

# Gerontología

Actualización, innovación y propuestas

Directores:

Sacramento Pinazo Hernandis

Mariano Sánchez Martínez

PEARSON  
Prentice  
Hall

# Capítulo 8

SACRAMENTO PINAZO HERNANDIS

(Universidad de Valencia)

---

## EL APOYO SOCIAL Y LAS RELACIONES SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES

*“... ¿Qué vida puede ser tan vital, como dice Enio, que no descansa en la benevolencia mutua de un amigo? ¿Qué más dulce que tener con quien te atrevas a hablar como contigo mismo? ¿Qué gran fruto habría en las cosas prósperas si no tuvieses quien se alegrase con ellas tanto como tú mismo? Pues sería difícil soportar las adversas sin uno que las soportase con más intensidad todavía que tú.”*

(Cicerón, *Lelio o Diálogo sobre la amistad*)

*I. Un intento de conceptualizar el apoyo social II. La importancia de las relaciones sociales como proveedoras de apoyo social III. Las funciones del apoyo social IV. El apoyo social y sus efectos en la salud V. Las relaciones familiares de los mayores VI. Las relaciones con los amigos y vecinos VII. Conclusiones VIII. Referencias bibliográficas IX. Lecturas recomendadas X. Direcciones de internet*

## I. UN INTENTO DE CONCEPTUALIZAR EL APOYO SOCIAL

Los recursos naturales de apoyo social tienen una importancia decisiva para el bienestar de las personas a lo largo de la vida. Será quizás una obviedad decir que las personas se sienten más satisfechas con sus vidas y se autoperciben como más sanas en la medida en que están satisfechas con sus relaciones sociales, y ha sido demostrado en diversas investigaciones que los beneficios que obtienen las personas mayores procedentes de sus redes sociales son similares a los de otras etapas de la vida y los procesos implícitos a las mismas son equiparables (Antonucci y Jackson, 1990). Asimismo, existe poca evidencia que apoye la idea de que la relación entre apoyo social, redes sociales y estatus de salud sean diferentes para las personas mayores que para otros grupos de edad (Minkler, 1985).

El apoyo social ha sido un concepto de interés para distintos profesionales e investigadores en las últimas décadas: tanto sociólogos, como psicólogos, médicos, trabajadores sociales, antropólogos, desde diversos enfoques e intereses, han realizado distintas investigaciones e incluso han llegado a conclusiones contrarias. Con un fin clarificador, podemos partir de una definición sencilla que es la que concibe el apoyo social como *'aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación'* (Kahn y Antonucci, 1980).

En el presente capítulo revisaremos brevemente sólo algunas de las definiciones del concepto apoyo social, pues no es nuestra intención realizar una revisión exhaustiva de la literatura académica. Examinaremos algunas de las orientaciones teóricas que tratan de explicar la relación entre apoyo social y salud o bienestar y finalmente, exploraremos con mayor profundidad el papel de las relaciones interpersonales como fuente de apoyo en las personas mayores.

En la conceptualización del apoyo social, debemos tener en cuenta todas las dimensiones implicadas tanto las del nivel estructural como las del nivel contextual. La necesidad de distinguir estos niveles radica en que las variables estructurales son prerequisites indispensables para que las transacciones de apoyo sean posibles, en tanto que la dimensión contextual se sitúa en el proceso de intercambio mismo y explica las razones que lo motivan y la naturaleza de los recursos movilizados.

-*La dimensión estructural* hace referencia del mismo modo a las características del sujeto demandante de ayuda como a las del entorno comunitario donde se encuentran los recursos de apoyo reales o posibles. La *red*

*social* es el marco en donde se produce la integración social, y se pueden distinguir: unos parámetros estructurales (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contacto, proximidad física, densidad,...), unos elementos interaccionales, que describen la relación entre los sujetos y los miembros de la red social (frecuencia de contacto, reciprocidad,...), y unos aspectos funcionales, como la provisión de apoyo social (la ayuda que para el individuo se deriva de una determinada red social: ayuda emocional, ayuda instrumental, ayuda informacional). El término red social alude a la estructura de las relaciones, en tanto que el término apoyo social alude a las funciones específicas de dichas redes. Nuestros vínculos sociales son la génesis de nuestros recursos de apoyo, por lo que la falta de integración social (o soledad social) se considera incompatible con el bienestar. También en la dimensión estructural hay que tener en cuenta el perfil psicosocial del individuo receptor que determinará el grado de inclusión/exclusión social (o marginación en las redes sociales) y la posibilidad que tiene de generar recursos de apoyo. No hay que olvidar que estos procesos están mediados por la procedencia socio-cultural de los sujetos y su estadio evolutivo, entre otros factores.

-La *dimensión contextual* o sistema de apoyo social es el sistema donde radican las fuentes de recursos de apoyo a las que los sujetos acuden.

Los conceptos de apoyo social y redes sociales se enmarcan –siguiendo la tradición de Lewin en la psicología social- dentro de los modelos ecológicos que explican el comportamiento humano a partir de la relación dialéctica entre persona y ambiente. En esta misma línea, Gottlieb (1981) y Lin, Dean y Ensel (1986) distinguen tres ámbitos -que representan las posibles fuentes del apoyo social- en los que se produce o puede producirse el apoyo: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas o relaciones interpersonales. Cada uno de los distintos estratos de las relaciones sociales conlleva unos vínculos distintos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes:

a). En el *nivel macrosocial o comunitario*, la persona se identifica y participa en el entorno social. Es indicador del sentido de pertenencia.

b). A través del *nivel medio, mesosocial o de las redes sociales* se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Es indicador del sentimiento de vinculación.

c). El *nivel microsocia*l o de las relaciones de intimidad y confianza son el estrato más significativo del sujeto. Implican un sentimiento de compromiso ya que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro.

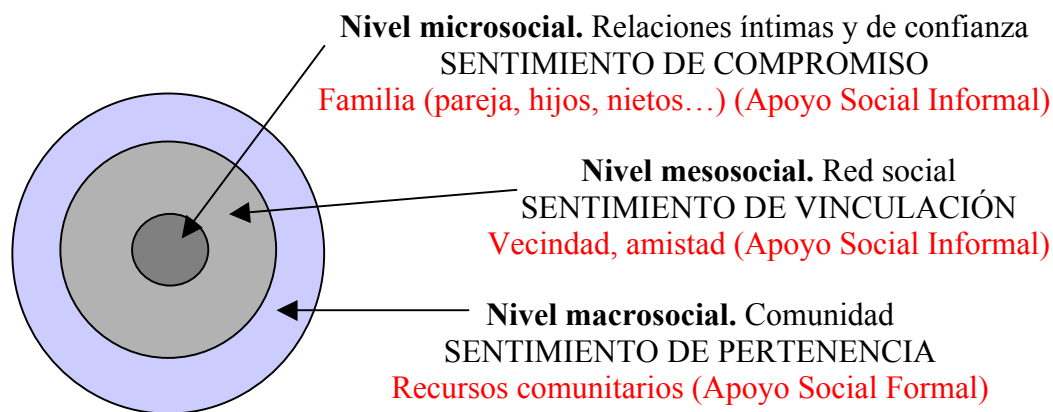


Figura 1. Modelo de Gottlieb (1981)

Uno de los primeros autores en definir el concepto de apoyo social fue Caplan (1974) para quien se trata de *'aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permiten: promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño'*. Unos años más tarde, Cassel (1976) subrayó que la principal función del apoyo social es *'favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado y que se preocupan por él, de que es valorado y estimado, y que es miembro de una red de obligaciones mutuas'*. Shumaker y Brownell (1984) definen el apoyo social como *'intercambio de recursos entre al menos dos individuos y percibido por el donante y/o por el receptor como dirigido a fomentar el bienestar del receptor'*. Autores clásicos en el estudio del apoyo social, como Sarason, Sarason y Pierce (1989), proponen que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados (lo que se ha denominado *apoyo social percibido*). Lin y Ensel (1989) han relacionado el apoyo social con la calidad de vida, y lo definen como el conjunto de *'provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis'*. Para Díaz-Veiga (1987) el apoyo social podría ser considerado como *'una adaptación cognitiva resultado de la visión individual de las relaciones concretas experimentadas a lo largo del desarrollo social'*. La autora incide en el efecto que las relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual.

Como vemos, diferentes autores han definido el concepto de apoyo social a partir de la consideración de distintas variables que lo determinan, sean éstas las redes sociales, la integración social, los recursos sociales o los vínculos sociales. Así, se ha diferenciado entre los conceptos de *red social*, *integración social* y *apoyo social* y se ha distinguido entre los aspectos estructurales y los aspectos funcionales del apoyo social. Para Kahn y Antonucci (1980) el apoyo social es '*todo proceso de transacciones interpersonales basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos perteneciente 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*'. El apoyo social es entendido como una variable etiológica de gran importancia en la integración y participación social de los individuos, y por ello, se considera que cuanto mayor sea el número de relaciones sociales mayor será también el grado de integración/participación social y, por consiguiente, habrá mayor apoyo social disponible. La integración/participación social constata la existencia de relaciones y enumera los lazos sociales del individuo como índice cuantitativo de integración. Estas relaciones proporcionan al individuo un sentido de pertenencia e implicación en la estructura social y en la comunidad, evitando de este modo situaciones y sentimientos de aislamiento. Podemos concluir, pues, que el apoyo social depende en gran medida del grado de integración/participación o implicación de una persona en la vida social de la comunidad o de la sociedad en la que se inserta.

## II. LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES COMO PROVEEDORAS DE APOYO SOCIAL

Las ya clásicas revisiones realizadas por diversos autores (vid. Gottlieb, 1981; Cohen y Syme, 1985) señalan que es necesario definir el apoyo social como un producto de las interacciones sociales de un individuo dentro de una determinada red social con unas características estructurales específicas. Así, cuando hablamos de apoyo social hacemos referencia a la existencia o cantidad de relaciones sociales (en general o de un tipo en particular) y a las características estructurales existentes en dichas relaciones sociales. El análisis de la red social se centra en las dimensiones objetivas de las relaciones que componen dicha red, considerándolas la clave para explicar la provisión de apoyo accesible para el sujeto, y la persona accede a este apoyo social a través de los lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin, Dean y Ensel, 1981). La red social es, por tanto, el entramado formado por las relaciones humanas en torno a un individuo, grupo o

comunidad. El análisis de la estructura de las redes sociales es el estudio cualitativo del conjunto de relaciones de un individuo, grupo o comunidad a partir de las características de su red social. Para algunos autores, la mera existencia de relaciones parece desempeñar funciones de apoyo. Así, la participación en determinadas relaciones sociales formales -*participación social* o *integración social*- evidencia la capacidad del sujeto para cumplir obligaciones normativas de esos roles. La existencia de lazos sociales frecuentemente parece identificarse con la existencia de apoyo social: cuanto mayor es el contacto interpersonal mayor es el grado de apoyo recibido; sin embargo, la existencia de relaciones sociales no implica en sí misma la provisión de apoyo ni una red social más amplia es siempre sinónimo de mayor apoyo. Por ejemplo, se ha comprobado que los sujetos con problemas de ajuste psicológico tienen redes sociales más reducidas que los sujetos con un ajuste adecuado. Pero el número de personas con las que interactuamos a diario no tiene por qué reflejar fielmente los recursos sociales de que dispone el individuo; es decir, lo interesante en las interacciones no es la cantidad sino la calidad, es saber cuáles de ellas son más significativas para la persona en función de las necesidades de cada momento. Desde esta perspectiva, los recursos sociales disponibles para el individuo aumentan conforme sitúa sus interacciones más próximas en el ámbito de las relaciones de confianza. Pero a la par que ocurren estas pérdidas en la red de relaciones y vínculos de las personas mayores, también se experimenta un aumento en las redes sociales (e incluso la aparición de nuevos roles) con la llegada de la abuelidad o bis-abuelidad (Wagner, Schuetze y Lang, 1999).

