

DOSSIER

Redes Sociales de Apoyo y Ajuste Biopsicosocial en la Vejez: Un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial*

Social Network of Support and Biopsychosocial Adjustment during Ageing: A comparative analysis in the community and residential context

Juan HERRERO¹
Enrique GRACIA²

Fecha de Recepción:

Fecha de Aceptación:

RESUMEN

El presente trabajo analiza el nivel de ajuste biopsicosocial en dos grupos de personas mayores de 69 años. Un grupo general (N=109) de personas mayores viviendo en su hogar y un grupo diana (N=100) de personas mayores viviendo en residencias de tercera edad. Se evaluaron medidas de apoyo social, autoestima, salud general y depresión. Los resultados muestran el diferente nivel de ajuste biopsicosocial en ambos grupos, con especial diferencia en todas las medidas de apoyo social. Un análisis de las redes de apoyo en ambos grupos permite encontrar diferencias también en las fuentes de apoyo. Se discuten los resultados y se proponen vías de intervención en función de éstos.

PALABRAS CLAVE

Apoyo social, Red de apoyo, Vejez, Residencias.

¹ Universidad de Oviedo

² Universitat de València.

* Esta investigación ha sido realizada con el apoyo del Ministerio de Ciencia y Tecnología (proyecto BSO2001-3182) y de la Oficina de Ciencia y Tecnología de la Generalitat Valenciana (proyecto GV2001-265).

ABSTRACT

This paper analyzes the level of biopsychosocial adjustment in two groups of people more than 69 years of age. A general group (N=109) of elderly people living in their home and a target group (N=100) of elderly people living in retirement homes. Measures of social support, self-esteem, general health and depression were evaluated. The results showed a different level of biopsychosocial adjustment in both groups with a special difference in all of the measures of social support. An analysis of the support networks in both groups also allows finding differences in the sources of support. Results are discussed and avenues for intervention are provided.

KEY WORDS

Social support, Support network, Elderly, Retirement homes.

La vejez es el escenario donde tiene lugar una importante disminución de la capacidad funcional de la persona, especialmente en la población de más avanzada edad. Además, a medida que avanza la edad el nivel de dependencia de la persona mayor se incrementa, debido a la mayor prevalencia de la enfermedad. También es en este periodo cuando el acceso a la ayuda y apoyo necesarios presenta mayores dificultades: mientras que las necesidades y el grado de dependencia de la persona mayor se incrementan, su red social experimenta un marcado cambio, con una reducción significativa de fuentes potenciales de apoyo (Salzinger, 1993). Esta mayor dependencia y vulnerabilidad a situaciones estresantes y la disminución de recursos sociales con el resultante aislamiento social, puede incrementar el riesgo de aparición de diversos desórdenes físicos y psicológicos

-sentimientos de dependencia física o psicológica, aislamiento social, sentimientos de soledad, una reducción en la autoestima y autoconfianza, sentimientos de depresión, indefensión e inutilidad (Fernández-Ballesteros, Iñiguez y López, 1998; Ramos y Jiménez, 1999; Wood, 1999).

Aunque en la vejez se produce una reducción en el tamaño de la red social, numerosos estudios coinciden en señalar que el apoyo social no disminuye necesariamente durante la tercera edad, contestando así la imagen tradicional de las personas mayores como una población dependiente, desasistida, inactiva, aislada y con una vida social en constante declive (Aiken, 2001; Gracia, 1997; Gracia, Herrero y Musitu, 2002; Salzinger, 1993). Un abundante número de investigaciones ha demostrado precisamente lo

contrario: la gran mayoría de personas mayores mantienen un contacto frecuente con la familia de la que reciben (y en muchos casos proporcionan) apoyo y diversos servicios (por ejemplo, INSERSO, 1982, 1990; Hanson y Sauer, 1985; Jauregi, 2001; Shore, 1985; Sundström, 1994). La interacción con amistades también puede ser un importante mecanismo para la integración de la persona mayor en la comunidad (ver Birren, 1996; Croham y Antonucci, 1989; Gracia y Herrero, 2004).

