

BIENESTAR Y REDES DE APOYO SOCIAL EN POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD.

**José Ángel Vera Noriega
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez.**

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

En muchos países se observa un proceso de envejecimiento de la población y con ello han aumentado los problemas de salud, sociales, económicos y políticos, tanto que en 1982, en la asamblea de las Naciones Unidas, se convocó a los países miembros, a trabajar en la evaluación y solución de los problemas asociados al envejecimiento (Correa, Vargas y Barrios, 1993). La tendencia de este proceso implica además de una esperanza de vida más alta, el número de gente de la tercera edad es mayor (Hernández, 1996), principalmente en países industrializados. Por ejemplo en Europa, en 1960, el porcentaje de personas mayores de 60 años fue de 14.4 % y en 1980 esta proporción creció al 16.9%, bien como estimación la Organización Mundial de la salud para el año 2000 el porcentaje fue de 20.2% (García-Sanz y Saco, 1995).

Lo anterior ha llevado a un creciente interés en el estudio de los determinantes de la calidad de vida de la gente grande. Entendiéndose como un concepto multidimensional que tiene aspectos objetivos y subjetivos (Hernández, 1996).

Dentro de los aspectos objetivos están los determinantes sociales, demográficos, políticos, económicos, en cuanto a los aspectos subjetivos tienen relación con la percepción que la persona tiene de su salud y de su bienestar psicológico (Guillis y Hirdes, 1996; Martínez y García, 1994; Ormel, Lindenberg, Steverink y Vonkorf, 1997). Para la psicología estos dos últimos aspectos tienen mucha importancia ya que los elementos subjetivos de la calidad de vida son mediadores de la percepción y cambios de los aspectos objetivos, una vez que estos no garantizan por sí solo “una respuesta global a la necesidad que tiene las personas de 1) sentirse satisfechas con sus vidas durante todo el ciclo vital; 2) tener la capacidad y competencia para conseguirlo; 3) adquirir y mantener poder y control sobre su medio y condiciones de vida” (Martínez y García, 1994, p. 56).

Existe un acuerdo entre los investigadores de que los componentes del bienestar subjetivo son: Satisfacción con la vida y el balance de los afectos positivos y negativos (Anguas, 1997; Chatter, 1988).

Se evidencia que la satisfacción con la vida es una cognición, es un proceso de juicio y evaluación de la propia vida. Los afectos positivos son emociones placenteras tales

como la felicidad y la alegría, en cuanto a los afectos negativos son sentimientos o emociones desagradables como tristeza y el miedo (Emmons, 1986).

Además de las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social (Abril, 1998; Rodríguez, 1995), el equilibrio entre el soporte social ofrecido y recibido se relaciona con el bienestar subjetivo (Jung, 1997). Las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del adulto mayor. El nivel informal, la población ansia básicamente disponer de: familia y amistades, García (1997) explica que la presencia de una red social para el anciano no solamente está relacionada con la buena salud mental, mas también parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y auto estima en la tercera edad, en estos espacios de apoyo social la persona adulta tiene la posibilidad de involucrarse bidireccionalmente: recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etc.

Herzog, Franks, Markus y Holmberg (1998) encuentran que la continuidad en la participación de las actividades durante la vejez se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental, la participación en las relaciones sociales y familiares, respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar subjetivo en los ancianos. Entre los ancianos que no trabajan y no tienen familia, las actividades ocupacionales y sociales favorecen un espacio de expresión y autoafirmación personal. Las actividades productivas también sustentan auto percepción de utilidad y competencia y sentimientos de control; así como actividades productivas, de tiempo libre y sociales influyen en el autoconcepto. En congruencia con esto, Okun, Stock, Haring y Witter (1984) afirma que la actividad social está positiva y significativamente asociada con el bienestar subjetivo, probablemente mediado por el efecto que la interacción social tiene en la autoestima.