El estudio de Baltimore (Costa, Zonderman y McCrae, 1985), uno de los pocos estudios longitudinales realizados, indica una enorme consistencia en la calidad de las relaciones familiares y maritales, con los amigos y en la participación en organizaciones a lo largo del ciclo vital; cuando se compara a las personas a través del tiempo (antes y después de los 55 años) no se observan grandes diferencias en sus relaciones. El ya clásico estudio de Antonucci y Akiyama (1987) investigó las redes de relación de la mediana edad y de la ancianidad (con sujetos a partir de los 50 años) no encontrando diferencias significativas en el tamaño de la red o en el número de personas de las que se recibía apoyo en función de la edad. Con respecto a otras características como el género y el estado civil, las mujeres y las personas casadas tenían redes más extensas que los hombres y los no casados. El McArthur Study of Successful Aging examinó los cambios en el apoyo social funcional y estructural en una muestra de 850 personas de 70-79 años durante siete años, encontrando que la

variable más importante para explicar estos cambios era el declive funcional de los sujetos.

A lo largo del proceso de envejecimiento, tienen lugar importantes cambios (personales y sociales) en la configuración, las características y el uso que se realiza de la red social y de apoyo. Estas modificaciones en la red social pueden ser resultado de la jubilación, sucesos vitales, pérdidas (muerte de la pareja, familiares u otras relaciones de amistad), factores materiales (status económico más bajo tras la dependencia de una pensión de jubilación), deterioro de la salud (física, con la posterior dependencia y niveles de autonomía o psicológica) o de la institucionalización. Al cambiar la posición de la persona respecto al mundo laboral y a la actividad profesional, pueden y suelen cambiar en alguna medida sus contactos y vínculos sociales habituales. La red social experimenta un cambio, y esta reducción significativa de fuentes potenciales de apoyo (pérdida de relaciones con los compañeros del ámbito laboral, distancia geográfica de parientes, fallecimiento de miembros de la familia o amistades) sucede a la par que las necesidades y el grado de dependencia de las personas mayores se incrementan. Desde la perspectiva del ciclo vital (*Life Span*), se considera al envejecimiento como un momento más del ciclo evolutivo, como un período de adaptación y socialización, con sus características peculiares y diferenciales que exigen estrategias de intervención y tratamiento diferencial en sus distintos procesos, al igual que lo demandan otros momentos evolutivos del ciclo vital. Es cierto que muchas personas mayores tienen una menor actividad social y además, están sometidas de forma más frecuente a la pérdida de relaciones sociales relevantes (sobre todo debido a la viudedad, al 'nido vacío' y la jubilación). Cuando se realizan investigaciones sobre las redes sociales proveedoras de apoyo en la población mayor, los hijos aparecen como la principal fuente de ayuda y los amigos y vecinos juegan un papel relevante, aunque menor; los hijos son los principales proveedores y receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa).

La OMS (1993) en el programa "Objetivos para lograr la salud para todos" propuso como fines, además de incrementar la esperanza de vida de todos los ciudadanos de Europa, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y para lograr dichos objetivos, citan la creación de estrategias y programas que estimulen la participación activa de los mayores en la vida comunitaria, promoviendo un proceso de envejecimiento más saludable mediante cambios en los estilos de vida proporcionando servicios y apoyo suficientes para



satisfacer las necesidades de las personas mayores. La OMS reconoce así el importante rol que la integración y el apoyo social (a través de grupos de autoayuda, redes informales de apoyo, colaboración con los sistemas formales de apoyo) desempeñan en la promoción y mantenimiento del bienestar físico y psicológico de las personas mayores (cit. en Gracia, 1997). En España, el Plan Gerontológico Nacional (INSERSO, 1993) propuso atender al conjunto de las necesidades de la población española de más de 65 años, creando un marco óptimo de coordinación y participación de la red de asistencia a las personas mayores a todos los niveles. Algunos de los objetivos generales del Plan Gerontológico Nacional eran: desarrollar y mejorar el sistema de prestaciones contributivas y no contributivas dirigidas a los mayores de 65 años con insuficientes recursos económicos y ofrecer complementos de pensión a los mayores de 80 años que han perdido la autonomía personal; promover la salud de los mayores y mejorar su bienestar físico, psíquico y social, garantizando la prevención y asistencia a las personas mayores mediante una adecuada atención primaria y hospitalaria y logrando el acercamiento de los servicios sociosanitarios a los mayores; ofrecer servicios sociales idóneos para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores (sobre todo las de autonomía personal que aseguren la permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual); facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales y fomentar entre ellos el empleo creativo del ocio y tiempo libre, para mejorar su calidad de vida y su capacidad de sentirse útiles y la participación en todas las actividades de la vida social.

La salud de las personas de edad generalmente se deteriora con la mayor edad, lo que se traduce en una mayor demanda de atención de largo plazo a medida que envejecen los más mayores de entre las personas de edad. El cociente de dependencia de los padres, esto es, el número de personas de 85 años o más y por cada 100 personas de 50-64 años, da una idea del apoyo que las familias acaso tengan que brindar a sus miembros de más edad. En todo el mundo, en 1950 había menos de dos personas de 80 ó más años por cada 100 personas de 50-64 años. En el 2000 la relación había aumentado a 4 por cada 100, esperándose que llegará a 11 por cada 100 para el 2050.

Con respecto al *apoyo social necesitado* por las personas mayores, la diferenciación entre tercera edad (más de 65 años) y cuarta edad (a partir de 80 años), permite conocer el umbral a partir del cual la persona mayor comienza a experimentar una dependencia acentuada de terceras personas para la realización de las actividades cotidianas necesarias. Además los 80 años son un buen punto de referencia para segmentar la población mayor en dos subgrupos

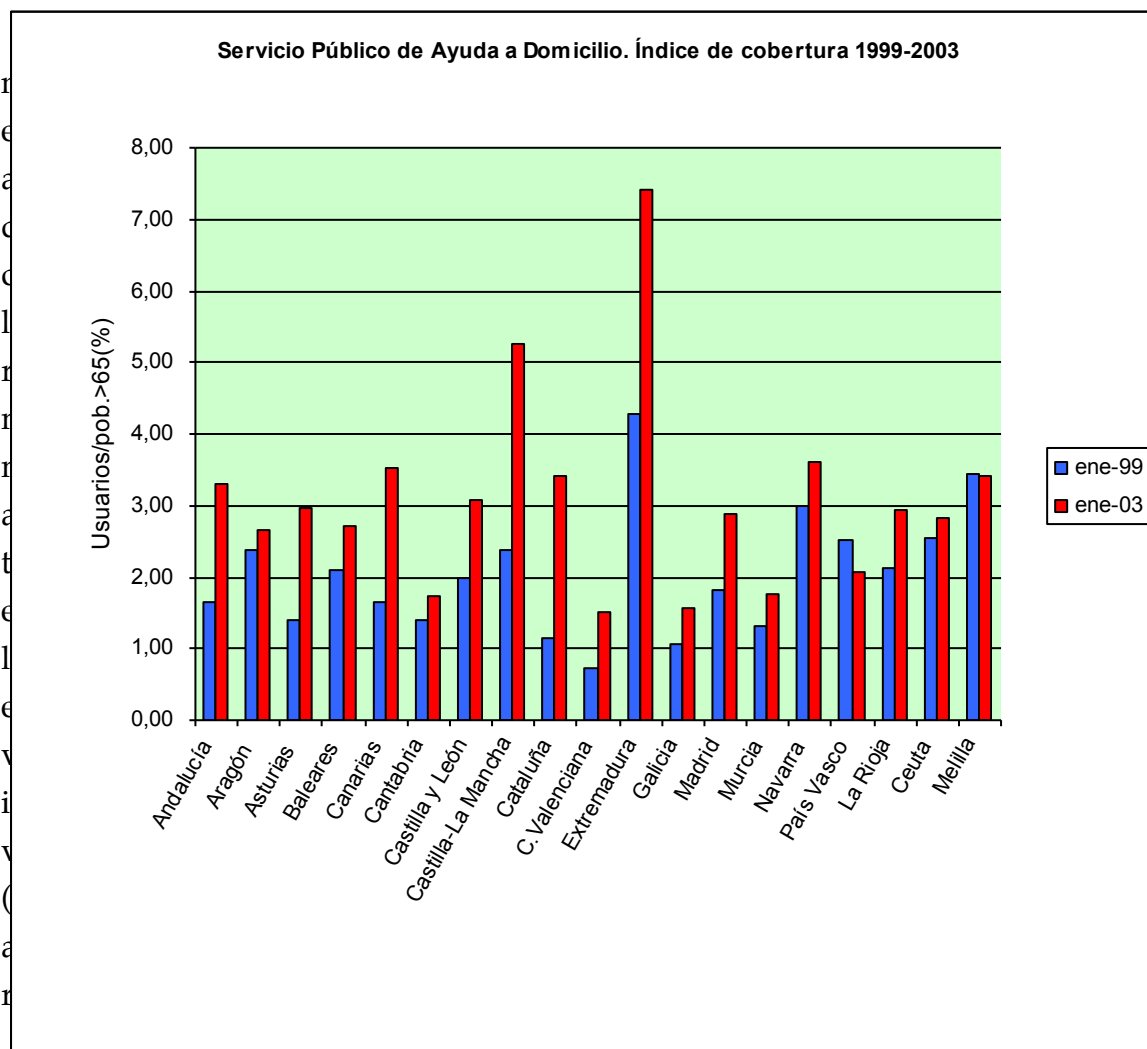
internamente menos heterogéneos (INSERSO, 1990). Los expertos citan como indicativa la edad media de 72-75 años, aunque este umbral va desplazándose de forma acelerada al compás del incremento de salud y longevidad. Se evidencia que hasta casi los 75 años la situación social y personal de los mayores se caracteriza por una mayor autonomía y normalidad (INSERSO, 1995). Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 2002), más de la tercera parte de las mujeres mayores de 65 años y algo más de la cuarta parte de los varones presenta algún tipo de discapacidad; un 27.5% de las mujeres y un 16.1% de los varones presenta limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria; un 21.2% de las mujeres y un 11.7% de los varones se identifican como dependientes de otra persona. La respuesta a estos problemas de dependencia, limitación y discapacidad moviliza recursos de apoyo social formal públicos, pero sobre todo recursos de apoyo social formal privados y de apoyo social informal. En realidad, la mayor parte del cuidado de los mayores lo siguen realizando las propias familias. Con respecto a los agentes de ayuda, a medida que avanza la edad de los mayores necesitados de ayuda, disminuye la participación del cónyuge, aumenta la de otros miembros de la familia, particularmente de las hijas, pero también crece la importancia de las personas contratadas.

