

La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos

Carmen Luisa Castellano Fuentes

Centro Médico Laguna Salud (San Cristóbal de La Laguna, Tenerife), España

ABSTRACT

The influence of social support on the emotional state and attitudes towards old age and ageing in a sample of elderly. The stage of old age is marked by situations of dependency, isolation and loneliness. For this reason, this study attempts to analyse the role played by social networks in old people and their relationship with their emotional state and their attitudes towards their old age and aging. This study involved 117 people over the age of 50, without physical or psychological deterioration. The results were obtained through analysis of frequencies, gender differences and matrices of correlations. The sample presents a suitable social network, where the family nucleus is represented by the sons and daughters and the spouse who are the greatest social support for the old man. His emotional state is perceived as satisfactory and their attitudes towards his old age and aging are positive and favourable. The results indicate a positive relationship between social support, emotional state, and attitudes towards old age, which is reflected in an appropriate adjustment in the physical and psychological health.

Key words: quality of life, personal strengths, depression, stress, adolescents.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- El apoyo social percibido por las personas mayores se traduce en bienestar, disminuyendo el sentimiento de aislamiento y aumentando las conductas de afrontamiento a las enfermedades.
- Igualmente, modera el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre el estado de salud en general.

¿Qué añade este artículo?

- Confirma la importancia del papel del apoyo social en las personas mayores.
- La interacción positiva encontrada entre el apoyo social percibido, el estado emocional adaptativo y las actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento.
- Estas variables suponen un protector potente para conservar un adecuado bienestar emocional y psicológico

El apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (Khan y Antonucci, 1980). Estas transacciones se concentran en cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Los apoyos materiales suponen recursos monetarios como el dinero o los regalos, y no monetarios como los alimentos o la ropa. Los apoyos instrumentales caracterizados por ayudas tangibles serían el transporte, la ayuda en las tareas del hogar y el cuidado y el acompañamiento. Los apoyos emocionales incluirían la transmisión de afecto, la empatía, la preocupación por los demás, etc., y los cognitivos a través de la transmisión de información, de consejos, etc. Son evidentes los efectos positivos que reportan los apoyos sociales en los adultos mayores (Pillemer, Moen, Wethington y Glasgow, 2000). Esos beneficios

* Correspondencia a: clicasfue@correo.cop.es

se traducen en bienestar para las personas mayores y sus familias, disminuyendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables. Concretamente, en el ámbito de la salud se refleja en el apoyo para afrontar las enfermedades o el estrés (Antonucci y Akiyama, 1987). De hecho, el apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar el impacto de los sucesos vitales estresantes sobre la salud en general, elevándose las tasas de mortalidad entre las personas con escaso apoyo social (Prince, Harwood, Blizard, Thomas y Mann, 1997). Han sido comprobados sus efectos sobre la percepción de estabilidad, el afecto y la autoestima (Lemos y Fernández, 1990), así como una relación positiva entre el apoyo social y la salud física de las personas mayores (Khan, 1979). También se ha evidenciado que es saludable el apoyo social recibido a través de conversaciones telefónicas y de visitas de amigos, familiares y vecinos, así como la participación en las actividades sociales (Krassoievitch, 1998). Otros estudios también reflejan el importante papel que desempeña la familia para las personas mayores como principal fuente de apoyo social y serían las hijas las principales cuidadoras de los mayores (Bazo y Domínguez, 1996; IMSERSO, 1995). Los datos también apuntan a que las personas mayores cuentan con apoyo social y que a medida que avanza la edad, esos apoyos van disminuyendo debido a las discapacidades propias de la edad y a la mortandad de los miembros de su red social (IMSERSO, 2002). Esta situación a su vez puede desencadenar una serie de trastornos físicos y psicológicos con lo que la calidad de vida de los ancianos se ve gravemente afectada (Herrero y Gracia, 2005).

