

T PS 111

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

apuntes ment
↓
afcastil@ugr.es

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE
PSICOLOGIA
GRANADA
BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
- 3 JUN. 1998
Entrada Nº *1.578.-*

PRESENTADA POR

ANTONIO FERNÁNDEZ CASTILLO

DIRECTOR

DR. D. MIGUEL C. MOYA MORALES

548889
548890

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
GRANADA
Nº Documento *548889*
Nº Copia *548890*

UNIVERSIDAD DE GRANADA
29 MAYO 1998
COMISION DE EXAMINADO

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y
METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

GRANADA, MAYO - 1998

[Signature]
Miguel Moya Morales

[Signature]
Antonio Fernández Castillo

CAPÍTULO III

APOYO SOCIAL, AUTOESTIMA E IDENTIDAD SOCIAL 1

I. INTRODUCCIÓN 232

II. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS 237

II.1. Hipótesis en relación con el estrés 237

II.2. Hipótesis en relación con el apoyo social 240

II.3. Hipótesis concernientes a la autoestima 245

II.4. Hipótesis sobre efectos de modulación 253

III. PROCEDIMIENTO 256

III.1. Participantes y procedimiento 256

III.2 Descripción de escalas e instrumentos 258

A) Medición de estrés percibido 259

B) Medición del nivel subjetivo de bienestar 260

C) Percepción de la extensión de la red social 261

D) Medida del apoyo social 261

E) Medición de intimidad y frecuencia de contactos 263

F) Medida de la autoestima personal o individual 264

G) Medida de la autoestima colectiva 265

IV. RESULTADOS 267

IV.1. Descripción general de los participantes 267

IV.2. Hipótesis 275

A) Hipótesis en relación con el estrés 275

B) Hipótesis en relación con el apoyo social 279

C) Hipótesis en relación con la autoestima 299

D) Hipótesis sobre efectos de modulación	320
V. CONCLUSIONES GENERALES	329
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	344



CAPÍTULO III

APOYO SOCIAL, AUTOESTIMA E IDENTIDAD SOCIAL

I. INTRODUCCIÓN

En la primera investigación nos planteábamos conocer con exactitud las relaciones que, en personas mayores aquejadas de osteoartritis, se establecen entre el apoyo social y la percepción subjetiva de bienestar psicológico, la salud y la calidad de vida. En esta segunda investigación nuestra intención es centrarnos con mayor concreción en esa relación, con objeto de avanzar en el estudio de posibles recursos con el suficiente potencial de aminorar las consecuencias negativas que sobre la salud tiene la exposición a eventos estresantes. Así, una vez examinado, desde el punto de vista teórico y empírico, el impacto del estrés en la salud y la mediación en esta relación del apoyo social, el objetivo ahora se orienta hacia el conocimiento de las relaciones entre apoyo social y otras variables de gran importancia, como la intimidad u otras características de las fuentes de apoyo, la reciprocidad en la ayuda o la autoestima (tanto colectiva como personal).

Veámos en el capítulo I cómo algunas investigaciones presentaban evidencia sobre la relación entre apoyo social y autoestima (Sarason, 1991; Dunkel-Schetter et al., 1987). Esta relación, positiva, es especialmente clara cuando el apoyo social es de tipo emocional y además es juzgado de manera satisfactoria por la persona. Aunque la relación autoestima-apoyo social es de tipo correlacional y no nos permite establecer direcciones de causalidad, es frecuente que tendamos a pensar que es el apoyo social el responsable del incremento en la autoestima. Sin embargo, la asociación también puede entenderse a la

inversa: mayores niveles de autoestima personal podrían causar un mayor y mejor apoyo emocional recibido, dado que sería lógico pensar que las personas con autoevaluaciones positivas podrían ser capaces de buscar mejores relaciones de apoyo, de incrementar su red social, etc. También pudiera ser que las personas con una autoestima elevada tendieran a presentar una satisfacción mayor con respecto a sus redes y relaciones sociales, en comparación con personas con baja autoestima (Hobfoll, Nadler y Leiberman, 1986).

No obstante, la relación entre apoyo social y autoestima no es tan clara como pudiera deducirse del párrafo anterior. Como también veíamos en el capítulo I, algunos autores (Fisher et al., 1982; Martínez, García y Mendoza, 1995) han señalado que la recepción de apoyo social podría implicar una amenaza para las autovaloraciones positivas. En el hecho de que el apoyo social tenga consecuencias positivas o negativas sobre la autoestima parece desempeñar un papel crucial la “reciprocidad”: cuando no es posible devolver la ayuda recibida es probable que la autoestima se vea amenazada. Los ancianos, al igual que otros sectores de población, buscarían apoyo social intentando establecer relaciones de reciprocidad. Cuando ésta no es posible, lo que es frecuente en la tercera edad, el individuo podría buscar alternativas que no perjudiquen su autoestima, como por ejemplo acudiendo a fuentes formales de apoyo (profesionales, etc.)

En torno a esta polémica, Fisher et al. (1982) desarrollaban dos hipótesis para explicar los efectos que tiene la recepción de ayuda sobre la autoestima. La *hipótesis de la consistencia* y la *hipótesis de la*

vulnerabilidad. Según la primera, la recepción de ayuda puede afectar más a personas con altos niveles de autoestima. En cambio, según la hipótesis de la vulnerabilidad las personas con baja autoestima serían las más vulnerables a la recepción de ayuda. El ser ayudados les impulsaría a desarrollar o confirmar valoraciones negativas de sí mismos, efecto que no ocurriría en personas con altos niveles de autoestima.

Veíamos asimismo que el apoyo social no es un recurso ilimitado y que su conceptualización puede entenderse de manera economicista. En este sentido Antonucci y Jackson (1990a y 1990b) desarrollaban la analogía del *banco de apoyo*. De manera similar a como entendemos nuestras interacciones económicas con los bancos se podría conceptualizar el desarrollo de las relaciones con nuestra red social, siendo la mercancía de cambio el apoyo social. De la misma manera que normalmente sólo se saca dinero del banco cuando se necesita, sólo se busca ayuda de otros cuando la persona no es capaz de resolver una situación problemática por sí misma. También sería lógico que se estuviera más motivado para solicitar apoyo social cuando puedan ocurrir efectos amenazantes sobre facetas de la vida consideradas muy importantes. (Krause y Markides, 1990; Krause, 1991 y Krause y Borawski-Clark, 1994).

En esta línea revisábamos someramente la *Teoría del Capital Social* de Coleman (1988) y sus argumentaciones sobre la obtención de ayuda, y las contrastábamos con las ideas contrapuestas de modelos como el de Clark y Mills (1979), centrado en las relaciones comunales y de intercambio. Se afirmaba desde este último modelo que en las

relaciones comunales no pueden aplicarse las normas de reciprocidad. Mientras que las relaciones de intercambio sí implicarían la devolución o restitución del beneficio obtenido, en las interacciones comunales (cuyo ejemplo primordial serían las relaciones entre padres e hijos) la ayuda a la otra persona buscaría básicamente favorecer su bienestar, sin esperar que la ayuda sea devuelta. Por tanto, es posible que las personas mayores, y aquellas que no se encuentran en disposición de devolver la ayuda recibida, desarrollen relaciones comunales más que de reciprocidad (Stroebe y Stroebe, 1996).

Decíamos en el capítulo I que en el caso de las personas mayores los hijos podrían constituir la principal fuente de ayuda y de sensación de seguridad (Martínez, García y Ramirez, 1995). Como también veíamos, las relaciones con amistades pueden generar sentimientos de pertenencia en mayor medida que las familiares. Los vecinos y amigos, con los que se establecen ciertos lazos de intimidad, podrían cobrar un papel de suma importancia en cuanto a la integración social, la identidad social, el ajuste, la potenciación de la autoestima personal y colectiva de la persona, así como sobre la mejora de los estados de ánimo, entre otras cosas (Gottlieb, 1983; Gracia, 1997). En esta segunda investigación, y a pesar de los resultados obtenidos en la anterior, nos centraremos en analizar de nuevo las diferencias que puedan observarse en función de los tipos y fuentes del apoyo social que venimos considerando.

Por último deberíamos concluir esta breve introducción retomando la relación entre estrés, apoyo social y autoestima en personas mayores. De acuerdo con Krause (1986, 1987, 1991; Krause

y Markides, 1990; Krause y Borawski-Clark, 1994), el apoyo social reduciría el efecto negativo del estrés sobre el bienestar psicológico a través del incremento de la autoestima. De esta manera, cuando se mide el efecto directo del apoyo social sobre la salud percibida o el bienestar psicológico, el efecto puede no ser tan potente como cuando se tiene en cuenta el efecto mediador de la autoestima. Intentaremos abordar si realmente, tal como nos lo inducen a pensar los resultados que sobre el apoyo emocional arroja de la primera investigación y como ya comentamos, la autoestima es una variable tan importante y central en el influjo beneficioso del apoyo social sobre la salud y el bienestar de las personas mayores.

II. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Con el fin de obtener una mayor claridad expositiva, hemos estructurado el desarrollo de las hipótesis de esta segunda investigación en cuatro partes no del todo independientes. La primera de ellas se centraría en el estrés y las relaciones de este constructo con las otras variables estudiadas; la segunda estaría más enfocada sobre el apoyo social; la tercera se ceñiría al estudio de la autoestima, tanto personal como colectiva; por último, en el cuarto bloque se analizaría la validez de algunas propuestas teóricas, fundamentalmente las que tratan sobre los efectos directos o de amortiguación del apoyo social y las que conciernen al posible papel mediador de la autoestima en la relación entre apoyo social, y salud y bienestar.

A continuación iremos revisando cada uno de los bloques de hipótesis establecidos, recordando brevemente la base teórica que subyace al planteamiento de las hipótesis concretas, y ofreciendo una descripción operativa de las mismas.

II.1. HIPÓTESIS EN RELACIÓN CON EL ESTRÉS

Ya hemos indicado la influencia de los estímulos y situaciones estresantes en el deterioro de la calidad de vida y el papel que podría desempeñar el apoyo social en la percepción y afrontamiento de dicho estrés (Cohen y Wills, 1985; Cohen, 1988; Barrón, 1989, 1996; Lazarus, 1996; Lazarus y Folkman, 1986). Como Caplan (1974) argumentaba, en la vida de las personas se da un constante flujo de necesidades que dependen de las relaciones interpersonales para su satisfacción, es por

eso que los individuos tienden a involucrarse en relaciones que les ayuden a satisfacer esas necesidades y así conseguir niveles de bienestar aceptables.

La relación entre estrés y bienestar está suficientemente demostrada en la literatura tradicional (Sánchez 1988), habiendo sido confirmada también en nuestra primera investigación. Sin embargo un primer objetivo de esta segunda investigación ha sido estudiar de nuevo la relación anterior así como la que relaciona al estrés con la salud. La exposición al estrés debe asociarse con una percepción subjetiva de salud más depauperada. Cuando la persona padece además algún trastorno de tipo incapacitante, también se dará una relación positiva entre estrés y el nivel de padecimiento. Así surge nuestra primera hipótesis:

Hipótesis 1.- *Cuanto mayor sea la percepción de estrés, menor será el bienestar psicológico percibido. La misma relación podrá establecerse entre estrés y la percepción subjetiva del nivel salud y entre estrés y el grado de padecimiento de osteoartritis.*

La presencia elevada de eventos estresantes puede estar asociada a menores niveles de autoestima, por cuanto ésta pueda verse amenazada por la presencia de estresores y ese ser un camino de deterioro del bienestar. Desde hace tiempo la autoestima ha sido estudiada tanto en su relación con las habilidades de afrontamiento del estrés como en su posible papel mediador en la relación entre estrés y bienestar (Taylor, 1983).

La exposición a eventos estresantes puede considerarse como uno de los más importantes erosionadores de la autoestima al hacer que las personas tengan que enfrentarse esporádicamente con la evidencia de su propio fracaso (Krause, 1986, 1987 y 1991). Dicho fracaso o ineficacia surge cuando en el afrontamiento de determinadas situaciones vitales la persona no encuentra una solución eficaz debido principalmente a la percepción anómala de la situación y/o a la carencia de recursos personales (Stroebe y Stroebe, 1996). Nosotros pensamos, de acuerdo con los autores citados, que este efecto empobrecedor del estrés sobre los sentimientos de autovaloración podría ser especialmente intenso en personas mayores. De ahí surge nuestra siguiente hipótesis:

Hipótesis 2.- *La asociación entre estrés percibido y autoestima debe ser significativa, esperándose que a mayor estrés menor autoestima.*

Conforme a la diferenciación establecida entre identidad personal y social, veíamos como surgían de forma paralela los conceptos de autoestima personal y autoestima colectiva (Hogg y Abrams, 1988, 1990). Pensamos que la exposición a estresores podría causar el mismo efecto negativo sobre ambas al tratarse de sendos aspectos que reflejan las dos caras de un constructo más genérico como es la identidad. De esta manera establecíamos dos subhipótesis:

Subhipótesis 2.1.- *Existirá una correlación negativa entre estrés percibido y autoestima personal.*

Subhipótesis 2.2.- *Conforme mayor sea el estrés percibido menor será la autoestima colectiva.*

Los resultados de esta segunda subhipótesis reflejarán si la exposición al estrés puede afectar a la pertenencia a grupos y a la valoración que de esa pertenencia tienen las personas.

II.2. HIPÓTESIS EN RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

La relación entre estrés y apoyo social puede ser clave a la hora de entender el efecto positivo que el apoyo social tiene sobre la calidad de vida y la salud. De hecho, una de las funciones básicas del apoyo social se desarrollaría a través de la reducción del estrés (Doeglas et al., 1994) y, por tanto, las personas que reciben apoyo social serían menos vulnerables a los efectos negativos de la exposición a eventos estresantes (Thoits, 1982). Una mayor percepción de estrés puede correlacionar significativamente con una menor recepción de apoyo social, pues en la línea de las investigaciones revisadas, en la medida en que no se dispone de recursos de apoyo en la red social y de hecho no se reciben o no se perciben satisfactoriamente los niveles obtenidos de apoyo, la percepción de los eventos estresantes a los que la persona tenga que hacer frente puede verse incrementada, independientemente de que los recursos que ponga en funcionamiento puedan ser menos eficaces.

Así, nuestra tercera hipótesis establece que :

Hipótesis 3.- *Habrá una relación negativa entre estrés percibido y apoyo social.*

Esta hipótesis general puede concretarse más si prestamos atención a diversos aspectos o componentes que pueden diferenciarse dentro del apoyo social. Así, una primera dimensión sería la “necesidad” percibida de apoyo social. En consecuencia, en la primera subhipótesis establecemos que cuanto mayores sean los niveles de estrés mayores serán las necesidades de apoyo social que manifestarán la muestra de personas mayores estudiada (Weinberger, Hiner y Tierney, 1987; Fernández, Izal, Montorio, González y Díaz-Veiga, 1992). Esta relación se dará en los diferentes tipos de apoyo social considerados: informativo, material-tangible y emocional.

Subhipótesis 3.1.- *Existirá una relación positiva entre niveles de estrés y frecuencia en las necesidades de información, ayuda material y tangible y apoyo emocional.*

En la siguiente subhipótesis nos centraremos en una segunda dimensión del apoyo social: su “recepción” y establecemos que cuanto mayor sea el nivel de estrés menores serán las recepciones de los tres tipos de apoyo social considerados. Asimismo y en una plausible análisis centrado en las principales fuentes del apoyo (Díaz-Veiga, 1987; Gracia, 1997), -es decir en fuentes informales por un lado, en las que incluiríamos a los familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc..., y fuentes formales por otro, entre las que sobre todo se tendría en cuenta a profesionales, consejeros, etc...-, el apoyo recibido de las mismas también habrá de encontrarse correlacionado negativamete con los niveles percibidos de estrés. Concretamente:

Subhipótesis 3.2.- *Existirá una relación negativa entre niveles de estrés y la recepción de apoyo social informativo, de ayuda material y tangible y emocional.*

Una tercera dimensión del apoyo social concierne a la “satisfacción” que la persona experimenta con el apoyo social recibido (Dunkel-Shetter y Bennet, 1990; Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Si bien las dos dimensiones mencionadas (necesidad y recepción) se refieren sobretodo a aspectos estructurales y cuantitativos, la dimensión de satisfacción es diferente, pues concierne a la calidad del apoyo recibido y es de índole más subjetiva y psicológica. En nuestro caso, la medida de la satisfacción con el apoyo recibido, diferenciando tanto en función de los tipos específicos de apoyo como de las fuentes proveedoras, podrá aportarnos una información valiosa sobre la asociación existente entre estrés y apoyo social. Así pues,

Subhipótesis 3.3.- *Existirá una relación negativa entre niveles de estrés y satisfacción con el apoyo social recibido de tipo informativo, material y emocional.*

La revisión de la literatura ha mostrado que el apoyo social es una buena herramienta para el afrontamiento del estrés y está relacionado estrechamente con el ajuste psicosocial y el bienestar físico y psicológico (Hobfoll, Nadler, y Leiberman, 1986; Wethington y Kessler, 1986). Un hecho que queríamos contrastar en esta investigación, y que ya constatábamos en el primer estudio, es la relación directa entre apoyo social y bienestar. Una relación que podría establecerse con claridad en

dos de las tres dimensiones consideradas del apoyo social: recepción y satisfacción.

Hipótesis 4.- *Tanto la cantidad o intensidad del apoyo social obtenido como la satisfacción con ese apoyo social recibido, correlacionarán positivamente con las puntuaciones en bienestar.* Además, en virtud de los datos de otras investigaciones, hipotetizamos que la relación será mayor en el caso de los indicadores de satisfacción que en el de los indicadores de apoyo obtenido.

En este trabajo, cuando nos referimos a bienestar, nos referimos a bienestar básicamente de tipo psicológico. Sin embargo, también puede considerarse al estado de salud como un reflejo del bienestar de la persona. Dado que en nuestro estudio incluíamos dos medidas del estado de salud, una general y otra específica, referida al nivel subjetivo de padecimiento de osteoartrosis, hemos formulado dos subhipótesis referidas a la relación entre apoyo social y bienestar entendido como estado de salud:

Subhipótesis 4.1.- *Existirá una correlación positiva entre apoyo social obtenido y satisfacción con ese apoyo, por una parte, y percepción subjetiva del propio estado de salud, por otra.* Igual que establecíamos con anterioridad, esperamos encontrar que esta correlación sea mayor en el caso del índice de satisfacción con el apoyo social que en el de recepción.

Subhipótesis 4.2.- *Existirá una correlación positiva entre apoyo social obtenido y satisfacción con ese apoyo, por una parte, y*

percepción subjetiva del padecimiento de osteoartritis, por otra. Esta correlación será mayor en el caso del índice de satisfacción con el apoyo social que en el de recepción.

Un nuevo aspecto que entra en el juego de las relaciones hipotetizadas es la reciprocidad o la posibilidad de devolución del apoyo social recibido. Uno de los factores cruciales en lo que se ha denominado la “interdependencia armoniosa” (Gottlieb, 1985) es la equidad que se alcanza en algunos intercambios interpersonales. Cuando la posibilidad de devolver la ayuda acompaña a la recepción de ésta es posible que los efectos del apoyo social sean más positivos que cuando no hay posibilidad de devolver el apoyo recibido (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

Siguiendo los planteamientos economicistas de teorías como la del “banco de apoyo” (p.ej. Antonucci y Jackson, 1990a y 1990b), la reciprocidad puede dar lugar a que la persona incremente su percepción de disponibilidad de ayuda en su red social proximal. En ese sentido, sería lógico pensar que las personas que no establecen niveles adecuados de reciprocidad en la ayuda pueden percibir su red social como más pequeña y proporcionadora de menores niveles de apoyo, de la misma manera que si uno no ingresa efectivo en su cuenta bancaria, no podrá disponer en un futuro de esos fondos. En contra de estas hipótesis de tipo economicista aparecieron planteamientos que tomaban en consideración el ciclo vital completo y que entendían que en el caso de las personas mayores, no es necesaria, ni a veces posible, la reciprocidad. En estas personas y según estos autores, la no reciprocidad

no tiene por qué afectar a la recepción de apoyo social (Clark y Mills, 1979; Weiss, 1993, Stroebe y Stroebe, 1996). Sin embargo, con independencia de la recepción en sí de apoyo, a nuestro entender sí podrían detectarse diferencias en cuanto a la percepción de disponibilidad del mismo. En términos de la analogía del banco de apoyo, sería como si hubiese una percepción mayor de fondos en la medida en la que se siguen haciendo ingresos.

Hipótesis 5.- *Existirá una correlación positiva entre la creencia en la posibilidad de devolver la ayuda y la percepción de ayuda disponible.*

Un tema menos claro es la relación entre reciprocidad y bienestar psicológico. La posibilidad de devolver de alguna manera el apoyo recibido, o de establecer de manera genérica relaciones en términos de reciprocidad, podría estar contribuyendo de una forma u otra al bienestar de las personas. Aunque más adelante abordaremos específicamente la cuestión, presumimos que tal relación ha de verse modulada por la posible asociación entre reciprocidad y autoestima. En este punto establecemos la hipótesis concreta sobre la relación entre reciprocidad y bienestar percibido en los siguientes términos:

Hipótesis 6.- *Esperamos encontrar una asociación positiva entre la reciprocidad en la ayuda y bienestar percibido.*

II.3. HIPÓTESIS CONCERNIENTES A LA AUTOESTIMA

Existen diversos planteamientos que relacionan apoyo social y autoestima. Por ejemplo, Sarason et al., (1991) afirmaban que las

puntuaciones elevadas en apoyo social percibido correlacionan con las autovaloraciones positivas. Unos años antes, Dunkel-Schetter et al. (1987) relacionaban positivamente la autoestima con la cantidad de apoyo emocional recibido. La autoestima elevada ha sido también relacionada con el mantenimiento de una red social amplia y eficaz (Newcomb, 1990) o con la propia búsqueda de apoyo en situaciones en la vida de las personas donde exista incapacidad para solucionar problemas (Conn y Peterson, 1989). De hecho, una autovaloración positiva genera expectativas positivas sobre una posible búsqueda de apoyo.

Más aún, la función primordial del apoyo social para algunos autores (Krause, 1986, 1987 y 1991) radicaría en su capacidad para potenciar las valoraciones de uno mismo y por tanto la autoestima, especialmente cuando se ve deteriorada por eventos vitales estresantes, o cuando la persona se encuentra incapacitada para abordar dichas situaciones.

Sobre la relación entre apoyo social y autoestima hemos referido también que desde la investigación psicosocial se confirma que la degradación de la autoestima puede estar asociada a pérdida de calidad de vida y depresión (Shaver y Brennan, 1991), soledad (Peplau y Perlman, 1982), ansiedad social (Leary, 1983) o alienación (Johnson, 1973), entre otros síntomas asociados al deterioro del bienestar.

Algunos trabajos en los que aparecen revisiones de las investigaciones realizadas sobre este tema destacan que los individuos con puntuaciones elevadas en apoyo social presentan niveles de

autoevaluación más elevados que aquellos que reciben menores niveles de apoyo social (Gracia, Herrero y Musitu (1995). La elevación de la autoestima como consecuencia de un apoyo social satisfactorio evita la proliferación de percepciones negativas sobre uno mismo que puedan hacer prosperar problemas de salud, de relación, etc. Sarason (1991) o Dunkel-Schetter et al. (1987), indican también que niveles altos de autoestima pueden favorecer la cantidad y calidad del apoyo social recibido, sobre todo el de tipo emocional. En este sentido nosotros rastreamos tanto la recepción del apoyo como la satisfacción con ese apoyo recibido y su relación con los niveles personales de autoestima.

Hipótesis 7.- *La frecuencia de apoyo social recibido y la satisfacción con el mismo estarán positivamente relacionados con la autoestima.*

Esta hipótesis se escinde en dos subhipótesis porque aunque existe mucha bibliografía que relaciona apoyo social y autoestima personal, apenas hay investigaciones que estudien la relación entre apoyo social y autoestima colectiva. En nuestro caso, pensamos que esta última relación puede ser semejante a la anterior. Asimismo, hipotetizamos que ambas relaciones se darán tanto en el caso de la mera recepción de apoyo como en el de la satisfacción.

Subhipótesis 7.1.- *La recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido correlacionará positivamente con la autoestima personal.*

Subhipótesis 7.2.- *La recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido correlacionará positivamente con la autoestima colectiva.*

Establecíamos anteriormente varias hipótesis que relacionaban la reciprocidad con la percepción de disponibilidad de apoyo y con el bienestar psicológico. Sin embargo, es en relación a la autoestima donde la capacidad y la posibilidad de prestar ayuda a otros juega su papel más importante. El apoyo social podría entenderse como un intercambio entre personas, donde la misma persona puede jugar el papel de proveedor y de receptor. Si el receptor de ayuda no está en disposición de devolverla en la misma medida en la que la recibe, como suele ser el caso de muchas personas mayores, su autoestima puede verse amenazada. En este sentido los planteamientos economicistas a los que antes aludíamos (Coleman, 1988; Antonucci y Jackson, 1990a y 1990b), parecen prevalecer sobre formulaciones contrapuestas, como la de Clark y Mills (1979), centrada en las relaciones comunales y de intercambio. Es decir, independientemente de que los ancianos no se sientan tanto en la obligación de devolver la ayuda y de que la obtención de la misma en ausencia de reciprocidad no sea una gran amenaza para su autoestima, podemos suponer que en aquellos casos en los que hay reciprocidad en las relaciones, serán de esperar niveles más elevados de autoestima. Concretamente, nuestra hipótesis se plantea en los siguientes términos:

Hipótesis 8.- *Existirá una relación positiva entre niveles de reciprocidad en la ayuda y mejores niveles de autoestima personal y colectiva.*

En la primera investigación analizábamos las relaciones entre las diferentes fuentes de apoyo y los distintos tipos de apoyo de una parte y el bienestar psicológico y la calidad de vida, de otra. En esta segunda

investigación, es nuestra intención rastrear de forma paralela las mismas implicaciones en relación con la autoestima. Concretamente esperamos encontrar diferencias en la relación entre autoestima y apoyo social en función del tipo de fuente de apoyo considerada.