El progresivo incremento de la población mayor y la mayor esperanza de vida (incremento de la población muy mayor) ha ocasionado el desarrollo de políticas sociales desde las administraciones públicas. Es lo que se ha denominado Programas de *Apoyo Social Formal* (Residencias, Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia o Centros de Día, servicios de voluntariado social, programas de ocio, cultura y participación social). Son recursos provenientes de los Servicios Sociales, Ayuntamiento, órganos estatales -INSERSO, Instituto Nacional de Seguridad Social-; entidades no gubernamentales -Cruz Roja Española, Cáritas española, ONCE-; asociaciones y sindicatos -UDP, UGT,...-, etc. La atención sociosanitaria busca asegurar aquellos aspectos que influyen de manera decisiva en una mejora de la calidad de vida. Podemos diferenciar recursos sociosanitarios de atención primaria (Servicio de Ayuda a Domicilio, viviendas adaptadas, comedores, comida a domicilio, servicio de lavandería; Clubes de Convivencia y Sociabilidad, Clubes de Jubilados, Clubes de la Tercera Edad; Centros Especializados de Atención a Mayores, teléfono de atención al mayor, vacaciones sociales, teleasistencia) y de atención especializada (Centros de Día, Centros residenciales sociosanitarios, unidades de geriatría en los hospitales). La cobertura de los diferentes recursos de apoyo social formal es desigual en las diferentes Comunidades Autónomas como se

puede observar en el gráfico que presentamos a continuación referida a uno de los recursos: el Servicio de Ayuda a Domicilio (ver Gráfica 1).

Tabla 1: Cobertura del SAD en diferentes Comunidades Autónomas. Datos comparativos 1993-2003

(Fuente: IMSERSO, 2004)



formal ha recibido una atención considerable en los últimos años y por ello se ha intentado relacionar con diversas variables. Por ejemplo, la edad de los sujetos predice el apoyo de la red formal del siguiente modo: a mayor edad, mayor utilización del sistema de servicios de apoyo, así como a mayor dependencia funcional mayor consulta a la red formal (Bowling, Farquhar y Browne, 1991).

La ayuda formal es más usada cuanto mayor es la persona, vive sola, tiene discapacidades funcionales o el potencial cuidador informal reside lejos (Abellán, 1999a).

Algunos autores han dirigido sus análisis hacia aquellas relaciones más significativas para el individuo, profundizando en el estudio de las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar

psicosocial de las personas, así como de la forma en que interactúan (es decir, el análisis de las redes sociales entendido como el conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos). Es el *Apoyo Social Informal*: los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades que son necesarias para llevar una vida independiente, y que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios socio-sanitarios organizados. Son los cuidados que altruista y generosamente prestan los allegados de la persona necesitada de cuidados las relaciones íntimas y de confianza (familiares, amigos, vecinos) y también los cuidados que ejercen voluntarios. Según datos del mencionado estudio del INSERSO (1995), la familia cercana (cónyuges e hijas/os) realiza el 63.8% de los cuidados; otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecinos) asumen el 8.1% de la carga de atención; empleadas del hogar asumen el 5.4% de los cuidados, y finalmente servicios sociales asumen el 3.8% de los cuidados. Sumando estas cifras podemos observar que el 71.9% de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por familiares y allegados, el apoyo social informal.

Entre las relaciones más importantes para las personas mayores se encuentran en este orden: la pareja, los hijos y nietos, el resto de familiares y los amigos. La ayuda informal es la más extendida en el ámbito de las personas mayores, y es además la más deseada. Las personas mayores en su búsqueda de ayuda prefieren acudir a la red informal de apoyo que acudir a los servicios formales. Sólo un 4% de los mayores necesitados reciben únicamente de los servicios de apoyo formal la ayuda necesitada para actividades cotidianas como comer o vestirse según el estudio ya citado del INSERSO (1995). La ayuda recibida procede prioritariamente del núcleo familiar (en una proporción de siete a uno frente a otras fuentes de apoyo): el predominio del cónyuge como primera y principal ayuda entre los mayores que viven en pareja, respecto a la familia u otras ayudas es claro entre quienes no han cumplido los 80 años; las hijas son las protagonistas destacadas de la ayuda familiar a los mayores, sobre todo cuando falta el cónyuge de la persona necesitada. Las hijas, y muy en segundo plano, otros familiares van sustituyendo al cónyuge de la persona mayor necesitada a medida que ésta envejece. Hasta los 80 años la modalidad más frecuente de convivencia es en pareja (del 46% a los 65 años al 20% para los de más de 80 años), aunque a esa edad son ya algunos los que habiendo perdido a su cónyuge, conviven con alguno de sus hijos o familiar (31%). Frente a la creencia de que la práctica más habitual es la de circular periódicamente por la casa de sus hijos, la inmensa mayoría de los mayores residen de forma

habitual con uno de ellos, predominantemente hija y casada. La ayuda que no procede de la familia es muy minoritaria o marginal y procede de: empleados de hogar, servicios sociales, otras personas: amigos, vecinos. Las personas mayores dependientes son atendidas principalmente por su propia familia: hijas (43.5 %), cónyuge (21,7%), nueras (7.5%), hijos varones (5.8%), otros parientes, como hermanos, sobrinos, primos, nietos (7.8%) y yernos (0.2%). Fuera del círculo familiar, se contrata empleadas de hogar un 6.6%, utiliza servicios sociales públicos un 4.7% y se recurre al apoyo de vecinos y amigos un 1.2% y 1.0%, respectivamente (INSERSO, 1995).

Las personas casadas tienden a recibir apoyo de su esposa/o; en el caso de los no casados (viudos, separados), los hijos son los primeros cuidadores; los que viven con otros (no esposa/o), reciben apoyo de sus hermanos; y los que viven solos, reciben apoyo de sus amigos y vecinos. Estos datos coinciden con los encontrados anteriormente por otras investigaciones en donde se evidencia que la proximidad es una de las características estructurales que más determinan el tipo de apoyo que puede ser suministrado. Entre las personas casadas, la persona que presta el principal apoyo suele ser el esposo/a y entre los viudos, los hijos (en primer lugar, las hijas, y en segundo lugar, los hijos varones).

TIPO DE APOYO	SUMINISTRADO POR...
<i>Apoyo social formal</i>	Servicios socio-sanitarios organizados, Ayuntamientos, IMSERSO, Administraciones públicas,...
<i>Apoyo social informal</i>	Familia (pareja, hijos, nietos, otros allegados), amigos, vecinos

### III. LAS FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL

Algunos autores han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo y el ámbito en que ese apoyo se produce, que puede ser: el plano afectivo, el plano cognitivo y el plano conductual. El tipo de apoyo más útil depende del problema con el que se enfrenta el individuo y por el cual es apoyado. Por ejemplo, tras la pérdida de una persona significativa, el apoyo emocional y tangible es muy relevante pero posteriormente son más necesarios los contactos sociales que faciliten la participación social. Desde esta perspectiva funcional del apoyo social y siguiendo la clasificación que aparece en la mayoría de las taxonomías reconocida por casi todos los autores, podemos

distinguir entre apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo material. El plano afectivo corresponde a la función expresiva; el plano cognitivo podría albergar lo que numerosos autores denominan apoyo informacional, consejo o guía; el plano conductual, por último, posibilitaría el apoyo conductual que puede incluir ayuda financiera, ayuda material o servicios. El apoyo informacional o estratégico y la ayuda material o tangible, serían funciones instrumentales.

ÁMBITO	FUNCIÓN
<i>Afectivo</i>	Apoyo expresivo, afectivo o emocional
<i>Cognitivo</i>	Apoyo informacional o estratégico
<i>Conductual</i>	Apoyo material, tangible o instrumental

a. *Apoyo emocional, afectivo o expresivo.* Se refiere al área afectiva y englobaría aspectos como: compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad de alguien con quien hablar; necesidad de expresarse emocionalmente; confianza e intimidad; afecto positivo e intenso; dominio de las emociones; sentimientos de ser querido, amado, pertenencia y cuidado; sentimientos de ser valorado; elogios y expresiones de respeto. El apoyo expresivo se refiere al uso de las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas (compartir sentimientos, sentirse querido, valorado y aceptado por los demás). La función expresiva deriva de acciones expresivas, acciones que el individuo realiza y cuyo fin está en ellas mismas. El apoyo emocional supone un aumento de la autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás. Este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante sobre todo en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar. Lowenthal y Haven (1968) demostraron por primera vez el papel de un confidente para aumentar el bienestar y prevenir la depresión entre las personas de más edad. Strain y Chappel (1982) sugirieron que las relaciones sociales con semejantes no pertenecientes a la familia son fundamentales y que la relación de confianza podía ser más importante para la calidad de vida y el bienestar que la cantidad de interacciones con familiares y amigos.

b. *Apoyo informacional o estratégico.* Es el consejo o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver. No es fácil en ocasiones separarlo del apoyo emocional, ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como expresión de cariño y preocupación por él. En

ocasiones, tanto el apoyo informacional como el apoyo tangible pueden considerarse asimismo como apoyo emocional siempre que no se den por obligación.

c. *Apoyo material, tangible o instrumental*. Es la prestación de ayuda material directa o servicios. Es muy efectivo cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de 'estar en deuda'. El apoyo instrumental hace referencia al uso de las relaciones sociales como un medio para conseguir objetivos y metas (ayuda en el hogar o acompañamiento para visitar al médico). La función instrumental (también llamada material o tangible) deriva de actos instrumentales, es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos. El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades sociales y poder dedicarse a un mayor crecimiento personal. El estudio del INSERSO (1995), por ejemplo, diferencia entre necesidades tipo A o básicas (ABVD), es decir, ayuda que se puede precisar para la realización de actividades cotidianas (como levantarse/acostarse, vestirse, bañarse, ir al servicio, comer, subir escaleras, pasear/andar, quedarse solo por la noche, cuidar del aspecto físico) y ayuda requerida para la realización de necesidades tipo B o instrumentales (AIVD), actividades más esporádicas pero frecuentes (como ir de compras, utilizar el teléfono, ir al médico, utilizar el transporte público, llevar las propias cuentas, tomar los medicamentos que le ha indicado el médico, cortarse las uñas de los pies). La tasa de necesitados en AIVD pasa de una cifra que ronda el 15% entre los que no alcanzan los 70 años a casi el 60% entre quienes superan los 80 años. La tasa para los necesitados de ayuda en las actividades cotidianas (salir a la calle, realizar compras, ir al médico) -92.1%- , para tareas domésticas (limpiar, planchar, hacer la comida) -89.3%- o cuidados personales (bañarse, vestirse, comer) -76.1%-. El número de hogares que prestan ayuda a personas mayores es el 5%, esto es 1.623.391, y de ellos, el 4.3% es ayuda suministrada por la familia y el restante 0.7% es suministrada por una empleada del hogar (Sancho, Abellán y Pérez, 2004).



