

A **nálisis psicosocial sobre el estilo de vida de las personas mayores.**

Vicente Javier Abril Chambó, Gonzalo Musitu Ochoa

Area de Psicología Social, Departamento de Psicobiología y Psicología Social.
Facultad de Psicología. Universitat de València.

Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010, Valencia. Tel: 606073520 y 963864473 (ext1028).
Fax: 963864468. E-mail: Vicente.J.Abril@uv.es

RESUMEN

En la presente investigación se realiza un análisis diferencial en una muestra de personas mayores compuesta por 142 personas, distribuidas equitativamente entre hombres y mujeres y con edades comprendidas entre los 65 y 95 años. La distribución de la muestra incluye 70 sujetos que están viviendo en residencias para la tercera edad "residentes", y 72 sujetos que o bien están viviendo solos o acompañados por sus parejas "no residentes". Se recogen medidas de autoinforme de las variables que operativizan el modelo de salud integral propuesto, concretamente indicadores de percepción de salud física, sucesión de eventos vitales estresantes, apoyo social, autoestima y ánimo depresivo como medida de ajuste psicosocial. Se han analizado los diferentes efectos que los recursos y estresores sociales, físicos y psicológicos presentan en las muestras de ancianos residentes y no residentes. Los resultados del análisis longitudinal realizado indican una mayor percepción de apoyo social, autoestima y ajuste psicosocial en la

muestra de ancianos no residentes, lo que confirma las hipótesis iniciales de esta investigación.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, salud física, apoyo social, autoestima, ajuste psicosocial.

ABSTRACT

This study is focused on the differential analysis between elderly persons by a sample of 142 males and females aged 65 to 95. Subsamples included 70 subjects living in a old people's home - "residents"- and 72 subjects living alone or with couple - "non-residents"- . Studied the differential effects of social, physical and psychological stressors and resources between residents and non-residents who self-reported perceived health, stressful life events, social support, self-esteem and psychosocial adjustment. Results of the longitudinal research indicates that the social support, self-esteem and psychosocial adjustment is better in the non-residents subjects than residents

subjects, and is confirmed the hypothesized relationships between resources, stressors and psychosocial adjustment from our theoretical approach.

KEY WORDS

Elderly people, physical health, social support, self-esteem, psychosocial adjustment.

INTRODUCCIÓN

Actualmente y cada vez con mayor énfasis, tanto el estadio vital de la ancianidad como el proceso que conduce hacia el mismo se consideran como un fenómeno de proporciones considerables a causa del impacto social, demográfico y económico que comportan. Es un hecho que la esperanza de vida de las personas mayores, así como el aumento de su calidad de vida y la creación paulatina de recursos que satisfagan sus necesidades, supone el surgimiento de sectores profesionales y la proliferación de medios

TEMES D'ESTUDI

técnicos, económicos y humanos, capaces de dar respuesta a las demandas planteadas. Varios son los modelos que en los ámbitos de la investigación y la intervención psicosocial intentan promover el conocimiento y la acción necesarios para facilitar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido son cada vez más evidentes las críticas a las limitaciones de los modelos individualizados (Barriga, 1989; Arango, 1995). Dichos modelos se basan en la presunción de que el conocimiento y la tecnología, especialmente en el área de la salud, se ajustan a paradigmas de investigación que descontextualizan al individuo de su ambiente e implican que las actuaciones y servicios profesionales están ubicados en centros específicos de mediación psicosocial. En el ámbito de la investigación psicosocial, las asunciones teóricas de los modelos individualizados suponen acercamientos que minusvaloran los procesos de ajuste y adaptación entre el individuo y los sistemas ambientales. Por otro lado, las personas objeto de intervención, son entendidas como pacientes o clientes que están esperando soluciones a sus problemas desde la actuación de agentes profesionales que disponen de estrategias de intervención eficaces para cada problema y que parten de un enfoque directivo de la interacción social

(Barriga, 1989). Esta perspectiva del individuo como receptor pasivo de la intervención, fracasa en el ámbito de los problemas de salud grupal y comunitaria, especialmente de los grupos más desatendidos, entre los que aún se encuentran los colectivos de personas mayores, de ahí la necesidad de buscar planteamientos alternativos como modelos de investigación-acción.

Hace más de cincuenta años que Kurt Lewin (1946) afirmó que el estudio del individuo pasaba necesariamente por la investigación en su ambiente. A partir de su obra han venido desarrollándose en el campo de la psicología social numerosos y sugerentes esfuerzos por elaborar modelos que sitúen al sujeto en relación dialéctica con el contexto en el que se desarrolla, y que lo integre en una red de relaciones interpersonales sin la cual no se puede dar cuenta de su conducta, actitudes y valores. Esta orientación ecológica se ha ido afianzando progresivamente a lo largo de los años, recogiendo aportaciones de corrientes teóricas clásicas como el interaccionismo simbólico y paradigmas con un fructífero presente como la teoría de sistemas. La insistencia de los psicólogos sociales en esta perspectiva ecológica, contra corriente de los modelos individuales, clínicos y experimentalistas tradicionalmente predominantes en la psicología, se revela hoy en día como uno de los enfoques con mayor futuro en aras a enriquecer la comprensión teórica de la conducta humana y de fundamentar una investigación e intervención eficaces para mejorar su calidad de vida. Se trata de llegar a comprender la interrelación que se establece entre el individuo y el contexto ambiental en que

éste se desenvuelve: físico, psicológico y social. Entre ambos sistemas, el individuo y el ambiente, se establece una relación constante, un proceso de ajuste, adaptación mutua y acomodación que mediante una retroalimentación continuada permite el desarrollo de ambas partes. Este proceso es el que determina en cada momento el comportamiento individual.