Dado que el apoyo de tipo emocional es proporcionado fundamentalmente y según algunas investigaciones por familiares y por amigos (Martínez, García y Mendoza, 1995), pensamos que el apoyo obtenido de familiares ha de correlacionar más intensamente con la autoestima personal que el apoyo recibido de fuentes formales. El papel de los amigos, vecinos y compañeros ha sido relacionado mayormente con la integración social o las actividades de recreo y ocio, (Argyle, 1993; Martínez y García, 1995; Martínez, García y Mendoza, 1995) y no tanto con los procesos relativos a enfermedades, apoyo emocional, deterioros serios de la salud, apoyos más costosos o ayudas centradas en el día a día. Por tanto, el apoyo obtenido de amigos, vecinos y compañeros habría de contribuir en mayor medida a la identidad social de las personas, lo que se reflejaría con mayor fuerza en una correlación más elevada con la autoestima colectiva. Tales planteamientos se reflejan en la hipótesis y la subhipótesis que se exponen a continuación.

Hipótesis 9.- *Se encontrará una asociación positiva entre apoyo recibido de fuentes íntimas y autoestima personal. Tal asociación será más intensa que la establecida entre apoyo recibido de fuentes formales y autoestima personal.*

Una asociación similar podría encontrarse entre la autoestima colectiva y el apoyo social recibido de fuentes menos íntimas. Los

compañeros, amigos, vecinos, etc., suelen estar vinculados a la inserción y la integración social, lo que podría favorecer unos niveles elevados de sentimientos de pertenencia y, en consecuencia, de autoestima colectiva. Esto se plasmaría en una subhipótesis:

Subhipótesis 9.1.- *Existirá una asociación positiva entre el apoyo social obtenido de fuentes informales y no familiares (amigos y vecinos) y autoestima colectiva. Siendo esta asociación más intensa que la existente entre el apoyo social obtenido de fuentes formales y familiares y este tipo de autoestima.*

Una cuestión primordial sobre los posibles efectos beneficiosos generales de la autoestima estriba en el ya referido efecto positivo sobre el bienestar o la salud. Numerosas investigaciones han relacionado la autoestima con la calidad de vida y otros constructos asociados (Shaver y Brennan, 1991; Peplau y Perlman, 1982; Leary, 1983; Johnson, 1973) encontrándose una correlación bastante estrecha.

Hipótesis 10.- *La autoestima, tanto personal como colectiva, estará positivamente relacionada con el bienestar y el nivel subjetivo de salud y negativamente con los niveles de padecimiento de osteoartritis.*

Con respecto a la autoestima colectiva establecemos dos nuevas hipótesis, una en relación con la disponibilidad percibida de apoyo y otra referida a la intimidad de las relaciones.

En lo que concierne a la disponibilidad, podemos suponer que esté positivamente relacionada con la autoestima: una autoestima elevada llevaría a percibir una mayor disponibilidad de apoyo, al mismo tiempo

que percibir una alta disponibilidad de apoyo puede llevar a que aumente la autoestima derivada de la pertenencia a grupos. Las personas con autoestima elevada tendrían mejores expectativas de encontrar apoyo, por lo que no tendrían porqué dudar a la hora de iniciar la búsqueda de ayuda en caso de necesidad (Conn y Peterson, 1989). En cambio, una de las características de las personas con baja autoestima podría ser la percepción más reducida de su disponibilidad de apoyo, lo que podría llevarles a pensar que nadie les responderá en caso de necesidad. En definitiva, una integración social mayor y una alta sensación de pertenencia a grupos, patente en una mayor autoestima colectiva, habrá de correlacionar positivamente con la percepción de disponibilidad de apoyo. Esta relación queda establecida en la siguiente hipótesis.

Hipótesis 11.- *La percepción de disponibilidad de apoyo estará relacionada positivamente con una elevada autoestima colectiva, siendo esta relación más intensa que la existente entre percepción de disponibilidad de apoyo y autoestima personal.*

En lo que concierne a la intimidad, algunos autores (Reis, 1987, 1990) señalan que se trata de una variable fundamental de cara al éxito de las interacciones de apoyo. La intimidad es un buen predictor de conductas efectivas de apoyo, de mayor disponibilidad del mismo y de sentimientos de pertenencia a grupos sociales. Según otros autores, la intimidad está estrechamente asociada a la recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido (Reis, 1987; Hays y Oxley, 1986; Hobfoll et al., 1986).

Aunque la intimidad parece asociarse con mayor fuerza al apoyo emocional, el apoyo de tipo informativo, de orientación y estratégico, también requiere de confianza e intimidad, puesto que el proveedor de la ayuda debe conocer bien las problemáticas que aquejan al receptor para que su apoyo sea eficaz. Además, para que se dé el seguimiento de los consejos e información por parte del receptor también parece necesaria la confianza mutua y la intimidad (Reis, 1990).

Por tanto, aunque la intimidad habrá de correlacionar con los dos tipos de autoestima, pensamos que lo hará en mayor medida con la autoestima personal que con la colectiva. No en balde la intimidad se mantiene fundamentalmente con fuentes íntimas y no con otras fuentes informales o formales, y ya hemos defendido la relación entre fuentes íntimas y autoestima personal.

Hipótesis 12.- *La intimidad en las relaciones correlacionará positivamente con la autoestima personal, siendo el efecto más significativo que el existente en relación con la autoestima colectiva.*

En lo que se refiere a factores de tipo estructural, las personas mayores que vivan solas habrán de mostrar menores niveles de autoestima personal en comparación con las que viven acompañadas, no siendo la relación necesariamente igual cuando tenemos en consideración a la autoestima colectiva. El hecho de tener una composición familiar bien establecida podría fomentar mejores sentimientos de valoración de uno mismo. En este sentido:

Hipótesis 13.- *El tamaño de la composición familiar correlacionará positivamente con la autoestima personal. También correlacionará, aunque en menor medida, con la autoestima colectiva.*

La autoestima no sólo garantizaría una mayor recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido, sino que también predeciría una mejor percepción de apoyo disponible. En esa línea también pensamos que la autoestima podrá estar correlacionada positivamente con un nivel más reducido de percepción de eventos potencialmente estresantes en la vida de los individuos. En ese sentido será de esperar también que la autoestima implique menor grado de expresión de necesidades de información, ayuda material y emocional.

Hipótesis 14.- *La autoestima correlacionará negativamente con los niveles de necesidades percibidas de apoyo. Esta relación puede precisarse aún más, estableciendo que se espera una mayor correlación entre necesidad de información y de apoyo emocional y autoestima personal (versus autoestima colectiva) y una correlación superior entre necesidad de apoyo material y autoestima colectiva (versus autoestima personal).*

II.4. HIPÓTESIS SOBRE EFECTOS DE MODULACIÓN

Revisábamos en el capítulo I los dos modelos principales existentes acerca de la explicación de cómo el apoyo social influye sobre el bienestar y la salud: el modelo de efecto directo o principal y el modelo de amortiguación del estrés o “buffer”. El primero de ellos defendía un efecto positivo general del apoyo social, con independencia

del grado de exposición a estresores (Cohen y Wills, 1985; Vaux, 1988, Barrón, 1996). El modelo “buffer”, por su parte, defiende que el apoyo social jugaría un papel de resorte amortiguador de la exposición a eventos estrantes cuyo efecto se entiende como patógeno y reductor de bienestar y calidad de vida. Según este modelo, en ausencia de estrés o cuando éste tiene niveles muy bajos, el efecto amortiguador no se activaría y por tanto no habría que detectar el efecto beneficioso del apoyo social sobre la salud y el bienestar.

Estos planteamientos nos hacen plantear una nueva hipótesis para comprobar si en el caso de las personas mayores puede constatarse un efecto directo o de amortiguación del apoyo social. Comprobaremos si existen diferencias, en la relación entre apoyo social recibido y nivel de salud y bienestar, entre las personas con altas percepciones de estrés y aquellas otras que presentan puntuaciones más bajas en el estrés percibido. Si se da un mayor efecto del apoyo social sobre el bienestar en sujetos con alto estrés percibido, estaremos confirmando el modelo de amortiguación. Si no existen diferencias en esa relación entre los sujetos con puntuaciones altas en estrés percibido y aquellos que presentan puntuaciones bajas, significará que el apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre el bienestar independientemente del nivel de estrés percibido, lo que confirmaría el modelo de efecto directo. Concretamente defendemos:

Hipótesis 15.- *Se percibirán diferencias entre los sujetos con alta y baja percepción de estrés en lo que se refiere a la correlación entre apoyo social y bienestar.*

Hemos considerado a lo largo de esta investigación a la autoestima como una variable íntimamente vinculada a los efectos beneficiosos del apoyo social sobre el bienestar. Sin embargo, no hemos delimitado hasta ahora su papel como variable moduladora de esa relación. Lo mismo que acabamos de plantear respecto a la influencia del apoyo social sobre el bienestar puede plantearse ahora en relación a la autoestima. Existe la posibilidad de que se evidencie un efecto directo del apoyo social sobre el bienestar: a mayor apoyo mejor bienestar, independientemente del nivel de autoestima de la persona. Sin embargo, también sería posible que se diera un efecto mediador o modulador de la autoestima en el sentido de que el apoyo social influyese positivamente sobre el bienestar sobre todo en las personas con alta autoestima, pero en las de baja autoestima esta influencia sería más débil o inexistente. De acuerdo con algunos autores (Krause, 1987, 1991 y Krause y Borawski-Clark, 1994) nos inclinamos por este efecto indirecto, de manera que el apoyo social ejercerá un efecto sobre el bienestar mediatizado por la autoestima. La comparación de la relación apoyo social-bienestar entre aquellas personas con alta autoestima y quienes tienen baja autoestima debe mostrar diferencias, lo que confirmaría ese efecto mediador de la autoestima.

Hipótesis 16.- *Se percibirán diferencias entre los sujetos con altos y bajos niveles de autoestima personal en cuanto a la correlación entre apoyo social y bienestar.*

III. PROCEDIMIENTO

III.1. PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

En esta segunda investigación participaron 139 personas de las que 71 eran hombres y 68 mujeres. Todos los participantes eran asistentes habituales bien de algunos centros de día de mayores de la capital de Granada: “San Ildefonso”, “Buenos Aires”, “Plaza de los Campos” y “Zaidín”, o bien de centros de día ubicados en las cercanías de la capital, concretamente en las localidades de “Churriana de la Vega” y “Atarfe”.

La media de edad se sitúa en 70,22 años oscilando el rango entre 60 y 87 años. En este caso se trata de una muestra de población normalizada, no residente en zonas marginales de la ciudad. Un análisis descriptivo de variables socio-demográficas de la muestra se detalla en la tabla 3.1.

Los sujetos fueron elegidos al azar entre los asistentes a los centros de día de mayores citados. Se les pedía su colaboración y a aquellos que eran analfabetos, se les leía el cuestionario y se anotaban sus contestaciones.

Las pasación de los cuestionarios fue llevada a cabo por estudiantes de la diplomatura de Trabajo Social durante sus prácticas en los centros de día de mayores ya mencionados. Se eligieron centros de día y no residencias u otro tipo de centros de mayores, por ser los usuarios de los centros de día personas con redes sociales más normalizadas que los internos en centros residenciales, personas éstas que suelen estar también más deterioradas física y psicológicamente.

A los alumnos se les dio instrucciones específicas sobre su labor de recogida de datos, sin darles mayor información sobre los objetivos concretos de la investigación. Como ya se ha dicho, dada la gran cantidad de personas analfabetas, los cuestionarios fueron leídos a todos aquellos participantes que no podían hacerlo por ellos mismos. Las cumplimentaciones de los cuestionarios se llevaron a cabo tanto de manera colectiva como individual, aprovechando las actividades consuetudinarias que los participantes llevaban a cabo en los centros de día y a veces en el seno de ellas (por ejemplo, aprovechando la existencia de un taller de manualidades, de poesía, reuniones, etc...).

TABLA 3.1.- Análisis descriptivo de algunas características sociodemográficas de los participantes.

Edad (\bar{x})	70,22
Nivel de estudios	Porcentajes
· Analfabetismo	34.8 %
· Primarios	49.6 %
· Medios	9.7 %
· Universitarios	5.9 %
Con quién vive	Porcentajes
· Sólo	23.9 %
· Con la pareja	42 %
· Pareja e hijos	21 %
· Hijos	8 %
· Hermanos	0.7 %
· Otros	4.4 %

Nivel subjetivo de salud	Porcentajes
· Muy malo	12.9 %
· Malo	15.8 %
· Regular	31.7 %
· Bueno	33.1 %
· Muy bueno	6.5 %

III.2 DESCRIPCIÓN DE ESCALAS E INSTRUMENTOS

Dado que en la primera investigación ya habíamos trabajado con instrumentos que evaluaban bienestar percibido y apoyo social, y dado que dichos instrumentos, además de presentar unas cualidades estadísticas de fiabilidad y validez más que aceptables, fueron fáciles de entender por parte de la muestra estudiada, se decidió utilizarlos de nuevo en esta segunda investigación. Concretamente volvimos a utilizar la Escala de Moral PGC (Lawton, 1975) y el Inventario de Apoyo Social de UCLA (Dunkel-Schetter, Feinstein y Call, 1986; Dunkel-Schetter, 1990). No volveremos ahora sobre la descripción exhaustiva de dichos instrumentos pues tales cuestiones ya se abordaron en el capítulo II.

Además, en función de los propios objetivos y de las hipótesis planteadas, se vio la necesidad de disponer de una serie de instrumentos que permitieran evaluar otros constructos. En primer lugar, para medir el nivel de estrés percibido de los participantes se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen y colaboradores (Cohen, Kamarck y Mermelsteir, 1983). Para la medición de la autoestima se utilizaron dos instrumentos. El primero de ellos se centraba en la autoestima personal o individual, para lo cual se utilizó la clásica Escala de Autoestima de Rosenberg

(1965). El segundo se orientaba a la autoestima colectiva o social, para lo cual elegimos la Escala de Autoestima Colectiva (Luhtanen y Crocker, 1992). Con todos estos instrumentos se elaboró un cuestionario que se incluye en el anexo 2.

Algunas características estructurales, técnicas y estadísticas de dichos instrumentos se describirán a continuación.

A) Medición de estrés percibido

Para la evaluación de este constructo se utilizó, como acabamos de referir, una traducción al español, hecha por nosotros mismos, de la escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). La escala se diseñó originalmente para medir el grado en el cual una etapa en la vida de una persona puede ser percibida como estresante. Dado que una misma situación puede ser evaluada como amenazante o no, y dado que incluso en el caso de ser amenazante puede ser interpretada como un desafío con posibilidades de obtener de ella algún beneficio o como un acontecimiento devastador, la evaluación de la percepción subjetiva que una persona hace de los niveles de estrés a los que se enfrenta, en lugar de otro tipo de índices más objetivos, es de gran relevancia para nuestra investigación.

La escala está compuesta por 14 items, de los cuales 7 puntúan de manera inversa. Todos ellos son fáciles de entender. Las alternativas de respuesta son cinco: nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre. Se le pide a la persona que tenga presente el último mes o las últimas semanas al contestar a las preguntas. Algunos ejemplos de items

son *¿le ha molestado algún suceso inesperado o imprevisto?, ¿ha pensado que no podía con todas las cosas que debía hacer?* El rango de puntuaciones oscila entre 14 y 70, entendiéndose que a mayor puntuación mayor estrés percibido por la persona durante las últimas semanas.

En el artículo citado (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) se exponen dos investigaciones destinadas a mostrar la fiabilidad y validez de la escala. Los coeficientes de fiabilidad alfa oscilan entre .84, .85 y .86 según las muestras utilizadas. Las pruebas test-retest llegan a mostrar correlaciones de .85 en algunas de las muestras con las que los autores trabajaron. Asimismo, diferentes pruebas entre las que se incluyen las correlaciones entre la escala y puntuaciones de eventos vitales, sintomatología depresiva, sintomatología física, ansiedad social y comportamientos como la utilización de centros de salud antes y después de contestar el cuestionario, o el consumo de tabaco, mostraron resultados satisfactorios.

En nuestro caso, el análisis de fiabilidad mostró un coeficiente alfa de .90, lo que resulta ser incluso superior al de los estudios originales.

B) Medición del nivel subjetivo de bienestar

Con objeto de medir este constructo se utilizó, igual que en el primer estudio, la escala de Moral PGC (Lawton, 1972; revisada por Lawton, 1975).

La descripción de esta escala se llevó a cabo en el capítulo II. En esta segunda investigación, la fiabilidad de la escala se situó en un alfa de Cronbach de .88.

C) Percepción de la extensión de la red social

Se establecieron cuatro items simples para conocer la percepción subjetiva de posibles fuentes de apoyo y la cantidad disponible de ayuda percibida. Por ejemplo, “*¿De cuantos familiares dispone para que le presten ayuda en caso de que la necesite?*”. La misma pregunta se repetía en relación con amigos, vecinos y fuentes formales (profesionales o expertos). Se pretendía con ello obtener un indicador subjetivo de un dato estructural clave sobre la red social como es el tamaño.

D) Medida del apoyo social

Se utilizó el mismo instrumento que en la primera investigación, esto es, el Inventario de Apoyo Social de UCLA (UCLA Social Support Inventory) (Dunkel-Schetter, Feinstein y Call, 1986; Dunkel-Schetter, 1990) traducido por nosotros mismos. Sus características estructurales y los índices de fiabilidad se describieron en el apartado correspondiente y no haremos de nuevo referencia a ellos.

Sobre la versión descrita, se añadió, en concordancia con el formato original, la estructura necesaria para medir la reciprocidad en el apoyo social (Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994). Dadas las hipótesis que nos habíamos planteado, era necesario medir el nivel en el que los participantes estaban en disposición y de hecho prestaban apoyo a las fuentes de las que lo obtenían. Concretamente se preguntaba: “*¿Con qué frecuencia les ha dado usted consejo o información a las personas citadas más arriba?*”; y la misma pregunta se formulaba para el apoyo tangible o ayuda material y para el apoyo emocional.

Los datos sobre fiabilidad del inventario, incluida la subescala de reciprocidad, se encuentran descritos en el capítulo II. En nuestro caso y para esta segunda investigación, los niveles de fiabilidad obtenidos en nuestra muestra fueron bastante satisfactorios. Se expresan en la tabla 3.2.

TABLA 3.2.- Resultados del análisis de fiabilidad del Inventario de Apoyo Social de UCLA (Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994).

Apoyo Social Recibido (Tipos)		Apoyo Social Recibido (Fuentes)	
Información-consejo	$\alpha = .65$	Familia	$\alpha = .77$
Ayuda material	$\alpha = .67$	Amigos-vecinos	$\alpha = .76$
Apoyo emocional	$\alpha = .67$	Profesionales	$\alpha = .84$
Total apoyo recibido	$\alpha = .86$		
Satisfacción con el apoyo recibido (Tipos)		Satisfacción con el apoyo recibido (Fuentes)	
Información-consejo	$\alpha = .79$	Familia	$\alpha = .81$
Ayuda material	$\alpha = .80$	Amigos-vecinos	$\alpha = .88$
Apoyo emocional	$\alpha = .81$	Profesionales	$\alpha = .89$
Total satisfacción apoyo	$\alpha = .89$		
Reciprocidad en el apoyo (Tipos)		Reciprocidad en el apoyo (Fuentes)	
Información-consejo	$\alpha = .58$	Familia	$\alpha = .76$
Ayuda material	$\alpha = .61$	Amigos-vecinos	$\alpha = .74$
Apoyo emocional	$\alpha = .62$	Profesionales	$\alpha = .77$
Total reciprocidad	$\alpha = .80$		

E) Medición de intimidad y frecuencia de contactos

Una vez reflejadas las tres personas principales de las que se obtiene el apoyo social, en función de las tres fuentes de apoyo reflejadas

en el Inventario de Apoyo Social de UCLA, se procedía a evaluar el grado de estrechez en las relaciones establecidas con las fuentes de apoyo, así como la frecuencia de contactos con dichas fuentes. En relación con algunas hipótesis planteadas era necesario evaluar dichos aspectos como indicadores de intimidad en las relaciones.

F) Medida de la autoestima personal o individual

Con objeto de medir la autoestima se seleccionó una de las escalas más utilizadas en el estudio de este constructo, la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) conforme a la traducción que nosotros mismos realizamos. Según la revisión de Blascovich y Tomaka (1991), desde su surgimiento en 1965, 1285 artículos utilizan o citan dicha escala, lo que supone un 25% del total de los artículos revisados.

La escala está compuesta por diez items con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, lo que facilita su administración, corrección e interpretación. Las respuestas posibles van desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”, lo que da como resultado una puntuación máxima de cuarenta y una mínima de diez. Es conveniente tener en cuenta que conforme mayor es la puntuación que obtiene una persona, menor es su autoestima. Un ejemplo de los items sería el siguiente: “*Creo que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás*”.

En relación a su consistencia interna, diversos estudios han demostrado que ésta es elevada, situando los niveles alpha de Cronbach entre .77 y .88 (Dobson, et al., 1979; Fleming y Courtney, 1984). La

correlación test-retest ha girado en torno a .85 (Blascovich y Tomaka, 1991). Su amplia utilización la señalan como una de los instrumentos más fiables a la hora de contrastar escalas de nueva fabricación. En nuestro caso se obtuvo un alpha de Cronbach de .91.

G) Medida de la autoestima colectiva

Numerosos planteamientos teóricos han establecido la diferencia entre identidad personal y social, lo que ha dado origen de forma paralela a la diferenciación entre autoestima personal y autoestima social. Veíamos que la identidad social era definida por Tajfel (1981) como la parte del autoconcepto individual que deriva del propio conocimiento de la pertenencia a un (o unos) grupo/s social/es que tienen un valor emocional significativo para el individuo.

A pesar del desarrollo teórico de este tema, las medidas de autoestima prácticamente se limitan a la autoestima individual o personal. La única escala, al menos con cierto grado de divulgación, centrada en la medida de la autoestima colectiva parece ser la de Luhtanen y Crocker (1992).

Esta escala, que para su uso en esta investigación fue traducida por nosotros, en su versión definitiva está compuesta por 16 ítems cuyas respuestas se establecen en formato tipo Likert. Las posibilidades de respuesta van desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 7 = totalmente de acuerdo. El rango de puntuaciones posibles estriba entre 16 y 112, implicando que a mayor puntuación, mayor autoestima colectiva.

Los items están redactados de forma coloquial, lo que supuso tener que hacer algunas modificaciones en su traducción al castellano. La escala en su origen está redactada en formato de pregunta general e impreciso sobre la pertenencia a grupos de la persona, por ejemplo, “*Soy un miembro valioso de los grupos sociales a los que pertenezco*”, o “*En general estoy contento de pertenecer a los grupos sociales a los que pertenezco*”. Esta ambigüedad de la escala permite a la persona que la contesta ubicarse durante el proceso en aquellos grupos los que cree pertenecer. Sin embargo los propios autores en el mismo artículo de su divulgación y validación (Luhtanen y Crocker, 1992), explican que la escala no pierde sus características psicométricas cuando los items se redactan de forma específica haciendo referencia a una pertenencia grupal concreta. En nuestro caso se utilizó esta posibilidad con objeto de unificar criterios hacia nuestra muestra y evaluar la autoestima social en cuanto a la pertenencia al grupo específico de personas mayores. Aunque la escala completa puede consultarse en el anexo II, algunos ejemplos de items podrían ser: “*Soy un miembro valioso del grupo de las personas de edad*”, “*En general, estoy contento/a de pertenecer al grupo de las personas mayores*”.

Los dieciséis items que la componen fueron sometidos por los autores a un análisis factorial de componentes principales usando una rotación varimax, la cual mostró que el 72.3% de la varianza total podía ser debida a cuatro factores. Dichos factores se delimitaron en “pertenencia a grupos” (items 1, 5, 9, y 13), “privacidad” (items 2, 6, 10 y 14), “pública” (items 3, 7, 11 y 15) e “identidad” (compuesta por los items 4, 8, 12 y 16).

Contrastada con la escala de autoestima de Rosenberg, la correlación entre ambos instrumentos fue moderada, presentando una $r = .34$, $p < .01$ o $r = .36$, $p < .001$ en otros estudios. Dicha correlación no dejaba de señalar la moderada relación entre la autoestima colectiva y la personal.

En lo concerniente a su fiabilidad, los autores señalan un rango que oscila entre $\alpha = .73$ y $\alpha = .80$ para las diferentes subescalas y un alpha general de $.85$, lo que indica un buen nivel de consistencia interna. En nuestro estudio se obtuvo un nivel α de $.90$.

IV. RESULTADOS

IV.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES

La edad media de los participantes, tal como se encuentra expresado en la tabla 3.1, es de 70,22 años. El cálculo por sexos no presenta apenas diferencias siendo el promedio en el caso de los varones de 70 años, con una desviación típica de 4.9, y en el de las mujeres de 70.44 años, con una desviación típica de 5.38. La distribución de frecuencias para toda la muestra se muestra en la figura 1.

En lo que se refiere al nivel de estudios, y como se describe en la figura 2, los hombres presentaban un menor índice porcentual de analfabetismo y algo mayor de estudios universitarios que las mujeres. Los porcentajes totales, expresados en la tabla 3.1, indican que un 34.8% de los participantes eran analfabetos, un 49.6% habían realizado estudios básicos, un 9.7% informaban tener estudios medios y sólo un 5.9% habían cursado estudios superiores.

En lo concerniente a la composición de la unidad familiar de los participantes, o personas con las que convivían, el porcentaje superior (un 42%) indica vivir con la pareja. La situación siguiente era la de vivir solos (un 23.9%), seguida por la de quienes vivían con la pareja e hijos (21%) y del resto de situaciones. En la diferenciación por sexos, tal como se describe en la figura 3.3, lo más significativo es la mayor proporción de mujeres que viven solas: un 31.3% frente a un 16.9% de hombres. De manera complementaria, hay un mayor índice de hombres que de mujeres que viven con la pareja (50.7% frente a 32.9%) sin embargo y pese a todas las desigualdades observadas, la composición familiar entre hombre y mujeres no presentó diferencias estadísticamente significativas ($t(1,138) = .49, p = .62$).

Sólo un 6.5% de los participantes afirman tener un nivel subjetivo de salud *muy bueno*. No obstante, un alto porcentaje señala que su nivel subjetivo de salud es *bueno* (33.1%), mientras que un 31.7% señala que es *regular*, un 15.8% que es *malo*, y un 12.9% que es *muy malo* (ver tabla 3.1). En la diferenciación por sexos descrita en la figura 4, se puede ver cómo hay un mayor porcentaje de mujeres en la categoría *muy malo* (20.6%) que de hombres (5.6%). Los hombres, en cambio, alcanzan niveles superiores en las valoraciones de *regular* y *bueno* (40.9% y 38% respectivamente), frente a las mujeres (22.1% y 27.8%, respectivamente). Estas diferencias en la situación de salud entre hombres y mujeres fueron significativas estadísticamente, $\chi^2(4,138) = 14.36, p < .01$.