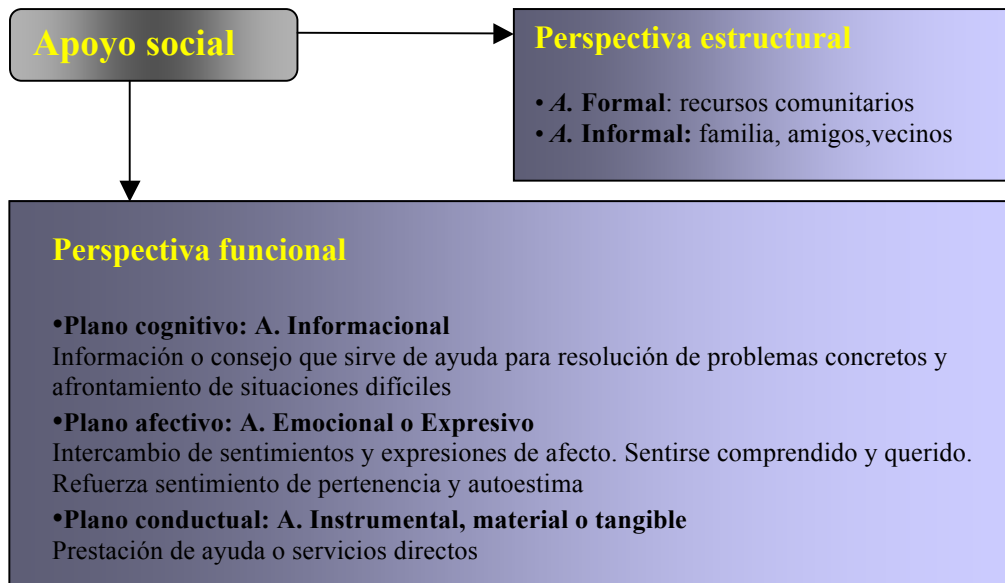


Figura 2. Perspectivas funcional y estructural del apoyo social

Caplan (1974) distingue entre la dimensión objetiva o apoyo recibido y la dimensión subjetiva del apoyo social o apoyo percibido. La primera (*apoyo recibido*) -relacionado con el componente conductual- hace referencia a las transacciones reales de ayuda producidas entre los miembros de una relación y la segunda (*apoyo percibido*), a la evaluación que el individuo realiza de esa ayuda, relacionada con el componente cognitivo. De otra parte, es reconocido por la mayoría de los autores que la *percepción de apoyo* -es decir, la previsión de que se obtendrá apoyo llegado el momento- ayuda a enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles, independientemente de que se acceda o no a los recursos que se creían disponibles. Simplemente el saberse rodeado de personas que nos comprenden y a las que podríamos contar nuestros problemas nos ayuda a superar crisis personales, en ocasiones, sin recabar siquiera la ayuda de esas personas.

<i>Apoyo recibido</i>	componente conductual	objetivo
<i>Apoyo percibido</i>	componente cognitivo	subjetivo

También es interesante citar aquí el papel que las personas mayores ejercen como proveedores de ayuda. Antonucci y Akiyama (1987) observaron que los individuos de más edad proporcionaban menos apoyo a menor número de personas que los más jóvenes pero también dijeron que recibían apoyo de menos personas. El apoyo social brindado por los hijos adultos es percibido por los mayores en tres dimensiones: cuidado y preocupación, integración social y

amor y cariño. Según los datos del INSERSO (1995), un 14% de los mayores que se valen por sí mismos para actividades cotidianas y perentorias, prestan ayuda a otras personas de su generación que la necesitan (sobre todo ayuda a personas con las que se convive), o incluso colaboración sistemática o esporádica a las tareas domésticas de los hijos y en especial al cuidado de los nietos. Es relevante tener en cuenta que uno de cada diez destinatarios de ayuda es el hermano/a, o incluso los propios padres que aún sobreviven, formando parte de la cohorte más longeva o nonagenaria. Incluso cumplidos los 80 años, una de cada diez personas declara ayudar a otra persona mayor a hacer algún tipo de actividad cotidiana (salir a la calle, aseo personal, labores domésticas). Entre los mayores de 65 años con hijos, el 35% les presta algún tipo de ayuda en tareas domésticas o en el cuidado de los nietos. Por consiguiente, es necesario destacar ese rol asistencial activo que desempeñan casi la mitad de los mayores, si se encuentran en circunstancias personales (capacidad) o situacionales (cercanía o convivencia) apropiadas para ello. La tasa de dispensadores de ayuda decae con la edad y es inversamente proporcional al grado de salud. Por ejemplo, entre los que declaran valerse por sí mismos, tener hijos y salud buena o regular, ayudan a sus hijos o nietos entre el 35-40%. Esta cifra se sitúa por debajo del 25% entre quienes declaran tener mala salud. La tasa de colaboradores en las tareas domésticas de sus hijos o en el cuidado de los nietos es más alta cuando la persona mayor convive con ellos bajo el mismo techo (44%) que en otras circunstancias. Pero incluso cuando la persona mayor vive sola, es frecuente que ayude a sus hijos o nietos (26%). La ayuda intergeneracional focalizada en el cuidado de los nietos (69%) y en tareas domésticas y compra (68%) se da en mayor proporción entre mujeres (40%) que entre hombres (29%). La diferencia se establece, sobre todo, en el tipo de tareas asignado a cada grupo: se asignan prioritariamente a las mujeres las tareas domésticas y a los hombres las tareas extradomésticas (gestiones burocráticas, bancarias o realizar compras). La ayuda de los mayores a sus hijos casados se centra en la atención y cuidado de los nietos, predominando la ayuda ocasional -haciendo el relevo a los padres cuando salen a trabajar o a otras actividades (66%) o cuando los niños están enfermos (26%)-. Poco más de uno de cada diez realiza cuidados habituales diarios como dar de comer a los nietos (12%) o acompañarlos al ir o volver del colegio (13%); algunos declaran cuidarlos en vacaciones (17%).

Como ya se ha puesto de relieve en otras publicaciones (Rodríguez y Sancho, 1995; INSERSO, 1993; INSERSO, 1995) un grupo importante de personas mayores prestan una gran ayuda y apoyo a las siguientes

generaciones cuidando y atendiendo a sus nietos durante toda la jornada laboral de los hijos, favoreciendo la incorporación laboral de las mujeres al mundo del trabajo al descargar de una parte importante del peso de la crianza de los niños. La aportación positiva de las personas mayores se produce, por tanto, en el ámbito familiar y en el social.

Siguiendo los resultados del estudio del INSERSO (1995), la mayoría de las personas mayores no tiene como tarea ineludible el cuidado de los nietos; más bien son pocos los que lo hacen, al menos de forma sistemática. Con respecto a las razones principales por las que los mayores ayudan a sus hijos, predominantemente se citan: satisfacción propia (58% -'Me satisface hacer algo por ellos'-), necesidad de los hijos (45% -'Porque lo necesitan'), sentimiento de utilidad (21% -'Porque de esa forma me siento útil'-). Sentirse necesitado es un sentimiento crucial para el bienestar de la persona mayor.

#### IV. EL APOYO SOCIAL Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

Los investigadores que han estudiado cuáles son los factores psicológicos y psicosociales que se relacionan con la longevidad han llegado a la conclusión de que no hay una única variable que explique la longevidad y el bienestar en la edad avanzada: los factores psicosociales (prácticas de socialización, influencias culturales y ecológicas, factores de personalidad, status social y estilos de vida) interactúan unos con otros formando parte de una compleja red de relaciones causales recíprocas (Lehr, Seiler y Thomae, 2000).

A lo largo del presente apartado intentaremos demostrar cómo el apoyo social es una de las variables relevantes en el mantenimiento de la salud y en el decremento de las enfermedades entre la población mayor. Desde los primeros antecedentes del estudio científico del apoyo social se ha hecho patente su relación con el bienestar. Los investigadores se han interesado en los procesos y mecanismos por los que las relaciones sociales afectan positivamente a la salud y el bienestar (Sarason, Sarason y Pierce, 1989). El apoyo social se relaciona con distintas enfermedades bien a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos. Se ha hablado de dos efectos del apoyo social en la salud: el efecto directo y el efecto amortiguador. La literatura científica basada en el *efecto directo del apoyo social* sugiere que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo que poseen previas a su ocurrencia. La asociación positiva entre apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social.

Según la hipótesis del efecto directo o principal, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. La literatura científica basada en el *efecto amortiguador del apoyo social* sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante los eventos y tras ellos. La hipótesis del efecto amortiguador o protector afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Según esta hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar; su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés.

A partir de los trabajos revisados hay pocas dudas respecto de las relaciones del apoyo social y la salud, de forma que existe una mayor presencia de enfermedad fisiológica en aquellas personas a las que les falta el apoyo o tienen una red muy débil. Algunos autores (Antonucci y Jackson, 1990) diferencian incluso entre la relación entre apoyo social y salud física, y apoyo social y salud mental. Las relaciones sociales próximas tienen funciones protectoras contra la enfermedad (Cassel, 1974); pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces sustituir la red asistencial pública; el apoyo social puede disminuir la necesidad de hospitalización o el tiempo de permanencia en el hospital (Wan y Weisser, 1981); prevenir o posponer la necesidad de institucionalización y disminuir la necesidad de servicios sociales u oficiales; aumentar la adhesión a un régimen médico (Caplan, 1976); y aumentar la probabilidad de que un individuo intente practicar y mantener conductas de salud preventiva (Cohen y Syme, 1985).