Las fuentes de apoyo de las personas mayores pueden ser formales e informales. El sistema de apoyo formal tiene una organización burocrática, con objetivos específicos en determinadas áreas y es dispensado por profesionales o voluntarios con el fin de garantizar el cumplimiento de sus metas. El sistema de apoyo informal está representado por redes personales y comunitarias no estructuradas. La forma más común de apoyo informal a las personas mayores es la familia, pero también cuenta con otras fuentes como son las redes de amigos y vecinos, cuyos vínculos se establecen en función de los intereses comunes y las actividades compartidas (Sánchez, 1994). Estos apoyos son más públicos que los dispensados en la familia, pero también más personales que los proporcionados por el sistema formal (Himes y Reidy, 2000). La red social aporta a la persona calidad de vida tanto en aportaciones materiales como en apoyo afectivo, siendo este último de gran importancia, sobre todo para la persona mayor. Sin embargo, este apoyo no implica que sea constante, ya que fluctúa a lo largo del tiempo (Hogan y Eggebeen, 1995). Respecto a las redes sociales existen diferencias de género debidas a los roles que han sido desempeñados por los hombres y las mujeres en la sociedad. Varían en parámetros como el número, el tipo y la calidad de las relaciones familiares y personales. Los hombres han contado con mayor apoyo social debido a su integración laboral, y las mujeres en cambio tradicionalmente han recibido más apoyo a nivel familiar y comunitario (Guzmán *et al.*, 2003). El tamaño de la red en las personas mayores está supeditado a diversas variables como la mortalidad de sus coetáneos, los cambios de domicilio, la institucionalización, el estado de salud, la viudedad o la jubilación. Cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socioemocional (jóvenes, viejos, familiares, amigos) mayor es su eficacia (Krassoievitch, 1998). A su vez, la imagen que la población tiene de las redes sociales de los ancianos es de menor tamaño frente a otro tipo de

poblaciones. Esta apreciación se fundamenta en la imagen estereotipada del anciano, considerado como una persona dependiente y en situación de aislamiento social. Estos estereotipos negativos son los causantes de los prejuicios y la discriminación hacia las personas mayores (Palmore, 1990). No obstante, diversas investigaciones han demostrado que la persona mayor disfruta no sólo de satisfactorios apoyos familiares sino también sociales (Jauregi 2001; Gracia y Herrero, 2004). Para un adecuado funcionamiento psicológico las actitudes positivas hacia sí mismo y las redes sociales son factores que se han demostrado imprescindibles (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002; Erikson, 1996; Ryff y Singer, 1998).

La distribución de la red hace referencia a los vínculos que son más predominantes como los familiares y las amistades. Así, la ayuda proporcionada por la familia es crucial en los periodos de crisis, fundamentalmente, durante el padecimiento de una enfermedad crónica, y el apoyo de las amistades refuerza las relaciones sociales favoreciendo la integración social de la persona mayor (Antonucci y Jackson, 1990). Por lo tanto, serían los familiares y las amistades las dos fuentes principales de apoyo para la persona de edad avanzada (Díaz-Veiga, 1985). La densidad de la red estaría sujeta a las situaciones a las que se tengan que enfrentar. Así, las redes de alta densidad que suelen estar representadas por las familias, proporcionan apoyo para encarar eventos vitales de crisis normativas; y las redes de baja densidad formada por las amistades hacen frente a las crisis vitales no normativas (Wilcox, 1981).

Por lo tanto, la vejez es un periodo vital en el que el nivel de dependencia tanto físico como psicológico del anciano se incrementa considerablemente, colocándole en un estado de vulnerabilidad. La red de apoyo social se convierte así en un importante andamiaje para la persona mayor. Por este motivo, este trabajo quiere analizar en profundidad la relación que tiene el funcionamiento social del anciano, con su estado emocional y sus actitudes hacia su vejez y envejecimiento, ya que son tres variables que pueden actuar como efecto protector ante el riesgo de mortalidad o internamiento. La hipótesis de partida de este estudio plantea que una adecuada red social se relaciona con un mejor estado emocional y una actitud favorable ante su etapa vital.

MÉTODO

Participantes

Participaron 117 personas mayores (107 mujeres) de la isla de Tenerife (España), con edades comprendidas entre 52-87 años las mujeres ($M= 68,7$ años; $DT= 5,88$) y 52-78 años los hombres ($M= 66,4$ años; $DT= 8,44$).

El 55,1% de las mujeres eran viudas ($p <.001$) y el 90% de los hombres casados ($p <.001$). En cuanto a su nivel educativo, los participantes poseían mayoritariamente estudios primarios (87,9% mujeres, 70% hombres). La mayoría (72,6%) vivían en sus domicilios, reflejando un alto nivel de autonomía. Los datos de salud reflejan que el 44,4% padecía una única enfermedad relativa a problemáticas típicas de la edad, como los trastornos cardiovasculares y los osteopáticos (tabla 1). Se trata, en definitiva de una muestra que mantiene condiciones normales de salud, tanto física como mental.

Tabla 1. Descripción de la muestra y porcentajes en variables sociodemográficas y de salud.