FIGURA 3.1.- Distribución de los participantes según su edad.

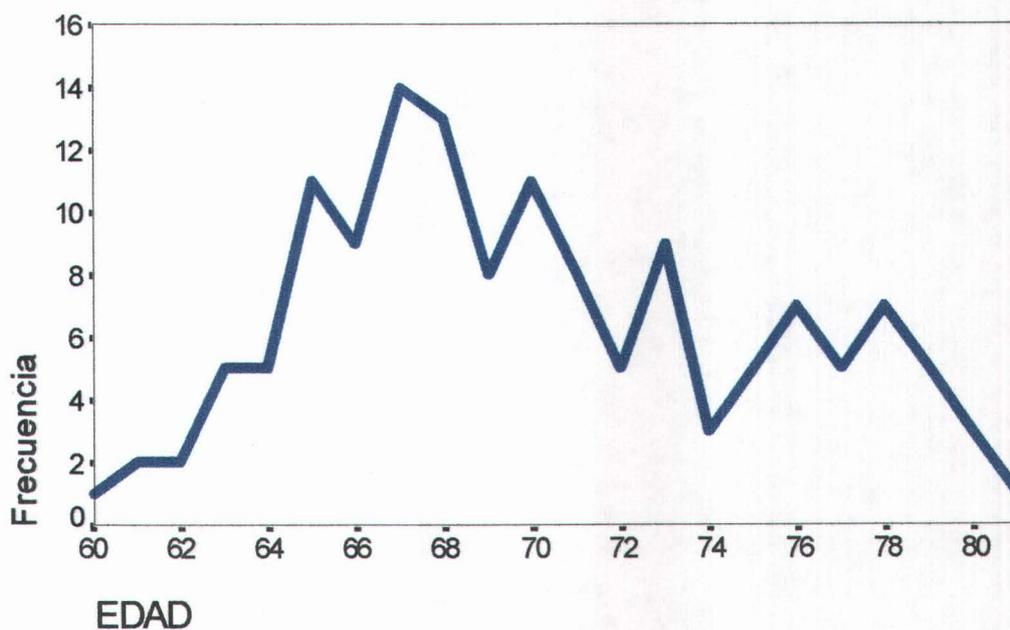
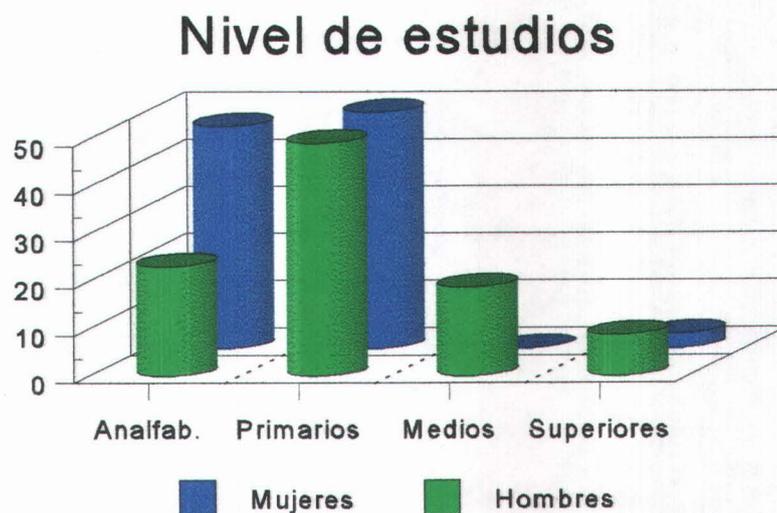


FIGURA 3.2.- Porcentajes del nivel de estudios de los participantes



Mujeres	47	50	0	3
Hombres	23,2	49,3	18,8	8,7

FIGURA 3.3.- Descriptivo de composición de la unidad familiar por sexos.

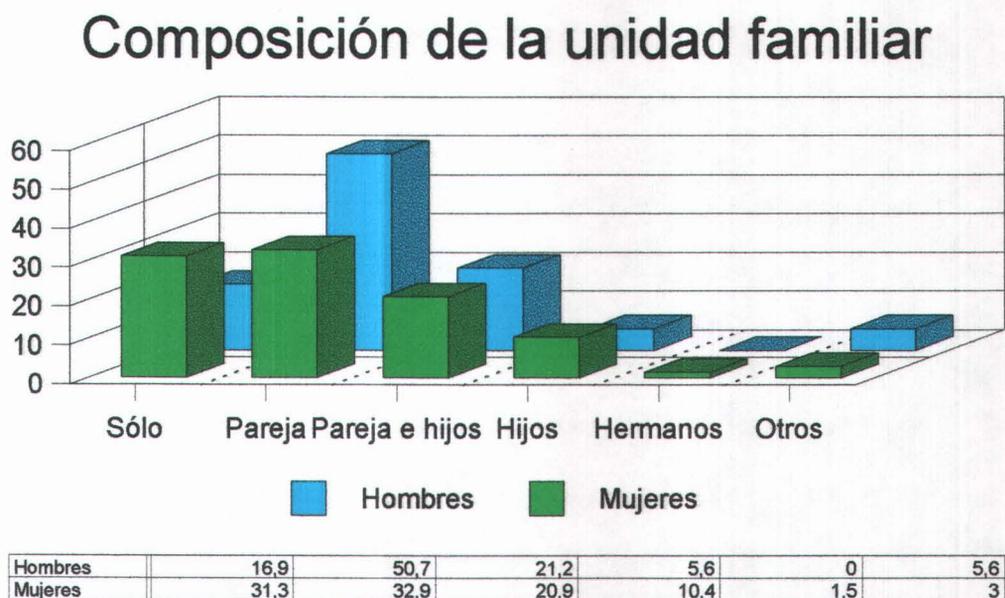


FIGURA 3.4.- Porcentajes de nivel subjetivo de salud por sexos.

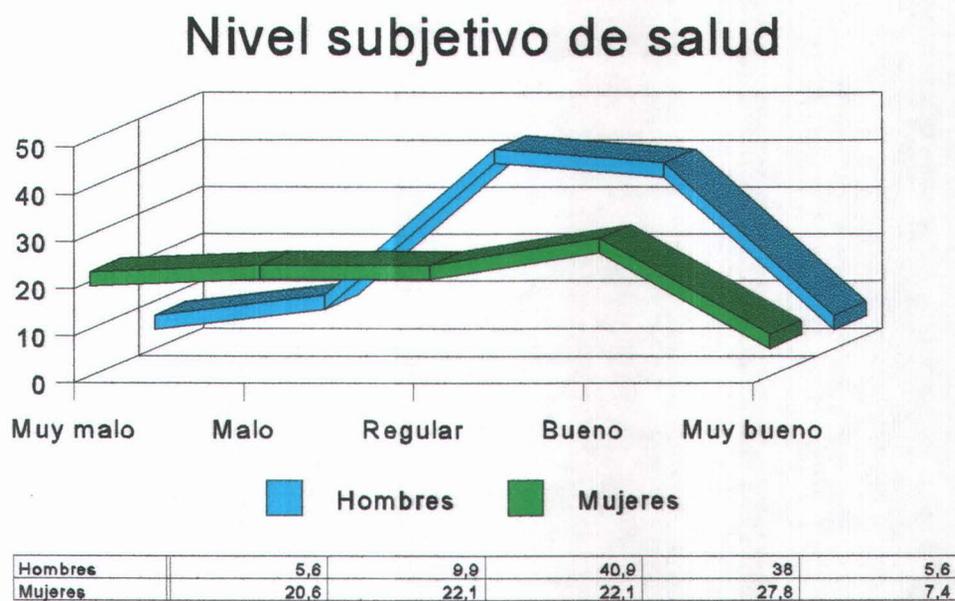


FIGURA 3.5.- Frecuencia de la ayuda total disponible en hombres.

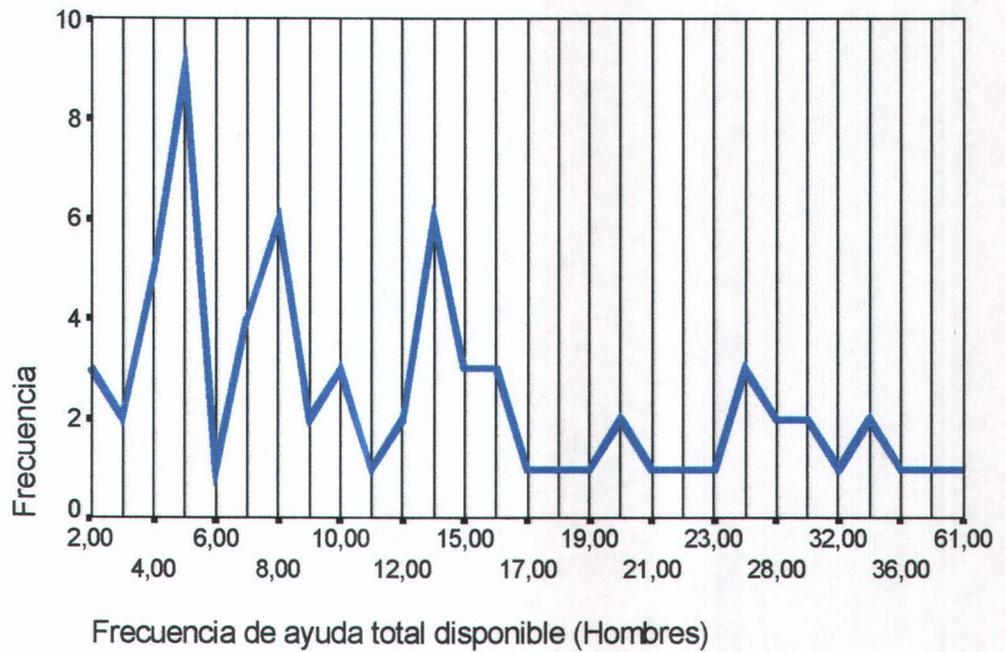
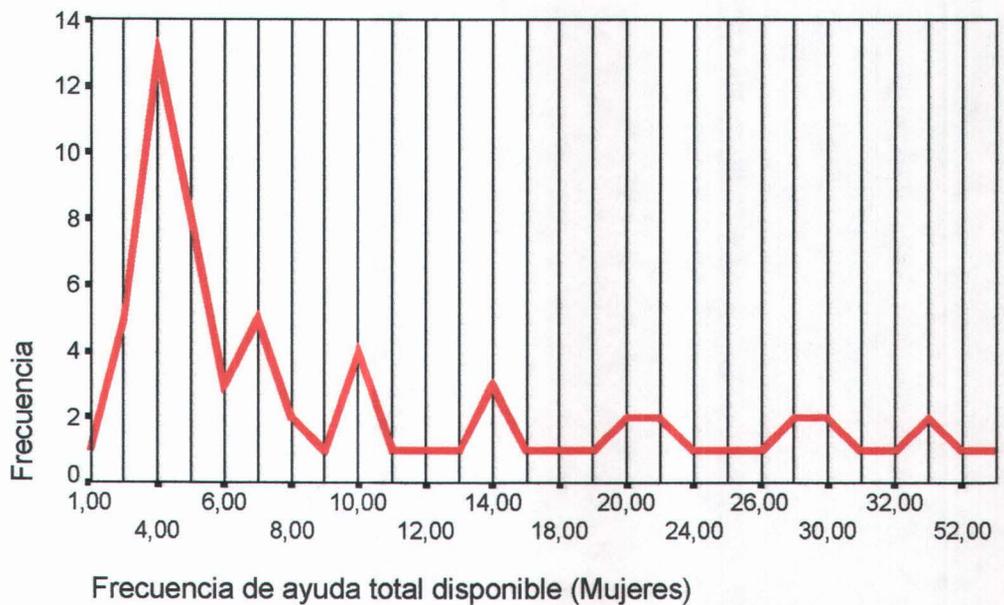


FIGURA 3.6.- Frecuencia de la ayuda total disponible en mujeres.



En la tabla 3.3 se muestran datos descriptivos relativos a varios de los índices más importantes de la investigación. Algunos de estos resultados no dejan de ser interesantes. Por ejemplo, las mujeres de nuestra muestra presentaron una media más alta que los hombres en la puntuación del estrés percibido. En cambio los hombres obtuvieron una puntuación más alta en bienestar, siendo significativas estas diferencias, $t(1,138) = 3.27, p < .00$.

Se da una percepción de ayuda disponible total de 13.68 personas de media, lo que supone una valoración del tamaño de la red social bastante positiva y unos resultados algo superiores a los de Martínez, García y Mendoza (1995), quienes encontraron una media de 9.33 sujetos en la composición de la red social de los mayores estudiados.

TABLA 3.3.- Puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas en los índices de estrés, bienestar, amplitud percibida de la red social, intimidad en las relaciones y autoestima.

Índice	Hombres	Mujeres	Total
Estrés	23 (sd: 9.94)	43.83 (sd: 13.32)	38.93 (sd: 12.63)
Bienestar	10.26 (sd: 4.35)	7.70 (sd: 7.87)	9.01 (sd: 4.78)
Ayuda disponible	14.17 (sd: 11.31)	13.18 (sd: 12.8)	13.68 (sd:12.03)
Intimidad	3.73 (sd: .94)	3.24 (sd: 1.24)	3.49 (sd: 1.12)
Autoestima personal	18.63 (sd: 5.96)	23.33 (sd: 8.16)	20.93 (sd: 7.48)
Autoestima colectiva	75.43 (sd: 17.84)	64.08 (sd:23.23)	69.88 (sd: 21.36)

En lo que se refiere al apoyo social, medido con el Inventario de Apoyo Social de UCLA (Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994),

casi todos los promedios extraídos, y que se describen en la tabla 3.4, rondan la puntuación central del rango posible de respuestas (recordemos que se establecía de 1 a 5). Destaca en este sentido la reciprocidad respecto al apoyo obtenido por parte de los profesionales, que se sitúa en niveles bajos. También llama la atención la satisfacción con el apoyo obtenido de familiares, superior a la satisfacción con los demás tipos de fuentes de apoyo y que supera tanto en hombres como en mujeres la media de 4.

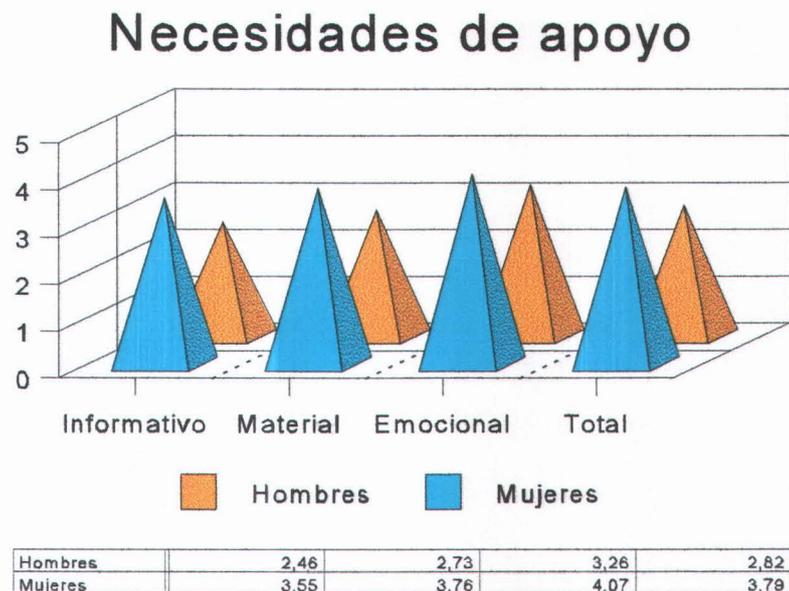
Los promedios sobre necesidades de apoyo, en los que destaca la puntuación superior de las mujeres sobre los hombres (especialmente en cuanto a apoyo emocional se refiere), se encuentran descritos en la figura 3.7.

TABLA 3.4.- Puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas en el inventario de apoyo social.

MEDIDA	Hombres	Mujeres	Total
Necesidad de apoyo	2.46 (Sd: 1.22)	3.55 (Sd: 1.36)	2.99 (Sd: 1.40)
· Informativo	2.73 (Sd:1.23)	3.76 (Sd: 1.25)	3.24 (Sd: 1.35)
· Material	3.26 (Sd: 1.23)	4.07 (Sd: 1.05)	3.66 (Sd: 1.22)
· Emocional	2.82 (Sd: 1.02)	3.79 (Sd: 1.12)	3.29 (Sd: 1.17)
Total			
Apoyo recibido			
a) Tipos			
· Informativo	2.79 (Sd: .87)	2.79 (Sd: .84)	2.83 (Sd: .85)
· Material	2.95 (Sd: .81)	2.90 (Sd: .88)	2.93 (Sd: .84)
· Emocional	3.19 (Sd: .88)	2.92 (Sd: 1)	3.06 (Sd: .95)
b) Fuentes			
· Familiar	3.72 (Sd: .94)	3.46 (Sd: .88)	3.59 (Sd: .92)
· Vecinos o amigos	2.77 (Sd: .83)	2.68 (Sd: .81)	2.72 (Sd: .82)
· Profesional	2.31 (Sd: .99)	2.40 (Sd: 1.01)	2.35 (Sd: .99)
Total	3 (Sd: .70)	2.87 (Sd: .80)	2.94 (Sd: .75)

MEDIDA	Hombres	Mujeres	Total
Satisfacción			
a) Tipos			
· Informativo	4 (Sd: .92)	3.69 (Sd: 1.01)	3.85 (Sd: .97)
· Material	4.04 (Sd: .83)	3.75 (Sd: 1.04)	3.90 (Sd: .95)
· Emocional	3.98 (Sd: 1)	3.62 (Sd: 1.12)	3.80 (Sd: 1.08)
b) Fuentes			
· Familiar	4.43 (Sd: .69)	4.14 (Sd: .89)	4.29 (Sd: .80)
· Vecinos o amigos	3.82 (Sd: .97)	3.63 (Sd: 1.04)	3.72 (Sd: 1.01)
· Profesional	3.65 (Sd: 1.14)	3.22 (Sd: 1.33)	3.43 (Sd: 1.25)
Total	4.03 (Sd: .79)	3.70 (Sd: 1.01)	3.87 (Sd: .92)
Reciprocidad			
a) Tipos			
· Informativo	2.73 (Sd: .86)	2.84 (Sd: .75)	2.79 (Sd: .80)
· Material	2.93 (Sd: .79)	2.94 (Sd: .81)	2.93 (Sd: .80)
· Emocional	3.12 (Sd: .80)	3.03 (Sd: 90)	3.08 (Sd:.85)
b) Fuentes			
· Familiar	3.77 (Sd: .97)	3.65 (Sd: .76)	3.71 (Sd: .87)
· Vecinos o amigos	2.91 (Sd: .77)	3.10 (Sd: .76)	3 (Sd: .77)
· Profesional	1.80 (Sd: .81)	1.89 (Sd: .90)	1.85 (Sd: .85)
Total	2.92 (Sd: .65)	2.94 (Sd: .72)	2.93 (Sd: .68)

FIGURA 3.7. Promedio de puntuaciones obtenidas en las necesidades percibidas de apoyo social por sexos.



IV.2. HIPÓTESIS

En orden a una mayor claridad expositiva y dada la gran cantidad de hipótesis y subhipótesis planteadas, tras la descripción de los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo en cada caso se procederá a la discusión y al análisis de las implicaciones de los mismos.

A) Hipótesis en relación con el estrés

En esta segunda investigación nos planteábamos relacionar el estrés percibido por las personas mayores con algunos otros constructos con los que ya había sido vinculado en diversas investigaciones centradas en otros sectores de población. Nuestra primera hipótesis, pues, afirmaba que

Hipótesis 1.- *Cuanto mayor sea la percepción de estrés, menor será el bienestar psicológico percibido.* La misma relación podrá establecerse entre estrés y la percepción subjetiva del nivel salud y entre estrés y el grado de padecimiento de osteoartritis.

Para confirmar o rechazar esta hipótesis, se llevaron a cabo los cálculos de las correlaciones entre las puntuaciones de los participantes en la escala de estrés percibido y la escala de moral o bienestar. En un segundo paso se calcularon también las correlaciones entre las puntuaciones de la escala de estrés percibido y las de salud percibida. Por último se obtuvieron las correlaciones entre el estrés percibido y el nivel percibido de padecimiento de osteoartritis. Dichas correlaciones se expresan en la tabla 3.5.

TABLA 3.5.- Correlaciones obtenidas entre las puntuaciones en la escala de estrés percibido y bienestar, salud percibida y osteoartritis.

Correlación con estrés percibido	r
Bienestar	-.79, p = .00
Salud	-.75, p = .00
Osteoartritis	-.69, p = .00

Como podemos apreciar, tanto la magnitud de la correlación como su significatividad, en todos los casos, es bastante elevada. Además, la relación establecida entre las variables va en la dirección esperada.

Hipótesis 2

En ella se predecía una correlación significativa negativa entre estrés percibido y autoestima. Planteábamos, concretamente, dos subhipótesis complementarias: la primera (**subhipótesis 2.1**) establecía que *la correlación negativa entre estrés percibido y autoestima personal debía ser significativa* y la segunda (**subhipótesis 2.2**) postulaba *una correlación negativa entre estrés percibido y autoestima colectiva*.

Los cálculos llevados a cabo al efecto muestran una correlación entre estrés percibido y autoestima personal de $r = -.88$ ($p = .00$), lo que supone un nivel bastante alto. En cuanto a la relación entre el estrés percibido y la autoestima colectiva, la correlación se sitúa en $r = .85$ ($p = .00$). Vemos cómo el estrés percibido por la persona se asocia muy significativamente con unos niveles de autoestima, tanto personal como colectiva, más bajos.

Las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las dos escalas de autoestima correlacionaban altamente entre sí ($r = -.85$, $p < .00$). En consecuencia, se procedió a realizar correlaciones parciales entre el nivel percibido de estrés y los dos tipos de autoestima, controlando en cada caso una de ellas. Los resultados se detallan en la tabla 3.6.

TABLA 3.6.- Resultados de las correlaciones parciales entre estrés y los dos tipos de autoestima.

Correlación del estrés percibido	Controlando la autoestima colectiva
Con autoestima personal	$r = .56$ ($p = .00$)
Correlación del estrés percibido	Controlando la autoestima personal
Con autoestima colectiva	$r = -.42$ ($p = .00$)

Las correlaciones siguen siendo bastante elevadas, mostrando que la relación entre estrés y autoestima personal es superior a la que se da entre estrés y autoestima colectiva.

Discusión

En estos resultados podemos constatar, en concordancia con lo que nosotros mismos y otros estudios han demostrado con anterioridad, que un incremento en la percepción de estrés implica una disminución de bienestar que puede reflejarse además en una percepción peyorativa del propio estado de salud (Lazarus y Folkman, 1984 y 1986; Seyle, 1976; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1991; Cohen y Williamson, 1988). Hemos observado que

niveles altos de percepción de estrés se relacionan con una valoración de la salud más reducida, así como mayores índices de osteoartritis. Hemos otorgado importancia a la percepción de las situaciones como estresantes y hemos podido comprobar que esa percepción puede generar un efecto pernicioso que se expande por una serie de valoraciones del estado personal entre las que se incluyen la salud, el bienestar psicológico y la estimación de uno mismo. En este sentido, nuestros resultados concuerdan plenamente con los de Krause (1986, 1987 y 1991), quien defiende que la presencia del estrés en la vida de las personas es una de las variables que más pueden lastimar la autoestima, sobre todo porque enfrenta a las personas con su incapacidad para resolver los problemas planteados en su vida diaria. La asociación que nosotros hemos obtenido, tanto en relación con la autoestima personal (subhipótesis 2.1), como con la colectiva (subhipótesis 2.2), confirman el efecto empobrecedor predicho que origina el estrés sobre los sentimientos de autovaloración. Consideramos así mismo y en base a estos resultados, que el estrés repercute perniciosamente en la identidad individual y social de las personas y que ese efecto puede tener consecuencias aparentemente importantes en la autopercepción vital general del individuo.

Estos resultados pueden interpretarse en una doble dirección en relación al afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). En primer lugar, es posible que aquellas personas con niveles depauperados de valoración personal puedan presentar en alguna medida peores habilidades de afrontamiento del estrés, lo que hace que éste sea percibido con mayor intensidad. Pero también y en sentido inverso, parece ser que el padecimiento intenso de situaciones de estrés hace disminuir la

concepción que la persona tiene de sí misma. Ambas posibilidades, no sólo son plausibles, sino que pueden estar formando parte de un círculo vicioso cuyo punto inicial estaría en el debilitamiento de los recursos de apoyo social.

Asimismo, consideramos interesante el resultado que muestra que si bien el estrés está relacionado sobre todo con la autoestima personal o individual (la valoración que de sí mismo hace el individuo como persona), también lo está con la autoestima derivada de la pertenencia a grupos. Aunque existe bastante evidencia confirmatoria sobre la relación del estrés de la autoestima (por ejemplo Taylor, 1983) no son tan abundantes los estudios que se han aproximado a la relación entre el estrés y su posible influencia en la autoestima colectiva como indicador de la identidad social.

A continuación nos centraremos en las infiltraciones y el papel que el apoyo social puede jugar en torno a las relaciones estudiadas en este apartado.

B) Hipótesis en relación con el apoyo social

Hipótesis 3

Esta hipótesis establecía que *habría una relación negativa entre estrés percibido y apoyo social* y se concretaba en tres subhipótesis. La primera se centraba en la cantidad de ayuda que una persona dice necesitar: **(subhipótesis 3.1)** *existirá una relación positiva entre el nivel de estrés y la frecuencia en las necesidades de información, ayuda material y tangible y apoyo emocional.*

Los cálculos de correlaciones entre el nivel de estrés percibido y los distintos tipos de necesidades señaladas se relacionan en la tabla 3.7.

TABLA 3.7.- Correlaciones entre nivel de estrés y diferentes necesidades de apoyo social.

Correlaciones con estrés percibido	
Necesidad de consejo	$r = .79$ ($p < .00$)
Necesidad de ayuda material	$r = .76$ ($p < .00$)
Necesidad de apoyo emocional	$r = .65$ ($p < .00$)

Comprobamos pues cómo una mayor percepción de estrés se asocia a mayor necesidad de consejo, de ayuda y de apoyo emocional. La magnitud de las correlaciones es bastante elevada así como su significatividad.