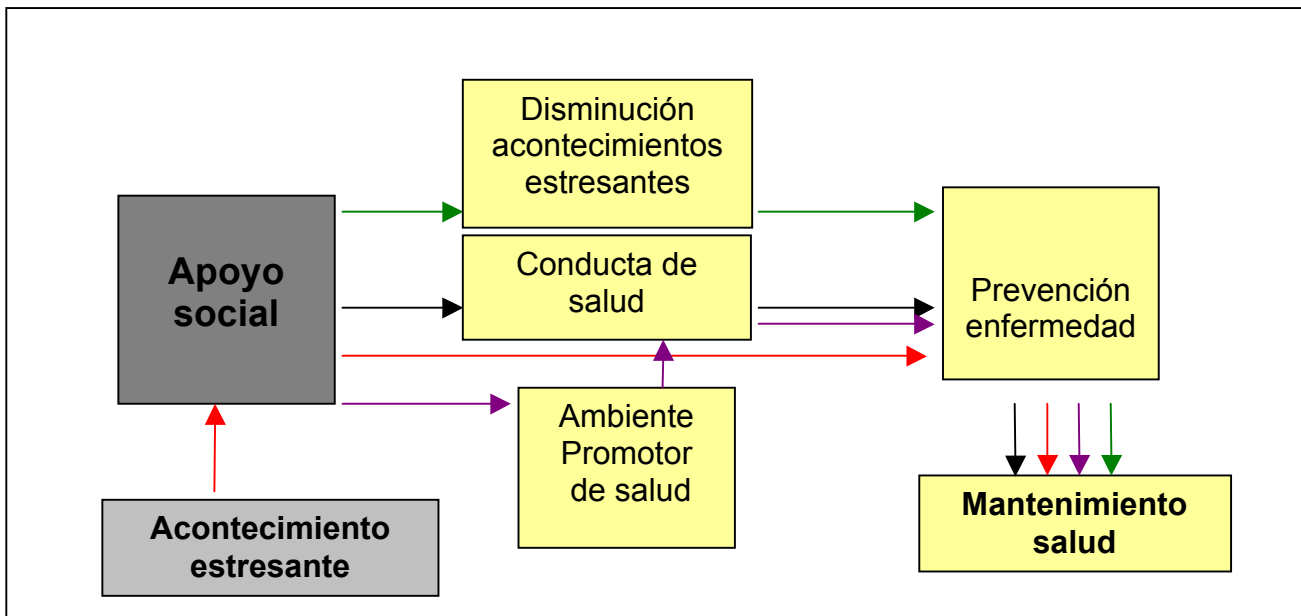


Figura 3 Posibles vías de influencia del apoyo social en la salud

El IMSERSO en colaboración con el CIS y la Universidad de Granada realizó dos estudios complementarios que abordaban el problema de la soledad. El primero ‘La soledad en las personas mayores’ (Estudio 2279, IMSERSO/CIS, 1998) investigó la situación de este colectivo mediante una encuesta en la que se recogía la opinión de 2500 personas mayores. El segundo ‘La soledad en las personas mayores. Estudio cualitativo’ (Iglesias de Ussel, 2001) se trata de una investigación de carácter cualitativo que aborda la soledad como una consecuencia de la jubilación y la viudedad.

En ambos estudios se diferencia entre soledad objetiva y soledad subjetiva.

a). La *soledad objetiva*, alude a ‘las personas que están solas’ y hace referencia a la falta de compañía, permanente o temporal. En esta categoría se incluye a aquellos que no viven con nadie (14% de los que viven en sus domicilios). Merece la pena destacar que a medida que se incrementa el tamaño de la población, aumenta el número de personas que viven solas; y también, que la variable género es un factor determinante en la soledad: las mujeres viven solas con mayor frecuencia que los hombres (más de la cuarta parte de las mujeres mayores vive sola frente a uno de cada diez hombres). El número de personas mayores que viven solas ha aumentado desde unas 820.00 en 1990 (137.000 hombres y 683.000 mujeres) hasta los 1.368.297 (según el Censo del

2001). En general, las mujeres mayores que viven solas son más mayores que las que viven en compañía (las dos terceras partes superan los 75 años y una tercera parte supera los 80 años). Las mujeres mayores que viven solas – la mayoría de ellas viudas, 85.5%- experimentan una satisfacción menor con respecto a su situación en general y experimentan con bastante frecuencia sentimientos de soledad (Pérez, 2004).

La mayoría de las personas mayores que viven solas se han visto obligadas a ello por las circunstancias (59%). De los que viven solos, una tercera parte lo prefiere y solo a un 5% le gustaría vivir con los hijos. La ausencia de apoyo social es común entre las personas mayores que viven solas y ésta es la razón principal para que se sientan solos (Yeh y Lo, 2004). Chow y Chi (2000) compararon a personas mayores que vivían solas con personas mayores que vivían en compañía de otros, encontrando que los que vivían solos tenían redes familiares más pequeñas, un contacto menos frecuente con sus familiares y recibían menos apoyo emocional e instrumental.

B). La *soledad subjetiva* alude a ‘las personas que se sienten solas’ (un 38% de las que viven solas y un 8% de las que residen con otros). Se trata de una situación impuesta, un sentimiento y una vivencia que aumenta con la edad (el 27% de las personas de 65 a 69 años dice sentirse solas, y el 36% de los mayores de 80 años).

Las circunstancias que precipitan el sentimiento de soledad entre los mayores son: el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades. Con el paso del tiempo, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior. El abandono del hogar por parte de los hijos puede llevar a la depresión y la soledad de los padres mayores si no siguen manteniendo unas relaciones fluidas. A esto se le ha denominado ‘Síndrome del nido vacío’. Los padres esperan que los hijos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad. El incumplimiento de esta norma – deber ineludible, para muchas personas-, puede deteriorar las relaciones paterno-filiares y originar sentimientos de indefensión y soledad.

Las personas sometidas a *situaciones estresantes* en compañía de pares significativos o en un contexto interactivo de apoyo no muestran los cambios negativos en la salud que presentan aquellos que se enfrentan a tales situaciones en condiciones de aislamiento social. Las personas que experimentan sucesos vitales estresantes amortiguan las consecuencias nocivas tanto psíquicas como físicas cuando tales eventos se viven con apoyo social (Cassel, 1974 y Cobb, 1976). La literatura científica ha identificado dos tipos de

estresores: los estresores primarios (eventos vitales no deseados) y los estresores crónicos (discapacidad y tensiones económicas, por ejemplo). También las transiciones y crisis evolutivas pueden causar tensiones en la persona y su entorno próximo. Algunos investigadores han dirigido su atención hacia los acontecimientos vitales estresantes, haciendo referencia al cambio o reajuste que suponen los eventos en la vida de las personas. Se define como *acontecimientos vitales estresantes*, aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables. Los investigadores han desarrollado diferentes modelos teóricos para describir el nexo entre estrés y apoyo social (vid. Dohrenwend y Dohrenwend, 1981 y Lin, Dean y Ensel, 1986). La perspectiva de movilización de recursos mantiene que existe una relación positiva entre estrés y apoyo social, y que los individuos buscan apoyo en los 'otros significativos' en un esfuerzo para afrontar de manera eficaz las dificultades que se les presentan. Algunos investigadores han encontrado una relación positiva entre eventos vitales y apoyo provisto por los miembros de la red social; otros, no han encontrado relación alguna; y otros, incluso han encontrado una relación negativa entre estrés y apoyo social: las personas mayores que están expuestas a altos niveles de estrés tienden a recibir menos apoyo que aquellos otros confrontados a estresores menores.

Algunos autores han sugerido que la mera existencia de relaciones sociales tiene más consecuencias positivas para la salud que las funciones que se derivan de estos contactos, es decir, que es la frecuencia de contactos o la existencia de los mismos lo que se relaciona con el bienestar, distinguiendo así entre cantidad y calidad de apoyo social. Heller y Mansback (1984) concluyeron que tanto la calidad como la cantidad de apoyo son importantes. Otros autores, por contra, han puesto de manifiesto que es la calidad de las relaciones lo que explica sus efectos en el bienestar.

Una de las razones principales para que se produzca una disminución de las redes sociales en las personas mayores son las pérdidas, sobre todo las de aquellas relaciones más significativas. Aquellas personas mayores que han sufrido una pérdida manifiestan una sensación de profunda y persistente soledad diferenciada entre al menos dos tipos diferentes: la soledad propia del aislamiento social y la soledad fruto del aislamiento emocional. El *aislamiento social*, ha sido frecuentemente considerado como un factor de riesgo para la depresión. La investigación en este ámbito indica de modo consistente que el apoyo social es un importante mediador para la depresión de quienes han sufrido una pérdida, aunque habría que tener en cuenta que el apoyo familiar

es más importante en el periodo de crisis, mientras que el apoyo de los amigos está especialmente indicado para restablecer la vida social y emocional posteriormente. El disponer de un confidente, de un buen amigo y de un buen nivel de redes sociales se ha mostrado en distintas investigaciones como un buen predictor de desenlace más positivo del duelo y superación de la depresión. El aislamiento social es un estresor que tiene una relación directa con los síntomas psicológicos negativos, mientras que la inclusión social es fuente de sustento psicológico y aporta sentimientos de pertenencia o seguridad, guía conductual y sentimientos de disponibilidad de apoyo. Los recursos psicosociales que aportan las redes de apoyo social contribuyen a la satisfacción de necesidades y son, por tanto, predictores de bienestar de primer orden. A su vez, el bienestar psicosocial o satisfacción con la vida está íntimamente vinculado con la capacidad que los sujetos tienen de promover recursos de apoyo, es decir, de integrarse socialmente, y con la capacidad de las redes sociales de convertirse en recursos de apoyo. Son dos los sucesos que pueden conllevar en mayor medida un aislamiento social: la salida del mercado laboral y la muerte del cónyuge.

Las investigaciones de Díaz-Veiga (1987) y Gracia, Herrero y Musitu (1995) han analizado aquellas relaciones más significativas para el individuo, como por ejemplo, el matrimonio, constatando una menor incidencia de trastornos psicológicos (depresión, afrontamiento en situaciones de crisis) y mejores índices de salud en casados que en no casados. Estos grupos, entendidos como contactos sociales duraderos proporcionan al individuo feedback sobre sí mismo y sobre los otros, lo que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario más amplio.

El *aislamiento emocional*, se refiere a la ausencia del apoyo (compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas) que se recibía de la persona perdida y que lleva aparejado un indudable sufrimiento personal. Para el deudo (Sosa, 1994) durante el proceso de duelo, estar rodeado de gente puede calmar la sensación de aislamiento, pero no calmará la intensa sensación de soledad en la medida en que ya no está la persona con quien se compartía sentimientos, emociones, ilusiones y confianzas. En este sentido, algunos investigadores han analizado el papel que juegan los recursos sociales ante la ocurrencia de sucesos vitales, frecuentes durante la vejez (Fernández-Ballesteros et al., 1992).



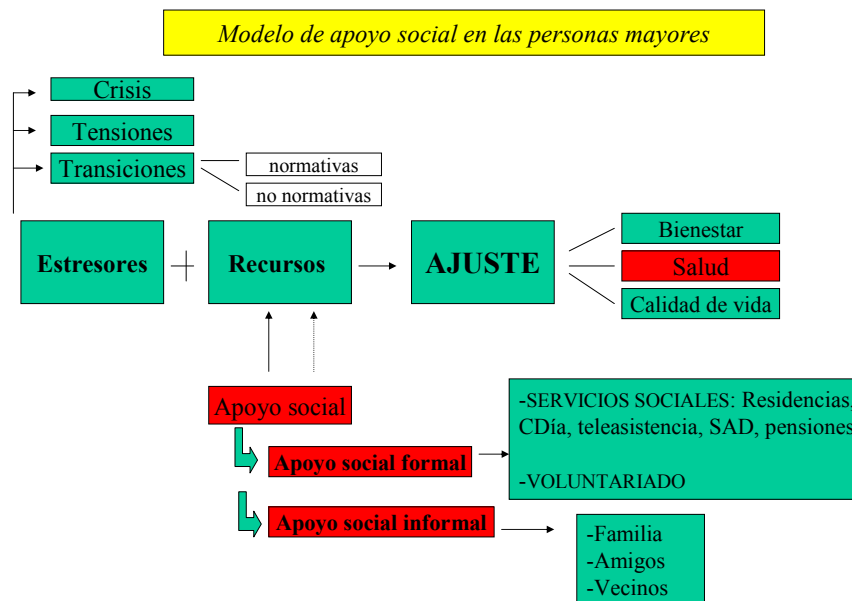


Figura 4 Modelo de apoyo social en las personas mayores

## V. LAS RELACIONES FAMILIARES DE LOS MAYORES

En la atención a personas dependientes y frágiles por parte de la familia están presentes y se explicitan con fuerza lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño, y el deseo de mantener a la persona dependiente en el hogar, y rechazando, en general de forma explícita, la institucionalización.

