medidas utilizadas.

En función de estos resultados puede decirse que la utilización de la red

para obtener apoyo no está asociada a una mejor percepción de bienestar; se comprueba así que el fenómeno de endeudamiento, sobre todo cuando el apoyo ha sido recibido por parte de una fuente de apoyo que no se caracteriza por la reciprocidad, puede tener importantes consecuencias negativas para el bienestar de los ancianos.

En algunas investigaciones (Antonucci, 1985a; Rook, 1984) se ha documentado los efectos negativos que el apoyo social puede tener sobre la salud y el bienestar de los individuos ; incluso se ha encontrado que este efecto negativo puede ser más fuerte, estadísticamente hablando, que el efecto positivo del apoyo (Antonucci, 1985a). Estos efectos se atribuyen frecuentemente a lo que se ha denominado la cara negativa del apoyo social, informándose que pueden producirse por distintos mecanismos (Cf. en Fernández Ríos, 1992), por ejemplo: fomentando la dependencia, produciendo interacciones no recíprocas y produciendo un proceso de interacción negativa (Rook y Pietromonaco, 1987).

Los resultados de nuestra investigación aportan evidencia empírica de que la utilización de las redes o el intercambio de conductas de apoyo proporciona beneficios únicamente cuando el apoyo que se recibe es en forma de participación social. En los restantes casos, no se producen efectos beneficiosos ni tampoco perjudiciales, para los sujetos de nuestra muestra.

Esto parece indicar que la naturaleza del apoyo social no es exclusivamente la de obtención de recursos en las situaciones de crisis, sino que también y principalmente, actúa a través de la transferencia de expectativas de que tal ayuda es posible (Díaz-Veiga, 1993), lo que incrementa la percepción de sentirse apoyado y la autoeficacia del individuo (Cohen, 1988; Veiel y Baumann, 1992) ya que cuando se ha utilizado una medida de apoyo percibido (tamaño de la red o disponibilidad de la red para ofrecer apoyo en distintas categorías) hemos encontrado relaciones positivas

con la salud y el bienestar de los ancianos.

Un análisis complementario de la utilización de los recursos, no sólo ante diferentes grados de necesidad sino también en función de la procedencia del apoyo o bien un análisis de los comportamientos de apoyo otorgado hubiera sido de interés para indagar con mayor profundidad sobre la relación negativa encontrada entre la utilización de las redes de apoyo y el bienestar de los ancianos, pues ello aportaría datos sobre las normas de reciprocidad en esta etapa de la vida.

También y en base a los resultados obtenidos puede decirse que la percepción y la recepción de apoyo son dimensiones del apoyo social que actúan a través de distintos mecanismos sobre la salud y el bienestar de los ancianos.

Se ha señalado que en la población anciana, los recursos de apoyo social pueden ejercer su influencia sobre el bienestar mediante efectos directos y efectos indirectos (Ward, 1985), actuando así mediante los mismos mecanismos que en otras poblaciones (Fernández Ballesteros, 1992; Antonucci y Akiyama, 1987). En el presente estudio se ha analizado la influencia de los recursos de apoyo social sobre el bienestar de las personas ancianas a través de ambos efectos. Por un lado, se ha explorado cuáles son las contribuciones que dichos recursos naturales de apoyo social ejercen sobre el bienestar fundamentalmente a través de los aspectos relativos a la integración social que proporciona la red de apoyo. Este mecanismo de influencia obedece a lo que tradicionalmente se viene denominando "efectos directos", ya que el apoyo social actúa directamente mejorando el bienestar con independencia de la ocurrencia de acontecimientos negativos. Por otro lado, el efecto que tienen los recursos de apoyo social sobre el bienestar aminorando la influencia negativa que tendrían situaciones de necesidad, que supuestamente conllevarían una pérdida de bienestar, se ha analizado a través

de las relaciones existentes entre la utilización de las redes de apoyo social ante casos de necesidad y el bienestar de los ancianos, obedeciendo a los denominados efectos indirectos.

*Se confirman las dos hipótesis enunciadas:* por una parte la disponibilidad de apoyo ha mostrado estar asociada en mayor medida que la utilización de la red con el bienestar subjetivo de los ancianos y por otra, la categoría o función de participación social, tanto en su aspecto de disponibilidad como de utilización, es la que muestra mayores correlaciones con las medidas de bienestar utilizadas.

**4.8. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 4: LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS DE APOYO TENDRA UN MAYOR EFECTO SOBRE EL BIENESTAR Y LA SALUD ANTE GRADOS MAS ALTOS DE NECESIDAD.**

El análisis de los resultados sobre la influencia de la utilización de la red sobre el bienestar ante diferentes grados de necesidad (Tabla 42 y 43) pone de manifiesto lo siguiente: en grados bajos de necesidad (es decir, cuando los sujetos expresan poca necesidad o ninguna), la utilización de las redes para obtener apoyo en cada una de sus categorías no correlaciona de forma significativa ni con la satisfacción vital ni con el estado de ánimo de los ancianos. Sin embargo en niveles moderados de necesidad, sí se encuentra una correlación positiva y estadísticamente significativa: la utilización de la red para obtener consejo correlaciona con el estado de ánimo de los sujetos para niveles moderados de necesidad ( $R = .581$ ;  $p = .001$ ) y para niveles altos de necesidad ( $R = .944$ ;  $p = .001$ ), mostrándose en este último caso una correlación muy alta.

En este apartado se discuten los resultados referentes a los denominados efectos indirectos del apoyo social. El análisis de los resultados sobre la influencia de la utilización de la red en caso de necesidad sobre el bienestar ha puesto de manifiesto que se da una única relación estadísticamente significativa entre estas variables: el obtener apoyo en forma de consejo ante una situación de necesidad se relaciona con una mayor moral de los sujetos ( $R = .581$ ;  $p = .001$  y  $R = .944$ ;  $p = .001$ , para grados de necesidad moderada y alta respectivamente) (Tabla 43). Sin embargo, no se ha encontrado relación significativa con las otras dos medidas de bienestar (satisfacción vital y autovaloración de la salud), ni entre los otros dos tipos de apoyo (el emocional y el tangible).

El efecto indirecto que ejerce el apoyo social ha sido documentado en

la literatura para tipos específicos de estresores así como para tipos concretos de apoyo, de tal manera que un único tipo de apoyo no es beneficiosos para todas las situaciones de estrés o necesidad (Gottlieb, 1983). Así por ejemplo, Krause (1990) informó que la ayuda instrumental procedente de una fuente formal reducía los efectos negativos de los problemas de salud percibidos sobre la satisfacción vital.

De los resultados obtenidos se deriva el hecho de que el apoyo informativo reduce las situaciones de carencia aumentando la moral de los sujetos de nuestra muestra, encontrándose el efecto indirecto solamente en este tipo específico de apoyo. No hemos encontrado sin embargo más evidencia empírica que avale los efectos indirectos del apoyo, al igual que en otras investigaciones (e.g. Krause, 1986), confirmándose nuestra hipótesis de que el apoyo social actuaría en la población anciana fundamentalmente a través de los efectos directos, es decir, a través de la creencia de que el apoyo estaría disponible en caso de necesidad.

Por último, hemos encontrado dificultades a la hora de analizar la influencia de esta dimensión del apoyo sobre el bienestar, dificultades que han sido documentadas en la literatura (Cohen y Wills, 1985; Procidano y Heller, 1983). El hecho de no encontrar evidencia empírica suficiente que avale el efecto de amortiguación del apoyo sobre el estrés puede ser debido a la dificultad existente a la hora de examinar los acontecimientos vitales negativos de forma independiente a los recursos de apoyo social en esta población, ya que las circunstancias estresantes que ocurren durante este período de la vida se refieren en muchas ocasiones a pérdidas significativas de recursos de apoyo social. Sin embargo, la utilización de una medida (necesidad de apoyo en cada categoría) que es independiente de los acontecimientos que suponen pérdida de apoyo, creemos que salva en parte dicha dificultad.

**4.9. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS EN RELACION A LA HIPOTESIS 5: LA SATISFACCION CON LOS RECURSOS DE APOYO TENDRA MAYOR INFLUENCIA SOBRE EL BIENESTAR Y LA SALUD QUE LA DISPONIBILIDAD DE LOS MISMOS.**

Podemos observar en la **Tabla 44** que, de manera general, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre la satisfacción con los recursos en las distintas categorías de apoyo y las medidas de bienestar utilizadas, salvo en un caso: cuando medimos el bienestar a través de la escala del Philadelphia Geriatric Center encontramos diferencias significativas en función del grado de satisfacción con el apoyo recibido y/o con los recursos disponibles en la categoría de Participación Social ( $F = 2.41$ ;  $p = .05$ ).

Los resultados obtenidos que relacionan la satisfacción con el apoyo y la salud y el bienestar de los ancianos no son tan significativos como se esperaba, en base a la afirmación de Krause (1987) indicando que la satisfacción con el apoyo emocional es una de las dimensiones más estrechamente relacionadas con el bienestar subjetivo y la autopercepción de salud en los ancianos. Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que tan solo la satisfacción con los recursos disponibles para obtener apoyo en forma de participación social mantiene una relación significativa con el estado de ánimo que presentan los ancianos ( $F = 2.41$ ;  $p = .05$ ), pero que sin embargo no se da ninguna otra relación significativa con otras categorías ni tampoco con las otras dos medidas, entre ellas la autopercepción con la que se esperaba una relación igual, tal y como había informado Krause (1987).

En todo caso nosotros consideramos que la medida utilizada, y en general la mayoría de los instrumentos que miden satisfacción con el apoyo, tienen serias dificultades para evaluar esta dimensión del Apoyo Social. En este caso las variaciones entre grupos de sujetos clasificados en función de

su edad, sexo y domicilio resultan mínimas. Tampoco se ha encontrado diferencias significativas en las valoraciones que hacen los sujetos de la muestra en conjunto sobre el apoyo en las distintas categorías. Parece darse el hecho de que al intentar medir el grado de satisfacción de distintas necesidades a través de la obtención de apoyo, estas necesidades quedan sin medirse (Ward, 1985), obteniéndose una medida muy parecida a la satisfacción personal o bienestar. Tal como lo expresa Thoits (1982) resulta redundante la medida que obtenemos cuando preguntamos a los sujetos si están satisfechos con sus recursos y cuando les pedimos que evalúen su satisfacción general. También tal y como se ha comentado anteriormente la satisfacción con el apoyo puede resultar un rasgo o característica de personalidad (Sarason, Sarason y Pierce, 1986).

Se han sugerido explicaciones de porqué unas personas desarrollan relaciones de calidad y otras no, basadas en la teoría del apego infantil (Bowlby, 1969) según la cual existiría una relación directa entre el proveedor principal de apoyo y su estilo de interacción y el tipo de relación de apego que el individuo desarrolla. Las investigaciones realizadas en la población anciana dirigidas a determinar los efectos de las experiencias familiares tempranas sobre la calidad de las relaciones padres-hijos y por tanto la extensión en que los hijos proveen apoyo instrumental y emocional a sus padres ancianos han encontrado que las percepciones sobre las relaciones tempranas influyen tanto sobre las relaciones contemporáneas como sobre el bienestar de los padres, ya que afectan a la cantidad de apoyo que los hijos proveen a sus padres ancianos (Whitbeck et al. 1994).

Por lo tanto, *no se ha confirmado la hipótesis enunciada* de que la satisfacción con el apoyo tendría una mayor asociación con el bienestar y la salud de los ancianos que la disponibilidad de recursos de apoyo.