Con objeto de averiguar el peso de los diferentes tipos de necesidades en la varianza total de estrés percibido, se procedió a la realización de un análisis de regresión donde se introdujeron los distintos tipos de necesidades y se concibió como variable dependiente al nivel percibido de estrés.

Los resultados obtenidos indican que la necesidad de información o consejo, de ayuda instrumental o material y la necesidad de apoyo emocional, podían explicar conjuntamente el 70% de la varianza [$F(3,132) = 103.22$, $p < .00$]. La carga predictiva de cada variable analizada, con sus respectivas β , se describen en la tabla 3.8.

TABLA 3.8.- Puntuaciones β obtenidas en el análisis de regresión entre la percepción de estrés y las diferentes necesidades de apoyo social.

Variable	Beta	Sig. T.
Necesidad de consejo e información	.45	< .00
Necesidad de ayuda material	.31	< .00
Necesidad de apoyo emocional	.16	= .01

Podemos observar cómo la necesidad de consejo e información tiene el mayor poder predictivo sobre la percepción de estrés, seguida por la necesidad de ayuda instrumental y por último por la necesidad de apoyo emocional. Este resultado es interesante dado que la mayoría de las investigaciones realizadas con otras poblaciones han mostrado que el apoyo emocional es el tipo de apoyo más necesitado y valorado por las personas. En cambio, en personas mayores, esta necesidad no parecen tan acuciante, o al menos no lo es más que necesidades de apoyo más “tangible”.

En la segunda subhipótesis nos planteábamos si la recepción de apoyo, de los tres tipos estudiados, podría estar asociada con el estrés percibido. Concretamente, (**subhipótesis 3.2**) establecíamos que existiría *una correlación negativa entre el estrés percibido y el apoyo recibido en los tres niveles señalados*. Las correlaciones entre estrés y apoyo recibido, diferenciando según el tipo de apoyo y las fuentes de quien procede, aparece en la tabla 3.9.

TABLA 3.9.- Correlaciones entre nivel de estrés percibido y recepción de tipos de apoyo según las fuentes del mismo.

Correlación con estrés percibido	<i>r</i>
Recepción de apoyo informativo	$r = -.34$ ($p = .09$)
Recepción de apoyo material	$r = -.32$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo emocional	$r = -.37$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo familiar	$r = -.30$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo de amigos	$r = -.21$ ($p = .01$)
Recepción de apoyo de profesionales	$r = -.23$ ($p = .01$)
Recepción de apoyo total	$r = -.32$ ($p < .00$)

Los niveles de correlación son ahora más moderados, aunque la significatividad sigue en niveles más que aceptables. Podemos apreciar cómo en general nuestra hipótesis se confirma, pues las puntuaciones inferiores en recepción de apoyo social se traducen en mayores puntuaciones en estrés percibido. Al contrario de lo que ocurría en la necesidad de apoyo, ahora es la recepción de apoyo de tipo emocional la que más altamente correlaciona con el estrés, mientras que la recepción de apoyo informativo presenta una correlación considerablemente más baja (que no alcanza el nivel de significatividad estadística).

En cuanto al análisis por fuentes, la recepción de apoyo procedente de los familiares es la que más se relaciona con el estrés, de manera que cuanto menor es el apoyo social proveniente de familiares, mayores son los niveles de estrés percibido y viceversa.

Por último, en lo que se refiere a la satisfacción con el apoyo social recibido, proponíamos que (**subhipótesis 3.3**) *existirá una correlación negativa entre el nivel de estrés percibido y la satisfacción con el apoyo recibido*. Las correlaciones obtenidas entre estrés y satisfacción con el apoyo recibido, diferenciando según el tipo de apoyo y según la fuente que lo proporciona, se muestran en la tabla 3.10.

TABLA 3.10.- Correlaciones entre nivel de estrés percibido y satisfacción con los tipos de apoyo recibido según las fuentes del mismo.

Correlación con estrés percibido	<i>r</i>
Satisfacción con apoyo informativo	<i>r</i> = -.62 (p < .00)
Satisfacción con apoyo material	<i>r</i> = -.61 (p < .00)
Satisfacción con apoyo emocional	<i>r</i> = -.55 (p < .00)
Satisfacción con apoyo familiar	<i>r</i> = -.61 (p < .00)
Satisfacción con apoyo de amigos	<i>r</i> = -.49 (p < .00)
Satisfacción con apoyo de profesionales	<i>r</i> = -.62 (p < .00)
Satisfacción total con el apoyo recibido	<i>r</i> = -.65 (p < .00)

Se confirma nuestra subhipótesis incluso con correlaciones superiores al análisis de la recepción de apoyo. El patrón de resultados encontrado es semejante al obtenido cuando se analizaba la necesidad de apoyo y contrario al encontrado cuando se consideraba la recepción: mientras que la recepción de apoyo emocional era la variable que más

correlacionaba con la percepción de estrés, no es la satisfacción con este tipo de apoyo la que más correlaciona con la percepción de estrés, sino la satisfacción con el apoyo informativo o de consejo, lo mismo que ocurría en el caso de la percepción de necesidad de apoyo social.

Los resultados también muestran que las fuentes que proporcionan apoyo social más relacionado con el estrés son las familiares y profesionales, mientras que presenta una asociación ligeramente inferior el apoyo procedente de los amigos.

Por último se utilizó el procedimiento z (Jaccard, Turrisi y Wan, 1990) para comprobar si la diferencia entre dos correlaciones es significativa o no. La diferencia entre la correlación entre percepción de estrés y recepción de apoyo total por un lado ($r = -.32$ ($p < .00$)) y la percepción de estrés y satisfacción total con el apoyo recibido por otro ($r = -.65$ ($p < .00$)), mostró ser significativa ($z = 3.60$, $p < .00$), lo que implica que efectivamente es más intensa la correlación entre estrés y satisfacción con el apoyo recibido que la asociación entre recepción de apoyo y estrés.

Hipótesis 4

La siguiente hipótesis que nos planteábamos se refería a la relación entre apoyo social y bienestar. En este sentido y en profundizando en la dirección de planteamientos anteriores, esgrimíamos que *tanto la cantidad o intensidad del apoyo social obtenido como la satisfacción con ese apoyo social obtenido correlacionarán positivamente con las puntuaciones en bienestar*. Siendo la relación más significativa en los indicadores de satisfacción que en relación a los indicadores de apoyo obtenido.

Las correlaciones entre bienestar y apoyo social, diferenciando por tipos de apoyo y por fuentes, aparece en la tabla 3.11.

TABLA 3.11.- Correlaciones entre nivel subjetivo de bienestar y recepción y satisfacción con los tipos de apoyo recibido según las fuentes del mismo.

Correlación con bienestar subjetivo	<i>r</i>
Recepción de apoyo informativo	<i>r</i> = .25 (p = .00)
Recepción de apoyo material	<i>r</i> = .34 (p < .00)
Recepción de apoyo emocional	<i>r</i> = .32 (p < .00)
Recepción de apoyo familiar	<i>r</i> = .29 (p < .00)
Recepción de apoyo de amigos	<i>r</i> = .26 (p = .00)
Recepción de apoyo de profesionales	<i>r</i> = .26 (p = .00)
Recepción de apoyo total	<i>r</i> = .35 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo informativo	<i>r</i> = .60 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo material	<i>r</i> = .54 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo emocional	<i>r</i> = .50 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo de familiares	<i>r</i> = .57 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo de amigos	<i>r</i> = .45 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo de profesionales	<i>r</i> = .56 (p < .00)
Satisfacción total con el apoyo informativo	<i>r</i> = .60 (p < .00)

En general tanto la magnitud de las correlaciones como su significatividad apoyan totalmente nuestra hipótesis de que una mayor

cantidad de, y satisfacción con, el apoyo social recibido, se asocia a mejores niveles de bienestar. Podemos apreciar que se da una correlación mayor entre satisfacción con el apoyo y bienestar [$r = .60$ ($p < .00$)] que entre obtención de apoyo y el bienestar [$r = .35$ ($p < .00$)], siendo dicha diferencia estadísticamente significativa [$z = 2.64$, $p = .00$].

En cuanto a los tipos de apoyo recibidos, la correlación mayor se da en el apoyo de tipo material o tangible [$r = .34$ ($p < .00$)], seguido por el emocional y el informativo. El apoyo recibido de las distintas fuentes mostró unas correlaciones muy semejantes entre sí.

Por último, la satisfacción con el apoyo informativo presentó la correlación más alta con el bienestar [$r = .60$ ($p < .00$)], mientras que por fuentes la satisfacción con el apoyo obtenido de familiares presentó la correlación más alta [$r = .57$ ($p = .00$)].

Se llevó a cabo un análisis de regresión para comprobar con mayor detalle la relación entre recepción y satisfacción con el apoyo y el bienestar. En este sentido, las dos variables tomadas como independientes (recepción total de apoyo y satisfacción total con el apoyo obtenido) explicaron el 36% de la varianza, [$F(2,136) = 38.42$, $p < .00$]. Sin embargo, la única variable que predijo significativamente el bienestar fue la satisfacción total con el apoyo recibido, $\beta = .59$, $p < .00$.

Cuatro análisis de regresión adicionales fueron llevados a cabo para establecer específicamente las relaciones entre el bienestar subjetivo tomado como variable dependiente y como variables predictoras las siguientes: a) recepción de apoyo por tipos; b) recepción de apoyo por

fuentes; c) satisfacción con el apoyo recibido por tipos; y d) satisfacción por fuentes.

En el análisis en el que se incluyeron las variables referidas a los diferentes tipos de apoyo recibido, se encontró que las tres variables explicaron el 14% de la varianza [$F(3,133) = 7.21, p < .00$]. La única variable que predijo significativamente el bienestar fue la recepción de ayuda material o instrumental $\beta = .23, p = .03$. En el análisis en el que se incluyó el apoyo recibido de las fuentes las tres variables explicaron solamente el 11% de la varianza, [$F(3,121) = 5.34, p = .002$]. La única variable que mostró una predicción significativa con el bienestar fue la recepción con la ayuda familiar, $\beta = .20, p = .04$.

Por lo que se refiere a las regresiones en las que se incluyeron las medidas referentes a la satisfacción con el apoyo, cuando se introdujo la satisfacción respecto a los tres tipos de apoyo la varianza explicada fue del 37% [$F(3,131) = 25.97, p < .00$] y sólo la satisfacción con el apoyo informativo presentó significatividad predictiva sobre el bienestar subjetivo, $\beta = .38, p < .00$. Cuando se tomaron como variables independientes la satisfacción con el apoyo obtenido de las tres fuentes consideradas (familiares, amigos y vecinos y profesionales), las tres variables explicaron el 42% de la varianza [$F(3,113) = 27.40, p < .00$]. Dos variables fueron incluidas significativamente en la ecuación de regresión: la satisfacción con el apoyo obtenido de familiares, $\beta = .40, p < .00$, y la satisfacción con el apoyo obtenido de profesionales, $\beta = .34, p = .00$.

Por último, para confirmar que la satisfacción con el apoyo recibido está más fuertemente relacionada con el bienestar que la recepción de

apoyo, se llevó a cabo el cálculo de la z para ver si las dos correlaciones diferían significativamente ($r = .60$ vs. $r = .35$). Los resultados mostraron, $z = 2.68$, $p = .00$, que efectivamente las correlaciones diferían de manera significativa.

Dos subhipótesis adicionales se habían planteado referentes a la cantidad y calidad de apoyo social recibido y los indicadores de salud manejados:

Subhipótesis 4.1. *Existirá una correlación positiva entre apoyo social obtenido y satisfacción con ese apoyo, por una parte, y percepción subjetiva del propio estado de salud, por otra.* También esperábamos encontrar que esta correlación fuera mayor en el caso del índice de satisfacción con el apoyo social que en el de recepción.

Subhipótesis 4.2. *Existirá una correlación positiva entre apoyo social obtenido y satisfacción con ese apoyo, por una parte, y percepción subjetiva del padecimiento de osteoartritis, por otra.* Esta correlación será mayor en el caso del índice de satisfacción con el apoyo social que en el de recepción.

Las correlaciones que nos permiten comprobar una y otra subhipótesis se encuentran expuestas en las tablas 3.12 y 3.13, respectivamente.

TABLA 3.12.- Correlaciones entre nivel subjetivo de salud y la recepción y satisfacción total con los tipos de apoyo recibido.

Correlación con nivel subjetivo de salud	<i>r</i>
Recepción de apoyo total	<i>r</i> = .38 (p < .00)
Satisfacción total con el apoyo recibido	<i>r</i> = .57 (p < .00)

TABLA 3.13.- Correlaciones entre nivel subjetivo de padecimiento de osteoartritis y la recepción y satisfacción total con los tipos de apoyo recibido.

Correlación con nivel subjetivo de osteoartritis	<i>r</i>
Recepción de apoyo total	<i>r</i> = .19 (p = .02)
Satisfacción total con el apoyo recibido	<i>r</i> = .52 (p < .00)

Los resultados obtenidos confirman nuestras dos subhipótesis. No solamente una mayor recepción de apoyo social y una mayor satisfacción con el mismo correlacionan significativamente con niveles subjetivos más altos de salud y osteoartritis, sino que la relación es más elevada para la satisfacción con el apoyo obtenido que para la mera recepción del mismo.

Hay que indicar, además, que la correlación entre nivel subjetivo de salud y nivel subjetivo de osteoartritis presentó unos niveles bastante elevados, $r = .77$ ($p < .00$).

Se llevaron a cabo sendos análisis de regresión para profundizar en las relaciones incluidas en las dos subhipótesis. En una primera se quiso comprobar la carga predictiva de la satisfacción total y la recepción de apoyo total sobre la salud subjetiva, encontrándose que las dos variables explicaban el 33% de la varianza, $[F(2,136) = 33.65, p < .00]$. Sin embargo, la única variable que predijo significativamente el nivel subjetivo de salud de los sujetos fue la satisfacción total con el apoyo recibido, $\beta = .51, p < .00$.

En el segundo análisis de regresión se tomaron las mismas variables independientes que en el análisis anterior, pero se consideró el nivel subjetivo de osteoartritis como variable dependiente. Ambas variables explicaron el 29% de la varianza, $[F(2,134) = 27.28, p < .00]$. De nuevo, solamente la satisfacción total predijo significativamente el nivel de osteoartritis, $\beta = .60, p < .00$.

Hipótesis 5

En relación con la reciprocidad planteábamos que *la posibilidad de devolver la ayuda estaría asociada positivamente con la percepción de ayuda disponible*. Las correlaciones entre percepción de ayuda disponible y los diversos índices de reciprocidad de ayuda (posibilidad de devolver ésta según los distintos tipos de ayuda y según las distintas fuentes) se detallan en la tabla 3.14.

TABLA 3.14.- Correlaciones entre reciprocidad en la ayuda y la percepción de ayuda disponible.

Correlación con la ayuda disponible	<i>r</i>
Provisión de apoyo informativo	$r = .15$ ($p = .07$)
Provisión de apoyo material	$r = .12$ ($p = .17$)
Provisión de apoyo emocional	$r = .26$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo a familiares	$r = .12$ ($p = .16$)
Provisión de apoyo a amigos	$r = .26$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo a profesionales	$r = .32$ ($p < .00$)
Provisión total de apoyo	$r = .21$ ($p = .01$)

Las correlaciones, en general, son de magnitud pequeña pero significativa, lo que confirma nuestra hipótesis. El número de personas percibidas como disponibles en la red social para la obtención de apoyo está relacionado con la posibilidad de devolver la ayuda o al menos de mantenerla en términos de reciprocidad. No obstante, hay dos casos en los que las correlaciones no alcanzan el nivel de significatividad: cuando se trata de fuentes familiares y de apoyo material (en el caso del apoyo informativo es marginalmente significativo).

Hipótesis 6

La segunda hipótesis centrada en la reciprocidad exponía que *se esperaba encontrar una asociación positiva entre reciprocidad en la ayuda y el bienestar percibido*. Las correlaciones obtenidas, con sus

índices de significatividad estadística, aparecen en la tabla 3.15, y confirman de nuevo nuestra hipótesis.

TABLA 3.15.- Correlaciones entre reciprocidad en la ayuda y niveles de bienestar subjetivo.

Correlación con bienestar subjetivo	<i>r</i>
Provisión de apoyo informativo	$r = .21$ ($p = .01$)
Provisión de apoyo material	$r = .28$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo emocional	$r = .40$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a familiares	$r = .30$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a amigos	$r = .19$ ($p = .03$)
Provisión de apoyo a profesionales	$r = .29$ ($p = .00$)
Provisión total de apoyo	$r = .34$ ($p < .00$)

Nuestra hipótesis se confirma plenamente dado que los datos prestan soporte a nuestras previsiones con un nivel de significatividad alto.

Podemos observar cómo la reciprocidad en el apoyo emocional presenta la correlación más alta en el análisis por tipos de apoyo y la reciprocidad en el apoyo informativo la más baja.

Discusión

Una de las funciones básicas del apoyo social estriba en la reducción de los efectos perniciosos del estrés (Doeglas et al., 1994; Thoits, 1982) y, por tanto, las personas que reciben apoyo social serían menos vulnerables a los efectos negativos de la exposición a eventos estresantes. En nuestra primera investigación ya constatábamos esa correlación en el caso de las

personas mayores y en esta segunda investigación se vuelve a corroborar ese resultado.

Nuestra primer subhipótesis constataba que el nivel de necesidades de apoyo que refiere la persona se asocia significativamente con un mayor nivel de percepción de estrés. La vivencia de situaciones estresantes se traduce directamente y a unos niveles de significatividad muy elevados, en un incremento en la cantidad de necesidades de apoyo que la persona puede referir. Y viceversa, podremos considerar que si la persona percibe mayor cantidad de necesidad de información ayuda material y apoyo emocional, percibe al mismo tiempo mayores niveles de estrés. También encontrábamos evidencia en los resultados para pensar que la necesidad de consejo, información y apoyo evaluativo o estratégico, es la variable que más predecía el nivel percibido de estrés. La información se presenta así como la variable que más puede ayudar a la disminución del estrés percibido, seguida por la ayuda, procedimental, instrumental o material.

El apoyo informativo, en el que incluíamos todo tipo de guía, estrategias y consejos dirigidos a cambiar valoración de un problema o la planificación de su afrontamiento, presentaba como una de sus contribuciones esenciales a la reducción del estrés, la modificación de la percepción del evento estresante. Pero independientemente de ella, el aporte de estrategias de afrontamiento, de solución de problemas y de vías de acción tendentes a posibilitar la solución de conflictos generados por situaciones de estrés, podría estar favoreciendo directamente un óptimo enfrentamiento con las situaciones generadoras de pérdida de bienestar, de acuerdo con las ideas de Lazarus y Folkman (1984 y 1986).

Nos llama la atención la baja significatividad obtenida por la necesidad de apoyo emocional, sobre todo teniendo en cuenta que ha sido considerado como íntimamente relacionado con el apoyo informativo, siendo en situaciones hasta difícil de diferenciar (House, 1981; Cohen y Wills, 1985; Gracia, Herrero y Musitu, 1995). Sin embargo estos resultados nos inducen a pensar que los participantes en nuestra investigación, parecen ubicarse en un nivel más pragmático, donde lo relevante es disolver la situación estresante, para lo cual el apoyo informativo y el material pueden cobrar un papel más crucial. Estos resultados contrastan con los de la primera investigación, donde el apoyo emocional parecía desempeñar un papel más primordial que el del apoyo informativo. Pesamos que esta diferencia puede deberse a las diferencias entre las dos muestras con las que hemos trabajado. El hecho de pertenecer a ambientes sociales más depauperados, podría estar teniendo un efecto desalentador sobre las posibilidades de solución de determinados problemas, y por tanto el apoyo emocional sería el único capaz de aliviar a las personas. Sin embargo, en la segunda muestra, desde luego más normalizada, podemos estar ante personas con una disposición mayor de luchar por la solución de sus problemas, lo que en ese sentido puede generarles mayores necesidades de apoyo informativo e incluso material.

En una siguiente conjetura considerábamos que la recepción de apoyo podría plantear diferencias en relación a la satisfacción y otros factores perceptivos y cualitativos de la recepción de apoyo. Al igual que en la primera investigación se nos confirmaba plenamente esta línea teórica. La misma relación en cuanto a la satisfacción con el apoyo recibido se hacía patente, confirmando que una percepción elevada de estrés se

asocia, a una muy significativa menor satisfacción con el apoyo social obtenido.

En lo que se refiere a las fuentes del apoyo encontramos que las más importantes son las familiares seguidas de las profesionales, por encima de las profesionales. Recordemos que nuestra muestra concreta está compuesta por personas que participan habitualmente en actividades de centros de día de mayores, donde de hecho se pasaron los cuestionarios, y que el contacto con profesionales es importante. Probablemente otras muestras no tan en contacto con fuentes formales, presentarían otra distribución en cuanto a la importancia otorgada a las fuentes de apoyo social.

El hecho de encontrar diferencias significativas entre las dos correlaciones totales (recepción y satisfacción con el apoyo recibido), nos hace deducir que efectivamente la satisfacción con el apoyo recibido se asocia de manera más intensa a una menor percepción del estrés. Este último resultado, que concuerda plenamente con los de la primera investigación, es de gran importancia en la medida en que implica una relevancia de primer plano de aspectos perceptivos y cualitativos del apoyo social sobre los meramente cuantitativos y concuerda con las aproximaciones y planteamientos ya referidos de diversos autores (Kessler; 1992; Sarason et al., 1987; Sandler y Barrera, 1984; Antonucci e Israel, 1986, etc.) .

De manera paralela a como se formulaba en la primera investigación, la hipótesis 4 y sus subhipótesis han confirmado de nuevo la relación positiva entre apoyo social y bienestar. Dada la naturaleza

multidimensional del apoyo social, se ha visto clara la relación entre los diferentes tipos de apoyo y su contribución al bienestar, así como la contribución que las diferentes fuentes del mismo pueden llevar a cabo. Sin embargo, el resultado más relevante, a nuestro juicio, es la importancia crucial que presenta la satisfacción del apoyo social recibido y las valoraciones subjetivas que lleva a cabo el receptor, frente a la recepción de apoyo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos ampliamente por otros autores (Wethington y Kessler, 1986; Vaux, 1988; Dunkel-Schetter y Bennet, 1990; Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

La satisfacción con el apoyo informativo, sin embargo, si fue una variable altamente asociada a bienestar psicológico, lo que concuerda como decíamos más arriba con los resultados obtenidos en la percepción de necesidades y su relación con el estrés y además vuelve a confirmar la mayor fuerza predictiva de variables cualitativas y perceptivas del apoyo social sobre otros constructos, en comparación con variables más de tipo cuantitativo.

Otra conclusión importante que podemos defender estriba en la importancia predictiva que tiene sobre el bienestar la obtención de apoyo desde familiares así como el aporte al bienestar con el que contribuyen los profesionales.

En cuanto a la percepción de la salud propia y al padecimiento de osteoartritis, los resultados nos orientan en la misma dirección. De nuevo la satisfacción con el apoyo recibido, presenta las correlaciones más altas en relación a ambas variables. Estos resultados concuerdan con los referidos de varios autores (Krol et al., 1993, Affleck, et al., 1988,

Weinberger et al, 1990, etc.). La ausencia de diferencias entre la correlación con el nivel percibido de salud y con el nivel de osteoartritis, se puede explicar en base a que son dos conceptos altamente relacionados. De hecho el nivel subjetivo de padecimiento de osteoartritis está fuertemente asociado con el nivel percibido de salud personal.

Tal como se presuponía en la hipótesis 5, los resultados van en la línea de lo sugerido por la analogía del banco de apoyo y los planteamiento economicistas (Antonucci y Jackson, 1990a y 1990b), otorgándole importancia a la reciprocidad, tanto por tipos de apoyo, como con relación a las fuentes de las que se obtiene. De hecho veíamos como aunque en personas mayores no tendría por qué suponer una amenaza para la autoestima el no estar en disposición de devolver la ayuda (Stroebe y Stroebe, 1996), la reciprocidad puede dar lugar a una percepción de que se dispone de mayor ayuda si llegado el momento se necesita.

Por último y en lo que respecta a la hipótesis 6, cabe destacar que la reciprocidad en el apoyo emocional presenta la correlación más alta en el análisis por tipos de apoyo y la reciprocidad en el apoyo informativo la más baja. Este resultado es bastante lógico, dado que en el caso de la información lo normal es que exista cierta asimetría: la persona que puede proporcionarnosla tiene unos recursos de los que nosotros carecemos. Parece, pues, que la información a la que se están refiriendo aquí las personas mayores es aquella procedente de fuentes expertas y no tanto la información procedentes de fuentes similares, que a veces también puede ser muy importante para que la persona conozca cómo afrontar los sucesos estresantes. En el caso de la ayuda emocional, también parece coherente

que para hablar de auténtica ayuda sea necesario que exista reciprocidad: es difícil que sintamos que alguien nos entiende, nos comprende y anima sin que al mismo tiempo nosotros lo entendamos, comprendamos y animemos a él.

En lo que respecta a las diversas fuentes, la posibilidad de devolver la ayuda a familiares y profesionales está más asociado al bienestar que la posibilidad de devolver la ayuda a los amigos. Estos resultados son algo sorprendentes, dado que sería lógico esperar lo contrario: con los familiares no existiría tanta necesidad de devolver la ayuda y con los profesionales no sería posible hacerlo; en cambio, la presión para devolver la ayuda sería mayor en el caso de los amigos, donde las relaciones son menos intensas y existe mayor equidad. Sería necesario ver si estas relaciones esperadas podrían ser más lógicas en personas más jóvenes, y si las personas mayores presentan diferencias significativas en la dirección indicada.

Aunque las correlaciones son de magnitud moderada, aparece confirmado que el bienestar psicológico se ve incrementado cuando también son elevados los índices de reciprocidad en el apoyo social. Las personas pueden encontrarse mejor, estar más satisfechas y tener mejor calidad de vida, cuando son capaces de ayudar a los demás en la misma medida en que son ayudados, lo que contrasta con planteamientos ya revisados de otros autores (Homans, 1974; Thibaut y Kelley, 1959).

C) Hipótesis en relación con la autoestima

Hipótesis 7

Esta hipótesis defendía que *la frecuencia de apoyo social recibido y la satisfacción con el mismo estarían positivamente relacionados con la autoestima* y daba lugar a dos subhipótesis: **(subhipótesis 7.1)** *la recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido correlacionará positivamente con la autoestima personal*; y **(subhipótesis 7.2)** *la recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido correlacionará positivamente con la autoestima colectiva*.