En la presente investigación el objetivo general es el de contrastar la coherencia y validez parcial de un modelo de salud integral que facilite la comprensión de las relaciones entre el individuo y su ambiente en colectivos de la tercera edad. Es bien conocido que uno de los mayores retos de nuestra sociedad actual es la atención y el conocimiento que cada vez requieren más las personas mayores. En este sentido, se plantea la necesidad de sugerir planteamientos alternativos en la investigación e intervención psicosocial a los modelos de atención clínica y profesionalizada que consideran a los ancianos como sujetos pasivos, lo que conlleva prestaciones que en muchas ocasiones suponen una segregación de sus escenarios naturales. Es además oportuno reconocer que las personas mayores no implican necesariamente una etapa del ciclo vital carente de valor productivo, sino que se constata la necesidad de promover el periodo de la ancianidad como una etapa de bienestar y calidad de vida que signifique un progresivo acercamiento hacia los valores de nuestra sociedad y en el que los aspectos referidos a la potenciación de los recursos de apoyo social se consideren como uno de los principales ejes moduladores de su ajuste psicosocial. Está ampliamente contrastado en la literatura sobre Gerontología Social que debido a la propia naturaleza de la población anciana, la relación entre las fuentes informales de apoyo y el ajuste personal adquieren una relevancia decisiva, de modo que se convierte en un determinante de primer orden en la

MÉTODU

Muestra

satisfacción con la vida (Díaz Veiga, 1992; Martínez et al., 1993; Uchino, 1999; Mittelmaki, 1999). Por otro lado, el papel que juega el apoyo social modulado por fuentes formales e institucionales conlleva también una fuente de satisfacción y mejora de bienestar de los ancianos, para cuya potenciación es necesario tener en cuenta no sólo las características individuales de los ancianos sino también los roles de la imagen que la sociedad posee sobre la ancianidad. Así pues, podemos considerar que la dinamización de las redes sociales formales e informales, fuentes de apoyo social, suponen recursos plausibles para potenciar el bienestar de los mayores. Sin embargo, el estudio del apoyo social y su vinculación con la salud, requiere aspectos que requieren ser estudiados con un mayor detalle. Aspectos que suponen investigar cuales son los mecanismos por los que se producen los efectos positivos del apoyo social en el ajuste psicosocial; atender si los efectos del apoyo sobre la salud son directos o dependen de la influencia de otras variables determinantes en el bienestar. Y tras estas cuestiones, fundamentar planteamientos metodológicos que permitan acercamientos más adecuados para explicar el alcance de esos efectos y relaciones. Todo ello supone reconocer que el apoyo social puede entenderse como una variable dinámica, pues enfatiza los aspectos interactivos subyacentes implicados en el proceso de la relación entre el apoyo y la salud.

A continuación se propone analizar cuales son las diferencias en apoyo social y otras variables personales y contextuales determinantes del ajuste psicosocial en personas mayores. En este sentido, se plantea un modelo de salud integral que presupone las influencias recíprocas entre los contextos físico, social y psicológico sobre la salud de los ancianos, entendida ésta desde su sentido más amplio como un "estado biopsicosocial de equilibrio y de adap-

tación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente ecológico y social" (Temoshok, 1990). De este modo, el apoyo social puede ser entendido como una variable etiológica en los procesos de integración y satisfacción social, es decir, la influencia del apoyo social no sería sólo condicionante o protectora por naturaleza, sino que tendría también una influencia en el proceso de ajuste psicosocial de los individuos (Thoits, 1999; Turner, 1999). Cobran valor también para entender los mecanismos de actuación de apoyo social sobre la salud los procesos cognitivos individuales, como son la percepción de la ocurrencia de eventos vitales negativos, los sentimientos de autoestima, la percepción de ánimo depresivo y la percepción del propio estado de salud físico. Esta perspectiva facilita una investigación sobre el bienestar y calidad de vida de las personas mayores que no oculta la importancia de los factores individuales en los procesos de apoyo social, sin que esto signifique una visión del apoyo social en términos exclusivamente de percepciones individuales; ya que los comportamientos de apoyo tienen lugar en contextos sociales, de forma que ambas dimensiones deben ser tenidas en cuenta de forma diferencial pero interactiva en los procesos de transacción de apoyo (Sarason et al., 1990; Pierce et al., 1997). Por otro lado, esta perspectiva también tiene connotaciones importantes en la vertiente aplicada, puesto que desde este modelo se sugieren líneas de intervención con las personas mayores que significan estrategias conjuntas de colaboración entre los sistemas formales e informales de apoyo social así como para la dinamización de la participación e integración comunitaria, valorando la importancia que en estos procesos de ajuste psicosocial tienen la potenciación de los recursos personales de autoestima y en el afrontamiento de situaciones estresantes.

En esta investigación se han utilizado muestras homogéneas en dos grupos objetivos de individuos, todos ellos mayores de 65 años que cumplían el criterio de estar en situación de jubilación. Una de las submuestras -residentes- está compuesta por 70 individuos, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres, pertenecientes todos ellos a centros sociales residenciales de carácter público y explícitamente destinados para personas de la tercera edad. El hecho de estar en residencias públicas supone convivir en instituciones formales dedicadas al fin de la atención y el cuidado de las personas mayores, bien por incapacidades físicas y/o familiares para la atención de los mismos, bien por decisiones personales para la permanencia en estos centros. La otra submuestra -no residentes- está compuesta por 72 individuos, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres, cuya vida personal y/o familiar dependía de sí mismos y en sus propios hogares, y con la característica común de ser miembros funcionales en instituciones u hogares para el jubilado; entendidos como espacios de integración social destinados al encuentro y la comunicación interpersonal así como a la realización de diversas actividades relacionadas con el uso y disfrute del ocio y tiempo libre.