## 5. CONCLUSIONES

1. En general los ancianos presentan una buena percepción de su salud y bienestar, aunque con matizaciones:

1.1. Aparecen diferencias en salud percibida y bienestar en función del tipo de domicilio: los ancianos que se encuentran en residencias presentan peor salud, peor estado de ánimo y menos satisfacción con la vida, en comparación con los otros dos grupos, mientras que los que permanecen en su propio domicilio presentan las mejores puntuaciones en todas las medidas.

1.2. También se dan diferencias en función de la edad, pero solamente en la satisfacción con la vida, en el sentido de producirse una disminución conforme pasan los años, sin encontrarse diferencias en las otras dos medidas en función de esta variable.

1.3. No se dan diferencias entre hombres y mujeres de nuestra muestra ni en salud percibida ni en bienestar.

2. Las medidas utilizadas de bienestar y salud percibida -Índice de Satisfacción Vital, Escala del Philadelphia Geriatric Center y Escala de Autovaloración de la Salud- muestran fuertes correlaciones entre sí, pudiendo constituir distintas dimensiones de un mismo constructo (bienestar subjetivo).

3. El tamaño de la red de apoyo que presentan los ancianos de nuestra muestra es similar al de otros grupos poblacionales. Además se dan diferencias en función del sexo, en el sentido en que los hombres presentan unas redes de apoyo significativamente más amplias que las de las mujeres; y en función del tipo de domicilio, dándose las redes más amplias entre

aquellos ancianos que permanecen en su propio domicilio.

4. En general el tamaño de la red de apoyo no implica necesariamente una mayor disponibilidad de apoyo en alguna categoría específica, salvo en un caso: los hombres se benefician de unas redes más amplias que las mujeres en tanto en cuanto les proporcionan mayor disponibilidad de apoyo en forma de consejo.

5. Las redes de apoyo social de los ancianos están formadas fundamentalmente por familiares y también en buena medida por amigos y vecinos. La procedencia del apoyo presenta leves variaciones en función de la edad, el sexo y el tipo de domicilio:

5.1. En función del tipo de domicilio los que viven en el suyo propio obtienen más apoyo de los vínculos familiares pertenecientes a la misma generación (esposo y hermanos) además de los hijos y amigos, mientras que para aquellos que viven en el domicilio de algún familiar o en residencias se produce una sustitución por otro tipo de vínculos pertenecientes al ámbito familiar, como los sobrinos.

5.2. En función de la edad y conforme aumenta el rango van desapareciendo los hijos y van sustituyéndose por otros parientes.

5.3. En función del sexo se dan diferencias centradas en que las mujeres obtienen más apoyo del ámbito familiar mientras que los hombres lo hacen de los amigos.

6. Las redes de apoyo social de los ancianos están formadas por vínculos múltiples, esto es, están presentes en dos o más categorías de apoyo a la vez; al mismo tiempo que existe un orden de estos vínculos según la categoría de apoyo: el esposo y los hijos son los principales proveedores de apoyo en todas

las categorías de apoyo, no sólo en la ayuda directa; los amigos desempeñan un papel principal para la participación social, mientras que los profesionales aparecen en las categorías de expresión de sentimientos personales y consejo. Este orden, no obstante, no es rígido, sino que se va adaptando a las circunstancias de la vida, de tal manera que cuando algunos de estos vínculos faltan son sustituidos por otros; en este sentido las redes de apoyo de los ancianos muestran una capacidad de regeneración importante.

7. La necesidad de apoyo expresada por los ancianos es muy baja en general, no permitiendo establecer diferencias entre sujetos en función de la edad, sexo o tipo de domicilio.

8. La utilización de los recursos de apoyo social por parte de los ancianos está en función del grado de necesidad de apoyo expresado; esto lleva a los ancianos a hacer uso de sus recursos únicamente ante grados altos de necesidad, intentando así mantener su independencia y autosuficiencia.

9. La percepción de apoyo, y más concretamente la disponibilidad general de recursos, se revela como una de las dimensiones más importantes que se relaciona con la salud percibida y el bienestar de los ancianos, actuando a través de distintos mecanismos dentro de los llamados efectos directos, en concreto a través de la oportunidad que ofrecen para la participación social.

10. La participación social se asocia a un mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con la vida y mejor percepción de salud por parte de los ancianos; ninguna otra categoría de apoyo muestra asociaciones con las tres medidas utilizadas de forma simultánea.

11. La utilización de los recursos de apoyo social proporciona beneficios sobre la salud percibida y el bienestar de los ancianos únicamente cuando el apoyo que se recibe es en forma de participación social; en los restantes casos no se producen efectos beneficiosos ni tampoco perjudiciales.

12. Los efectos beneficiosos de la utilización de los recursos de apoyo social en situaciones de necesidad se hace notar en casos muy concretos: cuando la necesidad de apoyo expresada es moderada o alta y el apoyo recibido es en forma de consejo, mostrando los ancianos entonces un mejor estado de ánimo. No se ha encontrado ningún otro efecto indirecto del apoyo social sobre la salud y el bienestar.

13. La satisfacción con el apoyo no se relaciona ni con la salud percibida ni con el bienestar de los ancianos, presentando éstos además y de forma general altas puntuaciones en la valoración que hacen de sus recursos de apoyo.

14. Las conclusiones de este estudio presentan algunas limitaciones:

14.1. Una de ellas es no haber contemplado otros domicilios alternativos existentes en la actualidad, como pisos compartidos.

14.2. Otra limitación radica en no haber contemplado diferencias individuales (como el locus de control) que se ha empezado a revelar en la literatura desde hace poco tiempo como variable interviniente que pueden incidir en la percepción de apoyo o en la aceptación de éste.

15. Los resultados obtenidos en esta investigación tienen algunas implicaciones de cara a la intervención:

15.1. Existe una gran variedad de necesidades sociales que pueden ser satisfechas a través de la interacción con los miembros que componen las redes de apoyo social de los ancianos (representando por lo tanto recursos sociales naturales).

15.2. Los ancianos en general perciben de su entorno suficientes recursos, sin embargo, en la práctica no hacen una gran utilización de los mismos. El posible déficit de apoyo que puede derivarse de ello

parece deberse no tanto a la falta de cantidad o de calidad del apoyo, sino a una infrautilización de los recursos con los que cuentan.

15.3. Las intervenciones a realizar con esta población basadas en los recursos de apoyo social deberían tener en cuenta el tipo de domicilio, ya que se ha puesto de manifiesto las diferencias existentes en función de esta variable.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABBEY, A.; ABRAMS, D.J. y CAPLAN, R.D. (1985): Effects of different sources of social support and social conflict on emotional wellbeing. *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 6(2), pp. 111-129.
- ABELES, R.P. (1981): Social support, health and aging. *Paper presented at the International Congress of Gerontology*. Hamburg, Germany.
- ADELMANN, P.K. (1994): Multiple roles and psychological wellbeing in a national sample of older adults. *Journal of Gerontology*, vol. 49(6), pp. S277-S285.
- ANDREWS, F.M. y MCKENNEL, A.C. (1980): Measures of self-reported wellbeing. *Social Indicators Research*, 8, pp. 73-90.
- ANESHENSEL, C.S. y STONE, J.D. (1982): Stress and depression: a test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39, pp. 1392-1396.
- ANDREWS, F.M. y WITHEY, S.B. (1976): *Social indicators of wellbeing: American's perception of life quality*. N.Y: Plenum Press.
- ANTONNUCI, T.C. y ISRAEL, B.A. (1986): Verdicality of social support: a comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54(4), pp. 432-437.
- ANTONUCCI, T.C. (1985): Personal characteristics, social support, and social behavior. En R. H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences (2nd ed.)*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- ANTONUCCI, T.C. (1985a): Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications*. Martinus Nijhof.
- ANTONUCCI, T.C. y AKIYAMA, H. (1987): Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, vol. 42(5), pp. 519-527.
- ANTONNUCI, T.A. y JACKSON, J.S. (1990): Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, *Gerontología clínica. Intervención*

*psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.

ANUARIO ESTADISTICO DE ESPAÑA (1990). Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

ARGYLE (1987): *The psychology of happiness*. London: Methuen.

ARGYLE, M. (1988): *Bodily communication*. London: Methuen.

ARGYLE, M. (1992): Benefits produced by supportive social relationships. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporation.

ARGYLE, M. (1993): Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, vol. 2(6), pp. 5-15.

ARLING, G. (1976): The elderly widow and her family, neighbors and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 38, pp. 757-768.

ASAMBLEA MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE ENVEJECIMIENTO (1992): Informe General de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 1992.

ATCHLEY, R.C. (1971): Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?. *The Gerontologist*, 11, pp. 29-36.

ATCHLEY, R.C. (1977): The leisure of the elderly. *The Humanist*, pp. 14-19.

ATCHLEY, R.C. (1980): *The social forces in later life (3rd ed.)*. Belmont, Calif.: Wadsworth.

ATKINSON, T. (1982): The stability and validity of quality of life measures. *Social Indicators Research*, 10, pp. 113-132.

BARNES, J.A. (1954): Class and committes in a Norwegian island parish. *Human Relations*, vol. 7(1), pp. 39-58.

BARRERA, M.Jr. (1980): A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, pp. 8-13.

BARRERA, M.Jr. (1981): Social support in the adjusment of pregnant adolescents: Assessment issues. En B.H. Gottlieb (ed.), *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.

- BARRERA, M.Jr. (1986): Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, pp. 413-445.
- BARRERA, M.Jr. (1988): Models of social support and life stress. Beyond the buffering hypothesis. En L. H. Cohen (ed.), *Life Events and Psychological Functioning. Theoretical and Methodological Issues*. Beverly Hills: Sage Publications.
- BARRERA, M.Jr.; BACA, L.M.; CHRISTIANSEN, J. y STOHL, M. (1985): Informant corroboration of social support network data. *Connections*, 8, pp. 9-13.
- BARRERA, M.Jr. y BALLS, P. (1983): Assessing social support as a prevention resource: an illustrative study. *Prevention in Human Services*, vol. 2(4), pp. 59-74.
- BARRERA, M.Jr.; SANDLER, I.N. y RAMSAY, T.B. (1981): Preliminary development of a scale social support. *American Journal of Community Psychology*, 9, pp. 435-447.
- BARUCH, G.K. (1984): The psychological wellbeing of women in the middle years. En G. Baruch y J. Brooks-Gunn (eds.), *Women in Midlife*. N.Y.: Plenum Press.
- BENGSTON, V.L. (1973): Theories in Gerontology. En R.G. Gradall, *Gerontology: A behavioral science approach*. N.Y.: Newbery Award Records.
- BAZO, M.T. (1990): *La sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- BECKER, M.H. (ed.) (1974): *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- BELLOC, N.B. y BRESLOW, L. (1972): Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, pp. 409-421.
- BERKMAN, L.F. (1984): Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Psychology*, 5, pp. 413-432.