En este contexto, el objetivo de este estudio es analizar la variación de bienestar subjetivo en una muestra de la población de adultos mayores de Hermosillo, en función de las estrategias de enfrentamiento, la percepción de apoyo social y variables sociodemográficas. Las preguntas de investigación fueron: a) El bienestar subjetivo durante la tercera edad, ¿está directamente influenciado por los recursos de enfrentamiento con los que cuenta el individuo? ¿Los recursos de enfrentamiento varían en función de las características del apoyo social? ; b) ¿Influyen las variables socio-demográficas directamente tanto en las estrategias de enfrentamiento como en apoyo social? ; c) ¿Existe una relación positiva entre la satisfacción con la vida las funciones de apoyo social?

MÉTODO

Participantes

Por medio de un procedimiento no probabilístico, se aplicaron 160 cuestionarios a personas con edades entre 60-90 años residentes del Estado de Sonora. La muestra se dividió en grupos de acuerdo con las variables sexo (80 hombres y 80 mujeres) y trabajo 40 con y 40 sin trabajo para cada sexo). Además de lo anterior se consideraron los siguientes criterios de inclusión a la muestra: residencia por lo menos 20 años en

Sonora; ingreso familiar mensual de 0 a 5 salarios mínimos; alfabetos funcionales; contar con las capacidades físicas y cognitivas.

Instrumentos

Fueron utilizados instrumentos psicométricos para medir las variables bienestar subjetivo y estrategias de enfrentamiento, una entrevista estructurada para evaluar el apoyo social y un cuestionario para recolectar datos socio-demográficos.

En el caso de los instrumentos de bienestar subjetivo y estrategias de enfrentamiento, se utilizaron versiones validadas y compactadas de las escalas originales (Anguas, 1997 ; Góngora, 1998) ajustadas por Vera, Batista y Laborín (1999), y validadas para la población de adultos mayores en Paraíba Brasil por Domínguez (2002). La escala de Bienestar Subjetivo consta de dos componentes el componente afectivo llamado Balance de los Afectos, y el componente cognitivo denominado Satisfacción con la Vida. La Escala de Estrategias de Enfrentamiento de los problemas se compone por 39 items tipo Likert pictórico de cinco puntos (siempre - nunca), que miden la frecuencia con la que una persona reacciona ante cinco tipos de problemas: con los amigos, con la familia, con la pareja, problemas de salud y problemas en la vida. Una medida de apoyo social, que examina la diversidad y frecuencia de contacto con las fuentes de apoyo (aspectos del nivel estructural en el estudio del apoyo social). En la segunda parte, se evalúan las funciones de apoyo (expresiva, instrumental e informativa), la satisfacción percibida del apoyo, así como la diversidad y multiplicidad de los proveedores del apoyo y al final, se evalúa a quien y el tipo de apoyo que provee.

Procedimiento

Los participantes fueron localizados en la zona rural y urbana a través de listados de la secretaria de salud y organismos dedicados al cuidado de la población de adultos mayores. Los datos se levantaron en casa, después de aceptar por escrito participar en el estudio. Se hicieron dos visitas; la primera, para levantar datos socioeconómicos y redes de apoyo y, la segunda, para la escala de calidad de vida.

RESULTADOS

Los adultos mayores reportan un alto nivel de satisfacción con su vida; pero según su reporte sus afectos positivos, como por ejemplo la felicidad, alegría, cariño y placer, tienen un bajo nivel de frecuencia e intensidad ($M = 3.35$). En los afectos negativos como la depresión, tristeza y desesperación, los sujetos informan sentirlos muy bajos en los niveles de intensidad y frecuencia ($M = 1.43$) tomando en cuenta el mismo continuo de 1 a 5 (Ver tabla1).

En la subescala de Satisfacción con la Vida, reportan un alto grado de satisfacción en cada uno de los factores que la integran, sin embargo las medias que son ligeramente más altas son en los factores familia y la religión.

En los factores de enfrentamiento a los problemas, la media más alta se encuentra en la estrategia directo-revalorativa, sobre todo en las situaciones que tienen que ver con su salud donde se encuentra la medias más altas y la más baja se encuentra en los problemas con los amigos. La estrategia evasiva mencionan emplearla más en los problemas familiares, menos en los problemas con los amigos; y en lo que respecta a los problemas de la vida dicen utilizar tanto una estrategia como la otra.