En lo que hace referencia a la variable edad, las dos submuestras están compuestas por personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 65 y 95 años. La submuestra de 'residentes' distribuye sus porcentajes entre los intervalos de 65 a 75 años (32%) y entre los de más de 75 años (68%). La submuestra de 'no residentes' distribuye sus porcentajes entre los intervalos de 65 a 75 años (64%) y entre los de más de 75 años (36%). En lo que hace referencia a la variable estado civil, la submuestra de 'residentes' está compuesta por un 25.7% de sujetos solte-

TEMES D'ESTUDI

ros, un 5.7% de casados, un 2.9% de separados, un 2.9% de divorciados y un 62.9% de viudos. Respecto a la submuestra de 'no residentes', está compuesta por un 5.6% de sujetos solteros, un 58.3% de casados, un 2.8% de separados, un 2.8% de divorciados y de un 30.6% de viudos. En ambas muestras, y en lo que hace referencia a la variable *nivel de estudios*, todos los individuos alcanzan como máximo el nivel de graduado escolar. Concretamente, la muestra de 'residentes' sitúa un 70% de sus miembros entre aquellos que no han cursado estudio alguno y un 30% que tienen el nivel de asistencia a la escuela primaria. Entre los 'no residentes' se contabilizan un 45% de sujetos sin estudio alguno, un 35% de sujetos que han cursado estudios de escuela primaria y un 20% que han conseguido el graduado escolar. Por último, y en lo que hace referencia al *nivel de ingresos* de la unidad familiar, todos los sujetos muestrales afirman vivir con ingresos anuales no superiores a los dos millones de pesetas, lo cual equivale a decir que viven con salarios de entre 30.000 y 150.000 pesetas al mes. Entre los 'residentes', el 98.5% de los sujetos viven con menos de un millón de ingresos anuales y el 1.5% de los sujetos viven con ingresos entre uno y dos millones anuales. Entre los 'no residentes', el 45.7% vive con menos de un millón de ingresos anuales y el 54.3% vive con ingresos de entre uno y dos millones anuales.

INSTRUMENTOS

De acuerdo con el marco teórico que da contenido a esta investigación se utilizaron medidas, en dos periodos de tiempo de seis meses de latencia entre ellos, de las variables que lo operativizan: en el *ámbito físico* -'conductas y hábitos de salud' y 'percepción de salud física'-, en el *ámbito social* -'percepción de apoyo social' y 'eventos vitales no deseables'-, en el *ámbito psicológico* -'autoestima' y percepción de 'ánimo depresivo' como medida de ajuste per-

sonal-. Para ello se han aplicado los siguientes instrumentos:

El *Cuestionario de Percepción de Salud Física (HPQ)* (Musitu et al., 1992), que abrevia índices médicos más complejos con el objetivo de facilitar la investigación, es una escala breve, fácil de comprender y compuesta por 29 ítems con un formato tipo Likert de siete intervalos de respuesta -desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo"- . La elevada fiabilidad, validez discriminante y de contenido, así como el poder predictivo del cuestionario son los principales criterios para su utilización. A través de los ítems que componen el cuestionario se puede obtener un '*índice general de salud*' -compuesto por 22 ítems-, que es un indicador de la percepción o sentimiento general que el individuo tiene sobre su salud física y que será el que se utilizará en los análisis realizados en la investigación. La consistencia interna de este índice para la muestra analizada, evaluada a través del coeficiente alpha Cronbach, ha sido de $\alpha = .8934$, lo que prueba la alta homogeneidad de los elementos que lo componen.

El *Cuestionario de Conductas y Hábitos Saludables (CCS)* de Musitu et al. (1992) es un instrumento compuesto por 8 ítems y que evalúa conductas que favorecen o perjudican la salud, desde la práctica deportiva y de ejercicio físico, la higiene corporal y la preocupación por mantener un peso adecuado, hasta la evaluación del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias perjudiciales para la salud. Se han pretendido obtener diversos índices que recojan la información general del nivel de comportamiento saludable de los individuos. En este sentido se elaboraron tres índices independientes que proporcionaban información con respecto a tres dimensiones del recurso '*salud física*': 'consumo de sustancias', 'conductas insanas' y 'actividad-inactividad física', estableciéndose niveles de riesgo para cada una de las conductas de 1 a 3 puntos -moderado, elevado y muy elevado-. Una vez realiza-

da esta transformación con cada uno de los ítems, se obtuvo una única puntuación para todos los sujetos en cada una de las dimensiones. Esta puntuación representa la acumulación de riesgos que cada individuo presenta con respecto a las diferentes áreas, lo que permite comparaciones estadísticas. Debido a que los tres índices elaborados para evaluar los hábitos de salud son independientes entre sí, no se precisa un análisis de la fiabilidad y consistencia interna ya que no se prevé que los diferentes ítems guarden entre sí una relación estadística.

El *Cuestionario de Eventos Vitales No Deseables de Musitu et al.* (1992), incluye sucesos negativos considerados como estresantes. En la elaboración de la escala se realizó un primer estudio piloto en el que existían 57 ítems para comprobar la capacidad de discriminación de cada uno y su presencia en las muestras con las que se iba a trabajar. Tras un análisis factorial de componentes principales se comprobó que 33 de ellos representaban adecuadamente la muestra de eventos, por lo que se redujo a estos el cuestionario, sin comprobarse la consistencia interna del instrumento debido a la independencia de cada uno de los eventos. Estos eventos proceden de otras escalas validadas de eventos vitales y abarcan áreas como la familia, las relaciones interpersonales, las relaciones de pareja y la vida comunitaria. El instrumento registra la presencia de cada uno de los eventos en los seis meses previos al pase de la prueba y proporciona un índice general del número de eventos experimentados por el individuo.

El *Cuestionario de Apoyo Social de Musitu et al.* (1992), consta de dos sub-escalas que evalúan por una parte "la participación e integración comunitaria" y por otra "la percepción del apoyo social" tanto en sistemas formales como informales. La primera de ellas -Participación e integración comunitaria- consta de 11 ítems que evalúan aspectos relativos a la participación en el contexto comunitario (barrio y ve-

TEMES D'ESTUDI

cindario fundamentalmente) y a la percepción de integración en ese contexto. La segunda subescala -Sistemas formales e informales- contiene 14 ítems y es un indicador de la percepción de apoyo en sistemas y redes de comunicación informales -familia, vecindario, grupos sociales, clubs, asociaciones, comisiones, etc.- y formales -centros públicos y sociales, residencias, hogares del jubilado, etc.- existentes en la comunidad. Además, la percepción de los sistemas formales de ayuda constituye una guía para comprender hasta qué punto el individuo confía en las instituciones creadas específicamente para proporcionar ayuda y por tanto puede indicarnos un primer índice de la efectividad de las mismas. En ambas subescalas el escalamiento fue de tipo Likert de seis intervalos - 'muy de acuerdo' a 'muy en desacuerdo' - con una consistencia interna (alpha de Cronbach) en la muestra analizada de $\alpha=.87$ para la escala de participación e integración comunitaria y de $\alpha=.89$ para la escala de percepción de apoyo social.