La mayoría de personas mayores mantiene un contacto frecuente con la familia de la que recibe y a la que proporciona apoyo y diversos servicios (INSERSO, 1982, 1990). Las dos terceras partes de las personas mayores mantienen contactos cotidianos con amigos o parientes (Pérez, 2002), el 37% de los hijos ven diariamente a sus padres madres y el 27% de los padres ven a sus hijos (Iglesias de Ussel, 1994); el contacto telefónico diario entre padres e hijos es mayor (40%) que las relaciones cara a cara. La familia es la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población mayor más dependiente y necesitada. La familia y los amigos son relaciones denominadas primarias. Las *relaciones primarias* se caracterizan por tener una naturaleza personal, íntima y emocional; ser duraderas e implicar a las personas en una gran variedad de roles permitiéndoles expresarse y comunicarse abiertamente sobre diversos temas. Las relaciones secundarias son formales, impersonales, e implican a las personas en un solo rol; son instrumentales porque sirven para la consecución de ciertos objetivos. La edad conlleva una disminución de las relaciones secundarias continuando en general con fuerza las relaciones primarias. A lo largo de este apartado, al hablar de relaciones sociales en las personas mayores, vamos a hacer referencia a la red de personas con las que el sujeto se siente

vinculado en algún sentido. Hablaremos aquí de la familia (pareja e hijos sobre todo, dejando a un lado la relación con los nietos que se desarrollará ampliamente en otro capítulo de este mismo libro, ver capítulo siguiente), los amigos y los vecinos.

La familia y los amigos constituyen los dos focos más importantes de recursos sociales (Díaz-Veiga, 1987). La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional; sostiene la vida comunitaria de la persona mayor, pues mientras el mayor reciba cuidados de la familia, se previene y retrasa la institucionalización. La familia, además, es la pieza más importante en el cuidado de la población mayor más dependiente. La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor, pues son los integrantes de la familia los encargados de prestar atención directa a las personas mayores con problemas de salud o deterioros graves en su autonomía personal. Las personas mayores suelen pedir ayuda emocional, instrumental e informacional a sus familiares aunque también los amigos y vecinos, les ofrecen considerable apoyo. A estos últimos, sobre todo, se les pide ayuda cuando no hay ningún pariente íntimo disponible. Los mayores tratan de mantener intercambios con individuos que les son próximos durante el mayor tiempo posible; prefieren a los que han formado parte de su biografía personal (familiares y amigos, por ejemplo), que se convierten en un recurso social para mantener la integración social de las personas de edad. Por lo tanto, la mayoría de las personas mayores reciben el apoyo más importante a través de sus redes informales. Esta red informal se encuentra en contraste con los recursos sociosanitarios de apoyo social formal.

Desde diversas perspectivas se han estudiado también las relaciones existentes entre los sujetos pertenecientes a distintas generaciones. El estudio de las relaciones intergeneracionales, ha sido y sigue siendo en la actualidad el foco de atención de numerosos trabajos. Según Kalish (1983), a medida que la edad avanza, los compañeros de edad mueren y disminuyen las amistades vinculadas al trabajo, las personas mayores encuentran que el contacto intergeneracional es más significativo. Pero ese es el tema de otro capítulo de esta monografía (ver capítulo 10).

La familia, los amigos y los vecinos son elementos importantes en el cuidado de las personas mayores. Actualmente se está produciendo un cambio en las relaciones debido fundamentalmente al paso de la familia formada por tres generaciones a la llamada *familia nuclear aislada*. Al hilo de esta realidad, algunos autores han calificado la relación actual entre las personas mayores y sus familias con el título de *intimidación a distancia*, término acuñado por

Rosenmayr y Kockeis (1963). Se trata de un tipo de relación que respeta la independencia, la intimidad y la autonomía de sus miembros. Esta distancia desaparece cuando la persona mayor tiene una necesidad concreta: problemas de salud, soledad, aumento de los niveles de dependencia, etc.

Este apoyo y disponibilidad de las relaciones familiares tienen gran efecto en el bienestar de la persona mayor. Por ejemplo, estar casado es un factor fundamental en la configuración de las relaciones informales en las personas mayores. No sólo la vida en pareja proporciona un conjunto de experiencias compartidas y un nivel de interdependencia que no tiene paralelo en ningún otro tipo de relación sino que, además, proporciona un conjunto potencial de vínculos con hijos y otros familiares y actúa como factor protector de la salud - sobre todo para los hombres-.

Los estudios de la calidad conyugal han llegado a resultados diferentes según Belsky (1996): en el primero de ellos, la felicidad conyugal alcanza su apogeo en la luna de miel y después de manera gradual declina a medida que transcurren los años. Otros estudios más recientes sugieren que la felicidad conyugal se puede representar gráficamente con una curva en forma de U: la satisfacción se desvanece después del nacimiento de los hijos, pero los momentos malos van seguidos de mejorías. De acuerdo con estas teorías, las parejas mayores pueden recuperar parte de lo que poseían cuando se ven libres de las presiones de la educación, crianza y cuidado de los hijos y pueden permitirse dedicarse completamente de nuevo a su relación conyugal. Las tensiones en la relación conyugal debidas a la crianza de los hijos se eliminan al abandonar los hijos el nido, momento que permite a las parejas reencontrarse alcanzando una satisfacción con la relación similar a la de los primeros momentos de la pareja recién casada. A partir del momento en el que los hijos han abandonado el hogar familiar, puede comenzar una etapa de mayor ocio compartido y dedicación mutua entre dos personas con mucha vida y experiencias compartidas. Autores como Atchley y Miller (1980) opinan que la relación marital es una de las relaciones más importantes experimentadas en la vida adulta.

En la ancianidad se produce un mecanismo de compensación –siguiendo la *norma de reciprocidad*-, consistente en que al llegar el padre a la ancianidad, los hijos intervienen dando su atención y cuidado, de la misma forma que años atrás habían hecho los padres con ellos. Las relaciones entre padres mayores e hijos adultos jóvenes son beneficiosas para ambos: los padres se benefician de la relación con la *cohorte puente* obteniendo información y consejo sobre temas de actualidad, nuevas tecnologías, etc., mientras que los hijos reciben de sus

padres ayuda material y consejos (Malla, 2004). Cuando los progenitores llegan a la vejez, sus hijos han alcanzado la mediana edad y normalmente les ofrecen diversos tipos de apoyo.

Como ya hemos visto, las personas mayores y sus hijos tienen contactos frecuentes. Siguiendo a Kalish (1983), los servicios que una generación ofrece a la otra están en función de la renta, la salud, las relaciones familiares, las necesidades y el estatus familiar. Los padres mayores y sus hijos adultos mantienen intercambios de dinero, ayuda y consejo. Los abuelos reciben y dan ayuda. Reciben apoyo por parte de sus hijos (ayuda económica, apoyo emocional, cuidados en momentos de enfermedad o ayuda para mantener la casa), al mismo tiempo, que ofrecen ayuda cuidando a los nietos.

Las relaciones con los hijos son frecuentes, aunque como en otras facetas de la vida de las mujeres mayores, existen diferencias. La proximidad física es importante, de manera que las mujeres se relacionan sobre todo con aquellos hijos que tienen más cerca. En el estudio que realizó Pérez (2003) para el Instituto de la Mujer, las mujeres que tenían más contactos con sus hijos eran: las casadas, las que tenían una mejor salud percibida, y las que no necesitaban ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

La circunstancia por la que los hijos adultos cuidan de sus padres mayores de modo semejante a como lo hacen con sus propios hijos, se ha definido con el término *rol inverso o inversión de roles*, es decir, los roles se han invertido con los hijos ahora siendo 'padres para sus padres'. La *madurez filial* se alcanza cuando el hijo adulto ve a sus padres como individuos que, aunque necesiten ayuda, siguen siendo adultos con sus propias necesidades, derechos e historias personales. La *responsabilidad filial* es el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tienen los hijos adultos. Puede implicar un sentido de obligación o disposición a proteger y cuidar a los padres mayores. La responsabilidad filial también puede incluir una dimensión preventiva que fomenta la autosuficiencia y la independencia de los mayores. Una perspectiva preventiva puede adoptar varias formas, incluyendo el que los hijos adultos animen a sus padres anciano a realizar tareas de las que son capaces, ayudarles a encontrar tareas que les resulten enriquecedoras y mostrar respeto por la autonomía de los padres y el derecho a tomar sus propias decisiones respecto a su vida (Schaie y Willis, 2003).

Distintos estudios coinciden en señalar que son los hijos los principales proveedores y a la vez receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa) recibido y proporcionado por las personas mayores. Pero las relaciones

entre padres e hijos en la ancianidad también varían en función del género: son las hijas las que asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras de padres enfermos o cuando estos envejecen, mientras que los hijos varones se responsabilizan de la toma de decisiones y apoyo financiero de la familia. Siempre que las personas mayores tengan varios hijos, las preferencias en la solicitud de ayuda son, concretamente hacia el hijo o hija con quien más se relacionen. Las hijas casadas parecen mantener lazos más estrechos con sus padres. En general, existe la tendencia para las parejas de estar más unidos a la familia de la mujer que a la del marido. Es lo que se ha denominado *inclinación matrifocal*. Las personas mayores sin hijos tienen redes sociales más pequeñas que aquellos que han sido padres, y los institucionalizados tienen redes sociales más pequeñas también que aquellos que viven en sus propios hogares<sup>1</sup>.

Las familias son importantes en los momentos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas a largo plazo. Pero prestar asistencia informal a personas mayores dependientes constituye a la vez una situación generadora de estrés en las personas encargadas del cuidado, con importantes consecuencias en el bienestar físico (cansancio, fatiga), psicológico (depresión, ira, hostilidad) y social (disminución del tiempo dedicado a las relaciones sociales, aislamiento social)<sup>2</sup>. El proceso de cuidado no afecta por igual a todos los cuidadores sino que existe una variabilidad en las consecuencias que los estresores provocan en ellos. El apoyo social y la capacidad de afrontamiento personal son las dos variables que más atención han recibido en su papel modulador del estrés del cuidador. Los cuidadores que disponen de un mayor apoyo social tienen una menor percepción de carga, una menor sintomatología depresiva y una menor probabilidad de padecer problemas de salud (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999).

Los familiares son las personas a las que uno acude en los momentos de necesidad, son las personas con las que se crea un sentimiento de reciprocidad de por vida. Esta observación es más evidente entre padres e hijos. El individuo de edad cuidó a sus hijos -ahora adultos- cuando éstos eran jóvenes y dependientes, necesitados o estaban enfermos. Los hijos fueron receptores de este apoyo; así, cuando el padre o la madre llega a ser un individuo de edad,

---

<sup>1</sup> Para más información vid. Baltes y Mayer (1999), *The Berlin Aging Study*.