- BERKMAN, L.F. y SYME, S.L. (1979): Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, pp. 186-204.
- BIEGEL, D.E. (1985): The application of network theory and research to the field of aging. En W.J. Wauer y R.T. Coward (eds.), *Social support networks and the care of the elderly: theory, research and practice*. N.Y.: Springer.
- BIEGEL, D.E. y BLOOM, A. (1990): *Aging and caregiving*. Beverly Hills: Sage Publications.
- BIEGEL, D.E.; SHORE, B.K. y GORDON, E. (1984): *Building support networks for the elderly. Theory and Applications*. Sage Publications.
- BIRREN, J.E. y RENNER, V.J. (1977): *Research on the psychology of aging. Principles and experimentations*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- BLANCO, A. (1985): La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J.F. Morales; A. Blanco; C. Huici y J.M. Fernández, *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BLAU, Z. (1985): *Aging in a changing society*. N.Y.: Franklin Watts.
- BLAZER, D.G. (1982): Social support and mortality in an elderly community sample. *American Journal of Epidemiology*, 115, pp. 684-694.
- BOISSEVAIN, J. (1977): *Friends of friends*. Oxford: Basil Blackwell.
- BOWLBY, J. (1969): *Attachment and loss. Vol I. Attachment*. N.Y.: Basic Books.
- BOWLING, A. y BROWNE, P.D. (1991): Social networks, health, and emotional wellbeing among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, vol. 46(1), pp. S20-S32.
- BRADBURN, N.N. (1969): *The structure of psychological wellbeing*. Chicago: Aldine.
- BRADBURN, N.M. y CAPLOVITZ, D. (1965): *Reports on happiness*. Chicago: Aldine.
- BRANCH, L. (1980): Functional abilities of the elderly: Un update on the

- Massachusetts Health Care Panel study. En S.G. Haynes y M. Feinleib (eds.), *Second Conference on the Epidemiology of aging*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of H. and H.S. National Institute of Health, Publication No. 80-969.
- BRANCH, L.G. y JETTE, A.M. (1983): Elders' use of informal long-term care assistance. *The Gerontologist*, 23, pp. 51-56.
- BRANCH, I.G. y JETTE, A.M. (1984): Personal health practices and mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 74, pp. 1126-1129.
- BRESLOW, L. y ENGSTROM, J.E. (1980): Persistence of health habits and their relationship to mortality. *American Journal of Public Health*, 74, pp. 469-483.
- BRODY, E.M. (1985): The role of the family in nursing homes: implications for research and public policy. En M.S. Harper y B. Lebowitz (eds.), *Mental illness in nursing homes: agenda for research*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- BRONFENBRENNER, U. (1979): *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BROWN, G.W. (1992): Social support: an investigator-based approach. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporation.
- BRYANT, F.B. y VEROFF, J. (1982): The structure of psychological wellbeing: a sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, pp. 653-673.
- BURDA, P. Jr.; VAUX, A. y SCHILL, T. (1984): Social support resources: variations across sex and sex-role. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), pp. 119-126.
- BURGESS, E.W. (1960): *Aging in Western Societies*. University of Chicago Press.
- BURKE, R. y WEIR, T. (1978): Sex differences in adolescent life stress, social support and well-being. *Journal of Psychology*, 98, pp. 227-288.
- BUSSE, R.; MADDUX, G.L. y otros (1985): *The Duke longitudinal studies of*

- normal aging*. N.Y.: Springer.
- BUTLER, R.N. y LEWIS, M.I. (1977): *Aging and mental health. Positive psychosocial approaches*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- CAIN, L. (1974): Political factors in the emerging legal status of the elderly. *The Annals*, 415, pp. 70-79.
- CALMAN, K.C. (1987): Definitions and dimensions of quality life. En N.K. Aaronson y I.H. Beckman (eds.), *The quality of life of cancer patients*. N.Y.: Raven Press.
- CALSYN, R.J. y ROADES, L.A. (1991): Stress, social support, and morale: failure to replicate age effects. *Journal of Community Psychology*, vol. 19(Oct.), pp. 373-377.
- CAMPBELL, A. (1981): *The sense of wellbeing in America*. N.Y.: McGraw-Hill.
- CAMPBELL, A.; CONVERSE, E. y RODGERS, W. (1976): *The quality of American life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. N.Y.: Russel Sage Foundation.
- CANTRIL, H. (1965): *The patterns of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- CAPLAN, G. (1974): *Support systems and community mental and mutual help*. N.Y.: Grune & Stratton.
- CAPLAN, R. (1979). Pattern, provider and organization: hypothesised determinants of adherence. En S. J. Cohen (ed.), *New directions in patient compliance*. Lexington, M.A., D.C. Health.
- CAPLAN, G. y KILLILEA, M. (1976): *Support systems and community mental health*. N.Y.: Behavioral Publications.
- CARSTENSEN, L.L. (1990): Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- CASALS, I. (1982): *Sociología de la ancianidad*. Madrid: Mezquita.
- CASAS, F. (1991): El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia. *III Jornadas de Psicología de la Intervención*

*Social*. Ministerio de Asuntos Sociales.

- CASSEL, J. (1974): Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, vol. 4(3), pp. 471-482.
- CEMBRANOS, F. (1993): Bienestar, ecología y participación social. *Intervención Psicosocial*, vol. 2(5), pp. 5-15.
- CIRES (1992): *Boletín CIRES: Tercera Edad*. (Mayo, 1992)
- CLEARY, P. (1980): Problems of internal consistency and scaling of life event schedules. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, pp. 309-320.
- COBB, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, pp. 300-314.
- COE, R.M. (1965): Self-conception and institutionalization. En E. Brody (ed.), *Older people and their social world*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- COHEN, S. (1988): Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, pp. 267-297.
- COHEN, S. y ASHBY, T. (1985): Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, vol. 98(2), pp. 310-357.
- COHEN, S. y McKAY, G. (1984): Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En A. Brown y S.E. Taylor (eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, N.G: Lawrence Erlbaum.
- COHEN, S. MERLMESTEIN, R., KAMARCK, T. y HOBBERMAN, H.M. (1985): Measuring the functional components of social support. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (eds.), *Social Support: Theory, research and applications*. Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- COHEN, S. y SYME, S.L. (1985): Issues in the study and applications of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (eds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- COHEN, C.I.; TERESI, J. y HOLMES, D. (1985a): Social networks, stress, adaptation and health. *Research on Aging*, vol. 7(3), pp. 409-431.

- COHEN, C.I.; TERESI, J. y HOLMES, D. (1986a): Assesment of stress-buffering effects of social networks on psychological symptoms in an inner-city elderly population. *American Journal of Community Psychology*, vol. 14(1), pp. 75-91.
- COHEN, S. y WILLS, T. A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, vol. 98(2), pp. 310-357.
- COHLER, B.J. y BOXER, A.M. (1984): Personal adjustment, wellbeing and life events. En C.Z. Malatesta y C.E. Izard (eds.), *Emotion in adult development*. London: Sage Publications.
- CONNER, K.A.; POWERS, E. y BULTENA, G. (1979): Social interaction and life satisfaction: an empirical assessment of late-life patterns. *Journal of Gerontology*, 34, pp. 116-121.
- COOLEY, C.H. (1902): *Human nature and the social order*. N.Y.: Scribner.
- COOPER, H.; OKAMURA, L. y GURKA, V. (1992): Social activity and subjetive wellbeing. *Personality Individual Differences*, vol. 13(5), pp. 573-583.
- COSTA, P.; ZONDERMAN, A. ; McRAE, R.; CORONI-HUNTLEY, J.; LOCKE, B. y BARBANO, H. (1987): Longitudinal analysis of psychological wellbeing in a national sample: stability of mean levels. *Journal of Gerontology*, 42, pp. 50-55.
- COSTA, P.T. y McRAE, R.R. (1980): Influence of extraversion and neuroticism on subjetive wellebing: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, pp. 668-678.
- COSTA, P.T.; McRAE, R.R. y NORRIS, A.H. (1981): Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from extraversion and neuroticism. *Journal of Gerontology*, 36, pp. 78-85.
- COWGILL, D.O y HOLMES, L.D. (1972): *Aging and Modernization*. N.Y.: Appleton-Century-Crofts.
- COYNE, J.C. y DeLONGIS, A. (1986): Gonig beyond social support: the role of social reationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54(4), pp. 454-460.
- CRONBACH, L.J. y MEEL, P.E. (1955): Construct validity in psychological

- test. *Psychological Bulletin*, 52, pp. 281-302.
- CUMMING, E. y HENRY, W.H. (1961): *Crowing old the process of disengagement*. N.Y.: Basic Books.
- CUMMINS, R.C. (1988): Perceptions of social support, receipt of supportive behaviors, and locus of control as moderators of the effects of chronic stress. *American Journal of Community Psychology*, vol. 16(5), pp. 685-700.
- CUTLER, N.E. (1982): Voluntary association participation and life satisfaction: replication, revision and extension. *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 14(2), pp. 127-137.
- CUTRONA, C.; RUSELL, D. y ROSE, J. (1986): Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging*, vol. 1(1), pp. 47-54.
- CHAMBERLAIN, K. y ZIKA, S. (1992): Stability and change in subjective wellbeing over short time periods. *Social Indicators Research*, 26, pp. 101-117.
- CHAPEL, N.N. y BLANDFORD, A.A. (1991): Informal and formal care: exploring the complementary. *Ageing and Society*, 11, pp. 299-317.
- CHAPPELL, N.L. y BADGER, M. (1989): Social isolation and wellbeing. *Journal of Gerontology*, vol. 14(5), pp. S169-S176.
- CHAPPELL, N.L. (1990): Aging and social care. En R.H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences (2nd. ed.)*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- CHIRIBOGA, D.A. (1989): The measurement of stress exposure in later life. En K.S. Markides y C.L. Cooper (eds.), *Aging, stress and health*. John Wiley & Sons.
- DEAN, A. y LIN, N. (1977): The stress-buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, pp. 403-413.
- DEAN, A.; MATT, G.E. y WOOD, P. (1992): The effects of widowhood on social support from significant others. *Journal of Community Psychology*, vol. 20(Oct.), pp. 309-325.

- DIAZ-VEIGA, P. (1985): Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos. *Memoria de licenciatura (no publicada)*. Universidad Autónoma de Madrid.
- DIAZ-VEIGA, P. (1987): Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros, *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DIAZ-VEIGA, P. (1993): Desarrollo de la evaluación del apoyo social. En M. Martínez (comp.), *Psicología Comunitaria*. Madrid: Eudema.
- DIENER, Ed. (1984): Subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, vol. 95(3), pp. 542-575. Traducido en 1994, *Intervención Psicosocial*, vol. 3(8), pp. 65-113.
- DIENER, Ed. (1994): Assessing subjective wellbeing: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, pp. 103-157.
- DIENER, Ed. y EMMONS, R.A. (1984): The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, pp. 1105-1117.
- DIENER, Ed. y LARSEN, R. J. (1984): Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, pp. 871-883.
- DIENER, Ed.; LARSEN, R.J. y EMMONS, R.A. (1984): Person-situation interactions: choice of situation and congruence response models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, pp. 580-592.
- DILMAN, J.M. (1971): *Age-associated elevation of hypothalamic threshold to feedback control, and its role in development, aging and disease*. *Lavcet*, 7711, 1211, 1219. *Diol.* 6, pp. 48-57.
- DIMOND, M.; LUND, D.A. y CASERTA, M.S. (1987): The role of social support in the first two years of bereavement in an elderly sample. *The Gerontologist*, vol. 27(5), pp. 599-604.
- DOHRENWEND, B.S. y DOHRENWEND, B.P. (1981): Life stress and psychopathology. En D.A. Regier y G. Allen (eds.), *Risk Factor Research in the Major Mental Disorders*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- DUFF, R.W. y HONG, L.K. (1993): Marital status, living arrangements and life

satisfaction in retirement communities. *Paper presented at the Mid-western Sociological Society Meeting, Chicago, Illinois.*