El *Cuestionario de Autoestima de Musitu et al.* (1992), es una escala de respuesta de tipo Likert de 5 puntos que va desde "muy de acuerdo a muy en desacuerdo" y con una estructura de 25 ítems. La consistencia interna para el conjunto de la escala es de .79 (alpha de Cronbach). Su análisis factorial -componentes principales con rotación varimax- ha constatado la multidimensionalidad del constructo 'autoestima', contrastándose en investigaciones precedentes la presencia de siete factores que explican el 53.71% de la varianza total (Herrero, 1994). Estos factores son: la *autoestima amistad*, que recoge aspectos relativos a la valoración que la persona realiza de su capacidad para mantener amistades, así como la satisfacción derivada de estas relaciones con personas próximas y significativas; la *autoestima corporal*, que hace referencia a aspectos relativos a la imagen corporal y a los sentimientos que sobre ella se tienen; la *autoestima emocional*, que hace referencia a aspectos relati-

vos al ajuste emocional; la *autoestima social* que representa aspectos relativos a la percepción y valoración que la persona realiza respecto a su capacidad inicial para actuar y desenvolverse en las interacciones sociales; la *autoestima familiar*, que hace referencia a aspectos relativos a consideración que la persona realiza con respecto a sus interacciones en el ámbito familiar y la satisfacción con las mismas; la *autoconfianza*, que se refiere a la confianza que el sujeto tiene de si mismo y que resulta interesante para los demás; la *autoestima intelectual*, que considera aspectos relativos a la valoración que la persona realiza de su funcionamiento intelectual, así como ciertas capacidades relacionadas con el mismo.

La *Escala de Percepción de Animo Depresivo (CES-D)* (Radloff, 1977), consta de 20 ítems y aunque presenta una estructura multidimensional, algunos autores han recomendado su utilización como un índice general de depresión fiable para estudios epidemiológicos debido a su utilidad para discriminar entre población normal y población depresiva (Lin et al., 1986). En esta investigación, los ítems del CES-D se han sumado para conformar la variable "ánimo depresivo". El escalamiento es de tipo Likert de cuatro intervalos de respuesta -de "rara vez o nunca" a "todo el tiempo"- . La elevada casuística del *ánimo depresivo* y las consistentes relaciones teóricas que presenta con otras variables -experiencias estresantes, autoestima, apoyo social, conductas y percepción de salud- le han hecho objeto de numerosos estudios y trabajos en

los que se ha relacionado su intensidad con el grado de *ajuste social* y diversos índices de funcionamiento psicosocial (Abril et al., 1998; Herrero et al., 1998).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los análisis diferenciales entre las dos submuestras: personas mayores *residentes* y *no residentes*, y respecto a las variables utilizadas en el modelo de salud integral propuesto en el *ámbito físico, social y psicológico*. El procedimiento estadístico seguido ha sido el del "análisis de varianza multivariado" -prueba F de Scheffe-, con el objetivo de examinar todas las posibles combinaciones lineales de las medias de los segmentos muestrales con los que se ha trabajado

En los *análisis diferenciales planteados en el ámbito físico*, no se han encontrado apenas diferencias entre los dos segmentos muestrales analizados, aunque su análisis nos permite hacer algunas consideraciones:

- Todos los individuos muestrales con los que se ha trabajado describen una percepción negativa de su salud física a lo largo del tiempo, aunque no se presentan diferencias significativas entre las dos submuestras analizadas. En este sentido, se muestran puntuaciones medias que no superan los índices de indeterminación -4- en lo que se refiere a la percepción del 'índice general de salud física' (IG) tanto en la muestra de ancianos *residentes* ($m_{IG1} = 2.230 < m_{IG2} = 2.345$; m_{IG1} y m_{IG2} son puntuaciones medias del 'índice general de

Tabla 1: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Percepción del Estado Físico de Salud"

VARIABLES: Recurso Físico	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Consumo de Sustancias ^{CS}	1	3	75.601	30.879	.0000	.2500	.0857
Consumo de Sustancias ^{CS}	2	3	70.336	24.626	.0000	.1670	.0860
Conductas Insanas ^{CS}	2	3	93.931	37.925	.0120	1.500	.7100

CS: Las 'Conductas de Salud' como estresores físicos

NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

EMES D'ESTUDI

Tabla II: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Eventos Vitales Negativos"

VARIABLES: Estresor Social	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Eventos Vitales Negativos ^{ES}	2	3	36.137	8.817	.0000	1.634	.5714

ES: Estresores Sociales
NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

salud' en el tiempo 1 y 2, respectivamente) como en la de ancianos *no residentes* ($m_{IG1} = 1.950 < m_{IG2} = 1.789$).

- Las diferencias significativas encontradas en el ámbito físico se refieren a la práctica de 'conductas insanas' y al 'consumo de sustancias' nocivas para la salud (ver tabla 1). Las diferencias significativas en 'consumo de sustancias' se evidencia por unas mayores puntuaciones obtenidas por los ancianos *no residentes* respecto a los *residentes*, tanto en el tiempo 1 ($F_1 = 30.879, p_1 < .0001; m_{NR1} = .2500 > m_{RE1} = .0857$) como en el tiempo 2 ($F_2 = 24.626, p_2 < .0001; m_{NR2} = .1770 > m_{RE2} = .0860$). En lo que se refiere a la práctica de 'conductas insanas', aunque en ambas submuestras no se dan puntuaciones muy elevadas, si aparecen diferencias significativas que muestran un mayor número de las mismas en la muestra de *no residentes* que en la de los *residentes* y para el tiempo 1 de la investigación ($F_1 = 37.925, p_1 < .01; m_{NR1} = .1500 > m_{RE1} = .7100$).