<sup>2</sup> En nuestro país la investigación sobre el apoyo social informal y la carga de cuidados tiene como referentes las publicaciones del IMSERSO que hemos venido citando a lo largo del presente capítulo: *Cuidados en la vejez. El apoyo social informal* (1995); *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar* (1995); *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para familiares y cuidadores* (1997) y la página web *Cuidadores: Cuidar a los que cuidan* ([www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores)) (Izal, Montorio, Márquez, Losada y Alonso, 2001). Información más detallada sobre este tema aparece en el capítulo de Montorio y Losada de la presente obra.

dependiente, enfermo o necesitado, parece razonable acudir a aquellos hijos para que le den apoyo. La relación entre padres e hijos adultos se asienta sobre la *solidaridad intergeneracional*, esto es, el compromiso de interdependencia entre las generaciones adultas de la misma familia. Está bastante generalizada la consideración de que los hijos tienen la obligación de atender las necesidades de los padres. Quizás a causa de esta obligación, el adulto de edad puede aceptar –y podría esperar– el apoyo de sus hijos. En este caso, la presencia del apoyo es anticipada y probablemente contribuye al efecto positivo del apoyo social; por contra, la ausencia de tal apoyo tendrá un efecto negativo sobre la persona de edad.

## VI. LAS RELACIONES CON LOS AMIGOS Y VECINOS

Pocas formulaciones teóricas existen que expliquen la naturaleza y significado de las varias fuentes de apoyo social durante el envejecimiento. El *Modelo Jerárquico Compensatorio* de Cantor (1979) postula un orden en la preferencia del apoyo desde aquel de familiares, amigos o vecinos hasta el apoyo social formal. Cuando el elemento preferido en primer lugar está ausente, otros grupos actúan de una manera compensatoria. Más allá del tipo de ayuda que se necesita, el esposo/a es la fuente de ayuda preferida. Si el esposo/a no está disponible, entonces las personas mayores se vuelcan hacia los hijos y si no hacia otros familiares o amigos. En cambio Peters, Hoyt, Babchuk, Kaiser e Iijima (1987) proponen que el patrón de elección se realiza entre ‘los otros disponibles’, en donde la proximidad es extremadamente importante en el proceso de selección. Las circunstancias, la conveniencia o la preferencia personal pueden llevar la selección hacia otros apoyos. Otros confidentes además del cónyuge o algún hijo/a, pueden añadir perspectivas diferentes frente a un problema o área de interés.

Se ha hipotetizado que el papel que juegan los miembros de la familia y los criterios por los que son juzgados son diferentes de los de los amigos. La diferencia está relacionada con la distinta experiencia e intercambio de apoyo con los amigos y con la familia a lo largo del transcurso de la vida.

El hecho de recibir apoyo de un amigo podría considerarse como un refuerzo para una relación de mutuo apoyo y, por consiguiente, sirve como evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad continua del individuo. Para aquellas personas de edad que no cuentan con familiares (porque carecen de ellos, residen en lugares alejados, o sus relaciones no son lo suficientemente cordiales) las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable. Incluso cuando se cuenta con relaciones familiares

satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Siguiendo esta línea, otros estudios han puesto de relieve una valoración mayor en los mayores del tiempo pasado que de los parientes, dado el carácter voluntario de la amistad. Disponer de un amigo íntimo o confidente ayuda a las personas mayores a enfrentarse con efectividad a las situaciones de estrés.

Las redes de alta densidad, que suelen estar formadas por la familia, ayudan a afrontar crisis vitales normativas, mientras que las redes de baja densidad, como son los amigos, contribuyen a afrontar las crisis vitales no normativas (Antonucci y Jackson, 1989). Los amigos son para la persona mayor tanto ayuda emocional –actúan como confidentes, consejeros, brindan empatía en momentos de necesidad- como apoyo instrumental –ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando además compañía-. Estas relaciones se desarrollan en un contexto voluntario y menos normativo y se caracterizan por la igualdad, elevados niveles de reciprocidad, homogeneidad (intereses y estilos de vida similares) y consenso. Esta similitud facilita una interacción que es mutuamente satisfactoria y que reafirma la identidad y estima en ambas partes. El apoyo en las relaciones de amistad es opcional, no obligatorio, y está basado en la reciprocidad y el afecto, características que contrastan con los sentimientos de obligación subyacentes en las relaciones familiares.

Los amigos son personas a quienes pedir ayuda en caso de necesidad, después de la pareja o los hijos. Esto sugiere que los amigos son muy importantes en las vidas de las personas en general y de las personas mayores en particular (al menos en su percepción de disponibilidad en momentos de necesidad), sobre todo en aquellos mayores que viven solos. Las amistades son para las personas mayores una de las fuentes de satisfacción más significativas, y en ese sentido, tienen un gran impacto en los sentimientos de bienestar de la persona mayor. La amplia revisión de estudios llevada a cabo por Crohan y Antonucci (1989) confirma esta relación positiva entre el apoyo recibido de las relaciones de amistad y el bienestar de la persona mayor. Así, por ejemplo, la presencia de una persona de confianza en la red social no sólo se encuentra relacionada con una buena salud mental y una moral elevada, sino que también parece actuar como un mecanismo que reafirma los sentimientos de autoestima y valía personal en las personas mayores. Además, como indican numerosos estudios, la importancia de las relaciones de amistad en la moral y sentimientos

de bienestar de la persona es superior a la de las relaciones familiares. Se ha observado que, mientras que el número de amistades y la satisfacción con la frecuencia de contacto y actividades con estas relaciones se ha asociado con satisfacción vital, sentimientos de bienestar, elevada moral y menores sentimientos de soledad en la persona mayor, esta asociación no se ha observado al estudiar a otros miembros de la familia.

El ajuste, autoestima y estado de ánimo de las personas mayores depende más de la calidad de las relaciones con los iguales y las relaciones de amistad que de las relaciones con la familia (Crohan y Antonucci, 1989). Aquéllas pueden proteger de autoevaluaciones negativas haciendo sentir a la persona mayor competente, valiosa y útil. Las amistades son por tanto, una de las fuentes de satisfacción más significativas que produce un gran impacto en el bienestar de la persona mayor. La presencia de una persona de confianza en la red social no sólo se encuentra relacionada con buena salud mental, reafirmación de la autoestima, valía personal y moral elevada sino que también actúa como mecanismo protector, reduciendo la ansiedad y la tensión que producen los sucesos vitales estresantes. Mientras que el número de amistades y la satisfacción con la frecuencia de contacto con las mismas se ha asociado con satisfacción vital, sentimientos de bienestar, elevada moral y menores sentimientos de soledad de la persona mayor, esta relación no se ha observado con el número o con la frecuencia de contactos con los miembros de la familia (Gracia, 1997).

En circunstancias como la vivencia de un duelo, es de particular importancia el apoyo de los amigos y los vecinos: una buena calidad de apoyo social correlaciona negativamente con la depresión y el suicidio. Es importante considerar que para los muy mayores, debido a la menor disponibilidad de apoyo de la pareja y de los amigos, el apoyo de las pocas amistades que les quedan cobra mayor importancia y es más apreciado.

El sentirse envuelto en actividades sociales con los amigos está fuertemente relacionado con la satisfacción vital. Por un lado, podemos afirmar que el estar con los amigos aumenta la satisfacción, y, por otro, que las personas que tienen una alta satisfacción vital son más capaces de participar en actividades y por tanto, de desarrollar amistades. El disponer de un amigo íntimo o confidente, a menudo diferencia a aquellos que superan con éxito las situaciones de aquellos que no lo hacen. Aunque la mayoría de relaciones íntimas se inician en épocas tempranas de la vida, siempre hay oportunidades de desarrollar nuevos núcleos de relaciones en las personas mayores. Dado que el hecho de tener un amigo íntimo o dos puede provocar una diferencia en el



bienestar subjetivo, es importante desarrollar estrategias que ayuden a los individuos no solo a mantener las viejas amistades sino también a desarrollar otras nuevas.

La sensación de que uno está solo en el mundo es una visión subjetiva con consecuencias negativas de importancia. Algunas personas se desenvuelven bien en un 'estilo de vida solitario', pero otras no. Se podrían prevenir muchas depresiones y enfermedades mediante programas que mantienen y fortalecen la red de apoyo interpersonal de las personas mayores. En cada tipo de relaciones (de pareja, entre hermanos, con los hijos, con los nietos, con los amigos, intergeneracionales,...) se puede identificar tanto los signos de alarma de deterioro en la red social como los núcleos de fuerza que pueden ser fomentados o desarrollados.

Los vecinos también constituyen una fuente especial de apoyo y ayuda para la persona mayor, particularmente para aquellas que han vivido durante largos periodos de tiempo en el vecindario, esto es, casi la mitad de las personas mayores. Rara vez se ha estudiado a los vecinos como un elemento en las redes sociales de las personas mayores. El contacto con vecinos y amigos ayuda a las personas mayores con sentimientos de inutilidad y eliminan los sentimientos de soledad y preocupación (Peters et al., 1987). Según el estudio del INSERSO (1995), cerca del 50% de las personas mayores residen en el mismo lugar que les vio nacer y tres de cada cuatro emigrantes llegaron a su lugar actual de residencia hace más de veinticinco años. Además, dada su proximidad física, los vecinos pueden ser uno de los recursos más importantes de apoyo en situaciones de emergencia.

## VII. CONCLUSIONES

Aprender cuál es el peso del apoyo social en el bienestar de las personas durante el envejecimiento, nos ayudará a desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de apoyo de las personas mayores, crear nuevas redes (cuando éstas se deterioren, disminuyan o no existan) y prevenir la institucionalización prematura. Biegel, Shore y Gordon propusieron en 1984 unas pautas que resultan de gran interés, y que ahora nos sirven como base para la reflexión: a) es necesario reconocer la heterogeneidad de la población mayor, dirigiendo las intervenciones de modo prioritario a los grupos en situación de mayor riesgo (los muy mayores, los dependientes, las mujeres, las personas que viven solas, aquellos que carecen de familia y/o personas significativas en su red social,...);

b) es importante tener en cuenta la importancia y el significado de las pérdidas experimentadas en este momento del ciclo vital (pérdida de la pareja, pérdida del trabajo y del rol profesional, pérdida de amistades,...) interviniendo para aumentar la capacidad de afrontamiento de las personas, la gestión del estrés, ... Las familias, además de asumir el cuidado de las personas mayores dependientes, también deben hacer frente a las muertes que se suceden. Es imprescindible desarrollar programas en este sentido, que orienten y apoyen a las familias durante el duelo;

c) las intervenciones deben fortalecer la capacidad de la familia para proporcionar apoyo, a la vez que no se olvida la atención a los que cuidan (prevención del burnout y de las consecuencias psicosociales del cuidado). Puesto que las familias son las que más se ocupan de los mayores dependientes, también son las que se ven más afectadas por las consecuencias del cuidado. Es necesario que las instituciones establezcan programas eficaces de apoyo a los cuidadores que incluyan servicios que ya existen (SAD, Centros de Día, apoyo de respiro,...) y otros nuevos;

d) las intervenciones deben fortalecer la capacidad de los amigos, vecinos y voluntarios para proporcionar un mejor apoyo a la persona mayor. Incluso en los contextos residenciales es posible implementar políticas que sean capaces de fomentar la cohesión entre los residentes y la participación en el planning de actividades a realizar, o participar en grupos de apoyo y autoayuda que protegen contra la alineación, el aislamiento o el estrés generados en el día a día de la vida en una institución;

e) por último, fortalecer las redes existentes o ayudar a generar nuevas redes que aumenten la satisfacción de las personas mayores en su entorno y la participación social (y esto incluye la integración en la vida comunitaria del barrio, la representación en las decisiones políticas, ...) no es suficiente si no hay una mejora en la coordinación entre las fuentes formales e informales de apoyo social. A menudo, las políticas sociales son implementadas por las diferentes administraciones públicas (ayuntamientos, concejalías de bienestar social, concejalía de sanidad, etc) de modo aislado, en unas ocasiones (pocas) duplicando servicios, y en otras (la mayoría) dejando grandes parcelas de necesidad sin cubrir. Es necesario, además, informar a toda la población de la existencia de la diversidad de los servicios. Pero no basta solo con esto. Es necesario que el aumento de servicios sea de la oferta pública, accesible a todos, pues el incremento en la oferta privada sólo favorece a las familias con mejor situación económica. Además, es necesario dotar a estos servicios de profesionales adecuadamente formados.

