

# Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados

María Jesús Cava  
Gonzalo Musitu

Área de  
Psicología Social  
Facultad de  
Psicología  
Universidad de  
Valencia

## Resumen

**Objetivo:** Comparar la disponibilidad de recursos y la mayor o menor presencia de estresores en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. A este respecto, se analizan tres contextos: físico (hábitos no saludables y nivel general de salud), psicológico (autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo) y social (apoyo social y estresores sociales).

**Método:** En una muestra de ancianos institucionalizados ( $n=34$ ) y otra de ancianos no institucionalizados ( $n=40$ ), se realiza una medición de las siguientes variables: (a) conductas no saludables, (b) percepción de salud, (c) autoestima, (d) percepción de estrés, (e) ánimo depresivo, (f) participación e integración comunitaria, (g) percepción de apoyo formal e informal, y (h) eventos vitales no deseables. Ambas muestras son comparadas en estas ocho variables mediante análisis univariados.

**Resultados:** En la mayor parte de las variables no se aprecian diferencias entre las dos muestras consideradas. No obstante, los ancianos institucionalizados se caracterizan por una mayor percepción de apoyo formal, mayor autoestima social y menor autoestima familiar.

**Conclusión:** Si bien los resultados obtenidos indican que los ancianos que residen en instituciones apenas difieren en su bienestar psicosocial de los ancianos que no residen en instituciones, estos resultados deben ser analizados con cautela debido a la escasa muestra. Así, sería conveniente replicar esta investigación con muestras más numerosas.

**Palabras clave:** Bienestar psicosocial. Recursos. Estresores. Ancianos.

## Summary

**Objective:** The present research focus on the possible differences in resources and stressors in elder people in function of their institutionalization or non institutionalization. It was explored three contexts: physical (unhealthy life style, and health), psychological (self-esteem, perception of stress, and depressive mood) and social (social support, and social stressors).

**Method.** A sample of 34 institutionalized and 40 non institutionalized elder people was used. We analysed differences in eight variables: (a) unhealthy life style, (b) perception of health, (c) self-esteem, (d) perception of stress, (e) depressive mood, (f) community participation and

integration, (g) perception of formal and non formal social support, and (h) stressful life events. Univariate analysis was employed.

**Results:** There are not many differences between institutionalized and non institutionalized elder people. Nevertheless, the institutionalized elder people indicate more perception of formal social support, more social self-esteem, and less familiar self-esteem than non institutionalized elder people.

**Discussion:** Although the results show not many differences, we have to be careful with our conclusions because of the small sample. It was interesting to do a similar research with a more numerous sample.

**Key words:** Psychosocial well-being. Resources. Stressors. Elderly.

## Introducción

El incremento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales ha generado un creciente interés por las personas ancianas y, sobre todo, por la calidad de vida con que la mayoría de la población accede a edades cada vez más avanzadas<sup>1-2</sup>. En este sentido, no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. Además, no debemos olvidar que estas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. En concreto, son numerosos los trabajos que han relacionado la autoestima con el ánimo depresivo y la ansiedad<sup>3-4</sup> e, igualmente, son habituales los estudios en los que se vincula el apoyo social y la salud<sup>5-7</sup>.

No obstante, la mayoría de las investigaciones se centran únicamente en analizar parcelas concretas del bienestar psicosocial de las personas ancianas cuando, como hemos señalado, el bienestar psicosocial es consecuencia de la interrelación de factores físicos, psicológicos y sociales. Considerando un enfoque conjunto de estos aspectos, uno de los mo-

Correspondencia:  
María Jesús Cava Caballero  
Avda. Blasco Ibáñez, 21  
46010 Valencia  
E-mail:  
Maria.J.Cava@uv.es

delos más aceptados en la actualidad es el de Lin y Ensel<sup>8</sup>. Estos autores señalan la existencia de estresores y recursos en cada uno de estos contextos. En concreto, una persona puede experimentar a lo largo de su vida estresores de tipo físico (problemas de salud, diagnóstico de una enfermedad grave, etc.), de tipo psicológico (por ejemplo, depresión o ansiedad) y de tipo social (divorcio o viudedad, problemas graves con amigos o compañeros, etc.). Los estresores influyen negativamente en el bienestar de la persona de modo tal que un mayor número de estresores puede tener como consecuencia un menor bienestar. Sin embargo, no todas las personas experimentan del mismo modo idénticos o similares estresores. De hecho, la valoración que la persona realiza de la situación y, sobre todo, su valoración respecto de su capacidad para superar esa situación resulta fundamental<sup>9</sup>. En este sentido, Lin y Ensel<sup>8</sup> consideran que las personas disponen también de recursos. Los recursos inciden de forma positiva en el bienestar y, además, pueden ser esenciales para afrontar con éxito situaciones estresantes. Por otra parte, igual que señalábamos respecto de los estresores, los recursos también pueden ser físicos (buen estado general de salud, hábitos saludables), psicológicos (autoestima favorable) y sociales (disponer de fuentes importantes de apoyo social).

Desde el modelo de Lin y Ensel<sup>8</sup> se plantea que el bienestar psicosocial de una persona será mayor siempre y cuando disponga del mayor número posible de recursos y del menor número posible de estresores. Por tanto, de este modelo pueden derivarse también algunas implicaciones para la planificación y desarrollo de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. En concreto, estos autores consideran que la forma más viable de conseguir este objetivo es la potenciación de los recursos personales y sociales. En su opinión, la disminución de los estresores resulta una tarea más compleja y, en ocasiones, imposible.