Las correlaciones entre las variables mencionadas aparecen en las tablas 3.16 y 3.17.

TABLA 3.16.- Correlaciones entre el nivel de autoestima personal y la recepción y satisfacción con el apoyo social recibido.

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Recepción de apoyo informativo	<i>r</i> = -.24 (p = .00)
Recepción de apoyo material	<i>r</i> = -.42 (p < .00)
Recepción de apoyo emocional	<i>r</i> = -.46 (p < .00)
Recepción de apoyo familiar	<i>r</i> = -.34 (p < .00)
Recepción de apoyo de amigos	<i>r</i> = -.34 (p < .00)
Recepción de apoyo de profesionales	<i>r</i> = -.34 (p < .00)
Recepción de apoyo total	<i>r</i> = -.44 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo informativo	<i>r</i> = -.67 (p < .00)
Satisfacción con el apoyo material	<i>r</i> = -.66 (p < .00)

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Satisfacción con el apoyo emocional	$r = -.61$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de familiares	$r = -.65$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de amigos	$r = -.54$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de profesionales	$r = -.68$ ($p < .00$)
Satisfacción total con el apoyo recibido	$r = -.70$ ($p < .00$)

Se confirman nuestras predicciones, de manera que cuanto mayor es la recepción de apoyo social y, sobre todo, la satisfacción con el apoyo recibido, mayor es la autoestima personal y viceversa. La satisfacción con el apoyo recibido ($r = -.70$) presenta correlaciones más altas que la mera recepción de apoyo ($r = -.44$), según los resultados obtenidos en el análisis estadístico de esa diferencia, $z = 3.21$, $p < .00$. En el caso de la recepción puede observarse como las correlaciones son idénticas en los tres tipos de fuentes consideradas. En cambio, cuando se trata de tipos de apoyo, las correlaciones son más elevadas en el caso del apoyo emocional y material que en el caso del apoyo informativo. En el caso de la satisfacción con el apoyo recibido, las correlaciones son muy semejantes en los tres tipos de apoyo y en el caso de los profesionales y familiares son ligeramente superiores a la correlación obtenida en el caso de los amigos.

TABLA 3.17.- Correlaciones entre el nivel de autoestima colectiva y la recepción y satisfacción con el apoyo social recibido.

Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Recepción de apoyo informativo	$r = .22$ ($p = .00$)
Recepción de apoyo material	$r = .31$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo emocional	$r = .45$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo familiar	$r = .32$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo de amigos	$r = .27$ ($p = .00$)
Recepción de apoyo de profesionales	$r = .31$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo total	$r = .38$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo informativo	$r = .61$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo material	$r = .57$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo emocional	$r = .51$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de familiares	$r = .56$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de amigos	$r = .46$ ($p < .00$)
Satisfacción con el apoyo de profesionales	$r = .63$ ($p < .00$)
Satisfacción total con el apoyo recibido	$r = .62$ ($p < .00$)

En cuanto a la autoestima colectiva se confirman también las relaciones predichas en el sentido de que una mayor recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido se asocian con una mayor autoestima colectiva. Al igual que en el caso anterior, la correlación entre autoestima colectiva y satisfacción con el apoyo social recibido es más elevada que la existente con la simple recepción de apoyo, siendo esa

diferencia estadísticamente significativa [$z = 3.22, p < .00$]. En lo que se refiere a la recepción, las correlaciones son muy semejantes en las tres fuentes, y en el caso de los diferentes tipos de apoyo es superior cuando se trata de apoyo emocional. Cuando se trata de la satisfacción, las correlaciones son ligeramente superiores cuando se trata de apoyo informativo y cuando es procedente de los profesionales.

El mismo patrón de resultados aparece ya se trate de autoestima personal o colectiva. Por ejemplo, las correlaciones entre ambos tipos de autoestima y la satisfacción con el apoyo recibido no difieren significativamente, $z = 1.15, p = .44$.

Hipótesis 8

En relación con la autoestima, también nos planteamos que *existiría una relación positiva entre reciprocidad en la ayuda y la autoestima personal y colectiva.*

Las correlaciones entre autoestima personal y colectiva, de una parte, y los diferentes índices de reciprocidad (por fuentes y por tipos de apoyo) aparecen en las tablas 3.18 y 3.19.

TABLA 3.18.- Correlaciones entre reciprocidad en la ayuda y niveles de autoestima personal.

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Provisión de apoyo informativo	$r = -.28$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo material	$r = -.36$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo emocional	$r = -.45$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a familiares	$r = -.33$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a amigos	$r = -.21$ ($p = .01$)
Provisión de apoyo a profesionales	$r = -.36$ ($p < .00$)
Provisión total de apoyo	$r = -.43$ ($p < .00$)

TABLA 3.19.- Correlaciones entre reciprocidad en la ayuda y niveles de autoestima colectiva.

Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Provisión de apoyo informativo	$r = .25$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo material	$r = .36$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo emocional	$r = .42$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a familiares	$r = .34$ ($p < .00$)
Provisión de apoyo a amigos	$r = .24$ ($p = .00$)
Provisión de apoyo a profesionales	$r = .33$ ($p < .00$)
Provisión total de apoyo	$r = .40$ ($p < .00$)

Las correlaciones confirman nuestro planteamiento hipotético sobre las relaciones expuestas, no habiendo diferencias significativas en relación a la autoestima personal y la colectiva, $z = 0.17$, $p = 0.43$.

Hipótesis 9

Un nuevo conjunto de hipótesis se planteó acerca de la relación entre recepción de apoyo social apoyo y los dos tipos de autoestima, pero diferenciando entre las diferentes fuentes consideradas. En ese sentido afirmábamos, en primer lugar, que *se encontraría una asociación positiva entre apoyo recibido de fuentes íntimas y autoestima personal y que esa asociación sería más intensa que la establecida entre apoyo recibido de fuentes formales y autoestima personal.*

Un patrón de resultados inverso podría encontrarse con respecto a la autoestima colectiva, lo que se plasmaría en la **subhipótesis 9.1**: *existirá una asociación positiva entre el apoyo obtenido desde fuentes informales y no familiares (amigos y vecinos) y autoestima colectiva, siendo esta asociación más intensa que la existente entre el apoyo social obtenido de fuentes formales y familiares y la autoestima.*

Aunque las correlaciones obtenidas no fueron de gran magnitud, su nivel de significatividad si fue satisfactorio. A continuación se detallan en la tabla 3.20.

TABLA 3.20.- Correlaciones entre la recepción de apoyo, según las diversas fuentes, y los niveles de autoestima personal y colectiva.

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Recepción de apoyo de familiares	$r = -.34$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo de amigos	$r = -.34$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo de profesionales	$r = -.34$ ($p < .00$)
Recepción total apoyo	$r = -.44$ ($p < .00$)

Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Recepción de apoyo de familiares	$r = .32$ ($p < .00$)
Recepción de apoyo de amigos	$r = .27$ ($p = .00$)
Recepción de apoyo de profesionales	$r = .31$ ($p < .00$)
Recepción total apoyo	$r = .38$ ($p < .00$)

Como puede apreciarse, las diferentes correlaciones, tanto por fuentes como por tipos, son de magnitud muy semejante. La recepción total de apoyo no apareció asociada en grado diferente a la autoestima personal que a la autoestima colectiva ($z = 0.58$, $p = .28$). No obstante, para determinar con mayor precisión el efecto de las diferentes fuentes de apoyo sobre los dos tipos de autoestima considerados, se llevaron a cabo sendos estudios de regresión. En el primero de ellos se tomó la autoestima personal como variable dependiente y los tres tipos de fuentes de recepción de apoyo social como variables independientes. Las tres explicaron el 19% de la varianza [$F(3,121) = 9.61$, $p < .00$]. Las dos variables que predijeron significativamente la autoestima personal fueron la recepción de ayuda de familiares, $\beta = -.24$, $p = .01$ y la recepción de ayuda de profesionales o fuentes formales, $\beta = -.19$, $p = .05$.

En el segundo análisis de regresión se consideraron las mismas variables independientes y como variable dependiente la autoestima colectiva. En este caso las tres variables explicaron el 16% de la varianza, [$F(3,121) = 7.80$, $p < .00$]. Al igual que en el caso anterior las dos variables que predijeron significativamente la autoestima colectiva fueron la

recepción de ayuda de familiares, $\beta = .25$, $p = .00$, y la recepción de ayuda de profesionales o fuentes formales, $\beta = .21$, $p = .04$.

Hipótesis 10

El planteamiento de esta hipótesis relacionaba la autoestima con aquellas variables con las que anteriormente se relacionó satisfactoriamente el apoyo social. Así, *la autoestima, tanto personal como colectiva, estaría positivamente relacionada con bienestar y nivel subjetivo de salud y negativamente relacionada con el padecimiento de osteoartritis.*

Las correlaciones efectuadas entre las variables mencionadas confirman plenamente nuestro planteamiento, como puede observarse en la tabla 3.21.

TABLA 3.21.- Correlaciones entre autoestima y nivel subjetivo de salud, padecimiento de osteoartritis y bienestar subjetivo.

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Bienestar subjetivo	$r = -.81$ ($p < .00$)
Nivel subjetivo de salud	$r = -.72$ ($p < .00$)
Nivel subjetivo de osteoartritis	$r = -.68$ ($p < .00$)
Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Bienestar subjetivo	$r = .75$ ($p < .00$)
Nivel subjetivo de salud	$r = .73$ ($p < .00$)
Nivel subjetivo de osteoartritis	$r = .63$ ($p < .00$)

Aunque todas las correlaciones son elevadas, puede señalarse cómo son algo inferiores cuando se trata del padecimiento de osteoartritis y más elevadas cuando se trata del bienestar general.

Además, se realizaron varios análisis de regresión con el fin de especificar las relaciones argumentadas y analizar la carga explicativa de cada variable. En el primero de ellos se introdujeron como variables independientes la autoestima personal y la colectiva y como variable dependiente el bienestar subjetivo. Los resultados indicaron que las dos variables explicaron el 67% de la varianza, $[F(2,136) = 141.64, p < .00]$. La autoestima personal predijo en mayor medida el bienestar, $\beta = -.64, p < .00$, que la autoestima colectiva, $\beta = .19, p = .04$.

El segundo análisis de regresión tomó la percepción subjetiva de salud como variable dependiente y los dos tipos de autoestima como variables independientes. Las dos variables explicaron el 57% de la varianza, $[F(2,136) = 90.81, p < .00]$. En este caso, las dos variables predijeron de forma semejante el nivel subjetivo de salud: la autoestima colectiva obtuvo un coeficiente $\beta = .42, p < .00$, y la autoestima personal de $-.37, p < .00$.

Por último, un tercer análisis de regresión relacionó las dos medidas de autoestima con la osteoartritis tomada como variable dependiente. Las dos variables independientes explicaron un 48% de la varianza, $[F(2,134) = 61.26, p < .00]$. La única variable que predijo significativamente el nivel subjetivo de padecimiento de osteoartritis fue la autoestima personal, $\beta = -.53, p < .00$.

Los análisis confirman esta triple hipótesis sobre las relaciones de la autoestima, tanto en su vertiente personal como colectiva, con la salud y el bienestar en sus vertientes autopercebidas y subjetivas.

Hipótesis 11

En relación todavía con la autoestima y de acuerdo a la bibliografía revisada sobre el tema, pensamos que en personas mayores la amplitud de la red social, medida por la disponibilidad percibida de apoyo, se asociaría significativamente con la autoestima, especialmente con la colectiva. Concretamente formulábamos que *la percepción de disponibilidad de apoyo estaría relacionada positivamente con una autoestima colectiva, siendo esta relación más intensa que la existente entre percepción de disposición de apoyo y autoestima personal.*

En un primer paso se procedió a la realización de un análisis de correlaciones entre las variables implicadas, cuyos resultados se detallan en la tabla 3.22.

TABLA 3.22.- Correlaciones entre la disponibilidad de apoyo percibido y los niveles de autoestima personal y colectiva.

Correlación con disponibilidad de apoyo	<i>r</i>
Autoestima personal	$r = -.30$ ($p < .00$)
Autoestima colectiva	$r = .31$ ($p < .00$)

Los resultados indican que a mayor percepción de disponibilidad percibida de apoyo en la red social, o lo que es lo mismo a mayor percepción de extensión de la red social, mayor autoestima tanto personal como colectiva (ambos coeficientes de correlación no difieren significativamente, $z = 0.16$, $p = .43$). Las correlaciones, aunque moderadas, presentan un nivel de significatividad adecuado.

Hipótesis 12

En esta hipótesis predecíamos que *una mayor intimidad en las relaciones correlacionaría positivamente con la autoestima personal, siendo el efecto más significativo que con relación a la autoestima colectiva.*

Como puede apreciarse en la tabla 3.23, las correlaciones más altas se dan entre la intimidad con los familiares y la autoestima personal tal como sosteníamos en la hipótesis 9. La correlación entre la intimidad con todas las fuentes del apoyo y la autoestima personal fue más alta que en relación con la autoestima colectiva, aunque también con respecto a ella las correlaciones son llamativas. Los niveles de correlación en general fueron elevados y la significatividad bastante alta.

TABLA 3.23.- Correlaciones entre intimidad en las relaciones y niveles de autoestima personal y colectiva.

Correlación con autoestima personal	<i>r</i>
Intimidad con familiares	$r = -.81$ ($p < .00$)
Intimidad con vecinos y amigos	$r = -.64$ ($p < .00$)
Intimidad con profesionales	$r = -.65$ ($p < .00$)
Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Intimidad con familiares	$r = .71$ ($p < .00$)
Intimidad con vecinos y amigos	$r = .57$ ($p < .00$)
Intimidad con profesionales	$r = .61$ ($p < .00$)

El análisis de regresión en el que la puntuación total en intimidad se consideró como variable dependiente, mostró que las variables autoestima personal y autoestima colectiva explicaron el 67% de la varianza, $F(2,136) = 135.95$, $p < .00$]. Sin embargo la única variable que predijo con bastante significatividad la intimidad total mantenida con las diferentes fuentes fue la autoestima personal, $\beta = -.70$, $p < .00$.

Hipótesis 13

Esta hipótesis establecía que *el tamaño de la composición familiar correlacionaría positivamente con los niveles de autoestima personal y colectiva (aunque en menor medida con esta última)*. De nuevo recurrimos al análisis de correlaciones para comprobar el grado de asociación. Los resultados no apoyaron nuestro planteamiento puesto que ni las correlaciones entre el número de personas con el que se convive y la

autoestima personal ($r = .04$, $p = .65$) ni entre número de personas y autoestima colectiva ($r = .00$, $p = .96$) fueron significativas.

Hipótesis 14

En la última hipótesis de este tercer bloque poníamos en relación la autoestima y las necesidades de apoyo que la persona ha percibido en las últimas semanas, estableciendo que *la autoestima correlacionará negativamente con los niveles de necesidades percibidas de apoyo*. Más concretamente predecíamos una mayor correlación entre necesidad de información y de apoyo emocional y autoestima personal (versus autoestima colectiva) y una correlación superior entre necesidad de apoyo material y autoestima colectiva (versus autoestima personal).

De nuevo para poner a prueba esta hipótesis se llevó a cabo como primer paso un análisis de correlaciones cuyos resultados se detallan en la tabla 3.24.

TABLA 3.24.- Correlaciones entre autoestima personal y colectiva y necesidades de apoyo social.

Correlación con autoestima personal	r
Necesidad de información	$r = .72$ ($p < .00$)
Necesidad de apoyo material	$r = .70$ ($p < .00$)
Necesidad de apoyo emocional	$r = .63$ ($p < .00$)

Correlación con autoestima colectiva	<i>r</i>
Necesidad de información	$r = -.66$ ($p < .00$)
Necesidad de apoyo material	$r = -.63$ ($p < .00$)
Necesidad de apoyo emocional	$r = -.55$ ($p < .00$)

Las correlaciones confirman una vez más el núcleo central de nuestra hipótesis con un nivel de significatividad elevado. Las correlaciones son ligeramente más altas, en ambos tipos de autoestima, en la necesidad de información. No obstante, los resultados no permiten confirmar ninguna de las dos suposiciones adicionales planteadas pues no se dan diferencias apreciables en el sentido de las relaciones predichas. Esto es, la necesidad de información correlaciona con similar magnitud con los dos tipos de autoestima ($z = 0.087$, $p = 0.46$). Lo mismo ocurre con la necesidad de apoyo emocional, cuyas correlaciones con ambos tipos de autoestima son similares ($z = 0.097$, $p = 0.46$). Tampoco se cumplen las predicciones concernientes a la relación entre la necesidad de apoyo material y los dos tipos de autoestima, pues ambas correlaciones son iguales ($z = 0.01$, $p = 0.50$).

A continuación se procedió a una serie de análisis de regresión donde se introdujeron como variables predictoras los dos tipos de autoestima y como variables dependientes los diferentes tipos de necesidades de apoyo social consideradas.

El primer análisis de regresión se estableció en orden a averiguar el peso predictivo de la autoestima sobre la necesidad de información. Las dos variables predictoras incluidas explicaron el 53% de la varianza,

[$F(2,135) = 76.30, p < .00$]. De las dos variables consideradas, la única que predijo con significatividad la necesidad de consejo e información fue la autoestima personal, $\beta = .58, p < .00$.

El segundo análisis de regresión vino a mostrar unos resultados similares en relación a la necesidad de ayuda material o tangible. En este caso las dos variables predictoras explicaron el 50% de la varianza, [$F(2,135) = 68.04, p < .00$]. La única variable que predijo significativamente la necesidad de apoyo material fue la autoestima colectiva, $\beta = .60, p < .00$.

El último de los análisis de regresión, centrado en la necesidad de apoyo emocional, mostró que las dos variables independientes consideradas explicaron el 40% de la varianza, [$F(2,135) = 45.44, p < .00$]. Una vez más fue solamente la autoestima personal la que se predisponía a predecir significativamente la necesidad de apoyo emocional con un nivel $\beta = .59, p < .00$.

Discusión

La principal implicación teórica a la que nos conduce la hipótesis 7 es la de que existe una relación de cierta importancia entre apoyo social y autoestima. Este resultado se inscribe en la línea de diversos estudios (Sarason et al., 1991; Dunkel-Schetter et al. 1987). Así mismo veíamos que la autoconsideración y autoestima positivas son esenciales para mantener niveles elevados de bienestar psicológico y que el efecto deteriorante del estrés sobre los sentimientos de autovaloración podría ser especialmente

dañino en personas mayores (Krause, 1986, 1987 y 1991; Newcomb, 1990).

La satisfacción con la recepción de apoyo se muestra como un predictor más potente sobre la autoestima tanto colectiva como personal que la simple recepción de apoyo, lo que ratifica la importancia de los aspectos cualitativos y subjetivos sobre los cuantitativos y más objetivos (Kessler; 1992; Sarason et al., 1987; Antonucci e Israel, 1986, etc.) .

Por otro lado, en la justificación y discusión de las hipótesis 5 y 6, dejábamos entrever la posibilidad de una asociación entre reciprocidad en el apoyo y autoestima. Decíamos que era en relación con la autoestima donde la capacidad y la posibilidad de prestar ayuda a otros, podría jugar un papel importante. Comentábamos también que el apoyo social podría entenderse como un intercambio entre personas, donde el mismo individuo puede jugar el papel de proveedor y de receptor. Los resultados nos confirman además que la valoración de uno mismo puede ser mayor en la medida en que somos capaces de prestar apoyo a los demás en igual o similar medida a como lo recibimos.

Parece ser de nuevo que los modelos economicistas prevalecen sobre los contrapuestos, y que aunque la ausencia de equidad en las relaciones puede que no sea obstáculo para la recepción de apoyo, la reciprocidad puede hacer que las personas mayores incrementen la opinión y valoración que tienen de ellas mismas y de su identidad social como miembros del grupo de personas de edad, todo ello en concordancia con las ideas de Stroebe y Stroebe (1996) o Antonucci y Jackson (1990a y 1990b), ya revisadas.

En cuanto a los resultados obtenidos en la hipótesis 9, ya en la primera investigación considerábamos las relaciones que podían establecerse entre las diferentes fuentes y tipos de apoyo social y la salud, el bienestar psicológico y la calidad de vida. En esta segunda investigación hemos añadido a la autoestima. A la luz de la bibliografía revisada, esperábamos que el apoyo obtenido de familiares habría de correlacionar más intensamente con la autoestima personal que el apoyo obtenido de fuentes formales como compañeros, vecinos y amigos, cuyo papel había sido relacionado mayormente con el apoyo instrumental y sobre todo con la integración social (Argyle, 1993; Martínez y García, 1995; Martínez, García y Mendoza, 1995). Sin embargo, nuestros resultados no han mostrado las diferencias presumidas, apareciendo unas correlaciones muy semejantes para los tres tipos de fuentes consideradas. Esto es, tanto el apoyo social procedente de los familiares, amigos, vecinos y compañeros, como el suministrado por profesionales y consejeros, correlacionaba en la misma medida con la autoestima personal.

Por otro lado, pensábamos que el apoyo obtenido de amigos, vecinos y compañeros habría de contribuir en mayor medida a la identidad social de las personas, lo que se reflejaría en una correlación más elevada con la autoestima colectiva. Tampoco en este caso los resultados fueron favorables, pues las correlaciones entre el apoyo recibido de los tres tipos de fuentes de apoyo y la autoestima colectiva apenas diferían. Estos resultados, así como la alta correlación existente entre autoestima personal y colectiva, nos llevan a pensar que existe un gran paralelismo en los efectos que el apoyo social tiene sobre ambos tipos de autoestima en la población de mayores.

Nos habíamos interrogado por una cuestión primordial sobre los posibles efectos beneficiosos generales de la autoestima, y su referido efecto positivo sobre constructos como el bienestar o la salud. Habíamos visto cómo efectivamente la autoestima había sido relacionada con la calidad de vida, y otras variables relacionadas (Shaver y Brennan, 1991; Peplau y Perlman, 1982; Leary, 1983; Johnson, 1973) encontrándose una relación bastante estrecha. Y nuestros resultados se inscriben en esta línea. De hecho, la valoración que las personas mayores tienen de sí mismas y de su identidad y pertenencia social se haya estrechamente relacionada no sólo con su bienestar, sino incluso con la percepción que realizan de su propio estado de salud y de su nivel de padecimiento de enfermedades incapacitantes como la osteoartritis.

De acuerdo a la hipótesis 11, los resultados confirman sólo parcialmente lo esperado. Aquellos sujetos que presentaban una autoestima más elevada, mostraron una percepción más elevada de disponibilidad de apoyo en su red social, según el análisis efectuado. Sarason (1991) o Dunkel-Schetter et al. (1987), afirman que sin lugar a dudas, niveles altos de autoestima pueden favorecer la cantidad y calidad de apoyo social recibido, sobre todo el de tipo emocional. Las expectativas de encontrar apoyo de las personas con una autoestima elevada deberían de ser mayores, por lo que no tendrían porqué dudar en iniciar la búsqueda de ayuda en caso de necesidad (Conn y Peterson, 1989).

Sarason et al. (1991) concluían afirmando que aquellas personas que afirmaban tener disponibilidad de apoyo se percibían a sí mismos con mayor autoestima y competencia. Esas percepciones sobre el apoyo social proceden según ellos, de modelos cognitivos establecidos sobre experiencias previas y actuales en la vida social de los sujetos.

Ya comentábamos que parte de los sentimientos de autoestima puede establecerse en base a la percepción de pertenencia a grupos y a la identidad social. Por tanto, esas dimensiones deberían haber estado significativamente asociadas a la autoestima colectiva en mayor grado que a la autoestima personal.

Sin embargo, nuestra hipótesis no se confirma en su totalidad, pues una integración social mayor y una sensación de pertenencia a grupos más elevada, patente en una mayor autoestima colectiva, no presenta correlaciones más elevadas con la percepción de disponibilidad de apoyo que la autoestima personal.

Si bien parece cierto que una mejor integración social puede dar lugar a que las personas perciban que los demás miembros de su grupo de pertenencia pueden poner a su disposición mayor grado de ayuda en caso de necesidad, lo que llama la atención es que la autoestima personal pueda dar lugar en las personas mayores a la misma asociación.

Con respecto a los planteamientos sobre la intimidad reflejados en la hipótesis 12, la autoestima personal -y no así la colectiva- apareció asociada al grado de intimidad existente en las relaciones de apoyo que establece la persona. Estos resultados concuerdan plenamente con los estudios citados en torno a las relaciones de la intimidad y apoyo social (Reis, 1987; Hays y Oxley, 1986; Hobfoll et al., 1986). La intimidad se nos presenta como un predictor excelente de valoraciones positivas de uno mismo.

En relación a la hipótesis 13, la cual no recibió soporte empírico de los datos, podemos comentar como ya decíamos, que resulta plausible suponer que con el paso de los años la persona puede sufrir un deterioro en su capacidad de autosuficiencia, un incremento de la exposición a factores estresantes y de la vulnerabilidad ante ellos, una mayor demanda de necesidades y, por si esto fuera poco, ciertas pérdidas y cambios en la composición estructural de su red social funcional y de su unidad familiar. Así, un hecho observado en las personas mayores es la reducción en ciertas variables o parámetros concernientes a sus redes sociales. Es palpable la reducción del tamaño y la densidad de estas redes, el aumento de la distancia física con algunos familiares, la disminución en la frecuencia de contactos con otros miembros de la red, etc... Así, por una parte, parece lógico pensar que, como consecuencia de todos estos cambios, las personas mayores vean afectadas la percepción de sí mismos y especialmente su autoestima. Sin embargo, por otra parte, no debemos pensar en una población mayor desasistida, sumamente dependiente, aislada o sin una vida social activa (Gottlieb, 1983) y, por tanto, quizás su autoestima no tenga porqué verse afectada.

Por otra parte veíamos cómo diversos investigadores (Cowen, 1982; Antonucci y Jackson, 1990; Martínez, García y Mendoza, 1995b) han confirmado la idea que señala a los familiares como los recursos primarios a los que las personas acuden cuando necesitan ayuda para afrontar problemas de la vida diaria en los que está presente el estrés. La ayuda familiar favorece incluso sensaciones de felicidad y bienestar tanto en el receptor como en el proveedor (Antonucci y Depner, 1982).

Nuestros resultados muestran que las personas mayores que viven solas no muestran menores niveles de autoestima personal y colectiva que quienes viven acompañadas, al contrario de lo que suponíamos. El hecho de tener una composición familiar bien establecida y numerosa podría fomentar mejores sentimientos de valoración de uno mismo. Sin embargo en nuestro estudio queda patente que ambos conceptos no están relacionados. La autoestima, tanto personal como colectiva, puede mantenerse en niveles adecuados incluso en condiciones de soledad.