En los análisis diferenciales planteados en el ámbito social han surgido diferencias significativas entre los dos segmentos muestrales en algunos recursos y estresores sociales y para los dos periodos temporales de la investigación:

- Respecto a la variable 'eventos vitales no deseables', medida indicadora de los estresores en el ámbito social, se destaca el bajo índice de estos acontecimientos tanto en la muestra de ancianos *residentes* como en la de los *no residentes*. Los resultados indican diferencias significativas en la ocurrencia de estos eventos, mayor en los ancianos *no residentes* que la de los *residentes*, en el segundo periodo de la investiga-

ción ($F_2 = 8.817, p_2 < .0001, m_{NR2} = 1.634 > m_{RE2} = .5714$), aunque en general se constata una mayor ocurrencia de eventos negativos en la muestra de personas mayores *no residentes* en los dos periodos temporales ($m_{EVNR1} = 1.639 > m_{EVRE1} = 0.7429; m_{EVNR2} = 1.634 > m_{EVRE2} = .5714; m_{EVNR}$ y m_{EVRE} son puntuaciones medias de la ocurrencia de 'eventos vitales negativos' en 'no residentes' y 'residentes' respectivamente, en los tiempos 1 y 2) (ver tabla 2).

- Respecto a la variable indicadora de recursos de apoyo social 'sistemas formales e informales' de apoyo social, se destaca la circunstancia de que son las personas mayores *residentes* quienes mayor percepción de apoyo tienen en los 'sistemas formales' ($F_1 = 11.974, p_1 < .0001, m_{NR1} = 3.253 < m_{RE1} = 4.633; F_2 = 14.770, p_2 < .0001, m_{NR2} = 3.219 < m_{RE2} = 4.808$), siendo mayor la percepción de apoyo en los 'sistemas informales' para los *no residentes* ($F_1 = 13.261, p_1 < .0001, m_{NR1} = 3.721 > m_{RE1} = 2.530; F_2 = 17.269, p_2 < .0001, m_{NR2} = 3.705 > m_{RE2} = 2.480$), diferencias significativas que como podemos constatar se han obtenido de manera consistente en el tiempo para los dos periodos de la investigación (ver tabla 3).

- Las personas mayores *no residentes* han obtenido puntuaciones que supe-

ran el criterio de indeterminación -3.5- respecto al factor de 'integración y satisfacción comunitaria', a diferencia de las bajas puntuaciones que en el mismo han obtenido las personas mayores *residentes*. También se resalta que los sujetos de ambas muestras han tenido de manera consistente una baja 'participación comunitaria', ya que en ninguno de los periodos temporales las puntuaciones obtenidas en este factor superan el criterio de indeterminación -3.5-. Con respecto a los resultados diferenciales se destaca el que en los dos periodos temporales han sido las personas mayores *residentes* quienes muestran una mayor 'participación comunitaria' ($F_1 = 3.836, p_1 < .01, m_{NR1} = 2.154 < m_{RE1} = 2.949; F_2 = 7.415, p_2 < .0001, m_{NR2} = 1.871 < m_{RE2} = 2.967$) y sin embargo han sido los *no residentes* quienes mayor 'satisfacción e integración comunitaria' han percibido ($F_1 = 9.736, p_1 < .0001, m_{NR1} = 3.856 > m_{RE1} = 2.968; F_2 = 6.650, p_2 < .0001, m_{NR2} = 3.633 > m_{RE2} = 3.000$) (ver tabla 4).

En los análisis diferenciales planteados en el ámbito psicológico, se han encontrado diferencias entre los dos segmentos muestrales analizados y en algunos de los recursos y estresores psicológicos:

- Respecto a los recursos psicológicos, en la variable 'autoestima', la muestra de personas mayores *no residentes* destaca sobre la de *residentes*, puesto que las puntuaciones obtenidas por los primeros son mayores en todas las dimensiones y principalmente en aquellas que representan los aspectos sociales de la autoestima 'amistad' y 'familiar', donde superan el criterio de indeterminación -3.5-, lo cual no se ob-

Tabla III: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social"

VARIABLES: Estresor Social	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Eventos Vitales Negativos ^{ES}	2	3	36.137	8.817	.0000	1.634	.5714

ES: Estresores Sociales
NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

tiene en la muestra de *residentes*. Respecto a las dimensiones de 'autoestima' que representan los recursos personales: 'corporal', 'emocional' e 'intelectual', no se han encontrado diferencias significativas entre *residentes* y *no residentes*, siendo las puntuaciones medias para ambas submuestras significativamente bajas, no llegando a superar el criterio de indeterminación en ninguna de ellas. Por otro lado, se resaltan las diferencias significativas intergrupales encontradas en las dimensiones de: 'autoestima amistad' en los dos periodos temporales ($F_1=4.098, p_1<.01, m_{NR1}=3.706 > m_{RE1}=3.291; F_2=6.643, p_2<.001, m_{NR2}=3.856 > m_{RE2}=3.124$), 'autoestima familiar' tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2 ($F_1=3.858, p_1<.01, m_{NR1}=4.014 > m_{RE1}=3.293; F_2=6.361, p_2<.001, m_{NR2}=4.333 > m_{RE2}=3.305$), 'autoestima social' en el tiempo 1 ($F_1=24.805, p_1<.0001, m_{NR1}=3.433 > m_{RE1}=2.750$), y la 'autoconfianza' tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2 ($F_1=4.507, p_1<.01, m_{NR1}=3.250 > m_{RE1}=2.895; F_2=4.191, p_2<.01, m_{NR2}=3.111 > m_{RE2}=2.752$), que como ya hemos dicho anteriormente, representan puntuaciones mayores en autoestima para la muestra de ancianos *no residentes* (ver tabla 5).