El pasado mes de agosto, el periódico *Levante* (17-08-2004) publicaba una noticia con el siguiente titular: “El 10.4% de los mayores de 65 años dice que no recibe nunca ni amor ni afecto”. Destacaba el artículo el 8.8% de personas de edades comprendidas entre 16-65 años que tampoco recibía amor ni afecto, así como los que no tenían a nadie que se preocupase por ellos (8.5% entre 16-65 años y 9.5% mayores de 65 años) o que no recibían ayuda cuando estaban en la cama o enfermos (9% entre 16-65 años y 10.1% de los mayores). Ciertamente, la población española ha envejecido de forma notable en la última década, hemos avanzado mucho en la atención sanitaria a las enfermedades...pero parece que nos hemos olvidado de que los mayores cada vez están más solos y cuentan con menos apoyos socio-afectivos.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLAN, A. (1999a). La ayuda formal (1). *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 114-117.

ABELLAN, A. (1999b). ¿Por qué los mayores no utilizan la ayuda formal (y 2). *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 183-187.

ANTONUCCI, T.C. 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, T.C. y JACKSON, J.S. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, *Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca. (orig. 1987)

ATCHLEY, R.C. y MILLER, S.J. (1980). The people and their families. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics.*, 337-369.

BALTES, P. y MAYER, K. (eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY: Cambridge University Press.

BELSKY, J.K. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson.

BIEGEL, D.E., SHORE, B.K. y GORDON, E. (1984). *Building support networks for the elderly. Theory and practice*. London: Sage.

BOWLING, A., FARQUHAR, M. y BROWNE, P. (1991). Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Social Science and Medicine*, 33 (6), 698-700.

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

CANTOR, M. (1979). Neighbours and friends: an overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, vol. 1, 4, 434-463.

CAPLAN, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

CAPLAN, G. (1976). The family as support system. En G. Caplan y M. Killilea (eds.). *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*. New York: Grune y Stratton.

CASSEL, J. (1974). Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 6, 471-482.

CASSEL, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

COBB, S. (1976), Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314

COHEN, S. y SYME, S.L. (eds.) (1985). *Social support and health*. London: Academic Press.

COSTA, P.T., ZONDERMAN, A.B. y McCRAE, R.R. (1985). Longitudinal course of social support among men in the Baltimore longitudinal study of aging. En I.G. Sarason y B.R. Sarason (eds.), *Social Support: theory, research and applications*. The Hague: Nijhoff.

CHOW, K.L. y CHI, I. (2000). Comparison between elderly chinese living alone and those living with others. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 33 (4), 51-66.

CROHAN, S.E. y ANTONUCCI, T.C. (1989). Friends as a source of social support in old age. En R.G. Adams y R. Blieszner (comps.), *Older adult friendship: structure and process*. London: Sage.

DÍAZ-VEIGA, P. (1987). El apoyo social en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros, *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.

DOHRENWEND, B.S. y DOHRENWEND, B.P. (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.

GOTTLIEB, B.H. (1981). *Social networks and social support*. London: Sage.

GRACIA, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

GRACIA, E., HERRERO, J. y MUSITU, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

HELLER, K. y MANSBACK, W.E. (1984). The multifaceted nature of social support in a community sample of elderly women. *Journal of Social Issues*, 40, 4, 99-112.

IGLESIAS DE USSEL, J. (2001). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2002). *Informe 2002. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO

IMSERSO-CIS (1998). *La soledad en las personas mayores. Estudio 2279*. Madrid: IMSERSO

INE (2002). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*. Madrid: INE

INSERSO (1982). *La investigación social sobre la tercera edad: análisis de la situación actual*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSERSO (1990). *La tercera edad en España: necesidades y demandas*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSERSO (1993). *Plan Gerontológico*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

IZAL, M., MONTORIO, I. y DÍAZ-VEIGA, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para familiares y cuidadores*. Madrid: IMSERSO.

IZAL, M., MONTORIO, I., MÁRQUEZ, M., LOSADA, A. y ALONSO, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 23-40.

KALISH, R.A. (1983). *La vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

KAHN, R.L. y ANTÓNNUCCI, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P.B. Baltes y O.G. Brim (eds.), *Lifespan development and behavior*, vol. 3 (pp. 253-286) San Diego, CA Academic Press.

LEHR, U., SEILER, E. y THOMAE, H. (2000). Aging in a cross-cultural perspectiva. En A. Comunian y U. Gielen. (eds.), *International Perspectives on Human Development*. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.

LIN, N. y ENSEL, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

LIN, N., DEAN, A. y ENSEL, W. (1981), Social support scales: a methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 73-90.

LIN, N., DEAN, A. y ENSEL, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

LOWENTHAL, M.F y HAVEN, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*. 33, 20-30.

MALLA, R. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adultez y la tercera edad. En Arranz, E. (coor.), *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson.

MINKLER, M. (1985). Social support and health of the elderly. En S. Cohen y S.L. Syme (eds.). *Social support and health*. London: Academic Press.

MONTORIO, I., YANGUAS, J. y DÍAZ-VEIGA, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En M. Izal e I. Montorio (eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

PÉREZ, L. (2002). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En M. Sancho (coor.), *Las personas mayores en España. INFORME 2002*. Madrid: IMSERSO.

PÉREZ, L. (2003). *Envejecer en Femenino. Las mujeres mayores en la España de comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la Mujer.

PETERS, G. R., HOYT, D.R., BABCHUK, N., KAISER, M. y IJIMA, Y. (1987). Primary-group support systems of the aged. *Research on Aging*, vol. 9, n.3, 392-416.

RODRIGUEZ, P. y SANCHO, T. (1995). Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida. *Infancia y Sociedad*, 29, 63-78.

ROSENMAYR, L. y KOCKEIS, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. *International Social Science Journal*, 15, 410-426.

SANCHO, M. T., ABELLÁN, A. y PÉREZ, L. (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO. (Consultado en: [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es))

SARASON, B.R., SARASON, I.G. y PIERCE, G.P.(1989) (eds.). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley.

SCHAEIE, K.W. y WILLIS, S.L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Educación. 5ª edición.

SHANAS, E. (1980). Older people and their families: The new pioneers. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 9-15.

SHUMAKER, A.B. y BROWNELL, S. (1984). Social support: an introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues*, 40, 4, 1-9.

SOSA, C.D. (1994). Duelo, soledad y depresión en la vejez. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

STRAIN, L.A. y CHAPPELL, N.A. (1982). Confidants: do they make a difference in quality of life? *Research on Aging*, 4, 4, 479-502.

YEH, S.C. y LO, S.K. (2004). Living alone, social support and feeling lonely among the elderly. *Social behavior and Personality*, vol 32 (2), 129-138.

WAGNER, M., SCHUETZE, Y., y LANG, F. (1999). Social relationships in old age. En P.Baltes y K. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY: Cambridge University Press.

WAN, T.T.H. y WEISSER, W.G. (1981). Social support networks, patient status and institutionalization. *Research on Aging*, 3, 240-256.

## IX. LECTURAS RECOMENDADAS

BINSTOCK, R.H. y GEORGE, L.K. (eds.) (2001). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego, CA: Academic Press. 5<sup>th</sup> edition.

Para una revisión de los aspectos sociales del envejecimiento, incluye aspectos demográficos, apoyo social y psicología social de la salud. Está dividido en cuatro secciones que cubren desde las investigaciones teóricas hasta las metodológicas.

BIRREN, J.E. y SCHAIE, K.W. (eds.) (2001). *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego, CA: Academic Press. 5<sup>th</sup> edition.

Esta edición proporciona revisiones extensas de la investigación realizada sobre las influencias sociales y biológicas en la conducta y los cambios asociados a la edad en las funciones psicológicas.

INSERSO (1995), *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

M. SANCHO (coor.) (2002), *Las personas mayores en España. INFORME 2002*. Madrid: IMSERSO.

SANCHO, M. T., ABELLÁN, A. y PÉREZ, L. (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO.

Resulta de gran interés conocer los resultados de los varios estudios realizados por el IMSERSO. Hemos seleccionado estos tres por su pertinencia con el tema que nos ocupa en este capítulo, pero el acúmulo de datos que nos ofrecen es de tal magnitud que permiten dibujar un panorama muy amplio del envejecimiento en España.



## X. DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.imsersomayores.csic.es>

Página web del IMSERSO con documentos, información estadística, novedades, etc. relacionados con el envejecimiento en España.

<http://www.helpage.org>

Hel Age Internacional es una red global de organizaciones que trabaja para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores desfavorecidas.

<http://www.eurolinkage.org>

Age Concern es la mayor organización de Gran Bretaña que trabaja por y para las personas mayores en defensa de los derechos de las personas mayores y el estudio del envejecimiento.

<http://www.un.org/issues/m-age.asp>

Página web del Programa de Naciones Unidas para el Envejecimiento sobre aspectos relacionados con el envejecimiento, con información estadística a nivel mundial y enlaces con los programas relacionados con el envejecimiento de otros organismos como la FAO o la OMS.

<http://www.own-europe.org>

Older Women's Network Europe es la red europea de mujeres mayores, que trabaja para divulgar y defender los derechos y las capacidades de las mujeres mayores. Merece la pena conocer los proyectos en los que se está trabajando en la actualidad o los recientemente publicados, como el Proyecto MERI.

<http://www.ifa-fiv.org>

Web de la Federación Internacional sobre el Envejecimiento, que cuenta con más de 100 asociaciones que luchan por conseguir integrar a las personas mayores en una sociedad participativa y hacer realidad la idea del envejecimiento activo. Su misión: informar, educar y promover políticas y prácticas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores en todo el mundo.