Diversos estudios han señalado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud (Chen y Snyder, 2001; Craney, 1985; INSERSO, 1996; Krause, 1987) y en conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Dean y Holstein, 1991; Heikkinen, 1989; Potts, Hurwick, Goldstein y Berkanovic, 1992). Asimismo, la amplia revisión de estudios llevada a cabo por Croham y Antonucci (1989) confirma una relación positiva entre el apoyo recibido de las relaciones de amistad y el bienestar de la persona mayor. También se ha observado una relación positiva entre los sentimientos de competencia en el desempeño del rol de amigo (proporcionando compañía, consejo, ayuda práctica y empatía) y una elevada moral en la persona mayor. Además, la red social informal es un importante determinante del conocimiento y uso que la persona mayor hace de los servicios formales que existen a su disposición (Chapleski, 1989; Ward, Sherman y Lagory, 1984). Finalmente, como indican los resultados de un estudio encargado por la Organización Mundial de la Salud (Heikkinen, 1989), una vida socialmente activa durante la vejez, en comparación con la de aquellas personas que mantienen escasos contactos sociales, se encuentra asociada a una mayor satisfacción con la propia vida, así como con una mayor capacidad funcional.

LA PERSONA MAYOR EN LA INSTITUCION

La persona mayor institucionalizada carece con frecuencia de relaciones íntimas y significativas y vive inmersa en un clima social con escasos niveles de apoyo social. Estas características de la vida residencial socavan los sentimientos de control y libre elección y crean un clima en el que los residentes no se sienten responsables del bienestar mutuo, suprimiendo así conductas prosociales. Además, esta escasa influencia en las rutinas de la vida cotidiana de la institución favorece la pasividad en la conducta social de los residentes. La pérdida de privacidad y de la capacidad de elección, necesidades físicas, psicológicas y sociales de los residentes insatisfechas y actitudes negativas de los profesionales, son algunas de las características que todavía definen numerosas instituciones para personas mayores (Berman-Rossi, 1994; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996). El cuidado residencial es rara vez considerado como el medio preferido de ayuda o tratamiento por la persona mayor, y es habitualmente aceptado como el último recurso o como la evidencia del fracaso. Numerosos autores han destacado lo desagradable que resulta para la persona mayor, así como los efectos negativos y con frecuencia trágicos, de la vida en una institución o residencia (Goffman, 1961; Nordhus, VandenBos, Berg y Fromhold, 1998; Tobin y Lieberman, 1976). Sin embargo, y puesto que es el entorno persona-ambiente la variable crucial que determina el impacto negativo de la institucionalización, una respuesta (individual e institucional) al hecho inevitable de la institucionalización que intente preservar los sentimientos de control, identidad, valía y dignidad personal, serán fundamentales en la promoción del bienestar y la calidad de vida de la persona mayor (Cummings, 2002; Iecovich, 2000; Wells y Singer, 1988). La disponibilidad

de fuentes importantes de apoyo en este proceso de adaptación, son factores críticos para que la persona mayor viva una vida satisfactoria, manteniendo la dignidad, la autoconfianza y la autoestima, después de la convulsión que supone el ingreso en una residencia. El presente estudio tiene como objetivo analizar variables del ajuste biopsicosocial en la vejez, tanto en el contexto residencial como fuera de él. Con ese propósito se examinará la importancia y peso específico de las redes de apoyo social disponibles, así como de otras variables indicadoras del ajuste como son la autoestima, el ánimo depresivo y la percepción de la salud física, para las personas mayores que viven en residencias para personas mayores y los mayores que viven en la comunidad.