- DUFFY, M.E. y MCDONALD, E. (1990): Determinants of functional health of older persons. *The Gerontologist, vol. 30(4)*, pp. 503-509.
- DUHL, L.J. (1963): The changing face of mental health. En L.J. Duhl (ed.), *The urban condition: People and policy in the metropolis*. N.Y.: Basic Books.
- DUNKEL-SHETER, C. y BENNETT, T. L. (1990): Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.R. Pierce, *Social Support: An interactional view*. N.Y.: John Wiley & Sons.
- EcKENRODE, J. (1983): The mobilization of social support: Some individual constraints. *American Journal of Community Psychology, 11*, pp. 509-528.
- EDWARDS, J.N. y KLEMMACK, D.L. (1973): Correlates of life satisfaction: a re-examination. *Journal of Gerontology, 28*, pp. 497-502.
- EGGEBEEN, D.J. (1992): From generation unto generation: parent-child support in aging American families. *Generations, vol. 16(3)*, pp. 45-49.
- EGIDI, V. (1990): Population ageing and changing lifestyles in Europe. Ponencia presentada en el *Seminario sobre tendencias demográficas y modos de vida en Europa*. Estrasburgo, Consejo de Europa, 1990.
- EISDORFER, C. (1965): Verbal learning and response time in the aged. *Journal of Genetic Psychology, 107*, pp. 15-21.
- ERNST, M. y ERNST, N.S. (1984): Functional capacity. En D.J. Mangen y W.A. Peterson (eds.), *Research instruments in social gerontology, vol. III: Health, program evaluation and demography* (pp. 9-84). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- FARISH, R.E. y DUNHAN, W.H. (1939): *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press
- FELTON, B.J. y BERRY, C. (1992): Groups as social network members: Overlooked sources of social support. *American Journal of Community Psychology, vol. 20(2)*, pp. 253-261.

- FELTON, B.J. y SHINN, M. (1992): Social integration and social support: Moving "social support" beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, vol. 20 (April), pp. 103-115.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GONZALEZ, J.L. y DIAZ-VEIGA, P. (1992): El apoyo social en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros y otros (eds.), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y MACIA ANTON, A. (1993): Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial*, vol. 2(5), pp. 77-94.
- FERNANDEZ SANCHEZ, J. (1993): Desarrollo y envejecimiento: la doble realidad de todo proceso vital. *Investigaciones Psicológicas*, 12, pp. 15-30.
- FERNANDEZ RIOS, L.; TORRES, M. y DIAZ, L. (1992): Apoyo social: implicaciones para la psicología de la salud. En M. A. Simón (ed.), *Comportamiento y salud*. Valencia: Promolibro.
- FERNANDEZ DEL VALLE, J. y GARCIA, A. (1994): Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, vol. 6(1), pp. 39-47.
- FERRARO, K. (1980): Self-rating of health among the old and old-old. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 377-383.
- FESTINGER, L. (1954): A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 2, pp. 117-140.
- FIELD, D. y MINKLER, M. (1988): Continuity and change in social support between young-old and old-old or very old age. *Journal of Gerontology*, vol. 43(4), pp. P100-P106.
- FINCH, J.; OKUN, M.; BARRERA, M.Jr.; ZAUTRA, A. y REICH, J. (1989): Positive and negative social ties among older adults: measurement models and the prediction of psychological distress and wellbeing. *American Journal of Community Psychology*, 17, pp. 585-605.
- FISHER, C.S. (1982): *Too well among friends. Personal network in town and city*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FORDYCE, M.W. (1978): Prospectus: the self-description inventory.

- Unpublished manuscript*. Edison Community College, Florida.
- FORRESTER, N.G. (1980): Factors contributing to life satisfaction of divorced women (Doctoral dissertation, Arizona State University, 1980). *Dissertation Abstracts International*, 41, 1401A.
- FREEDMAN, J. (1978): *Happy people: what happiness is, who has it, and why*. N.Y.: Harcourt Brace Jovanovich.
- FRENCH, S.L.; GEKOSKI, W.L. y KNOX, V.J. (1995): Gender differences in relating life events and wellbeing in elderly individuals. *Social Indicators Research*, 35, pp. 1-25.
- FULLER, S.S. y LARSON, S.B. (1980): Life events, emotional support, and health of older people. *Research in Nursing and Health*, 3, pp. 81-89.
- GALLO, F. (1982): The effects of social support in the transition to parenthood. *Social Work in Health Care*, 8, pp. 65-74.
- GARCIA-RIAÑO, D. (1991): Calidad de vida. Aproximación Histórico-Conceptual. *Boletín de Psicología*, 3, pp. 55-94.
- GEORGE, L.K. (1981): Subjective wellbeing: Conceptual and methodological issues. En C. Eisdorfer (ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. II. N.Y.: Springer.
- GEORGE, L.K. (1989): Stress, social support and depression over the life-course. En K.S. Markides y C. Cooper (eds.), *Aging, stress and health*. England: John Wiley & Sons.
- GERSCHMAN (1962): Man's dependence on the elderly atmosphere. En K.S. Schaefer (ed.), *Proceedings of the 1958 International Symposium on submarine and Space Medicine*. N.Y.: MacMilland.
- GILFORD, R. (1986): Marriages in later life. *Generations*, vol. 10(4), pp. 16-20.
- GORE, S. (1981): Stress buffering functions of social support: an appraisal and clarification of research models. En B.S. Dohrenwend Y B.P. Dohrenwend (eds.), *Stressful life events and their contexts*. N.Y.: Rutgers University Press.

- GOTTLIEB, B.H (1981): Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (ed.), *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage Publications.
- GOTTLIEB, B.H. (1983): *Social Support Strategies*. Beverly Hills: Sage Publications.
- GOTTLIEB, B.H. (1985): Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, pp. 351-375.
- GOTTLIEB, B.H. (1988): *Marshallig social support: formats, processes and effects*. Beverly Hills: Sage Publications.
- GOULDNER, A.W. (1960): The norm of reciprocity: a preliminary attachment. *American Sociological Review*, 25, pp. 161-178.
- GRADALL, R.G. (1980): *Gerontology: A behavioral science approach*. N.Y.: Newbery Award Records.
- GRAY, D. y CALSYN, R. J. (1989): The relationship of stress and social support to life satisfaction: age effects. *Journal of Community Psychology*, vol. 17(Jun.), pp. 215-219.
- GREENBERG, M.S. (1980): A theory of indebtedness. En K. Gergen; M.S. Greenberg y R. Willis (eds.), *Social exchange: advances in theory and research*. N.Y.: Plenum Press.
- GRICHTING, W.L. (1983): Domain, scope and degree of happiness. *British Journal of Social Psychology*, 22, pp. 247-260.
- GRIFFITH, J. (1985): Social support providers : who are they? Where are they met? And the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 6(1), pp. 41-60.
- GUBRIUM, J. (1975): Being single in old age. *Aging and Human Development*, 6, pp. 29-41.
- GUIMON, J.; RUIZ, A.; APODACA, P.; De ROS, P. y SOTA, E. (1985): Red social en la población de Guecho. *Psiquis*, vol. 6(4), pp. 121-130.
- HAGESTAD, G.O. y NEUGARTEN, B.L. (1985): Age and the life course. En R.H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and social sciences (2ª ed.)*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.

- HALL, A. y WELLMAN, B. (1985): Social networks and social support. En S. Cohen y S.L. Syme (eds.), *Social Support and Health*. Academic Press.
- HAMMER, M.; MAKIESKY BARROW, S. y GUTWIRTH, L. (1978): Social network and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 4(4), pp. 522-544.
- HANSON, S.H. y SAUER, W.G. (1985): Children and their elderly parents. En W.J. Sauer y R.T. Coward (eds.), *Social support networks and the care of the elderly: Theory, research and practice*. N.Y.: Springer.
- HARMAN (1956): Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11, pp. 298-300.
- HAVIGHURST, R.; NEUGARTEN, B.L. y TOBIN, S. (1968): Disengagement and patterns of aging. En B. L. Neugarten, *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- HEADEY, B.; KELLEY, J. y WEARING, A. (1993): Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29, pp. 63-82.
- HELLER, K. (1979): The effects of social support: preventing and treatment implications. En A.P. Goldstein y F.H. Kanfer (eds.), *Maximizing treatments gains: enhancement in Psychotherapy*. N.Y.: Academic Press.
- HELLER, K. y MANSBACH, W.E. (1984): The multifaceted nature of social support in a community sample of elderly women. *Journal of Social Issues*, vol. 40(4), pp. 99-112.
- HELLER, K.; PRICE, R.H. y HOGG, J.R. (1990): The role of social support in community and clinical intervention. En I.G. Sarason; B.R. Sarason y G.R. Pierce (eds.), *Social support: an interactional view*. N.Y.: Wiley & Sons.
- HELLER, K. y SWINDLE, R.V. (1983): Social networks, perceived social support, and coping with stress. En R.D. Felner; L.A. Jason; J. Moritsugu y S.S. Farber (eds.), *Preventive Psychology: Research and Practice in Community Intervention*. N.Y.: Pergamon Press.
- HELLER, K.; SWINDLE, R.W. y DUSENBURY, L. (1986): Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 466-470.

- HERZOG, A.R.; ROGERS, W. y WOODWORTH, J. (1982): *Subjective wellbeing among different age groups*. Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan. Miami: Ann Arbor.
- HINKLE, L.E. y WOLFF, H.G. (1957): Health and social environment: experimental investigations. En A.H. Leighton; J.A. Clausen y R.N. Wilson (eds.), *Explorations in social psychiatry*. N.Y.: Basic Books.
- HOBFOLL, S.E.; NADLER, A. y LEIBERMAN, Y. (1986): Satisfaction with social support during crisis: intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp. 296-304.
- HOBFOLL, S.E.; SHOHAM, S.B. y RITTER, C. (1991): Women's satisfaction with social support and their receipt of aid. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61(2), pp. 332-341.
- HOCHSCHILD, A. (1975): Disengagement Theory: A critique and proposal. *American Sociological Review*, 40(Oct.), pp. 553-569.
- HOGSTEL, M.O. y KASHKA, M. (1989): Staying healthy after 85. *Geriatric Nursing*, 5, pp. 16-18.
- HOLAHAN, C.K.; HOLAHAN, C.J. y BELK, S.S. (1984): Adjustment in aging: the role of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology*, 3, pp. 315-328.
- HOLTZMAN, E.H. y GILBERT, L.A. (1987): Social support networks for parenting and psychological wellbeing among dual-earner mexican-american families. *Journal of Community Psychology*, 15, pp. 176-183.
- HONG, L.K. y DUFF, R.W. (1994): Widows in retirement communities: The social context of subjective wellbeing. *The Gerontologist*, vol. 34(3), pp. 347-352.
- HORLEY, J. y LAVERY, J. (1995): Subjective wellbeing and age. *Social Indicators Research*, 34, pp. 275-282.
- HOUSE, J.S. (1981): *Work Stress and Social Support*. Reading: Adison Wesley Publishing.
- HOUSE, J.S. y KAHN, R.L. (1985): Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S.L. Syme (eds.), *Social Support and Health*. Academic

Press.