		Muestra total		Mujeres		Hombres		p
		N	%	n	%	n	%	
		117		107	91,5	10	8,5	
Estado civil	Solteros	6	5,1	5	4,7	1	10,0	ns
	Separados/divorciados	6	5,1	6	5,6	0	0	ns
	Viudos	59	50,4	59	55,1	0	0	.001
	Casados	46	39,3	37	34,6	9	90	.001
Estudios	Primarios	101	86,3	94	87,9	7	70	ns
	Bachillerato	9	7,7	9	8,4	0	0	ns
	Universitarios	7	6,0	4	3,7	3	30	.001
Convivencia	Su casa	85	72,6	79	73,8	6	60	ns
	Su casa y familia	30	25,6	26	24,3	4	40	.001
	Casa de familiares	2	1,7	2	1,9	0	0	ns
Enfermedades	0	34	29,1	31	29,0	3	30	ns
	1	52	44,4	47	43,9	5	50	ns
	2	21	17,9	19	17,8	2	20	ns
	3	5	4,3	5	4,7	0	0	ns
	4	3	2,6	3	2,8	0	0	ns
	5	2	1,7	2	1,9	0	0	ns

Notas: N, n= muestras; p= nivel de significación asociado a t (t-Student); ns= no significativa.

Instrumentos

Los instrumentos fueron seleccionados por su reducido número de ítems, por su facilidad de autoaplicación y claridad a la hora de ser cumplimentados por una muestra de personas mayores. Muchos de éstos han sido adaptados de forma específica para las personas mayores, como el GDS-SF o los cuestionarios de las actitudes. Asimismo, son representativos en la medición de las variables a analizar en este estudio. Se presentan tres bloques de instrumentos. Por un lado, tres instrumentos que evalúan el apoyo social: El *Family APGAR* (Smilkstein, 1978) que es un cuestionario que estudia la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace alusión a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Está formado por cinco ítems con tres posibles respuestas: “casi nunca” con un valor de cero, “a veces” un punto y “casi siempre” dos puntos. La puntuación mínima es de cero y la máxima de diez puntos. Se clasifican las familias en normofuncionales (puntuación mayor a seis) y disfuncionales (puntuación menor o igual a seis). Está validada en español (Bellón *et al.*, 1996a). El *Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire* (Broadhead *et al.*, 1988) mide el apoyo social funcional percibido y analiza sus aspectos cualitativos o funcionales. Utiliza una escala Likert puntuando de uno (mucho menos de lo que deseo) a cinco (tanto como deseo). Está validada al español a través del *Duke-UNC-II* (Bellón *et al.*, 1996b). El análisis factorial refleja dos factores, el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. La puntuación que se obtiene equivale al apoyo social percibido, no el real, y a menor puntuación menor apoyo. Y, por último, la *Duke Social Support and Stress Scale* (DUSOCS) (Parkerson *et al.*, 1991) con doce ítems que examinan el apoyo social percibido y doce ítems que estudian el estrés soportado en las relaciones tanto familiares como no familiares. Se valora a través de una escala de tres puntos (no,

algo, mucho), donde a mayor puntuación mayor estrés soportado o apoyo percibido.

Otro bloque de instrumentos lo representa la evaluación del estado emocional. Para ello se escogió la escala *Geriatric Depression Scale-Short Form* (GDS-SF) (Sheikh y Yesavage, 1986), con quince preguntas, diez positivas y cinco negativas, con respuestas dicotómicas (sí/no). Suministra una única puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems. Cada ítem puntúa uno si la respuesta es afirmativa o cero si la respuesta es negativa, por lo que la puntuación total oscila entre cero y quince. Por encima de cinco evidenciaría un estado depresivo. Existe una versión española para esta escala (Martínez *et al.*, 1993).

Finalmente, el bloque de instrumentos sobre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento. Para el componente cognitivo de las actitudes se emplearon: el cuestionario Atributos Negativos y Potencial Positivo de la vejez (AN-PP) (Morgan y Bengtson, 1976) con catorce ítems referente a afirmaciones sobre la vejez y cuatro opciones de respuesta, desde cero hasta cuarenta y dos puntos. Se puntúa con un cero la opción “totalmente en desacuerdo”, un punto para “ligeramente en desacuerdo”, dos puntos para “ligeramente de acuerdo” y tres puntos para “totalmente de acuerdo”. Se obtuvo dos factores sobre las percepciones del envejecimiento y la vejez.