METODOLOGIA

Participantes

La muestra está compuesta por dos grupos de personas mayores de 70-85 años: un grupo general (N=109) de personas mayores de ambos sexos que residen en su hogar, y un grupo diana (N=100) de mayores de 70-85 años que en el momento del pase de las pruebas vivían en residencias públicas para personas mayores. De la muestra total, un 58% son mujeres, un 60% son personas casadas, con una media de edad de 77 años, estudios medios de escuela primaria e ingresos medios familiares de 9.000 euros. La composición de los grupos general y diana es similar en sexo ($F=.001$; $p=.977$), edad ($F=2.60$; $p=.109$) y estudios ($F=.043$; $p=.836$). El grupo general informó de ingresos familiares medios significativamente mayores a los del grupo diana ($F=14.17$; $p=.000$). Un 27% del grupo diana (N=27) presentó valores perdidos en la variable ingreso, por lo que esta variable no fue incluida en los análisis.

Procedimiento

Para el grupo general, las entrevistas se realizaron en el hogar por personal experimentado. Para el grupo diana, la unidad de investigación contactó personalmente con el personal directivo de diversas residencias públicas para personas mayores y tras la presentación de los objetivos de la investigación recabó el permiso escrito para la aplicación de los instrumentos. Se prestó especial cuidado en que tanto la muestra general como la muestra diana estuviera compuesta por personas con plena funcionalidad psicológica.

Instrumentos de Medida

Se aplicaron un conjunto de cuestionarios que evalúan el funcionamiento en tres ámbitos: físico, psicológico y social.

Ámbito social:

Apoyo Social Percibido. Se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Musitu, Gracia y Herrero, 2002) que evalúa las dimensiones de apoyo emocional, consejo y ayuda y la reciprocidad en el apoyo ($\alpha=.99$). Ofrece también una puntuación total para el apoyo funcional y la reciprocidad en el apoyo, así como el número de componentes de la red de apoyo. Este instrumento, permite además obtener puntuaciones separadas para las distintas fuentes de apoyo social: familiares, vecinos, hermanos, hijos/as, etc. *Apoyo Social Comunitario.* Se utilizó la Escala de Apoyo Social en los Sistemas Informales y la Escala de Apoyo Social en los Sistemas Formales de Gracia, Musitu y Herrero (2002) ($\alpha=.85$). Para los sistemas informales se utilizó una versión abreviada de 5 ítems ($\alpha=.88$). El apoyo de los sistemas informales evalúa la percepción de ayuda derivada de asociaciones, grupos sociales, cívicos, parroquia, agrupaciones políticas o sindicales en los que

la persona participa. El apoyo de los sistemas formales evalúa el apoyo que la persona percibe en servicios sociales, centros de salud, etc.

Ámbito psicológico:

Autoestima: Se evaluaron las dimensiones de autoestima familiar ($\alpha=.78$) y física ($\alpha=.76$) que proporciona el Cuestionario de Autoestima de Herrero y Musitu (2002) ($\alpha=.79$). *Depresión:* Se utilizó el CESD (Radloff, 1977) ($\alpha=.88$) que evalúa el ánimo depresivo en 20 ítems referidos a la última semana y proporciona una puntuación general de depresión.

Ámbito fisiológico:

Salud General: Se obtuvo una medida general de percepción de salud física a partir del Cuestionario de Percepciones de Salud de Davies y Ware (1981) ($\alpha=.88$).

RESULTADOS

Se realizó un análisis discriminante

para comparar las diferencias en las variables psicológicas, sociales y fisiológicas entre el grupo general y diana. Se obtuvo una función discriminante (ver Tabla I) estadísticamente significativa (Lambda de Wilks= .68, $c^2=76.90$ (9), $p<.001$) que permitió clasificar correctamente a un 77% de la muestra. El 81% del grupo diana y el 74% del grupo general fueron correctamente clasificados por esta función. Esta diferencia en porcentajes no fue estadísticamente significativa ($c^2=1.36$ (1), $p=.244$). La validación cruzada de esta clasificación utilizando el método jackknife (o dejando uno fuera) aportó resultados similares: un 74% de casos correctamente clasificados.