- HOUSE, J.S.; ROBBINS, C. y METZNER, H.C. (1982): The association of social relationships and activities with mortality. Perspective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, vol. 116(1), pp. 123-140.
- HOUSE, J.S.; UMBERSON, D. y LANDIS, K.R. (1988): Structures and processes of social support. *Annual Review Sociological*, 14, pp. 293-318.
- HUI, C.H. y TRIANDIS, H.C. (1983): Multistrategy approach to cross-cultural research: the case of locus of control. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 14, pp. 65-83.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA ANDALUZ (1991): *Anuario de Estadística*. Junta de Andalucía.
- ISRAEL, B.A. (1982): Social networks and health status: linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education*, vol. 4(2), pp. 65-79.
- ISRAEL, B.A.; HOGUE, C.C. y GORTON, T.A. (1984): Social networks among elderly women: Implications for health education practice. *Health Education Quarterly*, vol. 10(3-4), pp. 173-203.
- JACOBS, S. y OSTFELD, A. (1977): An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 39, pp. 344-357.
- JACOBS, R.H. (1969): One way street: an intimate view of adjustment to a home for the aged. *The Gerontologist*, 9, pp. 268-275.
- JOHNSON, C.L. y CATALANO, D.J. (1981): Childless elderly and their family supports. *The Gerontologist*, vol. 21(6), pp. 610-618.
- KAHANA, E. y COE, R. (1969): Staff and staff conception of institutionalized aged. *The Gerontologist*, 9, pp. 264-267.
- KAHN, R.L. (1979): Aging and social support. En M.W. Riley (ed.), *Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives*. Boulder, CO.: Westview Press.
- KAHN, R.L. y ANTONNUCI, T. (1980): Convoys over the life course:

- Attachment, roles, and social support. En P.B. Baltes y O. Brim (eds.), *Life-Span Development and Behavior*. Boston: Lexington.
- KALISH, R.A. (1983): *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- KAMMANN, R. y CAMPBELL, K. (1982): Illusory correlation in popular beliefs about the causes of happiness. *New Zeland Psychologist*, 11, pp. 52-62.
- KAMMANN, R.; CHRISTIE, D; IRWIN, R y DIXON, G. (1979): Properties of an inventory to measure happiness (and psychological health). *New Zeland Psychologist*, 8, pp. 1-9.
- KANE, R.A. y KANE, R.L. (1987): *Assesing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books.
- KAPLAN, B.H.; CASSEL, J.C. y GORE, S. (1977): Social support and health. *Medical Care*, 15, pp. 47-58.
- KELLEY, H.H. y THIBAUT, J.W. (1978): *Interpersonal relations: a theory of interdependence*. N.Y.: Wiley.
- KESSLER, R.C. (1992). Perceived support and adjustment to stress: methodological considerations. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporation.
- KESSLER, R.C. y McLEOD, J. (1985): Social support and mental health in community samples. En S. Cohen Y S.L. Sheldon (eds.), *Social support and health*. N.Y.: Academic Press.
- KLEBAN, M.H. y LAWTON, M.P. (1982): *Psychological wellbeing in the aged: factorial and conceptual dimensions*. Philadelphia Geriatric Center.
- KNAPP, M.R.J. (1976): Predicting the dimensions of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 31, pp. 595-604.
- KOZMA, A. y STONES, M.J. (1980): The measurement of happiness. *Journal of Gerontology*, 35, pp. 906-912.
- KOZMA, A. y STONES, M.J. (1983): Predictors of happiness. *Journal of Gerontology*, 38, pp. 626-628.

- KOZMA, A.; STONES, M.J. y McNEIL, J.K. (1991): *Psychological well-being in later life*. Toronto: Butterworths.
- KRAUSE, N. (1986): Social support, stress, and wellbeing among older adults. *Journal of Gerontology*, vol. 41(4), pp. 512-519.
- KRAUSE, N. (1987): Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. *The Gerontologist*, vol. 27(3), pp. 301-308.
- KRAUSE, N. (1989): Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. En K.S. Markides y C.L. Cooper (eds.), *Aging, stress and health*. London: John Wiley.
- KRAUSE, N. (1990): Perceived health problems, formal-informal support, and life satisfaction among older adults. *Journal of Gerontology*, vol. 45(5), pp. S193-S205.
- KRAUSE, N. (1990a): Stress, social support and wellbeing: focusing on salient roles. En M. Stephans y otros (eds.), *Stress and coping in later life families*. Washington, DC: Hemisphere.
- KRAUSE, N. (1991): Stressful events and life satisfaction among elderly men and women. *Journal of Gerontology*, vol. 46(2), pp. S84-S92.
- KRAUSE, N. (1995): Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *Journal of Gerontology*, vol. 50B (2), pp. P59-P73.
- KUTNER, B.; FANSHEL, D.; TOGO, A. y LANGNER, T. (1956): *Five hundred over sixty*. N.Y.: Russell Sage Foundation.
- LaGRECA, A.J.; STREIB, G.F. y FOLTS, W.E. (1985): Retirement communities and their life stages. *Journal of Gerontology*, 40, pp. 211-218.
- LAIREITER, A. y BAUMANN, U. (1988): Klinisch-Psychologische Soziodiagnostik: Protektive Variablen und soziale Anpassung. *Diagnostica*, 34, pp. 190-226.
- LAIREITER, A. y BAUMANN, U. (1992): Network structures and support functions: Theoretical and empirical analyses. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporations.
- LAKEY, B. (1989): Personal and environmental antecedents of perceived

- social support developed and college. *American Journal of Community Psychology*, 17, pp. 503-519.
- LARSEN, R.J.; DIENER, E y EMMONS, R.A. (1983): An evaluation of subjective wellbeing measures. *Manuscript submitted for publication*. University of Illinois at Champaign-Urbana.
- LARSON, R.W. (1978): Thirty years of research of the subjective wellbeing of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, pp. 109-125.
- LARSON, R.W. (1984): States of consciousness in personal relationships: a life span perspective. *Paper at International Conference on Personal Relationships*. Madison.
- LAWRENCE, R.H. y LIANG, J. (1988): Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex and age differences. *Psychology and Aging*, 3, pp. 375-384.
- LAWTON, M.P. (1972): Assessing the competence of older people. En D.P. Kent; R. Kastenbaum y S. Sherwood (eds.), *Research, planning and action for the elderly*. N.Y.: Behavioral Publications.
- LAWTON, M.P. (1975): Competence, environmental stress and adaptation. En P.G. Windley; T.O. Byerts y G. Ernst (eds.), *Theory development in environment and aging*. Washington, D.C.: Gerontological Society.
- LAWTON, M.P. (1977): Morale: What are we measuring?. En C. Nydegewr (ed.), *Measuring morale: a guide to affective assesment*. Washington: Gerontological Society.
- LAWTON, M.P. (1982): The wellbeing and mental health of the aged. En T. Field y otros (eds.), *Review of human development*. N.Y.: John Wiley.
- LAWTON, M.P. (1983): Environment and other determinants of wellbeing in the age. *The Gerontologist*, 23, pp. 349-357.
- LAWTON, M.P. (1984): The varieties of wellbeing. En C.Y. Malatesta y C.E. Izard (eds.), *Emotion in adult development*. California: Sage Publications.
- LAWTON, M.P. y KLEBAN, M.H. (1982): *Psychological wellbeing in the aged: factorial and conceptual dimensions*. Philadelphia Geriatric Center.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986): *Estrés y Procesos Cognitivos*.

Barcelona: Martínez Roca.

LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1984): *Stress appraisal, and coping*. N.Y.: Springer.

LEE, G. (1985): Kinship and social support among the elderly: the case of the United States. *Journal of Gerontology*, 41, pp. 248-260.

LEFCOURT, H.M.; MARTIN, R.A. y SALEH, W.E. (1984): Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, pp. 378-389.

LEHR, U. (1987): Consistency and change in social participation and personality: findings from an 18-year longitudinal study. En D. Field y E. Olbrich, *Continuity in personality in the later years: Findings from four longitudinal studies, Symposium presented at the Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development*, Tokyo.

LEMON, B.; BENGSTON, V. y PETERSON, J. (1972): An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among movers-in to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, pp. 511-523.

LEVITT, M.J.; ANTONUCCI, T.C.; CLARK, M. Ch.; ROTTON, J. y FINLEY, G.E. (1985-86): Social support and wellbeing: preliminary indicators based on two samples of the elderly. *International Journal Aging and Human Development*, vol. 21(1), pp. 61-77.

LEVITT, M.J.; CLARK, M. Ch.; ROTTON, J. y FINLEY, G.E. (1987): Social support: perceived control and wellbeing: A study of an environmentally stressed population. *International Journal Aging and Human Development*, vol. 25(4), pp. 247-257.

LEWIN, K. (1951): *Field theory in social sciences*. N.Y.: Harper and Row.

LEWINSOHN, P.M. y ARCONADA, J. (1981): Behavioral treatment of depression. En P.O. Davidson (ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. N.Y.: Brunner/Mazel.

LIANG, J. (1982): Sex differences in Life Satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, 37, pp. 100-108.

- LIANG, J. (1984): Dimensions of the Life Satisfaction Index A: A structural formulation. *Journal of Gerontology*, 39, pp. 613-622.
- LIANG, J. y otros (1980): Social integration and morale: a re-examination. *Journal of Gerontology*, vol. 35(5), pp. 746-757.
- LIANG, J.; ASANO, H.; BOLLEN, K.A.; KAHANA, E.F. y MAEDA, D. (1987): Cross-cultural comparability of the Philadelphia Geriatric Morale Scale: An American-Japanese comparison. *Journal of Gerontology*, 42, pp. 37-43.
- LIANG, J.; BENNETT, J; AKIYAMA, H. Y y MAEDA, D. (1992): The structure of PGC Morale Scale in American and Japanese Aged: A further note. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 7, pp. 45-68.
- LIBERMAN, M. (1983): Social contexts of depression. En L. Breslau y M. Haug (eds.), *Depression and aging: causes, care and consequences*. N.Y.: Springer.
- LIEBERMAN, M.A. (1969): Institutionalization of the aged: effects on behavior. *Journal of Gerontology*, 24, pp. 330-340.
- LIEBERMAN, M.A. (1986): Social supports-the consequences of psychologizing: a commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54(4), pp. 461-465.
- LIN, N. (1986): Modeling the effects of social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (eds.), *Social Support, Life-Events, and Depression*. N.Y.: Academic Press.
- LIN, N.; DEAN, A y ENSEL, W.M. (1981): Social support scales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7, pp. 73-89.
- LIN, N. y ENSEL, W.M. (1984): Depression mobility and its social etiology: The role of life events and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 25(2), pp. 176-188.
- LIN, N. y ENSEL, W.M. (1989): Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, pp. 382-399.
- LIN, N. y otros (1985): The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 26(3), pp. 247-263.