El cuestionario Actitudes hacia el Envejecimiento (Kilty y Feld, 1976) sobre opinión socio-psicológica, con cuarenta y cinco ítems y cuatro opciones de respuesta. Se le concede una puntuación de cero para la opción “totalmente en desacuerdo”, un punto para “ligeramente en desacuerdo”, dos puntos para “ligeramente de acuerdo” y tres puntos para “totalmente de acuerdo”. Se obtuvieron tres factores sobre las creencias hacia el proceso de la vejez y el envejecimiento. Los cinco factores del componente cognitivo se agrupan a su vez en dos de segundo orden. El componente afectivo está representado por la Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (De Miguel y Castellano, 2012). Es una escala de diferencial semántico con cuarenta y tres pares de adjetivos que miden el componente emocional del anciano. Los adjetivos bipolares se presentan a lo largo de un continuo de siete puntos, y se puntúan entre 1 y 7. En el polo izquierdo se sitúan las actitudes negativas y se puntúa con un punto la opción “muy”, con dos puntos “bastante” y tres puntos “poco”. En el polo derecho están las actitudes positivas y se puntúan con un cinco la opción “muy”, un seis “bastante” y un siete “muy”. Se le asigna un cuatro a la opción “nada” siendo el punto neutro de actitud.

El componente conductual fue evaluado a través del Cuestionario de Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (Castellano y de Miguel, 2011) que evalúa situaciones de la vida diaria donde aparecen conductas discriminatorias hacia el anciano. Formado por treinta y un ítems, con cuatro opciones de respuesta, donde 0 puntos equivale a la opción “nunca”, 1 para “a veces”, 2 para “frecuentemente” y 3 para “siempre”.

Procedimiento

Los participantes de este estudio pertenecen a dos centros de día para mayores, en Güímar y en Santa Cruz de Tenerife, ambos dependientes de la Dirección General de

Políticas Sociales de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda del Gobierno de Canarias. En dichos centros se ofrece una amplia gama de actividades sociales, culturales y lúdicas, tales como informática, cestería, manualidades, gimnasia, talleres de memoria, etc. Se efectuó un muestreo casual o incidental, ya que la selección fue directa e intencionada debido que la autora de este estudio realizaba allí su labor profesional. En el procedimiento de selección, se requirió la colaboración voluntaria en la investigación y se solicitó su consentimiento informado, garantizando la confidencialidad e informando de cómo cumplimentar los diferentes instrumentos a nivel individual y las dudas al respecto. Los participantes cumplimentaron el *Mini Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein y McHugh, 1975) para descartar cualquier patología en el funcionamiento cognitivo.

RESULTADOS

Se analizaron las diferencias entre sexos en apoyo social y en estado emocional (tabla 2). Para el cuestionario sobre estado emocional (GDS-SF) no se encontraron diferencias entre sexos, obteniendo las mujeres una media de 4,53 y los hombres de 5,20. Este resultado indica que los hombres y las mujeres poseían similares estados anímicos. Con respecto al *Duke-UNC-11* tampoco se encontraron diferencias entre sexos. En el factor Apoyo Confidencial las medias de las mujeres fue de 18,29 y la de los hombres 15,70 y en el factor Apoyo Afectivo, para las mujeres fue de 11,90 y para los hombres 12,70. Por lo tanto, ambos mantenían similares puntuaciones en apoyo social funcional percibido. Teniendo en cuenta que para ambos factores el punto de corte es 15, la muestra evaluada percibe tener un alto apoyo confidencial, pero poco apoyo afectivo.

A través de la escala *Duke Social Support and Stress Scale* (DUSOCS) se llevó a cabo un análisis de frecuencias de los porcentajes de familiares y no familiares que aportaban tanto apoyo social como estrés en los ancianos de la muestra. El 94,9% de la muestra percibía recibir apoyo social (tabla 3). Percibían apoyo social principalmente de los familiares (87,2%), seguido de los no familiares (7,7%). De los familiares perciben, en general, mayor apoyo de sus hijos-as (21,4%), a continuación de las hijas (20,5%) e hijos (11,1%), que aglutinan un total del 53% del apoyo filial percibido, siendo del hijo varón del que menor apoyo perciben, incluso por debajo del cónyuge (18,8%). El apoyo recibido de otros miembros, familiares o no fue del 10,3%, que incluye amigos (7,7%), hermanos (2,6%), cuñados (1,7%) y nueras (0,9%).

Tabla 2. Diferencias entre sexos del apoyo social y el estado emocional.