La pareja, los hijos y familiares son los potenciales proveedores de apoyo mas frecuentes en la vida de las personas añosas. A continuación se presentan las funciones de apoyo práctico-tangible, orientación-información y la afectivo-emocional; así como la frecuencia del apoyo que le brindan las personas que el adulto mayor indica como proveedores.

Tabla 1.

Estadística descriptiva de las sumas y los factores de bienestar subjetivo y estrategias de enfrentamiento.

Sumatoria	Mé dia	Mediana	Moda	Desviación Estándar
Bienestar Subjetivo (afectos positivos + afectos negativos + satisfacción con la vida)	3.98	3.98	3.69	.482
Afectos Positivos	3.65	3.78	3.29	.767
Afectos Negativos	1.43	1.40	1.00	.878
c) Satisfacción con la Vida(amigos + familia + autonomía + recursos económicos + religión)	4.35	4.49	5.00	.524
a) Enfrentamiento Directo-revalorativo (amigos + familia + salud + vida)	4.29	4.35	5.00	.569

En la tabla 2 un dato relevante, es que en las tres funciones de apoyo social es decir práctico-tangible, información-orientación y afectivo-emocional, los hijos aparecen con porcentajes muy altos como proveedores; esto significa que son reportados como una fuente primordial de apoyo social en esta etapa de la vida.

En la función práctico-tangible, el cónyuge, además de los hijos es mencionado como proveedor de ayuda práctica en la resolución de cosas del diario, como: limpiar la casa, hacer la comida, ir a la tienda, mantener la ropa limpia y visitar algún compañero. También dicen acudir a él cuando requieren dinero o comprar algo y compañía o apoyo para ir algún lugar. Según el reporte de los adultos mayores para pedir información-orientación sobre como planear sus gastos mencionan que acuden con mayor medida al cónyuge y a los hijos; en la orientación en el cuidado de su salud, son las personas/que prestan servicios como el médico, programas televisivos y la prensa son quienes más forman a los adultos mayores y los amigos son los que les brindan información para actividades de diversión.

Tabla 2.
 Proveedores de apoyo social en las funciones práctica, de información y emocional con
 frecuencias reportadas por encima del 10 %.

Función de apoyo	Quien le ayuda o apoya más es:	Proveedor de apoyo	Porcentaje
Práctico - Tangible	1. Requerir de ayuda practica para resolver cosas del diario:	a) Hijos b)Cónyuge c) Nadie	30.6 35.0 20.0
	2. Requerir de dinero o comprar algo:	a) Hijos b)Cónyuge c) Nadie	43.8 18.1 28.1
	3. Requerir de compañía, ir algún lugar:	a) Hijos b)Cónyuge c) nadie	37.5 25.6 15.6
Información - Orientación	1. Requerir de consejo para planear sus gastos:	a) Hijos b)Cónyuge c) Nadie	21.3 26.9 41.9
	2. Requerir de orientación en el cuidado de la salud:	a) Hijos c)Personas/servicios d) Nadie	14.4 54.4 12.5
	3. Requerir de información para actividades de diversión:	a) Hijos b)Personas/servicios c) Nadie	15.6 12.5 41.9
Afectivo - emocional	1. Querer conversar sobre sus sentimientos:	a) Hijos b)Cónyuge c) Amigos d) Nadie	20.0 26.3 19.4 20.6
	2. Se siente, triste, solo, preocupado:	a) Hijos b)Cónyuge c) Nadie	25.6 26.3 23.8
	3. Querer compartir su alegría, conversar, reír:	a) Hijos b)Cónyuge c) Familiares d) Amigos	26.9 16.3 19.4 26.3

En la tabla 3 podemos observar que aún cuando las diferencias significativas se localizan en la relación de bienestar subjetivo y los afectos positivos con el enfrentamiento directo revalorativo, el intercambio y el tamaño de la red social, debe señalarse lo siguiente: Se perciben con mayor bienestar las personas que reportan mayor uso del enfrentamiento directo; Las personas que reportan usar con menor frecuencia el enfrentamiento evasivo se perciben con mayor bienestar; aquellos que reportaron recibir apoyo, una frecuencia alta de contacto y una amplia red de social percibieron mayor bienestar.