- LOHMANN, N.L.P. (1977): Comparison of life satisfaction, morale and adjustment scales on an elderly population (Doctoral dissertation, Brandeis University, 1977). *Dissertation Abstracts International*, 38, 418B.
- LONGINO, C.F.Jr. y LIPMAN, A. (1981): Married and spouseless men and women in planned retirement communities: support networks differentials. *Journal of Marriage and the Family*, 43, pp. 169-177.
- LONGINO, C.F.Jr. y LIPMAN, A. (1985): The support systems of women. En W. Sauer y R. Coward (eds.), *Social support networks and the care of the elderly: theory, research and practice*. N.Y.: Springer.
- LOPATA, H.Z. (1979): *Women as widows: Support systems*. N.Y.: Elsevier.
- LOWENTHAL, M.F. y HAVEN, C. (1968): Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, pp. 20-30.
- LOWENTHAL, M.F. y ROBINSON, B. (1976): Social networks and isolation. En R.H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the Social Sciences*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- MADDOX, G.L. (1966): Persistence of life style among the elderly. *Proceeding 7th International Congress Gerontology*. Viena.
- MADDOX, G. y EISDORFER, C. (1962): Some correlates of activity and morale among elderly. *Social Forces*, 40, pp. 254-260.
- MAKINODAN, T. (1974): Cellular basis of immunosenescence. *Molecular and cellular mechanism of aging*. Paris, Insem. Coll. Institute Nat. Santé.
- MANCINI, J.; QUINN, W; GAVIGAN, M. y FRANKLIN, H. (1980): Social network interaction among older adults: Implications for life satisfaction. *Human Relations*, vol. 33(8), pp. 543-554.
- MARTINEZ, M.; GARCIA, M. y MENDOZA, I. (1992): Consideraciones sobre el abordaje psicosocial de la vejez. *Apuntes de Psicología*, 34, pp. 83-90.
- MARTINEZ, M. y GARCIA, M. (1994): La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, vol. 6(1), pp. 55-74.

- MARTINEZ, M. y GARCIA, M. (1995): La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, vol. 10(1), pp. 61-74.
- MARTINEZ, M.; GARCIA, M. y MENDOZA, I. (1995): Disponibilidad y utilización de los recursos naturales de Apoyo Social. Implicaciones para el bienestar en las personas ancianas. En J.A. Conde y A.I. Isidro de Pedro (eds.), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida*. Salamanca: Eudema.
- McAULEY, W. y ARLING, G. (1984): Use of In-home care by very old people. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, pp. 54-64.
- McFARLANE, A.H.; NORMAL, G.R.; STREINER, D.L.; ROY, R. y SCOTT, D.J. (1980): A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status: a preliminary report. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 124-133.
- McKINLAY, J.B. y TENNSTEDT, S.L. (1986): Social network and care of frail elders. *Final report to NIA; (Grant No. AG-03869)*. Boston, MA: Boston University.
- McKINNON, N.J. y KEATING, L.J. (1989): The structure of emotions: Canada-United States comparisons. *Social Psychology Quarterly*, 52, pp. 70-83.
- McNEIL, J.K.; STONES, M.J. y KOZMA, A. (1986): Longitudinal variation in domain indicators of happiness. *Social Indicators Research*, 18, pp. 119-124.
- McPHILLAMY, D. y LEWINSOHN, P. (1976): *Manual for the pleasant events schedule*. University of Oregon.
- MEAD, M. (1961): *Coming of age in Samoa*. Penguin Books. Mitchan.
- MEDDIN, J. y VAUX, A. (1988): Subjective wellbeing among the rural elderly population. *International Journal Aging and Human Development*, vol. 27(3), pp. 193-206.
- MEDLEY, M.L. (1980): Life satisfaction across four stages of adult life. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, pp. 193-209.

- MELLOR, K.S. y EDELMANN, R.J. (1988): Mobility, social support, loneliness and wellbeing amongst two groups of older adults. *Personality and Individual Differences*, vol. 9(1), pp. 1-5.
- MERTON, R.K. (1964): *Teoría y estructuras sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- MINKLER, M. (1985): Social support and health of the elderly. En S. Cohen y S. L. Syme (eds.), *Social Support and Health*. N.Y.: Academic Press.
- MISHARA, B.L. y RIEDEL, R.G. (1986): *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- MONROE, S.M. (1983): Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect. *American Journal of Community Psychology*, vol. 11(1), pp. 81-97.
- MOOS, R.H. (1988): Life stressors and coping resources influence health and wellbeing. *Evaluación Psicológica*, 2, pp. 133-159.
- MORALES, J.F. (1981): *La conducta social como intercambio*. Bilbao: Desclée de Brower.
- MORIWAKI, S.Y. (1974): The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, 29, pp. 73-78.
- MUSSEN, P.; HONZIK, M.P. y EICHORN, D.H. (1982): Early adult antecedents of life satisfaction at aged 70. *Journal of Gerontology*, vol. 37(3), pp. 316-322.
- NEUGARTEN, B.L. (1972): Personality and the aging process. *The Gerontologist*, vol. 12(1), pp. 9-15.
- NEUGARTEN, B.L. (1975): The future and the young old. *The Gerontologist*, 15, pp. 4-9.
- NEUGARTEN, B.L. y DATAN, H. (1973). Sociological perspectives on the life cycle. En P.B. Baltes y K.W. Schaie, *Life-Span developmental psychology: personality and socialization*. N.Y.: Academic Press.
- NEUGARTEN, B.L.; HAVIGHURST, R.J. y TOBIN, S.A. (1961): The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, pp. 134-143.

- OKUN, M.A.; MELICHAR, J.F. y HILL, M.D. (1990): Negative daily events, positive and negative social ties, and psychological distress among older adults. *The Gerontologist*, vol. 30(2), pp. 193-199.
- OKUN, M.A. y STOCK, W.A. (1987): The construct validity of subjective wellbeing measures: an assesment via quantitative research synthesis. *Journal of Community Psychology*, 15, pp. 481-492.
- OKUN, M.A.; STOCK, W.A.; HARING, M.J. y WITTER, R.S. (1984): The social activity/subjective wellbeing relation: a quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6, pp. 45-65.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1946): Citado en H. San Martin (1985): *Crisis Mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2.000?*. Madrid: Editorial Ciencia-3.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1985): *Targets for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1990): *Healthy aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGEL (1963): *The maintenance of protein synthesis and its relevance to aging*. Proc Nat Acad Sci USA.
- ORMEL, J. (1983): Neuroticism and wellbeing inventories: measuring states or traits?. *Psychological Medicine*, 13, pp. 165-176.
- OSGOOD, N.J. (1982): *Senior settlers: social integration in retirement communities*. N.Y.: Praeger.
- OSTROW, A.C. y DZEWALTOWSKI, D.A. (1986): Older adults' perception of psysical activity participation based on age-role and sex-role appropriateness. *Research Quarterly for Exercises & Sports*, 57, pp. 167-169.
- PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.; HSIEH, C. y WING, A. (1987): Physical activity, other life-style patterns, cardiovascular disease and longevity. *Acta Medica Scandinavian Supplement*, 711, pp. 85-91.
- PAGEL, M.D.; EARDLY, W.W. y BECKER, J. (1987): Social networks: We get by with (in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, pp. 793-804.

- PAINTAL, H.K. (1978): A correlational study of the three tools for measuring succesful aging. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 5, pp. 69-76.
- PALMORE, E.B. (1971): The relative importance of social factors in predicting longevity. En E. Palmore y F. Jeffers (eds.), *Prediction of life span*. Lexington, MA: Lexington Books.
- PALMORE, E.B. (1981): *Social patterns in normal aging: findings from the Duke Longitudinal Study*. Durham NC: Duke University Press.
- PALMORE, E.B. y MAEDA, D. (1975): *The honorable elders revisited. A revised cross-cultural analysis of aging in Japan*. Durham. Duke U.P.
- PATTISON, E.M. y PATTISON, M.L. (1981): Analysis of schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, pp. 135-143.
- PAVOT, W.; DIENER, E.; COLVIN, C.R. y SANDVIK, E. (1991): Response artefacts in the measurement of subjetive wellbeing. *Social Indicators Research*, 24, pp. 35-56.
- PEARL (1928): *The rate of living*. London: University London Press.
- PEARLIN, L.I. (1989): The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, pp. 241-256.
- PEARLIN, L.I.; LIEBERMAN, M.A.; MENAGHAN, E.G. y HULLAN, J.T. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 337-356.
- PEARLIN, L.I. y McCALL, M.E. (1990): Occupational stress and marital support: a description of microprocesses. En J. Eckenrode y S. Gore (eds.), *Stress between work and family*. N.Y.: Plenum Press.
- PEARSON, J. y ROBERTO, K.A. (1985): Use of informal and formal support networks by rural elderly poor. *The Gerontologist*, vol. 25(6), pp. 624-630.
- PENNING, M.J. (1990): Receipt of assistance by elderly people: hierarchical selection and task specificity. *The Gerontologist*, 30, pp. 220-227.
- PENNING, M.J. y STRAIN, L.A. (1994): Gender differences in disability, assistance, and subjetive wellbeing in later life. *Journal of Gerontology*, vol. 49(4), pp. S202-S208.

- PETERS, G.R.; HOYT, D.R.; BABCHUCK, N.; KAISER, M. y IJIMA, Y. (1987): Primarygroup support systems of the aged. *Research on Aging*, vol. 9(3), pp. 392-416.
- PILIAVIN, J.A.; DOVIDIO, J.F.; GAERTNER, S.L. y CLARK, R.D. (eds.) (1981): *Emergency intervention*. N.Y.: Academic Press.
- PILISUK, M. y PARKS, S.H. (1981): The place of network analysis in the study of supportive social associations. *Basic and Applied Social Psychology*, 2, pp. 121-135.
- PLAN GERONTOLOGICO NACIONAL (1993): Ministerio de Asuntos Sociales.
- PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH (1978): *Report of the task panel on community support systems*. Washington, DC: Government Printing Office.
- PROCIDANO, M.E. y HELLER, K. (1983): Measures and perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Social Psychology*, 11, pp. 1-24.
- PRUCHNO, R.A., PETERS, N.D.; KLEBAN, M.H. y BURANT, C.J. (1994): Attachment among adult children and their institutionalized parents. *Journal of Gerontology*, vol. 49(5), pp. S209-S218.
- RADLOFF, L. (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, pp. 385-401.
- REINHARDT, J. y FISCHER, C. (1989): Kinship versus friendship: Social adaptation in married and widowed elderly women. En L. Grau y I. Susser (eds.), *Women in the later years: Health, social and cultural perspectives*. N.Y.: Haworth.
- REVICKI, D.A. y MITCHELL, J.P. (1990): Strain, social support, and mental health in rural elderly individuals. *Journal of Gerontology*, vol. 45(6), pp. S267-274.
- RILEY, M. W. (1968): Aspectos sociales del envejecimiento. En B.L. Mishara y R.G. Riedel (eds.), *El proceso de envejecimiento*. Madrid. Morata.
- RILEY, M.W. (1985): Age strate in social systems. En R.H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and social sciences (2ª ed.)*. N.Y.:

Van Nostrand Reinhold.

- ROBERTS, B.L.; DUNKLE, R. y HAUG, M. (1994): Physical, psychological and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology*, vol. 49(1), pp. S35-S43.
- RODRIGUEZ, A.; ZARCO, V. y ARDID, C. (1993): Cuestiones conceptuales y metodológicas entorno al concepto y significado de bienestar social. *Intervención Psicosocial*, vol. 2(6), pp. 17-28.
- ROOK, K.S. (1984): The negative side of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 1097-1108.
- ROOK, K.S. (1990): Social relationships as a source of companionship: implications for older adults' psychological wellbeing. En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.R. Pierce (eds.), *Social support: an interactional view*. Washington: John Wiley & Sons.
- ROOK, K.S. (1990a): Stressful aspects of older adults' social relationships: Current theory and research. En M.A.P. Stephens; J.H. Crowther; S.E. Hobfoll y D.L. Tennenbaum (eds.), *Stress and coping in later life families*. N.Y.: Hemisphere Publishing Corporation.
- ROOK, K.S. (1992): Detrimental aspects of social relationships: Taking stock of an emerging literature. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporation.
- ROOK, K.S. y PIETROMONACO, P. (1987): Close relationships: Ties that heal or ties that bind. En W.H. Jones y D. Perlman (eds.), *Advances in Personal Relationships, Vol. 1*. Greenwich: JAI Press.
- ROSE, C.L. (1968): Secularity in longevity research. *Gerontologist*, pp. 29-.
- ROSOW, I. (1965): And then we were old. *Transaction II*, 2: 23.
- ROSOW, I. (1974): *Socialization to old age*. Berkeley: University of California Press.
- RUIZ, M.A. y BACA, E. (1992): Design and validation of the quality of life questionnaires. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, pp. 19-32.
- RYDER, N. (1975): Notes on stationary populations. *Population Index*, vol.