	Total	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>		
CONFI	18,07	18,29	7,40	15,7	7,02	1,063	.290
AFEC	11,97	11,9	4,01	12,7	2,83	-0,618	.538
GDS-SF	4,59	4,53	3,22	5,2	3,19	-0,628	.531

Notas: *DT*= desviación típica; *t*= *t*-Student; *p*= nivel de significación asociado a *t*; CONFI: Apoyo Confidencial; AFEC: Apoyo Afectivo; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*.

Tabla 3. Porcentajes de Apoyo Social Percibido.

		Porcentaje
Apoyo social	Sí	94,9
	No	5,1
Tipo de apoyo social	familiar	87,2
	no familiar	7,7
	no existe	5,1
	apoyo familiar y no familiar	0,9
Fuente de apoyo social	hijos-as	21,4
	hijas	20,5
	cónyuges	18,8
	hijos	11,1
	varios	10,3
	amigos	7,7
	hermanos	2,6
	cuñados	1,7
	nueras	0,9

Con respecto al estrés soportado, el 27,4% percibía que soportaba estrés frente al 72,6% que dijo no padecerlo. Las personas que mayor estrés provocan en el anciano son los familiares (21,4%), y en menor medida un no familiar (5,1%). El familiar del que mayor estrés informaron fueron los hijos (4,3%) -lo que concuerda con la escala de apoyo social en la que los hijos eran de quienes menor apoyo social percibían. Otras fuentes de estrés incluyen vecinos y hermanos (3,4%), hijas, maridos y nueras. Es de destacar que no se menciona a las esposas como fuentes de estrés, y que las nueras a pesar de ser fuentes de apoyo (0,9%), también lo son de estrés (2,6%). La figura del amigo equivale tan sólo un 1,7%. Por último, cuñados, sobrinos, primas y suegras alcanzan el 0,9% (tabla 4).

Se llevó a cabo un análisis de porcentajes para el cuestionario *Familiar APGAR* de cada uno de los cinco ítems de los que está compuesto. La afectividad (76,1%) destaca como el área que mejor evalúa la función familiar y hace referencia a la afectividad o las expresiones de cariño en la interacción con los miembros familiares, así como la

Tabla 4. Porcentajes de estrés soportado.

		Porcentaje
Apoyo social	Sí	27,4
	No	72,6
Tipo de estrés	familiar	21,4
	no familiar	5,1
	no existe	73,5
Fuente de estrés	hijos	4,3
	hermanos	3,4
	vecinos	3,4
	hijos-as	2,6
	hijas	2,6
	maridos	2,6
	nueras	2,6
	amigos	1,7
	sobrinos	0,9
	primos	0,9
	cuñados	0,9
	suegras	0,9

demostración de otras emociones como afecto, pena o enojo entre ellos. Le sigue la adaptabilidad (72,6%) a través de la movilización de recursos tanto intra como extra familiares, para la resolución de los problemas en situaciones de crisis, por medio de la ayuda mutua o comunitaria. A continuación estarían la cooperación (66,7%) con la toma de decisiones o la división del trabajo entre los diferentes miembros; la capacidad resolutive (63,2%) que hace referencia al tiempo y los recursos compartidos con los demás familiares; y el desarrollo (56,6%) que equivaldría a la madurez física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo. En general, se puede observar que el patrón común es el de una familia funcional que cuenta con recursos óptimos de apoyo social.

Finalmente se analizaron las relaciones entre los componentes de las actitudes, el apoyo social y el estado emocional (tabla 5). Los resultados obtenidos respecto a los factores cognitivos de primer orden se puede observar que las actitudes negativas en el área laboral de la vejez se relacionan con problemas en el estado emocional o afectivo. Y el factor sobre actitudes positivas y fantasiosas de la vejez se relaciona con apoyo afectivo. En los factores cognitivos de segundo orden, el factor de actitud negativa se correlaciona con problemas emocionales. Con respecto a los factores conductuales de primer orden, la atención personal negativa se relaciona con bajo apoyo afectivo y con problemas emocionales. Las críticas por la edad se relacionan con problemas emocionales. El trato normalizado de igualdad se relaciona con pocos problemas emocionales. El trato familiar negativo se relaciona con bajo apoyo confidencial y emocional y con problemas emocionales. En los factores conductuales de segundo orden, las conductas discriminatorias negativas por la edad se relacionan con bajo apoyo confidencial y afectivo, y con problemas emocionales. Las conductas de marginación debidas a la edad se relacionan con bajo apoyo confidencial y afectivo. Por último, en los factores afectivos de primer orden, el autoconcepto alto y políticamente correcto se relaciona con pocos problemas emocionales; la autoestima baja y el aislamiento social se relacionaron con

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre las actitudes, el apoyo social y el estado emocional.