Por último, en relación a la hipótesis 14 y en definitiva, podemos apreciar que la autoestima predice el grado de necesidad de apoyo social en su triple vertiente, aunque no parece haber diferencias apreciables entre los tres tipos de necesidades.

Ya hemos visto cómo la autoestima no sólo estaba relacionada con una mayor recepción y satisfacción con el apoyo social obtenido, sino que también predecía una mejor percepción de apoyo disponible. En esa línea también hemos constatado que la autoestima, a nivel general, se ve asociada con una más reducida percepción de eventos potencialmente estresantes en la vida de los individuos. Nuestros resultados han mostrado que las valoraciones positivas acerca de la identidad personal y la identidad social, implican menor grado de expresión de necesidades de información, ayuda material y emocional, lo que concuerda con la idea de que la autoestima se relaciona estrechamente con el bienestar.

El planteamiento de nuestras dos subhipótesis pretendía establecer diferencias y conocer las relaciones específicas entre cada tipo de necesidad concreta y su posible asociación óptima predictiva con cada tipo

de autoestima, y en este sentido veíamos que nuestras predicciones no se confirmaban en el sentido esperado. Esperábamos encontrar que una autoestima personal más baja se relacionaría con mayor tipo de necesidades percibidas de tipo emocional e informativo. Sin embargo, no se encontraron diferencias en ese sentido siendo lo único significativo que la autoestima personal se asocia en general, al igual que la autoestima colectiva, a mayor grado total de necesidades percibidas. Comprobábamos también que a la luz de los análisis de regresión, la autoestima personal podría predecir en mayor medida la necesidad de información, como sospechábamos. En el mismo sentido, la autoestima personal predijo la necesidad de apoyo emocional en comparación con la autoestima colectiva, siendo esta última la que tenía poder predictivo sobre la necesidad de apoyo material e instrumental. Todos estos resultados dan cierta compostura a nuestras presunciones y confirman de manera aceptable nuestras conjeturas.

D) Hipótesis sobre efectos de modulación

Un último bloque de planteamientos se establece en torno a dos cuestiones fundamentales presentes durante toda esta tesis. Por un lado la exactitud con que nuestros datos pueden ajustarse a la descripción de un posible efecto amortiguador del apoyo social en la relación entre el estrés y el continuo salud-enfermedad. Y por otro si la autoestima podría estar jugando un papel parecido en relación al efecto del estrés sobre el bienestar. Dos hipótesis principales han sido planteadas sobre las dos cuestiones planteadas.

Hipótesis 15

La primera de ellas se dirige a determinar si realmente puede hablarse de un efecto de amortiguación del apoyo social en los efectos que el estrés tiene sobre el bienestar así, *la correlación entre apoyo social y bienestar será diferente en las personas con alta y con baja percepción de estrés.*

Se llevó a cabo un análisis de regresión por pasos en el que se tomó como variable dependiente el bienestar y como variables independientes en un primer paso a la satisfacción total con el apoyo recibido y en un segundo paso a la interacción entre esta última y el estrés. Ambas variables predijeron un 60% de la varianza total [$F(2,136) = 102.58, p < .00$]. El hecho de que la interacción fuera significativa, $\beta = -.50, p < .00$, demuestra un efecto moderador del estrés sobre el bienestar. Para averiguar con mayor exactitud cómo era ese efecto moderador, se dividieron a los sujetos en dos grupos, según su puntuación en estrés (por encima o por debajo de la mediana en este ítem) y se calcularon las correlaciones entre la satisfacción con el apoyo social recibido y el bienestar en ambos dos grupos. Los resultados aparecen en la figura 3.8 y en la tabla 3. 25.

FIGURA 3.8.- Efecto de amortiguación del apoyo social.

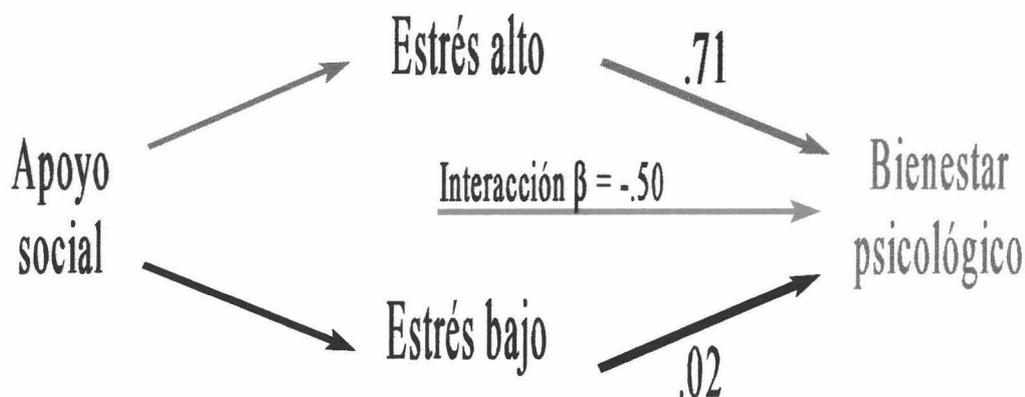


TABLA 3.25.- Correlaciones entre apoyo social y bienestar psicológico.

Correlación entre bienestar y apoyo social	<i>r</i>
En sujetos con niveles de estrés bajos	$r = .02$ ($p = .86$)
En sujetos con niveles de estrés altos	$r = .72$ ($p < .00$)

Los resultados soportan nuestro planteamiento hipotético y el modelo de amortiguación. El apoyo social desempeñaría un papel reductor en los efectos del estrés sobre el bienestar, siendo esa función mayor cuanto mayor es la exposición a eventos estresantes.

Hipótesis 16

Nos planteábamos ahora conocer si se podrían percibir diferencias en la relación del apoyo social con el bienestar dependiendo de los niveles de autoestima en las personas. Veíamos en la parte teórica así como en la introducción de este capítulo, dos planteamientos surgidos en orden a explicar posibles relaciones entre la recepción de ayuda y la autoestima (Fisher et al., 1982). Uno de ellos, la hipótesis de la consistencia afirmaba que la autoinformación negativa inherente a la recepción de ayuda (por ejemplo la relativa inferioridad, dependencia o incapacidad de resolver problemas), afectaría más a personas con altos niveles de autoestima en comparación con individuos con baja autoestima. La segunda hipótesis ideada por estos autores se denomina de la *vulnerabilidad*, según dicho planteamiento teórico, una baja autoestima de los individuos hace que tengan cogniciones inferiores sobre sí mismos, así como que sean más vulnerables y que tiendan a desarrollar informaciones negativas de sí mismos, en comparación con personas con autoestima elevada. Consecuentemente, aquellos individuos con baja autoestima se sentirán más amenazados por la inferioridad y la dependencia que van asociadas con la consecución de ayuda. O en otras palabras, las personas con niveles de autoestima más bajos, podrían ser más vulnerables a una percepción negativa de sí mismos a consecuencia de la recepción de ayuda.

Las investigaciones llevadas a cabo sobre los planteamientos expuestos parecen confirmar la hipótesis de la consistencia, lo que podría explicar que personas con altos niveles de autoestima sean más reticentes a buscar ayuda. Además implicaría que aquellas personas con niveles bajos de autoestima se verían menos amenazados ante la necesidad de buscar ayuda o apoyo social.

Nuestro planteamiento se fundamenta en averiguar si la autoestima puede entenderse como una variable moderadora de los efectos del apoyo social sobre el bienestar, o no. Concretamente, esperábamos que *se percibirían diferencias entre los sujetos con altos y bajos niveles de autoestima personal en cuanto a la correlación entre apoyo social y bienestar. Siendo esta correlación más intensa en el caso de los sujetos con menor autoestima.*

El análisis de regresión efectuado mostró que sobre el bienestar psicológico tomado como variable dependiente, la satisfacción total con el apoyo recibido y la interacción entre esta variable y el nivel de autoestima, explicaron el 62% de la varianza, $[F(2,136) = 109.13, p < .00]$. El hecho de que la interacción predijera significativamente el bienestar psicológico, $\beta = -.51, p < .00$, indica que la influencia del apoyo sobre el bienestar depende de los niveles de autoestima de la persona. Para averiguar el significado de ese efecto moderador, se obtuvieron las correlaciones entre la satisfacción con el apoyo social recibido y el bienestar divididos los participantes en dos grupos según sus puntuaciones en autoestima (alta o baja). Los resultados de las mismas se detallan en la figura 3.9 y en la tabla, 2. 26.

FIGURA 3.9. Efecto modulador del apoyo social.

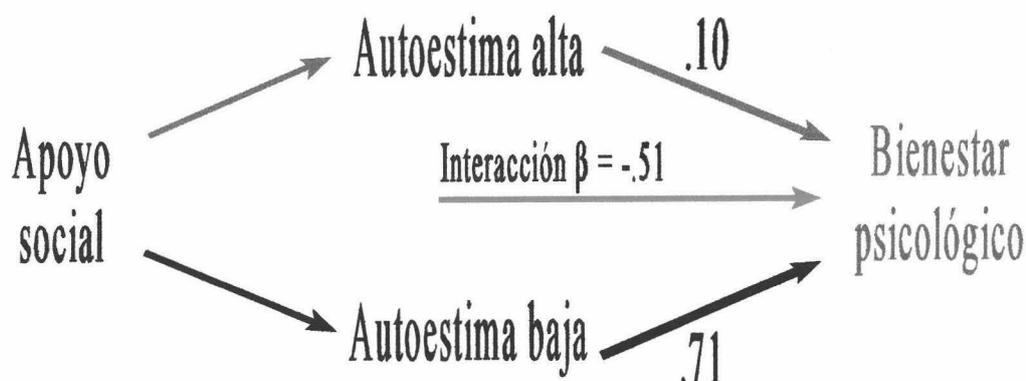


TABLA 3.26.- Correlaciones entre apoyo social y bienestar psicológico.

Correlación entre bienestar y apoyo social	<i>r</i>
En sujetos con niveles altos de autoestima	$r = .10$ ($p = .40$)
En sujetos con niveles bajos de autoestima	$r = .71$ ($p < .00$)

Como puede verse aquellas personas que se incluyeron en el grupo de altas puntuaciones en autoestima presentaron una correlación que no fue significativa entre su nivel de bienestar y el apoyo social que recibían. En cambio, la correlación de la satisfacción con el apoyo total recibido fue elevada y significativa en aquellos sujetos con baja autoestima. Este dato

elevada y significativa en aquellos sujetos con baja autoestima. Este dato presenta unas connotaciones importantes en lo que es la asociación entre apoyo social y bienestar psicológico, pues dependiendo del nivel de autoestima, el apoyo social se asocia diferencialmente a un mejor bienestar psicológico.

Discusión

En el capítulo 1 dedicábamos un amplio espacio a la polémica establecida entre el efecto directo que podría llevar a cabo el apoyo social sobre el bienestar, frente al modelo de amortiguación, que defendería un efecto del apoyo social sobre el bienestar sobre la base de la reducción gradual de los efectos perniciosos del estrés (Cohen y Wills, 1985; Barrón, 1996; Cohen y Syme, 1985; Bloom, 1990). La polémica ya aludida no parece encontrar soporte empírico a lo largo de la gran cantidad de investigaciones que se han centrado en este tema, ni parece poder encontrarlo en un futuro próximo debido a la inconsistencia terminológica, operativa y metodológica que divide a los investigadores.

Nosotros pretendíamos estudiar en nuestros participantes primero, si realmente en ellos podía observarse un efecto diferencial del apoyo social sobre el bienestar en función del grado de estrés al que la persona se encuentra expuesta. El diseño de nuestro estudio, así como la metodología de investigación utilizada, nos han permitido constatar un efecto potente de amortiguación en detrimento de un efecto directo que no se ha manifestado.

Pensamos, de acuerdo también con otros autores (Cohen y Wills, 1985), que no estamos ante dos modelos contrapuestos e incompatibles, sino que por el contrario ambos pueden ejercer un efecto paralelo sobre el bienestar. Es obvio que algunos componentes del apoyo social como la información, los consejos o el apoyo emocional, pueden causar un efecto sobre el bienestar con independencia de la exposición a estresores. Pero también pensamos que el efecto más potente sobre la salud y el bienestar psicológico al que puede contribuir el apoyo social, se ubica en presencia de circunstancias en las que está presente el estrés.

Un segundo punto sobre el que nos centrábamos en este último bloque de hipótesis, estaba constituido por el plausible papel que podría estar desempeñando la autoestima (de tipo personal) en la relación que hemos constatado entre el apoyo social y el bienestar. En nuestro planteamiento original, considerábamos que el apoyo social podría tener un efecto potenciador del bienestar pero dependiendo de una variable moduladora como es la autoestima, partiendo de las ideas de Krause (1986 y Krause y Markides, 1990, etc.). Los resultados obtenidos confirman que esto es así. En aquellos sujetos con niveles bajos de autoestima aparece una asociación más potente entre su bienestar y una alta satisfacción con el apoyo social que reciben. En cambio, en los sujetos con alta autoestima esta relación no es significativa. Así, pues, estos resultados apoyan de alguna manera, aunque no totalmente, la hipótesis de la consistencia de Fisher et al., (1982) ya revisada, dado que en las personas con alta autoestima su bienestar no parece depender del apoyo recibido, cosa que sí ocurre en quienes tienen una autoestima menor. En estas personas recibir apoyo social podría potenciar su bienestar y no recibirlo, deteriorarlo.

Nuestros resultados podrían interpretarse a la luz de las ideas defendidas por Krause y Borawski-Clark (1994), en las que consideraban que el apoyo social podría estar reduciendo el efecto perjudicial del estrés a través de una potenciación de la autoestima.

V. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de esta tesis nos hemos planteado dos objetivos primordiales que creemos haber cubierto. Uno era el de revisar los resultados habitualmente encontrados en la investigación realizada en este área, centrada en los efectos del apoyo social sobre el bienestar de las personas, su salud o su calidad de vida. El otro, a nuestro juicio de naturaleza más difícil, consistía en analizar las posibles implicaciones que la valoración que las personas hacen de sí mismas puede jugar en la relación entre apoyo social y bienestar. Estos dos temas presentan un aspecto original en nuestro trabajo: el haber sido realizado en personas mayores, donde los estudios centrados en el apoyo social, pese a la eclosión manifestada en los últimos años, son bastante menos numerosos. En este apartado nos centraremos en relacionar los resultados de los dos estudios empíricos realizados con la literatura que se revisó en el capítulo primero, así como en formular algunas conclusiones generales.

En la parte teórica de esta tesis, en la que se realizó una revisión sobre el apoyo social, ya señalamos un hecho que dificulta la investigación en este campo de estudio. Se trata de la abundancia de literatura, que no supondría en absoluto un problema, a no ser por la gran confusión terminológica, conceptual y metodológica que genera. No solamente nos encontramos con divergencias teóricas, lo que enriquece el discurso científico, sino planteamientos metodológicos encontrados y conceptualizaciones a veces incluso difíciles de relacionar entre sí. Es imprescindible en este sentido, intensificar los esfuerzos por lograr una delimitación del concepto de apoyo social, comenzando por su definición, y terminando por un esclarecimiento de la metodología adecuada para su evaluación e investigación. Como señala Ana Barrón (1996), a veces

corremos el riesgo de llevar a cabo planteamientos que no operacionalizan de manera independiente el estrés de conceptos semejantes, como el malestar psicológico o ciertas rupturas en las redes sociales. Además, no suelen ser frecuentes las investigaciones que se dirijan a escudriñar los verdaderos mecanismos de actuación a través de los cuales el apoyo social incide en el bienestar y la salud. En este sentido parecería necesario el diseño de investigaciones experimentales o cuasi-experimentales que puedan permitirnos establecer relaciones causa-efecto sobre los mecanismos y consecuencias sospechadas. Sin embargo también parece obvia la necesidad de realizar estudios previos de tipo correlacional que den pistas de por donde pueden establecerse sucesivos planteamientos más experimentales. Las investigaciones no experimentales, como en este caso, pueden ser muy esclarecedoras sobre todo teniendo presentes las limitaciones éticas que como muy bien señala House (1981) no serán nada desdeñables cuando decidamos manipular el grado de apoyo social en grupos de personas. No obstante, las dificultades que entrañaría realizar estudios experimentales en este área pueden verse aliviadas con la realización de investigaciones correlacionales pero en las que se apliquen técnicas de análisis que permitan la elaboración de relaciones causales.

A continuación, y aunque tras la descripción de los resultados de cada uno de los bloques de hipótesis hemos ofrecido la discusión de los mismos, no nos sustraemos a comentar algunos resultados que nos han llamado especialmente la atención, en orden a establecer algunas conclusiones.

Hemos podido comprobar de entrada que la mayoría de nuestras hipótesis han obtenido un sólido soporte desde los análisis estadísticos llevados a cabo y que muchos de nuestros interrogantes han encontrado contestación en uno u otro sentido. Aquellas hipótesis que han tenido que ser rechazadas porque sus supuestos no eran confirmados por los datos, han aportado también conclusiones que no por inesperadas, son menos interesantes.

Una de las principales cuestiones que han encontrado soporte ha sido la constatación de la relación entre la percepción de estrés y el bienestar subjetivo en las personas mayores. Dicha línea de investigación se imponía como previa a la que persigue de manera tradicional las relaciones entre apoyo social y estrés. Así, los científicos han examinado extensamente el impacto del estrés en la salud y la mediación posterior en esta relación del apoyo social. Aunque dicha relación era conocida y estaba suficientemente demostrada en la literatura tradicional (Sánchez 1988), nuestra investigación ha ratificado, una vez más, que en personas mayores la exposición a eventos estresantes es una de las variables que más se asocian con el deterioro del bienestar personal. No sólo se constata esta asociación en la dirección esperada, sino que además el estrés también ha aparecido relacionado con la percepción de salud y la sensación subjetiva de padecimiento de osteoartritis.

Blum (1981) entiende la salud como una capacidad de mantener un equilibrio entre la edad, las necesidades sociales, las acometidas de posibles eventos estresantes, el padecimiento de enfermedades e incapacidades en orden a asegurar la propia supervivencia y la de la

especie, así como a conseguir o mantener un cierto grado de realización y satisfacción personal. Dada esta concepción, la investigación realizada en este campo ha ido descubriendo paulatinamente factores que favorecen o empobrecen el desarrollo genérico de la salud. Entre esos factores se encuentran el apoyo social y el estrés o las influencias de los contextos donde las personas interactúan. En este sentido, estamos de acuerdo con la afirmación de Barriga y León (1990) acerca de que la conducta del hombre sano y la del hombre enfermo no pueden comprenderse si no se contextualizan y se contemplan en relación con otras muchas variables psicosociales.

Hace ya algún tiempo que French y Kahn (1962), al estudiar los factores que influían en la aparición de enfermedades, concluían que eran cuatro los factores que determinaban los estados de salud: las características objetivas y subjetivas del ambiente social, las características físicas y psicológicas de la persona y, por último, las características conductuales de la persona. Estos trabajos se consideraron muy importantes porque otorgaban relevancia a lo subjetivo y porque reconocían el papel de ciertas variables mediadoras en la aparición o desarrollo de la enfermedad (Gotlieb, 1981). En ese sentido, nuestros resultados, además de confirmarnos una vez más que el concepto de salud es algo más extenso que la mera ausencia de enfermedad, nos indican que la percepción de la ubicación personal en el continuo salud-enfermedad, así como del padecimiento concreto de enfermedades, puede verse afectada por la mera exposición a estresores, y lo que es más importante, por otros factores de tipo psicosocial procedentes de la interacción con los miembros de la red social proximal.

Hemos llegado a la conclusión de que dadas las circunstancias específicas de vulnerabilidad en las que se encuentran algunas personas mayores, es posible que el estrés sea causa frecuente de la reducción de su bienestar. No sería mala idea, sin embargo, orientar futuros estudios hacia la investigación de los procesos estudiados en otros sectores de la población, comparándolos con las personas mayores e intentando averiguar las similitudes y diferencias.

Un resultado importante de nuestra investigación es que los aspectos perceptivos de las interacciones de apoyo, y concretamente la satisfacción con el mismo, se situaban en un lugar de máxima relevancia, sobre todo cuando se comparaban con aspectos más cuantitativos del apoyo social. Estos resultados concuerdan con las nuevas conceptualizaciones sobre los aspectos perceptivos que algunos autores mantienen (Dunkel-Schetter, et al., 1987 y Dunkel-Schetter y Benett, 1990). La satisfacción con el apoyo recibido se nos revelaba como uno de los componentes nucleares del apoyo social que subyace a una mejor percepción del bienestar personal y por extensión de la salud.

En lo que respecta a la satisfacción con el apoyo recibido de las principales fuentes de apoyo consideradas, nuestros resultados no coinciden plenamente con los esperados, al no existir diferencias insoslayables entre dichas fuentes. Nuestros resultados, salvo excepciones aisladas, confirmaban que todas las fuentes de apoyo contribuyen al bienestar de alguna manera y no nos permitían establecer discriminaciones significativas entre ellas de acuerdo a la bibliografía revisada (Gracia, 1997 o Martínez et al., 1995, por ejemplo). Si bien algunos autores mantienen

que la mera presencia de personas de confianza en la red social es suficiente no sólo para una percepción mejor de bienestar, sino también como un mecanismo protector que reduce la tensión y la ansiedad ante eventos estresantes, la mayoría de los investigadores sugieren que cada fuente de apoyo puede tener un rol específico en la provisión de apoyo. La familia puede concebirse como la fuente de ayuda primordial para las personas mayores, de ella se puede recibir casi todos los tipos de ayuda, aunque su especialidad puede estribar en una ayuda más asociada a incapacidad, al día a día y a cantidades de apoyo mayores. Las amistades y vecinos podrían estar asociadas a un apoyo instrumental y emocional, y en situaciones de emergencia pueden llegar a jugar un papel de marcada relevancia. También esperábamos encontrar, guiados por los resultados de Cowen (1982), una reducida importancia de los recursos profesionales en la provisión de apoyo. De la misma manera que, siguiendo los argumentos de Gracia (1997), se esperaba que las personas mayores prefirieran la red informal de apoyo antes que acudir a profesionales. Sin embargo, nuestros resultados no muestran un apoyo sólido para estas consideraciones.

En la primera investigación se incluyeron algunos índices de naturaleza más objetiva del nivel de salud y bienestar, como la realización de actividades o la frecuencia de contactos con los miembros de la red social proximal. Estos indicadores aparecieron claramente relacionados con la salud y el bienestar, lo que concuerda con ciertos planteamientos de Gottlieb (1981) y, además, con la cantidad de apoyo social recibido y la satisfacción con ese apoyo. Así pues, parece que una manera de mantener los flujos de apoyo en buen estado o la red social activa, consiste en favorecer la mera interacción entre las personas.

Un segundo gran bloque de resultados, materializado en la segunda investigación, concierne al papel concreto que la autoestima puede jugar en la asociación entre apoyo social y las variables relacionadas con el bienestar y el continuo salud-enfermedad. En este sentido observábamos, tal y como ocurría en la primera investigación, cómo la exposición a eventos estresantes no sólo se encuentra en disposición de afectar a la percepción del propio estado de salud, sino que puede ser relacionada con la valoración que la persona ejerce de sí misma. Los niveles de autoestima de una persona pueden verse seriamente afectados dependiendo del estrés al que está sometida en su vida diaria o del apoyo del que cree disponer en su red social. Pudiera ser, coincidiendo con Krause (1987 y 1991), que uno de los mecanismos por los cuales se produce este impacto pernicioso del estrés sobre la autoestima se fundamenta en la valoración que la persona hace de su incapacidad para solucionar la situación problemática generadora de estrés. La imposibilidad de afrontar exitosamente el evento estresante parece ser uno de los factores concretos que se asocian al deterioro del bienestar (Cohen y Wills, 1985). También pudiera ser que la atribución que de esa circunstancia hace el individuo fuera la que le conduce a una pérdida en la valoración que hace de sí mismo y de sus habilidades.

La percepción de eventos estresantes no sólo ha aparecido asociada en esta tesis a una mayor necesidad de apoyo social, sino que también hemos establecido la relación que existe entre el hecho de tener menor apoyo informativo o estratégico y la mayor probabilidad de padecer estrés en la vida diaria. La disposición de información es una de las variables a las que quizá menos atención se le ha prestado tradicionalmente y que más

podrían prevenir el curso de los efectos del estrés, tal y como argumentan Cohen y Wills (1985) o Stroebe y Stroebe (1996). En ese sentido y a pesar del peso tradicional que se le ha dado al apoyo emocional (Gracia, et al., 1995), en nuestra investigación su importancia no es tan absoluta como cabría esperar. Así, aunque en la primera investigación el apoyo de tipo emocional y afectivo se mostraba como el tipo de apoyo versátil y potentemente asociado a bienestar que ha sido evidenciado en diversos estudios (Wills, 1985, Barrón et al., 1988) y que se asocia en gran medida a la recuperación de los efectos devastadores del estrés, en la segunda investigación esta preponderancia del apoyo emocional no ha sido tan manifiesta. La diferencia encontrada entre ambas investigaciones podría interpretarse como debida a la diferente composición de las dos muestras utilizadas. En el primer caso se trata de una población socialmente depauperada. En ella el apoyo social emocional puede ser el más echado en falta y el que puede fomentar el bienestar potenciando sentimientos que favorezcan la recuperación del estrés una vez que los problemas ya han ocurrido. La segunda muestra parece estar situada en un nivel de mayor pragmatismo, donde el apoyo más solicitado puede ser el que conduce a la solución de problemas, posiblemente porque se tiene una percepción mayor de la posibilidad de poder solucionarlos. En ese sentido, un apoyo informativo y material o estratégico adecuado puede ser el más necesitado y el más conveniente.

No obstante, también es necesario reparar en las similitudes encontradas entre ambas muestras en lo que se refiere al apoyo recibido y a la satisfacción con el mismo, siendo la satisfacción en ambos casos la

dimensión que más potentemente ha correlacionado con el bienestar y otros índices relacionados.