41(1).

- RYFF, C. (1989): In the eye of the beholder. Views of psychological wellbeing among middle-age and older adults. *Psychology and Aging*, 4, pp. 195-210.
- SACHER, G.A. (1966): Abnutzungs theorie. En Shock (ed.), *Perspectives in experimental gerontology*. Illinois: Springfield.
- SAEZ, N.; ALEIXANDRE, M.; De VICENTE, P.; MELENDEZ, J.C. y VILLANUEVA, E. (1993): Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, 12, pp. 129-152.
- SAEZ, N y VEGA, J.L. (1989): *Acción socio-educativa en la tercera edad*. Barcelona: Ceac.
- SAN MARTIN, H. (1985): *Crisis Mundial de la salud. ¿Salud para nadie en el año 2.000?*. Madrid: Editorial Ciencia-3.
- SANDLER, I.N. y BARRERA, M.Jr. (1984): Toward a multimethod approach to assesing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, pp. 37-52.
- SANDLER, I.N. y LAKEY, B. (1982): Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions an social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, pp. 65-78.
- SAN ROMAN, T. (1990): *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundación Caja de Pensiones.
- SARASON, B.R.; SARASON, I.G. y PIERCE, G.R. (eds.) (1990): *Social support: An interactional view*. N.Y.: John Wiley & Sons.
- SARASON, B.R.; SARASON, I.G. y PIERCE, G.R. (1990): Traditional views of social support and the impact of the assesment. En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.R. Pierce (eds.), *Social support: an interactional view*. N.Y.: John Wiley & Sons.
- SARASON, I.G.; SARASON, B.R. y SHEARIN, E.N. (1986): Social support as an individual difference variable: its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, pp. 845-855.

- SARASON, B.R.; SHEARIN, E.N.; PIERCE, G.R. y SARASON, I.G. (1987): Interrelationships among social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 813-832.
- SATARINO, W.A. y SYME, S.L. (1981): Life changes and disease in elderly populations: Coping with change. En J.G. March (ed.), *Biology and Behavior*. N.Y.: Academic Press.
- SCHACHTER, S. (1966): *Psicología de la afiliación*. Buenos Aires: Paidós.
- SCHAEFER, C; COYNE, J. y LAZARUS, R. (1981): The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, pp. 381-406.
- SCHOENBACH, V.J.; KAPLAN, B.H.; FREDMAN, L. y KLEINBAUM, D.G. (1986): Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, pp. 577-591.
- SELYE, H. (1976): *The stress of life*. N.Y.: McGraw-Hill.
- SHMOTKIN, D. (1991): The structure of the Life Satisfaction Index A in Elderly Israeli Adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 33, pp. 131-150.
- SHOCK, N.W. (1977): Biological theories of aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie, *Handbook of the Psychology of Aging*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- SHUMAKER, S.A. y BROWNELL, A. (1984): Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, vol. 40(4), pp. 11-36.
- SNEIDER, M. y CANTOR, N. (1980): Thinking about ourselves and others: Self-monitoring and social knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 222-234.
- SNEIDER, M. y GANGESTAD, S. (1986): On the nature of self monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, pp. 125-139.
- SPREITZER, E. y SNYDER, E. (1974): Correlates of life satisfaction from aged. *Journal of Gerontology*, 29, pp. 454-458.

- STAHL, S. (1984): Health. En D.J. Mangen y W.A. Peterson (eds.), *Research instruments in social gerontology: Health program evaluation and demography, Vol. III*, (pp. 102-103). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- STAUB, E. (1974): Helping a distressed person: Social, personality and stimulus determinants. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. N.Y.: Academic Press.
- STEINBACH, U. (1992): Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology, vol. 47(4)*, pp. S183-S190.
- STOCK, W.A.; OKUN, M.A. y GOMEZ BENITO, J. (1994): Subjective well-being measures: Reliability and validity among spanish elders. *International Journal of Aging and Human Development, vol. 38(3)*, pp. 221-235.
- STOKES, J.P. (1983): Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology, 11*, pp. 141-152.
- STOLLER, E.P. (1992): Gender differences in the experiences of caregiving spouses. En J.W. Dynen y R.T. Coward (eds.), *Gender, families and elder care*. Newbury Park, CA: Sage.
- STONE, L.O. (1988): *Family and friendship ties among Canada's seniors: An introductory report of findings from the General Social Survey*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- STONE, R.; CAFFERATA, G.L; y SAGL, J. (1987): Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist, 27*, pp. 616-626.
- STONES, M.J. y KOZMA, A. (1985): Structural relationships among happiness scales: A second order factorial study. *Social Indicators Research, 17*, pp. 19-28.
- STONES, M.J. y KOZMA, A. (1986): Happiness and activities as propensities. *Journal of Gerontology, 41*, pp. 85-90.
- STROEBE, W.; STROEBE, M.S.; GERGEN, K.J. y GERGEN, M. (1982): The effects of bereavement on mortality: A sociopsychological analysis. En J.R. Eiser (ed.), *Social psychology and behavioral medicine*. N.Y.:

Wiley.

SUGISAWA, H.; LIANG, J. y LIU, X. (1994): Social networks, social support and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, vol. 49(1), pp. S3-S13.

SUAREZ, F. y FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). La atención psicosocial del anciano en España: un desafío. En *IV Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

SULLIVAN, D.A. (1986): Informal support systems in a planned retirement community. *Research on Aging*, 8, pp. 249-267.

TARTLER, R. (1961): *Das alter in der modernen Gesellschaft*. Enke. Stuttgart. Citado por U. Lehr (1980): *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.

TENNSTEDT, S.; McKINLAY, J. y SULLIVAN, L.M. (1989): Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. *The Gerontologist*, 29, pp. 677-683.

THIBAUT, J.W. y KELLEY, H.H. (1959): *The Social Psychology of groups*. N.Y.: Wiley.

THOITS, P.A. (1982): Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 23(June), pp. 145-159.

THOITS, P. (1983): Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H.B. Kaplan (ed.), *Psychosocial Stress: Trends in theory and research*. N.Y.: Academic Press.

THOITS, P. (1985): Social support and psychological wellbeing: Theoretical possibilities. En I.G. Sarason y B.R. Sarason, *Social Support: Theory, research and Applications*. Boston: Martinus Nijhoff.

THOITS, P.A. (1986): Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54(4), pp. 416-423.

THOITS, P. (1992): Social support functions and network structures: A supplemental view. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The meaning*

- and measurement of social support*. Hemisphere Publishing Corporation.
- TOLSDORF, L.O. (1976): Social networks, support and coping. Exploratory study. *Family Process*, 15, pp. 407-417.
- TOLSDORF, L.O. (1978): Stress, support and coping in the social network. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, Toronto.
- TURNER, R.J. (1981): Social support as a contingency in psychological wellbeing. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 357-367.
- TURNER, R.J. (1983): Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychosocial distress and associated conditions. En H.B. Kaplan (ed.), *Psychosocial Stress: Trends in theory and research*. N.Y.: Academic Press.
- TURNER, J.C. y TENHOOR, W.J. (1978): The Minh community support program. Pilot approach to a needed social reinforce. *Schizophrenia Bulletin*, 4, pp. 319-348.
- VALDENEGRO, J. y BARRERA, M.Jr. (1983): Social support as a moderator of life stress: A longitudinal study using a multimethod analysis. *Paper presented at the Meeting of the Western Psychological Association*, San Francisco, CA.
- VAUX, A. (1988): *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. N.Y.: Praeger.
- VAUX, A. y HARRISON, D. (1985): Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, vol. 13(3), pp. 245-268.
- VAUX, A. (1985): Variations in social support associated with gender, ethnicity and age. *Journal of Social Issues*, vol. 41(1), pp. 89-110.
- VAUX, A. y STEWART, D. (1982): Sex differences in social support among college students. *Unpublishing raw data*.
- VEENHOVEN, R. (1994): El estudio de la satisfacción vital. *Intervención Psicosocial*, vol. 3(9), pp. 87-116.
- VEIEL, H.O.F. (1987): Soziale Unterstützung gibt es nicht: Zur Strukturierung

- eines Konzepts. En M.A. Amelang (ed.), *Bericht über den 35. Kongreb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heindelberg 1986*. Göttingen: Hogrefe.
- VEIEL, H.O.F. (1992): Some cautionary notes on buffer effects. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support*. N.Y.: Hemisphere Publishing Corporation.
- VEIEL, H.O.F. y BAUMAN, U. (eds.) (1992): *The meaning and measurement of social support*. N.Y.: Hemisphere Publishing Corporation.
- VENKATRAMAN, M.M. (1995): A cross-cultural study of the subjetive wellbeing of married elderly persons in the United Sates and India. *Journal of Gerontology, vol. 50B (1)*, pp. S35-S44.
- VERBRUGGE, L.M. (1983): Women and men: mortality and health of older people. En M.W. Riley; B.B. Hess y K. Bond (eds.), *Aging in society: Selected reviews of recent research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- VERTINSKY, P. y AUMAN, J.T. (1988): Elderly women's barriers to exercise: Perceived risks. *Health Values, 12*, pp. 13-19.
- VINOKUR, A.; SCHUL, Y. y CAPLAN, R.D. (1987): Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective states. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, pp. 1137-1145.
- VIZCAINO, J. (1987): El grupo social anciano y su marginación. Evolución y futuro. En *Actas del simposio sobre la ancianidad en el año 2000. Una visión prospectiva*. Gerontología y Societat. Barcelona: Fundación Caja de Pensiones.
- WAN, A.M. (1982): *Stressfull life events, social support networks and gerontological health*. Lexington, MA.: Lexington Books.
- WARD, R.A. (1985): Informal networks and wellbeing in later life: A research agenda. *The Gerontologist, vol. 25(1)*, pp. 55-61.
- WARD, R.; SHERMAN, S.R. y LaGORY, M. (1984): Subjetive networks assessments and subjetive wellbeing. *Journal of Gerontology, vol. 39(1)*, pp. 93-101.
- WARR, P.B. (1978): A study of psychological wellbeing. *British Journal of*

- Psychology*, 69, pp. 111-121.
- WARR, P.B.; BARTER, J. y BROWNBRIDGE, G. (1983): On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, pp. 644-651.
- WEISS, R.S. (1974): The provisions of social relationships. En Z. Rubin (ed.), *Doing unto Others*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- WELFORD, A.T. (1977): Motor performance. En J.F. Birren y K.W. Schaie, *Handbook of the Psychology of Aging*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold.
- WELLMAN, B. (1985): From social support to social network. En I.G. Sarason y B.P. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications*. Martinus Nijhoff.
- WETHINGTON, E. y KESSLER, R.C. (1986): Received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, pp. 78-89.
- WHEATON, B. (1985): Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, pp. 352-364.
- WHITBECK, L.; HOYT, D.R. y HUCK, S.M. (1994): Early family relationships, intergenerational solidarity, and support provided to parents by their adult children. *Journal of Gerontology*, vol. 49(2), pp. S85-S94.
- WILSON, W. (1967): Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, pp. 294-306.
- WILSON, R.W. y ELINSON, J. (1981): National Survey of personal health practices and consequences: Background, conceptual issues and selected findings. *Public Health Reports*, 96, pp. 218-225.
- WILSON, G.A.; ELIAS, J.W.; BROWNLEE, L.J. (1985): Factor invariance and Life Satisfaction Index. *Journal of Gerontology*, 40, pp. 344-346.
- WOOD, Y.R. (1981): *Social networks and their relation to depression in university students*. Department of Psychology, University of Hawai.
- WOOD, Y.R. (1984): Social support and social networks: Nature and measurement. En P. McReynolds (ed.), *Advances in psychological assessment*. San Francisco: Jossey Bass.