	CONFI	AFEC	GDS-SF
Componente cognitivo			
AE-II: Actitudes negativas en el área laboral de la vejez	-.10	-.17	.33**
AE-III: Actitudes positivas y fantasiosas de la vejez	.17	.18*	-.09
FAN: Factor de Actitud Negativa	-.07	-.14	.32**
Componente conductual			
CONDUC-I: Atención personal negativa	-.16	-.21*	.28**
CONDUC-IV: Críticas por la edad	-.10	-.16	.27**
CONDUC-VI: Trato normalizado de igualdad	-.03	.03	-.25**
CONDUC-VII: Trato familiar negativo	-.24**	-.25**	.30**
CONDUC F-I: Conductas discriminatorias negativas por la edad	-.22*	-.27**	.25**
CONDUC F-II: Conductas de marginación debidas a la edad	-.24**	-.29**	.12
Componente afectivo			
PREJ-II: Autoconcepto alto	.08	.16	-.38**
PREJ-IV: Políticamente correcto	.06	.08	-.29**
PREJ-V: Autoestima baja	-.05	-.13	.39**
PREJ-VI: Aislamiento social	-.09	-.03	.23*
PREJ F-I: Valoración personal óptima	.04	.11	-.26**

Notas: * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; CONFI: Apoyo Confidencial; AFEC: Apoyo Afectivo; GDS-SF: *Geriatric Depression Scale-Short Form*.

problemas afectivos. En los factores afectivos de segundo orden, la valoración personal óptima se asocia con escasos problemas emocionales.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos indican que la muestra de este estudio posee un adecuado nivel de apoyo social percibido, siendo la familia la principal proveedora de apoyo, y el sistema familiar funcional. Estos datos concuerdan con otros estudios en los que el apoyo familiar es la forma de apoyo fundamental de las personas mayores (*Help Age International*, 2002). Son los hijos en general, la hija, el cónyuge y el hijo los familiares de los que mayor apoyo percibe el anciano, debido principalmente a los patrones socioculturales que imperan en nuestra sociedad, donde las hijas soportan el rol de cuidadoras de sus padres. Teoría también contemplada por otros estudios que reflejan el importante papel que desempeña la familia para las personas mayores como principal fuente de apoyo social con las hijas como principales cuidadoras (Bazo y Domínguez, 1996; IMSERSO, 1995). Otros estudios también han apuntado que son los hijos los principales proveedores de apoyo, y también receptores tanto del apoyo emocional (confianza, compañía, etc.) como instrumental (financiero, ayuda en las tareas del hogar, etc.), recibido y/o proporcionado por la personas de edad avanzada (Sussman, 1976). En un estudio (Meléndez *et al.*, 2007) que analizó los principales apoyos a nivel psicológico e instrumental en una muestra de personas mayores de 65 años, se obtuvieron diferencias en cuanto al sexo, siendo los principales suministradores de apoyo psicológico para los hombres sus parejas y para las mujeres sus hijos; en ambos casos, las amistades ocupaban el siguiente puesto en proveedor de apoyo. Sin embargo, con respecto al apoyo instrumental, no hubo diferencias entre sexos, siendo los hijos el principal proveedor de atención y cuidado de sus progenitores. Otro hallazgo interesante fue que desde los 65 a los 75 años, el principal apoyo eran las parejas pero, a medida que avanza la edad, los hijos toman el relevo como principal figura de apoyo.

Otro estudio (Molina y Meléndez, 2007) con una muestra de personas mayores de 65 años, encontró que las variables generadoras de bienestar estaban representadas por los factores familiares y sociales frente a los socioeconómicos; las mujeres calificaron como principal apoyo familiar al cónyuge y los hijos, y la insatisfacción se reflejó en aspectos relativos a la carencia de necesidades básicas para la vida y a la soledad. Otros autores (Cava y Musitu, 2000) también concluyen que el bienestar psicosocial se logra principalmente a través del incremento de los recursos personales y sociales, junto a datos (IMSERSO, 1995) que apuntan en dicha dirección, mostrando que el mayor porcentaje de apoyo recibido proviene del familiar (cónyuge e hijo 63,8%), y de parientes, amistades y vecinos el 8,1%. El presente estudio confirma que los no familiares ocupan el segundo lugar como proveedores de apoyo social, algo también informado por Barros (1994).