• En lo que se refiere a las medidas de 'ánimo depresivo' utilizadas como indicadores de 'ajuste psicosocial', en ninguno de los periodos temporales de la investigación ambas submuestras estudiadas han estado por debajo del cri-

Tabla IV: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Participación e Integración Comunitaria"

Variables: Recurso Social	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Participación Comunitaria ^{AS}	1	3	7.589	3.836	.0114	2.154	2.949
Participación Comunitaria ^{AS}	2	3	17.681	7.415	.0001	1.871	2.967
Integración Comunitaria ^{AS}	1	3	14.851	9.736	.0000	3.856	2.968
Integración Comunitaria ^{AS}	2	3	8.903	6.650	.0003	3.633	3.000

AS: El 'Apoyo Social' como recurso social
NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

terio de indeterminación -2.5-, destacando en este sentido la muestra de ancianos *residentes* por el mayor 'ánimo depresivo' que experimentan respecto a los *no residentes* tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2 ($F_1=7.878, p_1<.001, m_{NR1}=2.516 < m_{RE1}=3.0070; F_2=6.535, p_2<.001, m_{NR2}=2.534 < m_{RE2}=3.081$) (ver tabla 6).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo ha analizado los resultados más relevantes obtenidos de los análisis descriptivos y diferenciales de carácter intergrupales entre dos colectivos de personas mayores: *residentes* y *no residentes*, caracterizados por disponer de distintas fuentes primarias de apoyo social que influyen de manera distinta sobre su nivel de bienestar personal. En este sentido, es sugerente presentar, desde la discusión de los resultados obtenidos, algunas connotaciones diferenciales entre personas mayores

residentes y *no residentes*, no sólo en el ámbito de los recursos de apoyo social, sino en general en todas las variables del modelo de salud integral propuesto, lo que supone acercamientos a los ámbitos de influencia física, social y psicológica sobre el ajuste psicosocial de las personas de edad avanzada. De esta forma resulta oportuno plantear el diseño de 'perfiles grupales' para el análisis de los segmentos muestrales y la facilitación de propuestas plausibles de intervención comunitaria basadas tanto en las características individuales como sociales de las personas mayores *residentes* y *no residentes*, de las fuentes proveedoras de apoyo y de la situación concreta objeto de intervención (Antonucci et al., 1990; Levine et al., 1997).

La *salud física* es uno de los aspectos más importantes en la vida de los seres humanos y en particular en los de edad avanzada, dada su influencia sobre el resto de variables psicosociales (Biegel et al., 1990; Friedrich, 1998). En este sentido, la baja 'percepción de salud física' en las muestras de personas mayores analizadas, es un indicador del deterioro del estatus de salud que se produce con el transcurso del tiempo (Lyons, et al., 1995; Manning et al., 1999). En el factor que ha servido en la investigación como propuesta de evaluación de la 'percepción del estado de salud', tanto el grupo de ancianos *residentes* como el de *no residentes* han puntuado por debajo del criterio de indeterminación. La evidencia de la percepción del deterioro del estado de salud, junto a la progresiva disminución de la capacidad física que las personas mayo-

Tabla V: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Autoestima"

Variables: Recurso Psicológico	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Amistad ^{AUT}	1	3	4.661	4.098	.0082	3.706	3.291
Amistad ^{AUT}	2	3	5.667	6.543	.0004	3.856	3.124
Familiar ^{AUT}	1	3	10.361	3.858	.0011	4.014	3.293
Familiar ^{AUT}	2	3	23.366	6.361	.0005	4.333	3.305
Social ^{AUT}	1	3	44.127	24.805	.0000	3.433	2.750
Autoconfianza ^{AUT}	1	3	6.672	4.507	.0049	3.250	2.895
Autoconfianza ^{AUT}	2	3	4.720	4.191	.0073	3.111	2.752

AS: La 'Autoestima' como recurso psicológico
NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

TEMES D'ESTUDI

Tabla VI: Resultados diferenciales intergrupales en la variable "Animo Depresivo"

Variables: Estresor psicológico	tiempo	gl	SC	F	p	medias muestrales NR	-m-RE
Animo Depresivo ^{EP}	1	3	7.709	7.878	.0001	2.516	3.007
Animo Depresivo ^{EP}	2	3	6.256	6.535	.0004	2.534	3.081

EP: El 'Animo Depresivo' como estresor psicológico
NR: Personas mayores 'no residentes' RE: Personas mayores 'residentes'

res experimentan, puede tener una influencia negativa en los recursos personales de ajuste psicológico y social (Markides et al., 1991; Martínez et al., 1992; Mittelmarki, 1999). Por otro lado, y en lo que respecta al 'consumo de sustancias' nocivas como el tabaco y el alcohol, ha sido prácticamente insignificante en ambos grupos de personas de edad avanzada descritos, probablemente debido a decisiones personales en aras a la conservación de la salud o por prescripción facultativa. En las dos submuestras analizadas, el 'consumo de sustancias' nocivas no se asocia a un abuso irracional sino a un consumo más bien moderado, que baja su frecuencia de una manera significativa en el segundo periodo de la investigación, asistiendo a un consumo controlado de sustancias como el tabaco o el alcohol. También se ha observado una disminución de la 'actividad física y las conductas de salud', que podrían incluir, por ejemplo, desde paseos por la ciudad hasta excursiones o footing por el campo. Se trata de indicadores de la falta de motivación, junto a la pasividad e inactividad física que los sujetos presentan y que se pueden llegar a convertir en hábitos adquiridos a medida que avanza la edad, y por los que los programas de intervención comunitaria deberían preocuparse con objeto de potenciar estilos de vida más saludables y activadores de la capacidad física, tan importante en el bienestar y calidad de vida de las personas y en concreto de las de edad avanzada.

En relación a las variables evaluadas como indicadores de *los estresores en el ámbito social*, hay que destacar que

la ocurrencia de 'eventos vitales no deseables' ha sido poco significativa para los dos grupos de edad avanzada analizados, resaltando una mayor incidencia entre las personas mayores *no residentes*. La explicación a estos resultados puede ser descrita desde la influencia del factor 'edad', pues ha medida que se avanza en el tiempo es más probable que vayan sucediéndose los acontecimientos menos deseables (Herrero, 1994; Guarnaccia, 1996). En este sentido, las personas mayores *residentes* presentan una media de edad mayor que la de *los no residentes*, y es probable que los acontecimientos negativos más importantes ya les hayan acontecido a lo largo de su trayectoria vital, resultados que confirman los obtenidos por Guarnaccia et al. (1996) y Fernández et al. (1998).