Con respecto a la correlación de las variables con la función discriminante, se observa en la tabla I que aunque todas las variables se relacionan de forma significativa con la función discriminante, los grupos diana y general se diferencian fundamentalmente en las dimensiones de apoyo social (reciprocidad, apoyo funcional, red social y apoyo informal) y autoestima física. Pertenecer al grupo general está relacionado signifi-

Variable	Correlación ^a	F	p	Diana	General
Apoyo (reciprocidad)	.80	51.33	.000	10.34	19.71
Apoyo (funcional)	.70	46.32	.000	23.74	42.26
Autoestima Física	.61	35.69	.000	8.37	10.54
Red Social	.59	33.24	.000	3.00	5.00
Apoyo (Informal)	.39	14.37	.000	19.81	22.32
Autoestima Familiar	.36	12.45	.001	14.66	16.18
Salud General	.33	10.15	.002	60.05	66.20
Depresión	-.30	8.46	.004	18.57	14.72
Apoyo (Formal)	.24	5.65	.018	13.67	14.70

^a Centroides de la función: diana= -.65; general=.71

cativamente con una mayor percepción de la comunidad como fuente de apoyo ($r=.39$; $p=.000$), una mayor red de apoyo ($r=.59$; $p=.000$) de la que se percibe mayor apoyo social ($r=.70$; $p=.000$) y cuyos miembros de la red buscan también apoyo en la persona mayor ($r=.80$; $p=.000$). La percepción de apoyo de los

ficar correctamente a un 75.3% de la muestra: 75.7% y 74.4% clasificados correctamente para el grupo diana y general respectivamente. Esta diferencia en porcentajes no fue estadísticamente significativa ($\chi^2=0.26$ (1), $p=.873$). La validación cruzada clasificó el 72.2% de los casos correctamente.

Tabla II.
Correlaciones de las fuentes de apoyo social con la función discriminante, tests univariados y medias para grupo diana y general

Variable	Correlación ^a	F	p	Diana	General
Hijos	.66	17.91	.000	34.55	72.37
Pareja	.62	15.52	.000	5.32	16.07
Otros familiares	.38	5.68	.018	16.90	34.86
Amigos	-.22	5.42	.021	30.30	17.65
Hermanos	.19	1.59	.209	7.90	12.37

^a Centroides de la función: diana= -.31; general=.85

sistemas formales, aunque significativa ($r=.24$; $p=.018$) presenta una menor relevancia, junto a otras variables como la depresión o salud general. Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de grandes diferencias en las redes de apoyo percibido entre las personas mayores viviendo en residencia y las que viven en la comunidad. Comparativamente, estas diferencias encontradas son más importantes que las referidas a niveles de estrés psicológico o incluso a la percepción del estado físico de salud.

Debido a la importancia observada para las dimensiones del apoyo percibido, se realizó un análisis más detallado de las fuentes de apoyo social para los dos grupos. Para ello, se utilizaron las puntuaciones en el apoyo de la pareja, hijos, hermanos, amistades, y familiares para predecir la pertenencia a los grupos diana y general. La función discriminante obtenida (ver Tabla II) (Lambda de Wilks=.78, $\chi^2=37.11$ (5), $p<.001$) permitió clasi-

Los resultados de la Tabla II señalan las diferencias en el apoyo social percibido de fuentes como los hijos, la pareja, otros familiares, los amigos y los hermanos. El mayor nivel de apoyo percibido observado para el grupo general (Tabla I) procede de los hijos ($F=17.91$; $p=.000$), la pareja ($F=15.52$; $p=.000$), y otros familiares ($F=5.68$; $p=.018$). Por su parte, el grupo diana muestra mayores niveles en el apoyo percibido de las amistades ($F=5.42$; $p=.021$). Sin embargo (no mostrado en Tabla II), aquellas personas mayores que informaron de niveles más altos de apoyo de los amigos, también informaron de menor apoyo recibido de los hijos ($F=5.61$; $p=.019$) y otros familiares ($F=15.62$; $p=.000$).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados documentados anteriormente ponen de manifiesto, por una parte, los pobres niveles de ajuste psico-