En el presente estudio, el porcentaje de apoyo social percibido fue muy superior frente al estrés soportado, siendo los hijos varones la principal fuente estresora y también la que menos apoyo aporta dentro del núcleo íntimo familiar. Por lo que podemos concluir

que los participantes poseen un adecuado soporte familiar lo que supone un protector ante situaciones estresantes, ya que los datos reflejan una red familiar normofuncional, sana, que desempeña adecuadamente sus funciones. Otros estudios han confirmado los efectos beneficiosos del apoyo durante la vejez, al posibilitar afrontar las diversas situaciones estresantes y actuar como protector ante los problemas físicos y psicológicos (Salgado *et al.*, 2005), de manera que los resultados concuerdan con otros estudios sobre el apoyo social considerado como un reductor de experiencias vitales estresantes, mejora del bienestar, reducción de la severidad de enfermedades y recuperación de los trastornos de salud cuando acontecen (Seeman, 1996; Thoits, 1995). Por ejemplo, se han observado los efectos beneficiosos del apoyo social en términos de transacciones específicas que conllevan la búsqueda y la recepción de ayuda en el contexto de afrontar determinados estresores (Lazarus y Folkman, 1984; Wills, 1991), y se ha descubierto que el apoyo social percibido es un predictor más resistente de adaptación a los eventos vitales estresantes que el apoyo recibido (Wethington y Kessler, 1986).

En cuanto a la relación entre funcionamiento social y estado emocional, la muestra se caracteriza por la posibilidad de disponer de otras personas con las que comunicarse y a las que manifestar cariño y empatía, además de poseer un adecuado estado emocional. Por lo tanto, el apoyo social obtenido se relaciona con el bienestar emocional, pudiendo concluir que a mayor apoyo percibido menos problemas emocionales padece la persona mayor. Al respecto, Herrero y Gracia (2005) analizaron las variables de ajuste biopsicosocial en dos grupos de ancianos (70-85 años) tanto en contexto residencial como comunitario. Los resultados confirmaron el importante papel que juegan las redes sociales, el estado emocional y la salud percibida en la vida del anciano. Los que residían en su contexto comunitario disfrutaban de un mejor ajuste psicosocial reflejado en un mayor apoyo social percibido y una mejor autoestima, mientras que los residentes tenían peores estados de salud física y anímica, con bajos niveles de autoestima, y sus amistades representaban su principal fuente de apoyo.

En otro estudio (Molina *et al.*, 2008) con una muestra de personas mayores de 65 años, institucionalizados y no institucionalizados, observaron que en los ancianos no institucionalizados el aspecto relacional era más relevante, obteniendo una alta percepción de satisfacción a través del apoyo familiar, mientras que para los institucionalizados la principal fuente de apoyo eran los aspectos relacionales de tipo social.

Finalmente, respecto a la última variable de este estudio, las actitudes de las personas mayores hacia su propia vejez y envejecimiento, reflejan que sus factores positivos se relacionan con el apoyo afectivo y con poco problemas emocionales, y los factores negativos con problemas emocionales y poco apoyo afectivo y confidencial. De donde puede concluirse que hay una relación entre apoyo social, estado afectivo o emocional y actitudes hacia la vejez. Relación que ha sido también comprobada en otros estudios (Gottlieb, 1985; Ryan *et al.*, 1986) que ratificaron que las interacciones sociales suponen beneficios emocionales y conductuales y encontraron que las actitudes discriminatorias hacia la vejez tienen consecuencias negativas para la salud (psicológica y física) de los ancianos, respectivamente.

En conclusión, se confirma la hipótesis de la interacción positiva entre las tres variables que se analizan: apoyo social, estado anímico y actitudes, que facilitan conductas

de protección y de promoción de la salud. Contar con apoyo social y no padecer trastornos emocionales se relaciona con poseer actitudes positivas hacia la vejez. La interrelación positiva de las tres variables se ve reflejada en una muestra que informa gozar de un buen estado físico y psicológico. Pese a estos resultados, hay que considerar que las características físicas y psicológicas de la muestra, así como su alta representación femenina, no son generalizables a la población anciana. Por tanto, es posible concluir que los participantes manifiestan actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento, aceptan su etapa de ciclo vital y disfrutan de ella, sin apreciar discriminación por su edad; percibiendo el apoyo de sus familiares y amistades, y considerándose aceptados por los demás grupos sociales.