En lo que respecta a los *recursos en el ámbito social*, la perspectiva del estudio del 'apoyo social' tiene connotaciones muy sugerentes en su aplicación a la población conformada por las personas mayores. Está ampliamente contrastado en la literatura científica que, debido a la propia ideosincracia de la población anciana, la relación entre las fuentes formales e informales de apoyo y el bienestar psicosocial adquieren una relevancia decisiva, de modo que se convierte en un determinante de primer orden en la satisfacción vital (Gallo, 1982; Ward, 1985; Díaz Veiga, 1992; Martínez et al., 1993; Hyodo et al., 1998). Así, de los análisis de los resultados se subraya la idea general de que las personas mayores *residentes* han percibido más apoyo social en los 'sistemas formales' que en los 'infor-

males', produciéndose la situación contraria en la muestra de ancianos *no residentes*. Partiendo de la base de que todos los componentes de la muestra de ancianos *residentes* son individuos que pertenecen a colectivos sociales participantes en 'sistemas formales' de apoyo social, como son los centros residenciales para personas mayores, es lógico pensar que las puntuaciones en estos recursos sociales hayan sido significativamente más elevadas. Estos resultados no se dan con la misma significación en los 'sistemas informales' de apoyo, aunque habría que matizar estas cuestiones. En este sentido, la implicación y disponibilidad familiar de la muestra de ancianos *residentes* es poco significativa, puesto que la mayoría de personas de este segmento muestral se encuentran en situación de viudedad, soltería y sin hijos. Por otra parte, aquellos que aún disponen de algún núcleo informal de apoyo familiar: pareja, hermanos o hijos, permanecen alejados de la vinculación de esa red familiar y en consecuencia de su disponibilidad de apoyo, salvo algunas excepciones. Por tanto, es lógico entender la influencia de estas características estructurales de la red social del sector de ancianos *residentes* en su 'autoestima', en concreto en sus dimensiones familiar y de amistad, cuyas puntuaciones han sido significativamente bajas e inferiores a las del sector de ancianos *no residentes*.

En referencia también a los recursos de apoyo social, la 'participación comunitaria' no ha demostrado ser un requisito suficiente para que las personas mayores se sientan más 'integradas y satisfechas en su comunidad', puesto que una cosa es la frecuencia de contactos e interacciones sociales -'participación comunitaria'- y otra lo es la percepción de apoyo y satisfacción en las relaciones cotidianas -'integración comunitaria'- . Se constata como las personas mayores *residentes* tienen una mayor 'participación comunitaria' que los *no residentes*, y sin embargo estos

últimos tienen un mayor nivel de 'satisfacción e integración comunitaria'. Ahora bien, ambos colectivos han obtenido unas puntuaciones significativamente bajas de 'participación comunitaria' en su barrio, vecindario y comunidad de relación. A medida que avanza la edad, y sobre todo tras la ocurrencia de la jubilación, el estilo de vida personal se transforma hacia patrones de relación que implican una reducción de la participación en las redes sociales (Sánchez, 1998; Klein et al., 1999; Turner et al., 1999). Es posible que otras explicaciones de carácter más psicológico ayuden a entender la reducción del nivel de participación social de las personas mayores, pudiéndose destacar, en este sentido, los efectos negativos del sentimiento de endeudamiento que se produce en las interacciones sociales junto al interés por mantener la estima personal en base a su autonomía (Krause, 1990; Markides et al., 1991). Sin embargo, y aunque el nivel de participación y percepción de apoyo en los sistemas formales decrece, en la muestra de ancianos *no residentes* la provisión de apoyo social queda asegurada desde las redes informales más cercanas: familia y amigos íntimos, lo cual explica la elevada satisfacción e integración que perciben estos sujetos, significativamente mayor que la de los ancianos *residentes*. El grupo de *residentes* ha tenido que adaptarse a un nuevo patrón relacional y asumir un nuevo rol personal y social en su vida diaria en las residencias para personas mayores, cambios que suponen adaptaciones a una nueva vivienda y a un nuevo barrio y vecindario, todo lo cual puede influir negativamente en la percepción de apoyo social en los sistemas de apoyo informales, familiares y de amistad principalmente, y la integración y satisfacción en los mismos. Es fácil reconocer las influencias negativas que estos sentimientos de pobre satisfacción social pueden tener en la autoestima, sobre todo en sus dimensiones sociales, familiares y de amistad, donde los an-

cianos *residentes* han mostrado valoraciones significativamente más bajas que la de los *no residentes*.

En lo que respecta a los *recursos psicológicos*, cabe sustraer la idea global de que las personas de edad avanzada, en general, tienen una mejor consideración de los aspectos sociales de su 'autoestima' que de los personales. Se ha observado como el grupo de las personas mayores *no residentes* tiene una mejor percepción de 'autoestima' que la de los *residentes*, sobre todo en sus dimensiones sociales: familiar, amistad y social. Los efectos de la implicación, creación y disponibilidad del contexto familiar más próximo, pueden explicar la percepción en el sector de ancianos *no residentes* de una mayor satisfacción personal con su entorno familiar; resultados que confirmarían los obtenidos por Díaz Veiga (1992), Burnette et al. (1994) y Thoits (1999). Por otro lado, y a pesar de que en los colectivos de edad avanzada la red informal de amistades puede verse reducida, el grupo de amigos más cercanos también es muy valorado por el colectivo de los ancianos *no residentes*, corroborándose con una alta 'autoestima' de amistad. En este sentido, está suficientemente contrastado en la literatura científica que los beneficios que las personas mayores obtienen de sus redes sociales más próximas son similares a los de otras etapas de la vida, así como los procesos también son equiparables (Fernández, 1992; Martínez et al., 1995). En lo relativo al resto de dimensiones de 'autoestima' analizadas, en los dos colectivos de personas de edad avanzada no se superan en ninguna de ellas el criterio de indeterminación. La baja 'autoestima' corporal, emocional, intelectual y de autoconfianza pueden ser la respuesta lógica a una situación física y social deteriorada con el paso del tiempo.