- WOOD, V. y ROBERTSON, J.F. (1978): Friendship and kinship interaction: Differential effect on the morale of the elderly. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 40(2), pp. 367-375.
- WORTMAN, C.B. (1984): Social support and the cancer patient: Conceptual and methodology issues. *Cancer*, 53, pp. 2339-2360.
- WORTMAN, C.B. y DUNKEL-SHETTER, C. (1987): Conceptual and methodological issues in the study of social support. En A. Braun y J. Singer (eds.), *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ZAJONC, R.B. (1965): Social facilitation. *Science*, 149, pp. 269-274.
- ZARIT, S.H. y ZARIT, J.M. (1984): Depression in later life: Theory and assesment. En J.P. Abrahams y V.J. Crooks (eds.), *Geriatric Mental Health*. Grune & Straton.
- ZAUTRA, A.J. (1983): Social resources and quality of life. *American Journal of Community Psychology*, 11, pp. 275-290.
- ZAUTRA, A.J. y HEMPEL, A. (1983): *Subjetive wellbeing and physical health: A review of literature and some suggestions for future research*. Arizona State University.
- ZEVON, M.A. y TELLEGEN, A. (1982): The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, pp. 111-122.

# ANEXO 1

Tabla 1. Distribución de la población de más de 60 años.

Tabla 2. Distribución de la muestra según la edad y el sexo.

Tabla 3. Distribución de la muestra según edad y domicilio.

Tabla 4. Distribución de la muestra en función del sexo y estado civil.

Tabla 5. Distribución de la muestra según edad y nivel de estudios.

Tabla 6. Puntuaciones medias en el LSI según edad y domicilio.

Tabla 7. Puntuaciones medias en el LSI según edad y sexo.

Tabla 8. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación del LSI.

Tabla 9. Puntuaciones medias en el PGA según edad y domicilio.

Tabla 10. Puntuaciones medias en el PGA según edad y sexo.

Tabla 11. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación del PGA.

Tabla 12. Puntuaciones medias en la EAS según edad y domicilio.

Tabla 13. Puntuaciones medias en la EAS según edad y sexo.

Tabla 14. Diferencias intergrupos obtenidas en la aplicación de la EAS.

Tabla 15. Correlaciones entre satisfacción vital, estado de ánimo y autovaloración de la salud.

Tabla 16. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el sexo.

Tabla 17. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el domicilio.

Tabla 18. Medias en cada categoría de apoyo en función del sexo, edad y domicilio.

Tabla 19. Porcentajes sobre la composición de la red en cada una de las categorías de apoyo para el total de la muestra.

Tabla 20. Porcentajes de la presencia de esposos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 21. Porcentajes de la presencia de hermanos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 22. Porcentajes de la presencia de hijos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 23. Porcentajes de la presencia de sobrinos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 24. Porcentajes de la presencia de otros parientes (básicamente primos) en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 25. Porcentajes de la presencia de compañeros o vecinos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 26. Porcentajes de la presencia de amigos en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 27. Porcentajes de la presencia de profesionales en cada una de las categorías de apoyo.

Tabla 28. Porcentajes de sujetos, en función del sexo, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo.

Tabla 29. Porcentajes de sujetos, en función de la edad, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo.

Tabla 30. Porcentajes de sujetos, en función del domicilio, que cuentan con vínculos en la red para dos o más categorías de apoyo.

Tabla 31. Medias en el número de relaciones conflictivas y de conflictos.

Tabla 32. Composición de la red de apoyo en relación a los vínculos conflictivos.

Tabla 33. Medias sobre la necesidad de apoyo en cada categoría en función de la edad, sexo y domicilio.

Tabla 34. Distribución de la muestra en porcentajes según el grado de necesidad expresado en cada una de las áreas.

Tabla 35. Medias de utilización de la red en cada categoría de apoyo según la edad, el sexo y el domicilio.

Tabla 36. Diferencias en la utilización de la red de apoyo en función del grado de necesidad.

Tabla 37. Medias de la satisfacción con el apoyo recibido o con los recursos de apoyo según edad, sexo y domicilio.

Tabla 38. Distribución de la muestra en porcentajes según el grado de satisfacción con los recursos de apoyo.

Tabla 39. Correlaciones entre medidas de bienestar y tamaño de la red de apoyo.

Tabla 40. Correlaciones entre medidas de bienestar y disponibilidad de la red por categorías de apoyo.

Tabla 41. Correlaciones entre medidas de bienestar y utilización de la red por categorías de apoyo.

Tabla 42. Correlaciones entre utilización de la red y satisfacción vital ante diferentes grados de necesidad.

Tabla 43. Correlaciones entre utilización de la red y estado de ánimo ante diferentes grados de necesidad.

Tabla 44. Correlaciones entre medidas de bienestar y satisfacción con el apoyo en cada categoría.

## ANEXO 2

Gráfico 1. Social Support. Producción de Artículos.

Gráfico 2. Funciones de las relaciones sociales.

Gráfico 3. Efectos Principales y Buffer del Apoyo Social.

Gráfico 4. Modulación de los efectos del Apoyo Social (House, 1981).

Gráfico 5. Relación curvilínea de los efectos del apoyo (Barrera, 1988).

Gráfico 6. Modelos Genéricos. Adaptado de Cohen (1988).

Gráfico 7. Modelos centrados en el estrés. Adaptado de Cohen (1988).

Gráfico 8. Modelos de Barrera (1986) I.

Gráfico 9. Modelos de Barrera (1986) II.

Gráfico 10. Modelos de Barrera (1986) III.

Gráfico 11. Modelos de Barrera (1986) IV.

Gráfico 12. Modelos de Barrera (1986) V.

Gráfico 13. Modelos de influencia psicosocial. Adaptado de Cohen (1988).

Gráfico 14. Determinantes de la satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994).

Gráfico 14. Configuración teórica de la calidad de vida (Blanco, 1985).

Gráfico 15. Distribución de la muestra según edad y tipo de domicilio.

Gráfico 16. Distribución de la muestra en función del sexo y estado civil.

Gráfico 17. Entrevista Estructurada de Apoyo Social I (Barrera, 1980, 1981, 1985).

Gráfico 18. Entrevista Estructurada de Apoyo Social II (Barrera, 1980, 1981, 1985).

Gráfico 19. Puntuaciones medias en el LSI según edad y domicilio.

Gráfico 20. Puntuaciones medias en el LSI según edad y sexo.

Gráfico 21. Puntuaciones medias obtenidas en el PGA según edad y domicilio.

Gráfico 22. Puntuaciones medias obtenidas en el PGA según edad y sexo.

Gráfico 23. Puntuaciones medias en la EAS según edad y domicilio.

Gráfico 24. Puntuaciones medias en la EAS según edad y sexo.

Gráfico 25. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el sexo.

Gráfico 26. Medias en el tamaño percibido de la red de apoyo en función de la edad y el domicilio.

Gráfico 27. Medias de la Red para cada categoría de Apoyo.

Gráfico 28. Porcentajes sobre la composición de la red en cada una de las categorías de apoyo.

Gráfico 29. Multiplicidad de la Red de Apoyo para el total de la muestra.

Gráfico 30. Multiplicidad de la Red de Apoyo.

Gráfico 31. Multiplicidad de la Red de Apoyo.

Gráfico 32. Multiplicidad de la Red de Apoyo.

## **ANEXO 3**

Cuadro 1. Criterios operativos utilizados en la evaluación de distintos componentes del Apoyo Social.

Cuadro 2. Componentes y dimensiones del Apoyo Social.

Cuadro 3. Modelos centrados en el estrés.

Cuadro 4. Modelos alternativos al modelo de amortiguación.

Cuadro 5. Evolución acumulativa de contenidos conceptuales.

Cuadro 6. Términos afines en el campo semántico.

Cuadro 7. Componentes o dimensiones de calidad de vida percibida en la población anciana.

Cuadro 8. Dimensiones del Apoyo Social relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez: efectos directos.

Cuadro 9. Dimensiones del Apoyo Social relacionadas con la salud y el bienestar en la vejez: efectos indirectos.

## **ANEXO 4**

### **Adaptación del Índice de Satisfacción Vital (LSI)**

01. Conforme me hago mayor compruebo que las cosas son mejores de lo que pensaba que iban a ser.
02. Esta es la etapa más triste de mi vida.
03. Soy tan feliz como cuando era joven.
04. Mi vida podría ser ahora más feliz de lo que es.
05. Estos son los mejores años de mi vida.
06. La mayoría de las cosas que hago son aburridas y monótonas.
07. Espero que me ocurran cosas interesantes y agradables en el futuro.
08. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.
09. Me siento viejo y cansado.
10. Recordar mi edad no me molesta.
11. Cuando recuerdo mi vida pasada me siento bastante satisfecho.
12. No cambiaría mi vida pasada, aunque pudiera.
13. Comparado con otra gente de mi edad, he tomado un montón de decisiones equivocadas en mi vida.
14. Comparado con otra gente de mi edad, tengo una buena presencia.
15. He hecho planes para realizar cosas que debería haber hecho hace un mes o más.

16. Tengo la impresión de que no he hecho la mayoría de las cosas importantes que quería hacer.
17. Comparado con otra gente, he metido la pata con demasiada frecuencia.
18. He conseguido más de lo que esperaba de la vida.
19. A pesar de lo que se dice, la mayoría de la gente se vuelve peor cuando se hace vieja, y no mejor.

### **Adaptación de la Escala Geriátrica de Estado de Animo de Philadelphia (PGA)**

01. Las cosas empiezan a ir peor cuando me hago viejo.
02. Las cosas sin importancia me desbordan más este año.
03. Cuando uno se hace viejo es menos útil.
04. Si pudiera elegir dónde vivir ¿viviría donde vive ahora?.
05. A veces me preocupo mucho porque no puedo dormir.
06. Conforme me hago viejo, las cosas son mejor de lo que yo pensaba que iban a ser.
07. Siento a veces que la vida no merece al pena ser vivida.
08. Soy tan feliz ahora como cuando era joven.
09. La mayoría de los días tengo un montón de cosas que hacer.
10. Tengo un montón de cosas por las que sentirme triste.
11. Tengo miedo por un montón de cosas.
12. Me he vuelto más malo de lo que era.
13. La vida me parece dura la mayor parte del tiempo.

14. ¿Actualmente se encuentra usted satisfecho con la vida que lleva?.
15. Una persona tiene que vivir para hoy y no preocuparse por el mañana.
16. Me preocupo fácilmente.