La presencia de estrés en la vida de las personas puede disminuir el apoyo social real disponible que tiene la persona y también puede causar un efecto erosionador en los recursos de apoyo social percibidos como disponibles, de acuerdo con las ideas revisadas de Lin (1986). Así, podemos entender que la exposición frecuente o constante a eventos estresantes y problemas puede resultar estigmatizante y puede ser causa de una menor recepción de apoyo social. Como Barrera (1988) afirmaba, determinadas circunstancias personales, como el padecimiento de ciertos desórdenes y enfermedades (depresión, esquizofrenia, cáncer), pueden dar lugar a menor recepción de apoyo, provocando un efecto de evitación social por parte de los miembros de la red social. Esa estigmatización puede dar lugar a que en personas que han sufrido demasiada exposición a estresores se de menor recepción de apoyo desde sus redes sociales proximales (Wortman y Lehman, 1985).

En esta segunda investigación explorábamos también la relación existente entre percepción de ayuda disponible y capacidad de devolver la ayuda. Confirmábamos la analogía del “banco de apoyo” (Antonucci y Jackson, 1990a y 1990b) y demás modelos economicistas Homans (1974) o Thibaut y Kelley (1959). La reciprocidad se nos presentaba como una variable que puede proporcionar no sólo una mayor percepción de que se dispone de ayuda para el caso de que se la necesite, sino también un mayor bienestar. De acuerdo con Gracia (1997), se nos confirma la idea de que proporcionar ayuda a otros, así como la sensación de que se puede

contribuir al bienestar de los demás e incluso sentir que los demás te necesitan, son factores importantes por su contribución al bienestar personal así como a la valoración que se tiene de uno mismo.

Las personas mayores de nuestra investigación parecen percibir una red social amplia, pues perciben altos niveles de disponibilidad de apoyo. Sin embargo, dado que su capacidad para devolver la ayuda que se les proporciona no parece tan alta, parece plausible que no podamos rechazar totalmente las hipótesis no economicistas (Clark y Mills, 1979). Posiblemente tanto los planteamientos economicistas como los opuestos podrían estar operando de manera complementaria y simultánea. No obstante, nos inclinamos a pensar que las situaciones de reciprocidad contribuyen más al bienestar y a una mayor valoración de uno mismo que las mancomunales o de dependencia.

En relación con el efecto del apoyo social sobre el bienestar, nuestros datos nos hacen inclinarnos hacia el modelo de amortiguación del estrés (Cohen y Wills, 1985, entre otros). Si bien dado el carácter limitado de nuestra investigación no descartamos un efecto positivo general del apoyo social sobre el bienestar de las personas independientemente del nivel de estrés al que se sometan, los datos de la segunda investigación muestran claramente que cuando el bienestar se ve perjudicado por la exposición al impacto del estrés, el apoyo social juega un papel relevante como modulador; sin embargo, cuando el nivel de estrés es bajo entonces no aparece relación entre apoyo social y bienestar.

En la segunda investigación también ha aparecido que la autoestima está más relacionada con la satisfacción con el apoyo recibido que con la mera recepción de apoyo.

Nos ha llamado la atención y de alguna manera nos ha sorprendido, el hecho de no encontrar las diferencias esperadas teniendo en consideración a las diferentes fuentes de apoyo social. Esperábamos que las fuentes familiares pudieran estar más significativamente asociadas con la autoestima personal y en menor medida con la autoestima colectiva. Mientras que por el contrario, los amigos, compañeros y vecinos, se asociarían más con la autoestima colectiva, debido a la relación que tales fuentes parecen mantener con la integración social (Martínez, et al., 1995, Gracia, 1997) así como con la pertenencia a grupos y la identidad social.

Pero más sorprendente aún ha sido constatar la estrecha relación que en la población de mayores tienen los dos tipos de autoestima considerados. En casi todas las hipótesis han aflorado correlaciones muy similares en relación con los dos tipos de autoestima cuando eran comparadas con la misma variable. Si bien la correlación encontrada por Luthanen (1992) entre la escala de autoestima colectiva y la de autoestima de Rosenberg oscila entre .36 y .38, en nuestro caso dicha correlación es bastante mayor (.85). Una interpretación posible es que la autoestima personal en los mayores posiblemente está constituida en gran medida por su pertenencia al grupo de mayores. No obstante, la adaptación de los items del cuestionario de autoestima colectiva para hacerlos específicos a la pertenencia al grupo de personas de edad, puede haber favorecido el incremento de la correlación con la escala Rosenberg, a pesar de que según

los criterios de los autores las características psicométricas del instrumento no tendrían porqué haberse visto alteradas.

Suponiendo una diferenciación clara entre ambos tipos de autoestima esperábamos también encontrar una mayor percepción de disponibilidad de apoyo en aquellos sujetos con un nivel más alto de identidad social expresada a través de su autoestima colectiva. Sin embargo encontramos de nuevo, en coherencia con lo explicado en el párrafo anterior, que la autoestima personal puede correlacionar en igual medida con esa percepción de disponibilidad de apoyo en la red social proximal.

En los análisis planteados en relación con la intimidad, hemos podido establecer, de acuerdo entre otros con Hobfoll et al., (1986) que cuando los lazos de intimidad en las interacciones entre las personas son más estrechos, se producen mejores valoraciones de uno mismo. La capacidad de establecer relaciones íntimas, además de asociarse a una mayor satisfacción con el apoyo que se recibe y una cantidad mayor de apoyo recibido, es una variable que en sí misma y quizá debido a esa potenciación de las interacciones de apoyo, puede promover la autoestima de las personas.

A pesar de los resultados sorprendentes obtenidos, podemos apreciar cómo todos los resultados configuran un complejo rompecabezas donde a la postre la autoestima se presenta como un personaje central en la relación que mantenía el apoyo social con el bienestar.

En este sentido, lo más destacado del análisis de ese papel mediador de la autoestima, han sido los resultados obtenidos en la última de nuestras hipótesis.

Llegábamos a la conclusión de que la autoestima podría modular la relación observada entre apoyo social y bienestar. En los sujetos con elevada autoestima el apoyo social no tiene tanta fuerza promotora de bienestar como en los sujetos con baja autoestima. Estos resultados se integran en la línea de las ideas Krause (1986 y Krause y Markides, 1990) quienes indicaban que el apoyo social tendería a potenciar el bienestar por su efecto sobre la autoestima. Nosotros pensamos que el papel de la autoestima se establece por su capacidad de potenciar el influjo del apoyo social, siendo ese efecto resultante el que favorecería en última instancia la recepción de apoyo social y la percepción del bienestar propio. Igualmente tenemos que considerar la hipótesis de la consistencia de Fisher, et al., (1982) como más acorde a nuestros datos, siendo las personas bajas en autoestima las que pueden ver potenciado su bienestar en situaciones de estrés, cuando reciben apoyo social.

Para concluir, expresar un último comentario en referencia a las dificultades surgidas a lo largo de la realización de esta tesis, dificultades que han merecido la pena por los resultados obtenidos en torno al estudio del apoyo social en las personas mayores, un tema de especial interés para mí. No quiero por último, dejar pasar esta ocasión para expresar mi satisfacción con los resultados obtenidos por lo de relevantes que pudieran resultar en orden a investigaciones futuras susceptibles de ser realizadas.

En esa línea de trabajo existen todavía múltiples posibilidades por descubrir y un campo apasionante para la realización personal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLO-BANFI, M, CARDIEL, M.H., RUIZ-MERCADO, R Y ALARCÓN-SEGOVIA, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). *Journal of Rheumatology*, 21, 7, 1250-1255.
- AFFLECK, G. PFEIFFER, C, TENNEN, H. Y FIFIELD, J (1988). Social support and psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1: 71-77.
- ALBEE, G.W. (1959). *Mental health manpower trends*. New York: Basic Books.
- ANDREWS, F.M., Y ROBINSON, JP. (1991). Measures of subjective Well-Being. En J.P. Robinson, P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.) *Measures of Personality and social Psychological Attitudes*. California: Academic Press.
- ANTONUCCI, T.C. Y DEPNER, C.E. (1982). Social support and informal helping relationships. En T.A. Wills (Ed.). *Basic processes in helping relationships*. Nueva York: Academic Press.
- ANTONUCCI, T.C. E ISRAEL, B.A. (1986). Veridicality of social support: a comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 432-437.
- ANTONUCCI, T.C. Y JACKSON, J.S. (1990a). The role of reciprocity in social support. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: an interactional view* (173-189). Nueva York: Wiley.

ANTONUCCI, T.C. Y JACKSON, J.S. (1990b). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L.L. Carstensen y B.A. Edelman (Eds.) *Intervención psicológica y social* (pgs. 129-148). Barcelona: Martínez Roca.

ARGYLE, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 6. 5-15

BARRERA, M. Y AINLAY, S.L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11. 133-143.

BARRÓN, A. (1989). *Estrés psicosocial, apoyo social y depresión en mujeres. Un estudio empírico en Aranjuez*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

BARRÓN, A. (1990). Apoyo Social: definición. *JANO*, (38) 898. 62-73.

BARRÓN, A. (1990). Perspectivas de estudio en el apoyo social. *JANO*, (38) 898, 74-85.

BARRÓN, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

BAUM, A., SINGER, J.E. Y BAUM, C.S. (1981). Stress and the environment. *Journal of Social Issues*, 37, 4-35.

BERKMAN, L.F. (1985). Relationship of social networks and social support to

morbidity and mortality. En S. Cohen y L. Syme. *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.

BERKMAN, L.F., SYME, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.* 109: 186.

BILLIG, M. Y TAJFEL, H. (1973). Social categorization and similarity in intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 3, 27-52.

BLASCOVICH J. Y TOMAKA, J. (1991). Measures of self-esteem. En J.P. Robinson; P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.) *Measures of personality and social psychological Attitudes*. (115-160). Nueva York: Academic Press.

BLOOM, J.R. (1990). The relationship of social support and health. *Social science and Medicine*, 30, 5, 635-637.

BOWLBY, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Tavistock Publications.

BOWLING, A. (1987) Mortality after bereavement: A review of the literature on survival periods and factors affecting survival. *Social Science and Medicine*, 24, 24-117.

BOWLING, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the

successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam. Pract.* 68, 1- 8.

BRANDT, K.D. (1988). Osteoarthritis. *Clin Geriatr Med*, 4, 279.

BRANDT, K.D. (1989). Management of osteoarthritis. (1501-1512). En W.N. Kelley et al (eds). *Rheumatology*, (3d ed). Philadelphia: Saunders.

BRANDT, K.D. Y KOVALOV-ST.JOHN, K (1991). Osteoarthritis. En J.D. Wilson; E. Braunwald; K.J. Isselbacher; J.B. Martín; A.S. Fauci y R.K. Root (Eds.) *Principios de Medicina Interna* (120 Edición) (Pp.1710-1714). Méjico, D.F.: Interamericana, McGraw-Hill.

BRANDT, K.D., Y RADIN, E. (1987). The physiology of articular stress: Osteoarthrosis. *Hosp Practice*, 22, 103.

BRANDT, KD. (1985). Osteoarthritis: Clinical patherns and pathology. En W.N. Kelley et al. (eds.) *Textbook of Rheumatology*, 2d ed. (1432-1448). Philadelphia: Saunders. 1432-1448.

BREWER, M.B. (1979). Ingroup bias in the minimal intergroup situation: a cognitive motivational analysis. *Psychological Bulletin*, 86, 307-324.

BREWER, M.B. Y MILLER, N. (1996). *Intergroup relations*. Buckingham, United Kingdom: Open University Press.

-
- CAPLAN, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York, Basic Books. (Principios de Psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós, 1978).
- CAPLAN, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Nueva York: Basic Books.
- CASSEL, J. (1974). Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- CASSEL, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104, 107-123.
- CIOMS (1963). The epidemiology of chronic rheumatism. En *Atlas of standard radiographs of arthritis*. Oxford: Blackwell.
- CLARK, M.S. Y MILLS, J. (1979). Interpersonal attraction in exchange and communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37,12-24.
- COBB, S. (1976). Social support as a moderatos of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- COHEN, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- COHEN, S. (1992). Stress, social support and disorder. En H.O.F. Veiel y U.

Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (109-123). New York: Hemisphere Press.

COHEN, S. Y MERMELSTEIN, R., KAMARCK, T. Y HOBERMAN, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. En I.G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

COHEN, S. Y MCKAY, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En A. Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (Eds.) *Handbook of psychology and health*. (Vol. 4, pgs. 253-267). Nueva York: Erlbaum.

COHEN, S. Y SYME, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press

COHEN, S. Y WILLIAMSON, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health* (31-67). Newburg Park, California: Sage.

COHEN, S. Y WILLS, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.

COHEN, S., SHERROD, D.R., Y CLARK, M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973.

- COLEMAN, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- CONN, M.K. Y PETERSON, C. (1989). Social support: Seek and ye shall find. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 345-358.
- COOKE, T.D.V. (1985). Pathogenetic mechanism in polyarticular osteoarthritis. *Clin. Rheum. Dis.*, 11, 203-238.
- COWEN, E.L. (1982). Help is where you find it: four informal groups. *American Psychologist*, 37. 385-395.
- CROCKER, J. Y LUHTANEN, R. (1990). Collective self-esteem and ingroup bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 60-67.
- CUTRONA, C.E. (1986). Behavioral manifestations of social support: a microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51, 1, 201-208.
- CUTRONA, C.E. (1986b). Objective determinants of perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 2. 349-355.
- CUTRONA, C.E. Y RUSSELL, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.) *Social support: an interactional view*. Nueva York: Wiley.

- CUTRONA, C.E.; SUHR, J.A.Y MACFARLANE, R. (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support. En S. Duck (Ed.), *Personal relationships and social support*. London: Sage.
- DEAN, A. (1986). Social support in episemiological perspective. En N. Lin; A. Dean y W. Ense. (Eds.) *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- DÍAZ-VEIGA, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En Fernández, R. (Ed.) *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DOBSON, C., GOUDY, W.J., KEITH, P.M. Y POWERS, E. (1979) further analysis of Rosenberg's Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 44, 639-641.
- DOEGLAS, K.; SUURMEIJER, T.J.; KROL, B.; SANDERMANN, R.; VAN RIJSWIJK, M. Y VAN LEEUWEN, M. (1994). Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*. Vol. 7, n1 1, 10-15.
- DUNKEL-SCHETTER, C. (1984). Social Support and cancer patients. *Journal of Social Issues*, 40, (4), 99-130.
- DUNKEL-SCHETTER, C. (1984). Social support and cancer: findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 4. 77-89.

6 DUNKEL-SCHETTER, C. Y BENNETT, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.) *Social support: an interactional view*. Nueva York: Wiley.

8 DUNKEL-SCHETTER, C., FEINSTEIN, L., Y CALL, J. (1990). *The UCLA social support inventory*. University of California, Los Angeles.

DUNKEL-SCHETTER, C.; FOLKMAN, S. Y LAZARUS, R.S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1. 71-80.

DURKHEIM, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe: The Free Press.

DURLAK, J.A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological bulletin*, 86. 80-92.

DUTTON, K.A. Y BROWN, J.D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 139-148.

ENSEL, W.M. Y LIN, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of health and social behavior*, 32, 321-341.

FARIS, R.E. Y DUNHAM, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.

FERNÁNDEZ, L.; TORRES, M. Y DÍAZ, L. (1992). Apoyo social: implicaciones para la psicología de la salud. En Simón, M.A. (Ed.) *Comportamiento y Salud*. Valencia: Promolibro.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GONZÁLEZ, J.L. Y DÍAZ-VEIGA, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez-Roca.

FERRARO, K.F. (1989). Widowhood and health. En K.S. Markides y C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health*. New York: Wiley.

FESTINGER, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.

FIGUEROA PEDROSA, M. (1985). Artrosis: ¿Enfermedad o envejecimiento? *Med. Clín.*, 84, 777-780.

FISHER, J.D., NADLER, A. Y WHITCHER-ALAGNA, S. (1982). Recipients reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91, 27-54.

FLEISHMAN, R. Y SHMUELI, A. (1984). Patterns of informal social support of the elderly: an international comparison. *The Gerontologist*, 24 (3), 303-312.

FLEMING, J.S. Y COURTNEY, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem. II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and*

Social Psycholgy, 46, 404-421.

FLEMING, J.S. Y WATTS, W.A. (1980). The dimensionality of self-esteem: some results for a college sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (5), 921-929.

FLOR, H.; TURK, D.C. Y RUDY, T.E. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status, and marital satisfaction. *Pain*, 38. Pp.: 45-50.

FREEDMAN, J. (1978). *Happy people: what happiness is, who has it, and why*. Nueva York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

FRENCH, J. Y KAHN, R. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47.

GORE, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *J Health Soc Behav*, 19: 157.

GOTTLIEB, B.H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B.H. Gottlieb (Ed.) *Social networks and social support*. London: Sage.

GOTTLIEB, B.H. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills: Sage.

GOTTLIEB, B.H. (1985). Social support and the study of personal relationships.

Journal of social and Personal Relationships, 2. 351-375.

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.

GURIN, G., VEROFF, J. Y FELD, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

HALL, A. Y WELLMAN, B. (1985). Social networks and social support. En S. Cohen y s. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. London: Academic Press.

HAYS, R.B. Y OXLEY, D. (1986). Social supports development and functioning during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 305-313.

HERBERT, T.B., Y COHEN, S. (1993). Depression and immunity: a metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472-486.

HINKLE, L.E. Y WOLFF, H.G. (1958). Ecologic investigations between illness, life experiences and the social environment. *Analysis of International Medicine*, 49, 1373-1388.

HOBFOLL, S.E.; NADLER, A. Y LEIBERMAN, J. (1986). Satisfaction with social

support during crisis: intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51, 2. 296-304.

HOGG, M.A. Y ABRAMS, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. London: Routledge.

HOGG, M.A. Y ABRAMS, D. (1990). Social motivation, self-esteem and social identity. En D. Abrams y M.A. Hogg (Eds.) *Social identity theory. Constructive and critical advances*. (28-47). London: Harvester-Wheatsheaf.

HOGG, M.A. Y SUNDERLAND, J. (1991). Self-esteem and intergroup discrimination in the minimal group paradigm. *British Journal of Social Psychology*, 30, 51-62.

HOMANS, G.C. (1974). *Social behavior: its elementary forms*. Nueva York: Harcourt Brace Janovich.

HÖRNQUIST, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10, 57-61.

HOUSE, J.S.; UMBERSON, D. Y LANDIS, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *American Review of Sociology*, 14, 293-318.

HUNT, S.M., MCEWEN, J., Y MCKENNA, SP. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 35, 185-188.

HUNT, SM., MCKENNA, SP., BACKETT, EM., MCEWEN, J., WILLIAMS, J., Y PAPP, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*, 34, 281-286.

HUNT, SM., MCKENNA, SP., MCEWEN, J., WILLIAMS, J., Y PAPP, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 15A, 221-229.

HUNT, SM., MCKENNA, SP., Y WILLIAMS, J. (1981). Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems: a study of patients with osteoarthritis. *J Epidemiol Community Health*, 35, 297-300.

HUNT, SM., Y MCEWEN, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociol Health Illness*, 2, 231-246.

I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1987). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133.

JACCARD, J., TURRISI, R Y WAN, CH.K. (1990). *Interaction effects in multiple regression*. Londres: Sage Publications.

JEMMOTT, J.B. Y LOCKE, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.

JOHNSON, F. (1973). Alienation: Concept, term, and word. En F. Johnson (Ed.) *Alienation: concept, term and meanings* (27-51). New York: Seminar Press.

JONES, W.H. Y BRIGGS, S.R. (1984). The self-other discrepancy in social shyness. En R. Schwarzer (Ed.), *The self in anxiety, stress, and depression* (pg. 93-107). Amsterdam: North-Holland/Elsevier.

KERNS, R.D. Y HAYTHORNWAITE, J.A. (1988). Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J. Consult. Clin. Psychol.* Vol. 56. Pp.: 870-876.

KESSLER, R.C.; PRICE, R. H. Y WORTHMANN, C.B. (1985). Social factors in psychopathology, *Annual Review of Psychology*, 36, pp. 531-572.

KESSLER, R. (1992). Perceived support and adjustment to stress: methodological considerations. En H. Veiel y U. Baumann (Eds.) *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

KIECOLT-GLASER, J.K Y GLASER, R. (1991). Stress and immune function in humans. En R. Ader, D.L. Felten y N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (20 ed. 849-867). Sand Diego: Academic Press.

KLIN, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London:Routledge.

KRANTZ, D.S., GRUNBERG, N.E. Y BAUM, A. (1985). Health psychology.

Annual Review of Psychology, 36, 349-383.

KRAUSE, N. (1986). Social support, stress and well-being among older adults. *Journal of gerontology*, 41, 512-519.

KRAUSE, N. (1987). Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and aging*. 2, 4, 349-356.

KRAUSE, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology: Social sciences*, 46, 183-94.

KRAUSE, N. Y BORAWSKI-CLARK, E. (1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research on aging*, 16, 3, 251-279.

KRAUSE, N. Y MARKIDES, K.S. (1990). Measuring social support among older adults. *International Journal of Aging and Human Development* 30, 37-53.

KROL, B.; SANDERMAN, R. Y SUURMEIJER, T.P. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Educ Counsel* 20: 101-120.

KRUGLANSKI, A. Y MAYSELESS, O. (1990). Classic and current social comparison research: expanding the perspective. *Psychological Bulletin*, 108, 195-208.

- LAWRENCE, J.S. Et Al. (1966). Osteoarthritis, prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes. *Ann Rheum Dis*, 25, 1.
- LAWTON, M.P. (1972). The dimensions of morale. In D. Kent, R. Kastenbaum, y S. Sherwwod (Eds.) *Research, planning and action for the elderly* (Pp. 145-165). New York: Behavioral Publications.
- LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- LAZARUS, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LEARY, M. R. (1983). *Understanding social anxiety: social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage.
- LEVY, L. Y ANDERSON, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. Mejico: El manual moderno.
- LIANG, J. Y BOLLEN, K.A. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Sclae: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.

- LIANG, J. Y BOLLEN, K.A. (1985). Gender differences in the structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 40, 468-477.
- LIENCE, E. (1988). Enfermedades degenerativas de las articulaciones y de la columna vertebral. (974-982) En P. Farreras y C. Rozman (Eds.) *Medicina Interna*. (110 Edición). Barcelona: DOYMA.
- LIN, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, N.; Dean, A. Y Ensel, W. (Eds.). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- LIN, N. Y ENSEL, W.M. (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*. Nueva York: Academic Press.
- LIN, N.; SIMEONE, R.; ENSEL, W.; WALTER, M. Y KUO, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- LONG, K.M., SPEARS, R. Y MANSTEAD, A.S.R. (1994). The influence of personal and collective self-esteem on strategies of social differentiation. *British*

Journal of Social Psychology, 33, 313-219.

LUHTANEN, R. Y CROCKER, J. (1991). Self-esteem and intergroup comparisons: toward a theory of collective self-esteem. En J. Suls y T.A. Wills (Eds.), *Social comparison: contemporary theory and research* (211-234). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

LUHTANEN, R. Y CROCKER, J. (1992). A collective self-esteem scale: self-evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 302-318.

MARTÍNEZ M.F. Y GARCÍA, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, (10) 1, 61-74.

MARTÍNEZ, M.F.; GARCÍA, M. Y MENDOZA, I. (1992). Consideraciones sobre el abordaje psicosocial de la vejez. *Apuntes de Psicología*. 34, 83-90.

MARTÍNEZ, M.F.; GARCÍA, M. Y MENDOZA, I. (1995). Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces. *Intervención Psicosocial*. 4, 11. 47-63.

McDOWELL I., NEWELL, C. (1987). *Measuring Health*. New York: Oxford University Press.

McFARLIN, D.G.; BAUMEISTER, R.F. Y BLASCOVICH, J. (1984). On knowing

when to quit: task failure, self-esteem, advice, and respondent persistence. *Journal of Personality*, 52, 138-155.

McGUIRE, W.J. Y PADAWER-SINGER, A. (1976). Trait salience in the spontaneous self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 743-754.

McKENZIE, R. (1926). The ecological approach to the study of the human community. En R. Park y E. Burgess (Eds.), *The city*. Chicago: University of Chicago Press.

MEENAN, R.F., GERTMAN, P.M., MASON, J.H., Y DUNIAIF, R. (1982). The Arthritis Impact Measurement Scales: further investigations of a health status measure. *Arthritis Rheum*, 25, 1048-1053.

MEENAN, R.F., GERTMAN, P.M.; MASON J.H. (1980). Measuring health status in arthritis: the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Rheum*, 23, 146-152.

MEENAN, R.F., MASON, J.H., ANDERSON, J.J., GUCCIONE, A.A., Y KAZIS L.E. (1992). The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*, 35, 1, 1-10.

MEENAN, R.F., MASON, J.H., ANDERSON, J.J., GUCCIONE, A.A., Y KAZIS L.E. (1992). Stress, structural social support, and well-being in university students. *Journal of American College Health*, 38 (6), 271-277.

- MEYER, W. U. (1992). Paradoxical effects of praise and criticism on perceived ability. En W. Stroebe y M. Stroebe (Eds.), *European review of social psychology*. (3, 259-283). Chichester, England: Wiley.
- MINKLER, M. (1985). Social support and health of the elderly. En S. Cohen y S. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- MORALES, J.F. (1989). Identidad social y personal. En A. Rodríguez y J. Seoane (Eds.) *Creencias, actitudes y Valores*. Madrid: Alhambra.
- MORALES, J.F. Y HUICI, C. (1994) Procesos Grupales. En Morales, J.F.; Moya, M.; Reboloso, E. et al. *Psicología Social*.(Pgs.: 685-763). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- MOSCOVICI, S.; NEVE, P. 1971. Studies in social influence I: Those absents are in teh right: convergence and polarization of answers in the course of social interaction. *European Journal of Social Psychology*. 1-2, 201-214.
- MULLEN, B.; BROWN, R. Y SMITH, C. (1991). Ingroup bias as a function of salience, relevance and status: An integration. *European Journal of Social Psychology*, 22, 103-122.
- MURRELL, S.A.; NORRIS, F.H. Y CHIPLEY, Q. (1992). Functional versus structural social support, desirable events, and positive affect in older adults. *Psychology and Aging*, 7, 4. 562-570.

NEWCOMB, M.D. (1990). What structural equation modeling can tell us about social support. In B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (26-62). New York: Wiley.

NEWSOM, J.T. Y SCHULZ, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*. Vol. 11. N1 1. (34-44).

OAKES, P.J. Y TURNER, J.C. (1980). Social categorisation and intergroup bias: does minimal intergroup discrimination make social identity more positive?. *European Journal of Social Psychology*, 10, 295-301.

OLSON, M. (1965). *The logic of collective action: public goods and the theory of groups*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (1948). *Constitution in basic documents*. Ginebra, World Health Organization.