social en las personas mayores que viven en residencia con respecto a aquellos que viven en la comunidad. Este pobre ajuste psicosocial se caracteriza fundamentalmente por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal en la comunidad, y apoyo formal. Además, existe junto a estos bajos niveles de apoyo una autoestima familiar y física más negativa así como peor nivel de salud y mayor depresión. Estas diferencias ponen de manifiesto la importancia y el potencial que intervenciones dirigidas a la movilización de los sistemas informales de apoyo social tienen en la prevención de problemas psicológicos de las personas mayores en el ámbito residencial. Por otra parte, los resultados obtenidos permiten también identificar nuevas fuentes potenciales de apoyo en el caso de las personas mayores en residencia. Mientras que el grupo general muestra un mayor apoyo de hijos, pareja y familiares, en el entorno residencial se observó un mayor apoyo por parte de las amistades. Más aún, aquellos que informaron de mayor apoyo de los amigos lo hicieron también de menor apoyo de los hijos y otros familiares, sugiriendo un proceso de sustitución de las fuentes de apoyo. Sin embargo, desde el punto de vista de la percepción del propio bienestar, psicológico y físico, esa sustitución de las fuentes de apoyo no parece ser, como sugieren nuestros datos, capaces de compensar los efectos negativos del entorno residencial.

El halo negativo que con frecuencia confiere a la persona mayor su estatus como persona institucionalizada puede tener un efecto negativo en sus sentimientos de bienestar (Berman-Rossi, 1994; Goffman, 1961). Sin embargo, como sugieren algunos programas de intervención, si, además de combatir el aislamiento social junto con el desarrollo de nuevas relaciones sociales que configuren una nueva red de apoyo, los pro-

gramas son capaces de conferir de nuevo a la persona mayor institucionalizada un rol activo en la sociedad, con presencia en la vida pública y con el reconocimiento de su contribución a la vida comunitaria, es probable que no sólo sea posible facilitar un cambio de estatus social de estas personas, sino también mejorar la contribución al ajuste y el bienestar de esas nuevas redes sociales de apoyo alternativas basadas en la amistad más que en la relaciones familiares (Belsky, 1996; Gracia, 1997; Novak, 1987; Shapiro y Taylor, 2002; Warren y Walker, 1991). Probablemente, como concluyen Crohan y Antonucci (1989), sentirse necesitado es un sentimiento crucial para el bienestar de la persona mayor. La propia habilidad para adaptarse al proceso de envejecimiento y al entorno residencial puede mejorar como resultado de sentirse una persona importante para el bienestar de un igual y, especialmente, de una amistad. La amistad lleva consigo la valoración mutua y permite compartir necesidades e intereses, roles que sólo pueden ser satisfechos adecuadamente por los iguales. La naturaleza voluntaria y recíproca de este tipo de relaciones permite mantener los sentimientos de valía personal. Además, proporcionar apoyo a una amistad puede ser gratificante puesto que permite a la persona sentir que puede contribuir al bienestar de los demás y que, en caso de necesidad, ese apoyo también se encontrará disponible para ella.

En este sentido, Biegel, Shore y Gordon (1984) han propuesto el siguiente esquema orientativo para el desarrollo de intervenciones dirigidas al fortalecimiento de los sistemas de apoyo de las personas mayores y a la creación de nuevas redes cuando éstas no existen:

— Las intervenciones profesionales deberían reconocer la heterogeneidad de la población anciana y dirigirse prioritariamente a aquellos grupos en situación

de mayor riesgo. Es decir, personas mayores de 75 años (especialmente mujeres y miembros de grupos minoritarios) y personas que carecen de familia u otras personas significativas (aunque este grupo resulta difícil de identificar y alcanzar).

— Las intervenciones profesionales deberían reconocer la importancia y significación del continuo de pérdidas que experimenta la persona mayor y, en consecuencia, las intervenciones deberían centrarse en la mejora de la capacidad de afrontamiento.