De los resultados obtenidos, se concluye que, en general, las personas de edad avanzada con las que se ha realizado la investigación, son colectivos con

alto riesgo de ver afectado negativamente su 'ajuste psicosocial', puesto que el nivel de 'ánimo depresivo' que han percibido se ha ido incrementando con el paso del tiempo. Se destaca, en este sentido, la muestra de ancianos *residentes*, que han experimentado un 'ánimo depresivo' significativamente mayor que la de los *no residentes*, lo cual es fácil de entender, pues se han caracterizado por una pobre percepción de salud física, una mayor sucesión de eventos vitales negativos, una deficitaria integración y satisfacción con su entorno comunitario así como una bajas respuestas de autovaloración personal, tanto en las dimensiones personales como sociales de la autoestima. Podemos entender que ambos colectivos se tratan de poblaciones en alto riesgo psicosocial, por los que la Psicología Comunitaria debería procurar una especial atención. Se podrían articular soluciones valiosas para las crecientes necesidades, ya no solo de las personas mayores, sino de sus familiares y vínculos más cercanos, principales proveedores de ayuda, que permitiesen la formulación de estrategias de integración entre los sistemas formales e informales de apoyo social y que facilitasen mantener y potenciar la autoestima y su vinculación a las redes de apoyo naturales, contemplándose no solo medidas paliativas de generación de recursos psicosociales de afrontamiento del estrés, sino también la propia participación de las personas mayores en su propio proceso de integración social y mejora del ajuste psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abril, J. y Musitu, G. (1998). Salud física y depresión: Relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social de la Salud*, 10, 103-120.

Antonucci, T. y Jackson, J. (1990). The role of reciprocity in social support. En B. Sarason, I. Sarason, y G. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York, NY: Wiley.

TEMES D'ESTUDI

- Arango, C.** (1995). La investigación participativa en la intervención comunitaria. *Informació Psicológica*, 57, 29-33.
- Barriga, S.** (1989). Del socialismo y capitalismo de la psicología o de los modelos implícitos en el ejercicio de la intervención psicológica. En G. Musitu et al. (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.
- Burnette, D. y Mui, A.** (1994). Determinants of self-reported depressive symptoms by frail elderly persons living alone. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 3-19.
- Díaz Veiga, P.** (1992). El apoyo social en la vejez. En R. Fernández (Ed.), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández, M. y Mutran, G.** (1998). Moderating the effects of stress or depressive symptoms. *Research on Aging*, 20, 163-182.
- Fernández, R.** (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Friedrich, M.** (1998). The relationship between health and stress. En M. Knox (Ed.), *HIV and community mental healthcare*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Guarnaccia, Ch.; Zautra, A.** (1996). The impact of ordinary major and small negative life events on older adults. En P. Ruskin et al. (Eds), *Aging and posttraumatic stress disorder*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herrero, J y Musitu G.** (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Herrero, J.** (1994). Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología: Universitat de València.
- Hyodo, Y. y Tanaka, K.** (1998). An empirical study on the mental health of elderly people based on an aging stress-support model. *Journal of Health Psychology*, 11, 1-15.
- Klein, K. y Tilburg, T.** (1999). Reciprocity and other factors affecting the termination of older adults relationships. *Social Networks*, 21, 131-146.
- Krause, N.** (1990). Stress, social support and wellbeing: focusing on salient social roles. En M. Stephens, J. Crowther, S. Hobfoll y D. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later life families*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Lewin, K.** (1946). *La teoría de campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.** (1986). *Social support, life events and depression*. London: Academic Press.
- Lyons, R., Sullivan, M., Ritvo, P. y Coyne, J.** (1995). *Relationships in chronic illness and disability*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Manning, M. y Fusilier, M.** (1999). The relationship between stress and health care use: An investigation of the buffering roles of personality, social support and exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 159-173.
- Markides, K. y Cooper, C.** (1991). *Aging, stress and health*. New York, NY: Wiley.
- Martínez, M. y García, M.** (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 1, 61-74.
- Martínez, M., García, M. y Mendoza, I.** (1992). Consideraciones sobre el abordaje psicosocial de la vejez. *Apuntes de Psicología*, 34, 83-90.
- Martínez, M., García, M. y Mendoza, I.** (1993). Integración social y ancianidad: aportaciones desde el apoyo social. En M. Martínez (Ed.), *Psicología Comunitaria*. Sevilla: Eudema.
- Mittelmarki, M.** (1999). Social ties and health promotion: Suggestions for population based research. *Health Education Research*, 14, 447-451.
- Musitu, G.** (1992). *Salud física y salud mental: Un análisis de las relaciones e influencias de los estresores y recursos*. Proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia (DIGICYT). Código PB 92/0511.
- Pierce, G., Lakey, B., Sarason, I. y Sarason, B.** (1997). *Sourcebook of social support and personality*. New York, NY: Plenum Press.
- Radloff, L.** (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Sánchez, E.** (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13, 537-544.
- Sarason, B., Sarason, I. y Pierce, G.** (1990). *Social support: An interactional view*. New York, NY: John Wiley.
- Temoshok, L.** (1990). Applying the biopsychosocial model to research on hiv/aids. En P. Bennett, J. Weimann y P. Spurgeon (Eds.), *Current Development in Health Psychology*. London: Harwood Academic Press.
- Thoits, P.** (1999): Self, identity, stress and mental health. En C. Anshel et al. (Eds), *Handbook of sociology of mental health*. New York: Plenum Publishers.
- Turner, R.** (1999). Social support and coping. En A. Horwitz et al. (Ed), *A handbook for the study of mental health: Social context, theories and systems*. New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- Turner, R. y Turner, J.** (1999). Social integration and support. En C. Anshel et al. (Eds), *Handbook of sociology of mental health*. New York: Plenum Publishers.
- Uchino, B., Uno, D. y Holt, L.** (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 145-148.