PÁEZ, D.; ARROSPIDE, J.J.; MARTINEZ-TABOADA, C. Y AYESTARÁN, S. (1992). Identidad social, autoesquemmatización y autoconciencia colectiva: investigaciones correlacionales en la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social. *Revista de Psicología Social*. Monográfico, 3-19.

PARKER, G. Y BARNETT, B. (1987). A test of the social support hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 150, 72-77.

PATTISON, E.M. Y PATTISON, M.L. (1981). Analysis of schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135-143.

PEPLAU, L.A. (1985). Loneliness research: basic concepts and findings. En I.G. Sarason y B.,R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (269-286). The Hague: Martinus Nijhoff.

PEPLAU, L.A. Y PERLMAN, D. (1982) *Loneliness: a current source book of theory, research, and therapy*. Nueva York: Wiley.

PROCIDANO, M.E. Y HELLER, K. (1983). Measurements of perceived social support from friends and from family: three validations studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

REIS, H.T. (1987). *Where does social support come from?* Rochester, NY: University of Rochester Press.

REIS, H.T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 15-30.

REVENSON, T.A. 1993. The role of social support with rheumatic disease. *Baillieres Clin. Rheumatol.* 7. Pp.:377-396.

REVENSON, T.A., SCHIAFFINO, K.M.; MAJEROVITZ, D. Y GIBOFSKY, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive an

problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Soc. Sci. Med.* Vol. 33. Pp.: 807-813.

REVILLA DE LA, L. Y FLEITAS, L. (1991) El apoyo social y la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, Vol. 8, nº 9 (Octubre), 664-666.

RODIN, J. Y SALOVEY, P. (1989), Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.

ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

ROSENBERG, M.; SCHOOLER, C.; SCHOENBACH, C. Y ROSENBERG, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.

RUBIN, M. Y HEWSTONE, M. (1998). Social identity theory s self-esteem hypothesis: a review and some suggestions for clarification. *Personality and Social Psychology Review*. 2(1), 40-62.

RUD, E. (1985). Physiatriac management of osteoarthritis. *Clin Rheum. Dis.*, 11, 433-445.

SÁNCHEZ, A. (1988). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

SANDLER, I.N. Y BARRERA, M. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.

SARASON, B.R.; PIERCE, G.R.; SHEARIN, E.N.; SARASON, I.G.; WALTZ, J.A. Y POPPE, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-287.

SARASON, B.R.; SARASON, I.G. Y PIERCE, G.R. (1990). *Social support: an interactional view*. Nueva York: Wiley.

SARASON, B.R.; SARASON, I.G.; HACKER, T.A., Y BASHAM, R.B. (1985). Concomitants of social support: social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.

SARASON, B.R.; SHEARIN, E.N.; PIERCE, G.R. Y SARASON, I.G. (1987). Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 4. 813-832.

SARASON, I.G.; SARASON, B.R. Y PIERCE, G.R. (1992). Three contexts of social support. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (Eds.): *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

SCHACHTER, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford: Stanford University Press.

SCHIAFFINO, K.M. Y REVENSON, T.A. (1995). Relative contributions of spousal support and illness appraisals to depressed mood in arthritis patients. *Arthritis Care and Research*. Vol. 8, (n1 2). Pp.:80-87.

SCHWARZER, R. Y LEPPIN, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social Personal Relationships*, 8, 99-127.

SCHWARZER, R. Y LEPPIN, A. (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

SCHWARZER, R., DUNKEL-SCHETTER, C. Y KEMENY, M. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 22, N1 3. 319-339.

SELYE, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill

SHAVER, P.R. Y BRENNAN, K.A. (1991). Measures of depression and loneliness. En J.P. Robinson; P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.) *Measures of personality and social psychological Attitudes*. (195-289). Nueva York: Academic Press.

SPACAPAN, S. Y OSKAMP, S. (1989). Introduction to the Social Psychology of Aging. En S. Spacapan, y S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of aging*. Newbury Park (California): SAGE. (9-24).

STROEBE, W. Y STROEBE, M. (1996). The social psychology of social support. En E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.) *Social psychology. Handbook of basic principles* (597-621). New York: The Guilford Press.

SUURMEIJER, T.P.; DOEGLAS, D.M.; BRIANÇON, S.; KRINJNEN, W.P.; KROL, B.; SANDERMAN, R.; MOUM, T.; BJELLE, A. Y VAN DEN HEUVEL, W.J.A. (1995). The measurement of social support in the european "Research on incapacitating diseases and social support": the development of the social support questionnaire for transaction (SSQT). *Soc. Sci. Med.* Vol 40. N1 9. Pp.: 1221-1229.

TAJFEL, H. (1969). Cognitive aspects of prejudice. *Journal of Social Issues.* 25, 79-97.

TAJFEL, H. (1972). La catégorisation sociales. En S. Moscovici (Ed.) *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.

TAJFEL, H. (1978). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. Londres: Academic Press.

TAJFEL, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

TAJFEL, H. Y TURNER, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En S. Worchel y W.G. Austin (Eds.) *The social psychology of intergroup relations*. (33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.

TAJFEL, H.; BILLIG, M.G.; BUNDY, R.P. Y FLAMENT, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178.

TAYLOR, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

TENNEN, H. Y HERZBERGER, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 72-80.

THIBANT, J.W., Y KELLEY, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

THOITS, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J. Health. Soc. Behav.* 23: 145-159.

THOITS, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being: theoretical possibilities. En I.G. Sarason y B. Sarason (Eds.) *Social support: theory, research and applications*. Netherlands: Martinus Nijhof.

TURK, D.C.; KERNS, R.D. Y ROSENBERG, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support. *Rehabil. Psychol.* Vo. 37. Pp. 259-274.

TURNER, J.C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. En H. Tajfel (Ed.) *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

TURNER, J.C. Y TENHOOR, W.J.(1978). The MINH community support program. Pilot approach to a needed social refor. *Schizophrenia bulletin*, 4. 319-348.

TURNER, J.C.,; HOGG, M.A.; OAKES, P.J.; REICHER, S.D. Y WETHERELL, M. (1987). *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.

TURNER, R.J. (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H.B. Kaplan (Ed.) *Psychosocial stress. Trends in theory and research*. (105-155). New York: Academic Press.

UCHINO, B.N.; CACIOPPO, J.T. Y KIECOLT-GLASER, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 3. 488-531.

VAUX, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York: Praeger.

WEINBEGER, M.; HINER, S.L. Y TIERNEY, W.M. (1986). Improving functional status in arthritis: the effect of social support. *Soc. Sci. Med.* 23: 899-904.

WEINBERGER, M.; HINER, S.L. Y TIERNEY, W.M. (1987). Assessing social support in elderly adults. *Soc. Sci. Med.* Vol. 25, N1 9. Pp.: 1049-1055.

WEINBERGER, M.; TIERNEY, W.M.; BOOHER, P Y HINER, S.L. (1990). Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis. *Soc. Sci. Med.* Vol. 30. N1 4. Pp.: 503-508.

WEISS, R.R. (1993). Loss and recovery. En M. Stroebe, W. Stroebe y R.O. Hansson (Eds.) *Handbook of bereavement* (271-284). New York: Cambridge University Press.

WETHINGTON, E. Y KESSLER, R.C. (1986). Percieved support, recieved support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 1, 78-89.

WHALEN, C.K. Y KLIEWER, W. (1994). Social influences on the development of cardiovascular risk during childhood and adolescence. En S.A. Shumaker y S.M Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (223-257). Nueva York: Plenum.

WILLS, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 254-271.

WILLS, T.A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.

WILLS, T.A. (1991). Similarity and self-esteem in downward comparison. En J. Suls y T.A. Wills (Eds.) *Social comparison: contemporary theory and research* (51-78). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

WITKIN, H.A.; DYK, R.B.; FOTERSON, H.F.; GOODENOUGH, D.R. Y KARP, S.A. (1962). *Psychological differentiation*. New York: Wiley.

ZILLER, R.C.; HAGEY, J.; SMITH, M.C. Y LONG, B.H. (1969). Self-esteem: a self-social construct. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (1), 84-95.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Fecha: ___/___/___

CALIDAD DE VIDA

Barrio: _____

DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Teléfono: _____ Cuantía de pensión o ingresos: _____

Calle: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____

-¿Con quien vive? Subraye lo que se ajuste a su caso: sólo, con la pareja, hijos, hermanos, otros (indique con quienes): _____ n°: _____

- Su nivel de salud es: Muy malo 1 Malo 2 Regular 3 Bueno 4 Muy bueno 5

- Cite las enfermedades que padece en este momento (Agudas y Crónicas): _____

Osteoartrosis: Insoportable () Intensa () Moderada () Leve () No padece ()

- Puntúe de 1 a 5 según el grado en que le preocupan los siguientes tipos de problemas:

	Poco					Mucho
1. De salud	/	/	/	/	/	/
2. Familiares	/	/	/	/	/	/
3. Económicos	/	/	/	/	/	/
4. Sociales (Barrio, vecinos, etc...)	/	/	/	/	/	/
5. Personales/afectivos/emocionales	/	/	/	/	/	/
	1	2	3	4	5	

6. Otros/observaciones: _____

- Indique si está de acuerdo con siguientes frases:

- | | | |
|--|--------------|--------------------|
| 1 Estoy cansado todo el tiempo | SI () | NO () |
| 2 Tengo dolor por la noche | SI () | NO () |
| 3 Tengo dolor insoportable | SI () | NO () |
| 4 Me es doloroso cambiar de posición | SI () | NO () |
| 5 Puedo caminar pero solamente en casa | SI () | NO () |
| 6 Es muy duro para mí agacharse | SI () | NO () |
| 7 Cualquier cosa me supone un esfuerzo | SI () | NO () |
| 8 Soy incapaz de andar | SI () | NO () |
| 9 Tengo problemas para subir y bajar escaleras | SI () | NO () |
| 10 Encuentro difícil alcanzar las cosas (estirarme para coger cosas) | SI () | NO () |
| 11 Siento dolor cuando camino | SI () | NO () |
| 12 Encuentro dificultad en vestirme | SI () | NO () |
| 13 Me quedo rápidamente sin energías | SI () | NO () |
| 14 Me es difícil aguantar de pie mucho tiempo (ej. fregadero de la cocina, esperando el autobús) | SI () | NO () |
| 15 Tengo dolores constantes | SI () | NO () |
| 16 Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ej. caminar con alguien o con un soporte) | SI () | NO () |
| 17 Siento dolor cuando subo y bajo escaleras | SI () | NO () |
| 18 Tengo dolores cuando permanezco sentado | SI () | NO () |
| 1 Las cosas sin importancia me molestan más actualmente. | SI () | NO () |
| 2 A veces me preocupo tanto que no puedo dormir. | SI () | NO () |
| 3 Tengo mucho por lo que estar triste. | SI () | NO () |
| 4 Estoy temeroso de muchas cosas. | SI () | NO () |
| 5 Me pongo furioso más de lo habitual. | SI () | NO () |
| 6 La vida es dura para mí la mayor parte del tiempo. | SI () | NO () |
| 7 Me tomo las cosas a la tremenda. | SI () | NO () |
| 8 Me enfado con facilidad. | SI () | NO () |
| 9 Las cosas empeoran conforme voy envejeciendo. | SI () | NO () |
| 10 Tengo más energía de la que tenía el año pasado. | SI () | NO () |
| 11 Conforme envejeces te haces más inútil. | SI () | NO () |
| 12 A menudo siento que la vida no merece la pena vivirse. | SI () | NO () |
| 13 Ahora soy más feliz que cuando era joven. | SI () | NO () |
| 14 Veo bastante a mis amigos y parientes. | SI () | NO () |
| 15 Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que yo pensé que podrían ser | Mejores () | Peores/iguales () |
| 16 ¿En qué medida se siente sólo? | No mucho () | Bastante () |
| 17 ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida actualmente? | Satisf. () | Insat. () |

- Conteste a las siguientes cuestiones: Siempre, casi siempre, muchas veces, a veces, rara vez, casi nunca o nunca, teniendo en cuenta los últimos tres meses.

- 6.- ¿Puede tomar sus medicinas sólo/a? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 5.- ¿Puede utilizar el teléfono sin ayuda? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 4.- ¿Puede sacar dinero (sin ayuda)? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 3.- ¿Puede cocinar sólo/a? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 2.- ¿Puede lavar ropa sin ayuda? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 1.- ¿Puede hacer solo/a las labores de la casa o realizar trabajos manuales? S-CS-MV-AV-RV-CN-N

- 6.- ¿Con qué frecuencia pensó que sus familiares o amigos estarían mejor si V.D. muriera? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 5.- ¿Con qué frecuencia se sintió tan triste que nada le animaba? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 4.- ¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído/a? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 3.- ¿Con qué frecuencia pensó que "nada le salía bien"? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 2.- ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 1.- ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho/a con las cosas que hacía? S-CS-MV-AV-RV-CN-N

- 3. ¿Habló por teléfono con familiares o amigos? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 4.- ¿Tuvo relaciones sexuales? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 3.- ¿Tuvo visitas? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 2.- ¿Tuvo reuniones con familiares o amigos? S-CS-MV-AV-RV-CN-N
- 1.- ¿Visitó a parientes o amigos? S-CS-MV-AV-RV-CN-N

- Cite las tres personas principales con las que usted se relaciona y el tipo de relación. (Pareja, hijos, amigos, vecinos, compañeros, profesionales, sacerdote, etc...)

1 _____ 2 _____ 3 _____
 (Familiar) (Vecino o amigo) (Profesional, consejero)

- Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha hablado con esta persona (Personalmente o por teléfono, ponga los números correspondientes a cada persona concreta)

- _____ Todos los días
- _____ Varias veces a la semana
- _____ Una vez a la semana
- _____ 2 ó 3 veces al mes
- _____ Alrededor de una vez al mes
- _____ Menos de una vez al mes

- Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha necesitado consejo o información?

Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) A menudo (4) Muy a menudo (5)

- Con qué frecuencia las personas citadas más arriba le han dado consejos o información

Persona	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con la información y los consejos que recibido de esas personas.

Persona	Ni insatisfecho		Muy satisfecho		
	Muy insatisfecho	Ni satisfecho			
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Durante los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha necesitado ayuda de los demás? (Ej. que nos presten algo, que nos acompañen a hacer gestiones, que hagan algo importante por nosotros, etc.)

Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) A menudo (4) Muy a menudo (5)

- Con qué frecuencia las personas citadas le han ayudado.

Persona	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con la ayuda recibida de esas personas.

Persona	Muy insatisfecho		ni insatisfecho		Muy satisfecho
	1	2	3	4	5
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Durante los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha necesitado apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc...?

Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) A menudo (4) Muy a menudo (5)

- Con qué frecuencia las personas citadas le han dado esa ayuda.

Persona	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con el apoyo y el afecto recibido de esas personas.

Persona	Muy insatisfecho		ni insatisfecho		Muy satisfecho
	1	2	3	4	5
1 _____	1	2	3	4	5
2 _____	1	2	3	4	5
3 _____	1	2	3	4	5

- Señale de entre las siguientes actividades las que ha realizado en la última semana. (Marque con una "S" si las ha llevado a cabo sólo/a o una "A" si las ha realizado en compañía)

A) NO ORGANIZADAS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coger el autobus urbano | <input type="checkbox"/> Pasear |
| <input type="checkbox"/> Ir de compras | <input type="checkbox"/> Ir al médico |
| <input type="checkbox"/> Viajes | <input type="checkbox"/> Estar con mis nietos |
| <input type="checkbox"/> Ir a misa | <input type="checkbox"/> Hacer labores domésticas/similares |
| <input type="checkbox"/> Otras (Diga cuales): _____ | |

B) ORGANIZADAS:

___ Actividades del Centro de Servicios Sociales, clubs de tercera edad, asociaciones de vecinos... (Señale el número de veces que ha participado en las siguientes actividades en el último mes):

- | | |
|--|------------------------|
| ___ Consultas a profesionales para solicitud de información, demandas, problemas, etc. | |
| ___ Actividades sociales (reuniones, bailes) | |
| ___ Actividades culturales (visitas a monumentos, teatros, etc...) | |
| ___ Talleres (manualidades, gastronomía, otros) | ___ Viajes/Excursiones |
| ___ Educación de adultos | ___ Juegos de mesa |
| ___ Actividades deportivas (Yoga, Gimnasia, Petanca, etc...) | |
| ___ Otras (Diga cuales): _____ | |

ANEXO 2



Este cuestionario forma parte de una investigación que está realizando el Grupo de Investigación "Discriminación y Estigma" de la Universidad de Granada. Otras personas mayores están contestando a las cuestiones que aquí aparecen. Esto no es un examen, no existen respuestas correctas. Los datos permanecerán en absoluta confidencialidad. Por favor responda con sinceridad.

Edad: _____ **Sexo:** Hombre / __ / Mujer / __ / **Nivel de estudios:** _____

-¿Con quien vive? Subraye lo que se ajuste a su caso: sólo, con la pareja, hijos, hermanos, otros (indique con quienes): _____

-Indique el número de personas con las que convive (sin contarse Vd. mismo): _____

- Marque con una X según considere que su nivel de salud es:
Muy malo() **Malo()** **Regular()** **Bueno()** **Muy bueno()**

- Marque con una X según considere que su nivel de padecimiento de osteoartrosis (osteoprosis, artrosis, artritis, etc...) es: **Insoportable()** **Intenso()** **Moderado()** **Leve()** **No padece()**

Por favor, responda a las siguientes preguntas teniendo en cuenta las últimas semanas.

Utilice la siguiente escala: 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Bastantes veces; 4=Casi siempre; 5= Siempre

DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Le ha molestado algún suceso inesperado o imprevisto? ..	1	2	3	4	5
2. ¿Le ha parecido difícil controlar las cosas importantes de su vida?	1	2	3	4	5
3. ¿Se ha sentido nervioso/a o estresado/a?	1	2	3	4	5
4. ¿Ha afrontado con éxito los pequeños problemas y dificultades cotidianas?	1	2	3	4	5
5. ¿Ha sentido que afrontaba eficazmente los cambios importantes que surgían en su vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Ha confiado en su capacidad para tomar las riendas en sus problemas personales?	1	2	3	4	5
7. ¿Le ha parecido que las cosas le iban como usted quería? ..	1	2	3	4	5
8. ¿Ha pensado que no podía con todas las cosas que debía hacer?	1	2	3	4	5
9. ¿Se ha sentido incapaz de controlar su nerviosismo?	1	2	3	4	5
10. ¿Ha sentido que dominaba la situación?	1	2	3	4	5
11. ¿Se ha sentido irritado/a porque los sucesos escapaban a su control?	1	2	3	4	5
12. ¿Se ha sorprendido al pensar en cosas que debía realizar? .	1	2	3	4	5
13. ¿Se ha sentido capaz de controlar la manera en que pasaba el tiempo?	1	2	3	4	5
14. ¿Le ha parecido que las cosas se le acumulaban hasta el punto de no poder superarlas?	1	2	3	4	5

- Por favor, indique (marcando con una cruz) si está de acuerdo con siguientes frases:

- 1 Las cosas sin importancia me molestan más actualmente. SI() NO ()
- 2 A veces me preocupo tanto que no puedo dormir. SI() NO ()
- 3 Tengo mucho por lo que estar triste. SI() NO ()
- 4 Estoy temeroso de muchas cosas. SI() NO ()
- 5 Me pongo furioso más de lo habitual. SI() NO ()
- 6 La vida es dura para mí la mayor parte del tiempo. SI() NO ()
- 7 Me tomo las cosas a la tremenda. SI() NO ()
- 8 Me enfado con facilidad. SI() NO ()
- 9 Las cosas empeoran conforme voy envejeciendo. SI() NO ()
- 10 Tengo más energía de la que tenía el año pasado. SI() NO ()
- 11 Conforme envejeces te haces más inútil. SI() NO ()
- 12 A menudo siento que la vida no merece la pena vivirse. SI() NO ()
- 13 Ahora soy más feliz que cuando era joven. SI() NO ()
- 14 Veo bastante a mis amigos y parientes. SI() NO ()
- 15 Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que yo pensé que podrían ser Mejores () Peores/iguales ()
- 16 ¿En qué medida se siente sólo? No mucho () Bastante ()
- 17 ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida actualmente? Satisf.() Insatisf.()

- Conteste a las siguientes preguntas indicando un número:

- ¿De cuántos familiares dispone para que le presten ayuda en caso de que la necesite? / ___ /
- ¿De cuántos amigos dispone para que le presten ayuda en caso de que la necesite? / ___ /
- ¿De cuántos vecinos dispone para que le presten ayuda en caso de que la necesite? / ___ /
- ¿Cuántos profesionales o expertos conoce que le prestarían ayuda en caso de que la necesitara? / ___ /

- Cite las tres personas principales con las que usted se relaciona y el tipo de relación. (Pareja, hijos, amigos, vecinos, compañeros, profesionales, sacerdote, etc...)

1 _____ 2 _____ 3 _____
 (Familiar) (Vecino o amigo) (Profesional, consejero)

De ahora en adelante le vamos a plantear algunas cuestiones en relación a estas personas citadas. Téngalas presentes al contestar.

- Señale de 1 a 5 (marcando con una X) cómo de estrecha es su relación con esas personas:

	Nada estrecha	Muy estrecha
1. Familiar	/ ___ /	/ ___ /
2. Vecino o amigo	/ ___ /	/ ___ /
3. Profesional	/ ___ /	/ ___ /
	1 2 3 4 5	

- Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha hablado con el familiar citado (Personalmente o por teléfono)

/ ___ / Todos los días / ___ / Varias veces a la semana / ___ / Una vez a la semana
 / ___ / 2 o 3 veces al mes / ___ / Alrededor de una vez al mes / ___ / Menos de una vez al mes

- Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha hablado con el **amigo o vecino** citado (Personalmente o por teléfono)

/___/ Todos los días /___/ Varias veces a la semana /___/ Una vez a la semana
 /___/ 2 o 3 veces al mes /___/ Alrededor de una vez al mes /___/ Menos de una vez al mes

- Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha hablado con el **profesional o experto** citado (Personalmente o por teléfono)

/___/ Todos los días /___/ Varias veces a la semana /___/ Una vez a la semana
 /___/ 2 o 3 veces al mes /___/ Alrededor de una vez al mes /___/ Menos de una vez al mes

- Durante los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha necesitado consejo o información?

Nunca () Rara vez() A veces () A menudo () Muy a menudo ()

- Con qué frecuencia las personas citadas más arriba le han dado consejos o información

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
<u>Persona</u>					
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con la información y los consejos que recibido de esas personas.

<u>Persona</u>	<u>Ni insatisfecho</u>				
	<u>Muy insatisfecho</u>		<u>Ni satisfecho</u>		<u>Muy satisfecho</u>
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Con qué frecuencia les ha dado usted consejo o información a las personas citadas más arriba.

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
<u>Persona</u>					
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Durante los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha necesitado ayuda de los demás? (Ej. que nos presten algo, que nos acompañen a hacer gestiones, que hagan algo importante por nosotros, etc.)

Nunca () Rara vez() A veces () A menudo () Muy a menudo ()

- Con qué frecuencia las personas citadas le han ayudado.

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
<u>Persona</u>					
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con la ayuda recibida de esas personas.

<u>Persona</u>	<u>Muy insatisfecho</u>		<u>Ni insatisfecho</u>		<u>Muy satisfecho</u>
			<u>Ni satisfecho</u>		
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Con qué frecuencia ha ayudado usted a las personas citadas.

<u>Persona</u>	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Durante los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha necesitado apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc...?

Nunca () Rara vez() A veces () A menudo () Muy a menudo ()

- Con qué frecuencia las personas citadas le han dado esa ayuda.

<u>Persona</u>	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Indique cómo de satisfecho está con el apoyo y el afecto recibido de esas personas.

<u>Persona</u>	<u>Muy insatisfecho</u>		<u>Ni insatisfecho</u>		<u>Muy satisfecho</u>
			<u>Ni satisfecho</u>		
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

- Con qué frecuencia ha prestado usted apoyo, ánimo, cariño, compañía, etc. a las personas citadas.

<u>Persona</u>	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>
1 Familiar	1	2	3	4	5
2 Vecino o amigo	1	2	3	4	5
3 Profesional	1	2	3	4	5

Indique por favor, su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

Utilice la siguiente escala: 1= Muy de acuerdo; 2= De acuerdo; 3= En desacuerdo y 4= Muy en desacuerdo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
2. Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
3 Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
4 Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.	1	2	3	4
6. Asumo un actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8. Desearía sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9. A veces me siento realmente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Señale el número que mejor indique su opinión:

desde 1=Totalmente en desacuerdo, hasta 7=Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
1. Soy un miembro valioso del grupo de las personas de edad.	1	2	3	4	5	6	7
2. A menudo lamento pertenecer al grupo de personas mayores.	1	2	3	4	5	6	7
3. Globalmente, el grupo de las personas mayores es considerado bueno por las personas de edades diferentes..	1	2	3	4	5	6	7
4. En general, pertenecer al grupo de los mayores tiene poco que ver con lo que yo pienso de mí mismo/a..	1	2	3	4	5	6	7
5. Pienso que no tengo mucho que ofrecer al grupo de las personas de edad..	1	2	3	4	5	6	7
6. En general, estoy contento/a de pertenecer al grupo de las personas mayores..	1	2	3	4	5	6	7
7. La mayoría de la gente considera al grupo de los mayores, por término medio, menos eficaz que otros grupos..	1	2	3	4	5	6	7
8. El grupo de personas de edad es un reflejo importante de quién soy yo..	1	2	3	4	5	6	7
9. Soy un participante cooperativo en el grupo de las personas mayores..	1	2	3	4	5	6	7
10. A menudo siento que el grupo de las personas de edad no vale mucho..	1	2	3	4	5	6	7
11. En general, los demás respetan a los mayores..	1	2	3	4	5	6	7
12. El hecho de que pertenezca al grupo de las personas mayores no es importante para mi manera de entender qué tipo de persona soy..	1	2	3	4	5	6	7
13. A menudo me siento un miembro poco útil del grupo de personas de edad..	1	2	3	4	5	6	7
14. Me siento bien respecto al grupo de personas de edad..	1	2	3	4	5	6	7
15. En general, los demás piensan que el grupo de las personas de edad, del que soy miembro, no tiene mucho valor..	1	2	3	4	5	6	7
16. En general, pertenecer al grupo de las personas mayores es una parte importante de la imagen que tengo de mí mismo/a..	1	2	3	4	5	6	7