— Las intervenciones deberían fortalecer la capacidad de la familia para proporcionar apoyo a la persona mayor, intentando al mismo tiempo aliviar y reducir el estrés que supone ese cuidado.

— Las intervenciones deberían fortalecer la capacidad de las amistades, vecinos y otras posibles fuentes de apoyo en la comunidad para proporcionar un mejor apoyo a la persona mayor, teniendo presente las limitaciones de estas fuentes de ayuda.

— Los profesionales deberían fortalecer las redes existentes y mejorar la coordinación entre las fuentes formales e informales de ayuda, intentando evitar así su fragmentación.

El cuidado de la persona mayor dependiente a cargo de las redes infor-

males de apoyo, no proporciona la solución total, también pueden identificarse limitaciones y, por lo tanto, es necesaria una cautela lógica antes de planificar programas de intervención que involucren los sistemas formales e informales de apoyo, o donde se delegue la responsabilidad del cuidado de la persona mayor dependiente a los sistemas informales de apoyo en su totalidad (Cumings, 2002; Krout, 1985). Como ha señalado Krout (1985), aunque, sin duda, las redes informales de apoyo desempeñan un papel fundamental en el cuidado y la promoción del bienestar de la persona mayor, resultaría ingenuo desechar el rol de los sistemas profesionales de ayuda, y sugerir que ese cuidado es siempre mejor y más eficiente cuando es proporcionado por las redes informales de apoyo (Chen y Snyder, 2001). Sin duda, la persona mayor prefiere recibir ayuda y apoyo de su red social informal, y esta red puede desempeñar ciertas tareas con mayor eficacia que los sistemas formales de ayuda, sin embargo, existen determinadas tareas para las que los sistemas de apoyo informales no se encuentran debidamente preparados (Hooyman, 1983). Como señalan Garbarino y Smyer (1980), el reto consiste en encontrar formas de promover y apoyar la comunidad y la familia como estructuras mediadoras (ver, por ejemplo, Stafford, 2001), no en exigir que actúen como las únicas estructuras proveedoras de apoyo y cuidado a la población anciana más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L. R. (2001). *Aging and later life : Growing old in modern society*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Belsky, J.K. (1996): *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Masson, S.A. Barcelona
- Berman-Rossi, T. (1994). The fight against hopelessness and despair: Institutionalized aged. En A. Gitterman y L. Shulman (Eds.), *Mutual aid groups, vulnerable populations, and the life cycle*. New York: Columbia University Press.
- Biegel, D. E., Shore, B. K. y Gordon, E. (1984). *Building support networks for the elderly: Theory and practice*. London: Sage.
- Birren, J. E. (1996). *Handbook of the psychology of aging*. Londres: Academic Press.
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6, 41-58.
- Craney, M. (1985). Interpersonal support and health of older people. En W. Peterson y J. Quadagno (Eds.), *Social bonds in later life*. London: Sage.
- Crohan, S. E. y Antonucci, T. C. (1989). Friends as a source of social support in old age. En R. G. Adams y R. Bliesner (Eds.), *Older adult friendship: Structure and process*. London: Sage.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27, 293-302.
- Chapleski, E. E. (1989). Determinants of knowledge of services to the elderly: Are strong ties enabling or inhibiting? *The Gerontologist*, 29, 539-545.
- Chen, K. M. y Snyder, M. (2001). Well-being of community-dwelling elders: An overview of research. *Journal of Mental Health & Aging*, 7, 435-443.
- Davies, A. R., y Ware, J. E. (1981). *Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment*. R-2711-HHS. Santa Monica, Calif.: RAND Corporation.
- Dean, K. y Holstein, B. E. (1991). Health promotion among the elderly. En B. Badura y I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research: Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: World Health Organization
- Fernández-Ballesteros, R, Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Iñiguez, J y López M.D. (1998). Trastornos asociados a la vejez. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dikinson Psicología.
- Garbarino, J. y Smyer, A. (1980). *A continuum of care for the family: balancing the needs of poor children and poor elderly*. San Diego, CA: 33rd Annual Meeting of the Gerontological Society
- Goffman. E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor Books.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal, and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 1-15.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Gracia, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2002). Cuestionario de apoyo social comunitario. En E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu. *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Hanson, S. M. y Sauer, W. J. (1985). Children and their elderly parents. En W. J. Sauer y R. T. Coward (Eds.), *Social support and the care of the elderly: Theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Heikkinen, E. (1989). Lifestyles and life satisfaction. En E. Heikkinen, W. E. Walters y A. S. Dontas, (Eds.), *Health, lifestyles and services for the elderly*. Copenhagen: World Health Organization.
- Herrero, J. y Musitu, G. (2002). Cuestionario de autoestima. En E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu. *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Hooyman, N. (1983). Social support networks in services to the elderly. En J. K. Whittaker y J. Garbarino (Eds.), *Social support networks: Informal helping in the human services*. New York: Aldine.
- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34, 73-88.
- INSERSO (1982). *La investigación social sobre la tercera edad: análisis de la situación actual 1982*.

- Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- INSERSO (1990). *La tercera edad en España: necesidades y demandas*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- INSERSO (1996). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Jauregi, A. L. (2001). Spain. En I Philp (Ed.), *Family care of older people in Europe. Biomedical and health research*. Amsterdam: IOS Press.
- Krause, N. (1987). Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. *The Gerontologist*, 27, 301-308.
- Krout, J. A. (1985). Relationships between informal and formal organizational networks. En W. J. Sauer y R. T. Coward (Eds.), *Social support and the care of the elderly: Theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Musitu, G., Gracia, E. y Herrero, J. (2002). Cuestionario de apoyo social percibido. En E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu. *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Nordhus, I.H., VandenBos, G.R., Berg S. y Fromhold P. (1998). *Clinical Geropsychology*. Wasington: American Psychological Association.
- Novak, M. (1987). The Canadian New Horizons Program. *The Gerontologist*, 27, 353-355.
- Potts, M. K., Hurwick, M. L., Goldstein, M. S y Berkanovic, E. (1992). Social support, health promotive beliefs, and preventive health behaviors among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 11, 425-440.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos, F. y P. Jiménez (1999). *Salud y envejecimiento*. Madrid: Uned
- Rowlings, C. (1981). *Social work with elderly people*. London: Allen & Unwin.
- Salzinger, S. (1993). The role of social networks in adaptation throughout the life cycle. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.), *Community psychology and mental health*. New York: Gardner Press.
- Shapiro, A. y Taylor, M. (2002). Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42, 334-341.
- Shore, B. (1985). Extended kin as helping networks. En W. J. Sauer y R. T. Coward (Eds.), *Social support and the care of the elderly: Theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Stafford, P. B. (2001). When community planning becomes community building: Place-based activism and the creation of good places to grow old. En L. F. Heumann y M. E. McCall, (Eds.), *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health, and support service delivery*. London Praeger.
- Stevens, J. (1995). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Sundström, G. (1994). Care by families: An overview of trends. En OCDE (Social Policy Studies N°. 14), *Caring for frail elderly people: New directions in care*. Paris: OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).
- Tobin, S. S. y Lieberman, M. A (1976). *Last home for the aged*. San Francisco: Jossey Bass.
- Ward, R., Sherman, S. y Lagory, M. (1984). Informal networks and knowledge of services for older persons. *Journal of Gerontology*, 39, 216-223.
- Warren, L. y Walker, A. (1991). Neighbourhood support units: A new approach to the care of older people. En F. Laczko y C. R. Victor (Eds.), *Social policy and elderly people*. Aldershot: Avebury.
- Wells, L. M. y Singer, C. (1988). Quality of life in institutions for the elderly: Maximizing well-being. *The Gerontologist*, 28, 266-269.
- Wood, R.T. (1999). *Psychological problems of ageing: Assessment, treatment and care*. New York: Wiley