Tabla 3.

Media y desviación estándar de bienestar subjetivo (puntuación total) y las variables independientes que resultaron significativas en el análisis de varianza.

Variable independiente	Categorías	Media Bienestar total	Sig.	Media afectos positivo	Sig.	Media afectos negativos	Sig.	Media en satisfacción	Sig.
Enfrenta Directo-revalorativo	1.00-3.97	3.74	.000	3.41	.021	1.56	.074	4.06	.000
	3.97-4.35	3.93		3.60		1.40		4.27	
	4.36-4.74	3.96		3.70		1.62		4.39	
	4.50-5.00	4.28		3.91		1.16		4.68	
Apoyo recibido	Bajo	3.95	.125	3.57	.009	1.42	.903	4.33	.301
	Alto	4.09		3.95		1.44		4.43	
provee apoyo	Si	3.76	.091	3.72	.000	1.44	.428	4.26	.360
	No	4.00		2.82		1.23		4.22	
contactos sociales	Bajo	3.89	.014	3.54	.056	1.50	.257	4.27	.030
	Alto	4.08		3.78		1.35		4.45	
Tamaño red	Estrecha	3.93	.049	3.56	.025	1.44	.880	4.30	.063
	Amplia	4.09		3.84		1.41		4.46	
Sexo	Femenino	4.02	.347	3.69	.553	1.49	.394	4.44	.044
	Masculino	3.95		3.62		1.37		4.27	
Edad	60-67	3.96	.502	3.67	.727	1.61	.008	4.38	.469
	67-90	4.01		3.63		1.24		4.32	

Para la afectos negativos la única diferencia estadísticamente significativa se encuentra el relación a la edad específicamente en el grupo de personas que se encuentra entre los 60 y 67 años. Para satisfacción con la vida las diferencias son las siguientes: Las personas que se perciben como satisfechas son aquellas que reportan utilizar la estrategia de enfrentamiento directo revalorativa; alta frecuencia de contactos sociales; los adultos de sexo femenino reportan sentirse más satisfechos.

DISCUSIÓN

Para explicar la relación diferencial que la edad con el bienestar, han sido propuestas varias interpretaciones. Por ejemplo, para entender por que la satisfacción aumenta en la vejez, Herzog y Rogers (1983) proponen explicaciones relativas a los procesos subjetivos de ajuste, tales como la disminución de la discrepancia entre las cosas esperadas y las obtenidas en la vida. Chatters (1988) indica que el bienestar del anciano está influenciados por las percepciones que el tenga de sus condiciones de salud, así, que ellos que no tienen grandes pérdidas funcionales, se auto-evalúan en una situación satisfactoria al hacer comparación con quien tienen pérdidas mayores.

En relación con la disminución de los afectos positivos, Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), indican que en la edad avanzada, disminuye la intensidad emocional con la cual

son sentidas las experiencias de la vida. Pinquart y Sörensen (2000) expone que existen evidencias que la satisfacción refleja una relativa estabilidad en los juicios a largo plazo o sea de las experiencias obtenidas a lo largo de la vida; en cuanto a las evaluaciones subjetivas de los afectos que reflejen los juicios de tiempo corto y que muestran una variabilidad situacional.

Referente a los datos de enfrentamiento de los problemas, se observó que la muestra evaluada recurre más a la estrategia directa-revalorativa que a la evasiva. Este resultado concuerda con lo que reportan Dile, Coyle y Labouvie-Vief (1996): los ancianos utilizan más las revaloraciones positivas para enfrentar condiciones estresantes que las personas más jóvenes. Wrosch, Heckhausen y Lachman (2000) también indican que las evaluaciones positivas de los problemas son características de la vejez, pues funcionan como un mecanismo compensatorio frente a las posibles pérdidas que el anciano pueda estar experimentando en esta etapa de la vida. Similar a la explicación de satisfacción con la vida, un proceso de comparación social hace al anciano valorar sus propias condiciones, resaltar el factor positivo de ellas para adaptarse a los problemas.