REFERENCIAS

- Antonucci TC y Akiyama H (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.
- Antonucci TC y Jackson JS (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En LL Carstensen y BA Edelstein (Eds), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barros C (1994). *Apoyo social y bienestar del adulto mayor. Documento Instituto de Sociología, N° 60*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bazo MT y Domínguez C (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-57.
- Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD y Lardelli P (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD y Lardelli P (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria*, 18, 153-163.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV y Kaplan BH (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Castellano CL y de Miguel A (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 359-375.
- Cava MJ y Musitu G (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, 215-221.
- De Miguel A y Castellano CL (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 69-83.
- Díaz Veiga P (1985). *Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos*. Memoria de licenciatura, Universidad Autónoma de Madrid.
- Erikson R (1996). Descripciónes de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M Nussbaum y A Sen (Comps), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Folstein MF, Folstein SE y McHugh PR (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gottlieb B (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy

- implications. *Health Education Quarterly*, 12, 5-22.
- Gracia E y Herrero J (2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal, and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 1-15.
- Guzmán JM, Huenchuan S y Montes de Oca V (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. Santiago de Chile: 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- Help Age International (2002). *El informe sobre el envejecimiento y desarrollo. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo*. Londres: Earthscan.
- Herrero J y Gracia E (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14, 41-50.
- Himes CL y Reidy EB (2000). The role of Friends in caregiving. *Research on Aging*, 22, 315-336.
- Hogan DP y Eggebeen DJ (1995). Sources of Emergency Help and Routine Assistance in Old Age. *Social Forces*, 73, 917-936.
- IMSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jauregi AL (2001). Spain. En I Philp (Ed), *Family care of older people in Europe. Biomedical and health research*. Amsterdam: IOS Press.
- Keyes C, Ryff C y Shmotkin D (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Khan RL (1979). Aging and social support. En MW Riley (Ed), *Aging from birth to death* (pp. 77-92). Boulder, CO: Westview.
- Khan RL y Antonucci TC (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. En PB Baltes y O Brim (Eds), *Life-span Development and Behavior*. Boston: Lexington.
- Kilty KM y Feld A (1976). Attitudes toward aging and toward the needs of older people. *Journal of Gerontology*, 31, 586-594.
- Krassoievitch M (1998). *Redes sociales y vejez. Séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos"*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Lazarus RS y Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lemos S y Fernández JR (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2, 113-135.
- Martínez E, Díaz G, García JA y Gil P (1993). Escala de Yesavage reducida: su validez para detectar trastornos afectivos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28(Supl. 1), 28.
- Meléndez JC, Tomás JM y Navarro E (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49, 408-414.
- Molina C y Meléndez JC (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 276-284.
- Molina C, Meléndez JC y Navarro E (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24, 312-319.
- Morgan LA y Bengtson VL (1976). Negative attributes of old age and positive potential in old age. En DJ Magen y WA Peterson (1982), *Research instruments in social gerontology* (pp. 606-607). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Palmore EB (1990). *Ageism: negative and positive*. Nueva York: Springer.
- Parkerson GR, Broadhead WE y Tse CKJ (1991). Validation of the Duke Social Support and Stress Scale Using the Duke Health Profile. *Family Medicine*, 23, 357-369.
- Pillemer K, Moen P, Wethington E y Glasgow N (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

- Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A y Mann AH (1997). Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The Fospel Oak Proyect V. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.
- Ryan EB, Giles H, Bartolucci G y Henwood K (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication*, 6, 1-24.
- Ryff C y Singer B (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28.
- Salgado VN, González TT, Jáuregui B y Bonilla P (2005). “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47, 294-302.
- Sánchez M (1994). *El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington DC: Publicación científica, N° 546, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Seeman TE (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442-451.
- Sheikh JI y Yesavage JA (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-172.
- Smilkstein G (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-9.
- Sussman MB (1976). The family life of older people. En RH Binstock y E Shanas (Eds), *Handbook of aging and social sciences*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Thoits PA (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Wethington E y Kessler RC (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wilcox B (1981). Social support in adjusting to marital disruption: A network analysis. En BH Gottlieb BH (Ed), *Social networks and social support* (pp. 97-115). Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Wills TA (1991). Social support and interpersonal relationships. En MS Clark (Ed), *Prosocial behavior* (pp. 265-289). Newbury Park, CA: Sage.

Recibido, 3 Marzo 2014
Aceptación final, 20 Junio, 2014