Como ha sido señalado en la literatura, los criterios funcionales más que la frecuencia y el tamaño de la red social parecen tener mayor poder explicativo en los análisis de los efectos del apoyo social en el bienestar de las personas (García, 1997; Abril, 1998). Esto permite identificar la presencia de dos indicadores importantes de apoyo vinculados al bienestar reportada por la población de este estudio: 1) La multiplicidad de las funciones de apoyo que tienen los hijos y los cónyuges como proveedores; 2) la fuerza de los lazos sociales que ellos mantienen con los ancianos.

REFERENCIAS

- Abril, V. (1998). *Instrumentos de psicología comunitaria. Apoyo social y marketing social*. Valencia: Promolibro.
- Anguas, A. (1997). *El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black americans. *Psychology and Aging, 13*(2), 184-190
- Correa, V.; Vargas, L. & Barrios, E. (1993). Atención primaria a la salud para el anciano: estudio de morbilidad geriátrica en una población del Estado de México. *Psicología y Salud, 3*, 37-46.
- Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125* (2) 276-302.
- Diehl, M.; Coyle, N. and Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging, 11* (1) 127-139.
- Domínguez, M. (2002) *Análise do Bem-Estar Subjetivo em Idosos*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Federal da Paraíba.

- Emmons, R. (1986) Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51(5)**, 1058-1068.
- García-Sanz, B. & Saco, A. (1995). Envejecimiento de la población mundial. *Temas para el debate*, **11**, 35-38.
- Góngora Coronado, E. (1998). *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control. Una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Guillis, K. & Hirdes, J. (1996). The quality of life implications of health practices among older adults: evidence from the 1991 Canadian general social survey. *Canadian Journal on Aging*, **15 (2)** 299-314.
- Hernández, Z. (1996). Elaboración de un índice de calidad de vida para personas de la tercera edad. *Psicología y Salud*, **(7)** 31-44.
- Herzog, A.; Franks, M.; Markus, H. & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: effects of self concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, **13 (2)** 179-185.
- Herzog, A.; Rodgers, W. & Woodworth, J. (1983). *Subjective well-being among different age groups*. E.U.A.: Survey Research Center. Institute for Social Research. The University of Michigan.
- Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation well-being. *The Journal of General Psychology*, **724(1)**, 77-90.
- Martínez, M. & García, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, **6 (1)** 55-74.
- Okun, M.; Stock, W.; Haring, M. & Witter, R. (1984). The social activity/subjective well-being relation. A quantitative synthesis. *Research on Aging*, **6 (1)** 45-65.
- Ormel, J.; Linderber, S.; Steverink, N. & Vonkorf, M. (1997). Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Social Science Medical*, **45 (7)** 1051-1063.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, **15, (2)** 187-224.
- Reyes-Lagunes, I. (1995). *Género y control: conceptualización y medición etnopsicológica*. Proyecto de investigación no publicado, aprobado y aceptado por CONACYT.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, J. & García, J. (1996). Psicología Social de la Salud. En Álvaro, J.; Garrido, A. y Torregoso, J. (coordinadores). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.
- Vera, J.; Batista, F. y Laborín, J. (1999) *Comparación transcultural en rasgos de la personalidad en el desierto latinoamericano: los casos de Sonora-México y Paraíba-Brasil*. Proyecto de Investigación no publicado. Centro de Investigación en Alimentación y de Desarrollo, Universidad de Federal da Paraíba.
- Wrosch, c.; Heckhausen, J. & Lachman, M. (2000). Primary and secondary control strategies for managing health and financial stress across adulthood. *Psychology and Aging*. **15(3)**387-399.