Este modelo ha sido utilizado en investigaciones con amplias poblaciones generales<sup>10</sup>, con estudiantes universitarios<sup>11</sup> y con poblaciones de alto riesgo como consecuencia de determinadas problemáticas físicas o sociales<sup>12</sup>. En la investigación que presentamos a continuación, hemos aplicado este modelo al estudio de una población de personas ancianas institucionalizadas y no institucionalizadas con la finalidad de analizar la existencia de posibles diferencias entre ambos grupos. Este modelo puede resultar de especial utilidad para el estudio de personas ancianas debido a que estas personas, generalmente, experimentan un alto grado de estrés (viudedad, mayores problemas de salud, disminución de la red social) y

la potenciación de recursos como la autoestima o el apoyo social puede tener una importante repercusión en su bienestar psicosocial, en su adaptación social y en su calidad de vida<sup>13-14</sup>. No obstante, antes de iniciar algún tipo de intervención es necesario conocer más detalladamente la situación específica de esta población y, específicamente, si existen diferencias entre los ancianos que viven en residencias o instituciones para personas mayores y los que residen en la comunidad. Así, hemos planteado esta investigación con el objetivo de comparar los recursos (salud, autoestima, integración comunitaria y apoyo social formal e informal) y los estresores (hábitos no saludables, percepción de estrés, ánimo depresivo y estresores sociales) de estos dos grupos de población anciana.

## Método

### Muestras

La primera de las dos muestras consideradas en esta investigación está integrada por 34 ancianos que viven en una residencia para la tercera edad ubicada en el pueblo de Benetusser (Valencia). El porcentaje de hombres (47.1%) y mujeres (52.9%) se encuentra bastante equilibrado, siendo ligeramente superior el número de mujeres (n=18). En cuanto a la edad, la mayoría tienen entre 65 y 74 años (76,5%), siendo considerablemente menor el porcentaje de ancianos con más de 75 años (23.5%). Además, en este último subgrupo de mayor edad son más numerosas las mujeres.

La segunda muestra está compuesta por 40 ancianos que también residen en la misma población (Benetusser). Estos ancianos en la mayoría de los casos viven con familiares, o cerca de ellos, y mantienen contacto entre sí de forma habitual. El porcentaje de mujeres (60%) es algo más elevado que el de varones (40%). Respecto a la edad, la gran mayoría (un 90%) son menores de 75 años y solo un 10% superan esta edad. Si consideramos de forma conjunta la distribución de esta muestra por edad y sexo, podemos señalar que el 41.6% de los ancianos menores de 75 años son hombres y el 58.4% son mujeres; mientras que en el subgrupo de mayores de 75 años, el 25% son hombres y el 75% son mujeres.

En general, puede indicarse que se trata de dos muestras bastante equiparables, con porcentajes ligeramente superiores de mujeres y con un predominio de la población anciana situada entre los 65 y los 74 años.

Respecto al procedimiento de recogida de la información, debido a la constatación de la dificultad que muchos ancianos tenían para leer y comprender los ítems, se realizó una lectura individual por parte de los investigadores asegurando de esta forma la adecuada comprensión del anciano de las diversas cuestiones planteadas en los cuestionarios.

## **Instrumentos**

### *Cuestionario de Conductas y hábitos no saludables*

Este cuestionario, elaborado por Herrero<sup>10</sup>, permite evaluar el grado en que la persona realiza conductas de riesgo para su salud como, por ejemplo, fumar. Se trata de un cuestionario que, a diferencia de la mayoría de los instrumentos que evalúan estilos de vida, es bastante breve. No obstante, la selección de los 8 ítems que lo componen es el resultado de una completa revisión de la literatura científica al respecto. Así, en este cuestionario se evalúan tres tipos de hábitos no saludables:

1. Consumo de sustancias nocivas (café, alcohol y tabaco).
2. Escasa o nula actividad física, esto es, un exceso sedentarismo.
3. Carencia de hábitos saludables (por ejemplo, ausencia de higiene bucodental).

En cada uno de los ítems los sujetos deben indicar si realizan o no estas conductas, y la frecuencia de las mismas. Para la codificación de esta información se establecieron unos intervalos de frecuencia de mayor o menor riesgo para la salud, asignando una puntuación diferente en función del intervalo en el que se situaban las respuestas del sujeto.

### *Cuestionario de Percepción del estado de salud*

En esta investigación se ha utilizado el cuestionario de percepciones de salud ("Health Perceptions Questionnaire") de Davis y Ware<sup>15</sup>, un instrumento usado con frecuencia para investigaciones epidemiológicas con población general debido a su brevedad y a su elevada fiabilidad y consistencia (en esta investigación el  $\alpha$  de Cronbach es de 0.86). En este cuestionario se evalúan cuestiones tales como la percepción que el sujeto tiene de su salud previa, de su salud futura y su preocupación por su estado de salud actual. A partir de 22 ítems se puede obtener un índice general de salud, aunque también existe la posibilidad de obtener un índice breve de salud mediante 3 ítems. En esta investigación se ha considerado la primera de

las dos opciones, es decir, el índice general de salud. En cada uno de los ítems los sujetos deben indicar su mayor o menor acuerdo con la afirmación expresada, siendo cinco las posibilidades de respuesta: "muy en desacuerdo", "en desacuerdo", "en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo", "de acuerdo" y "muy de acuerdo". Se trata, por tanto, de una escala tipo Likert de cinco puntos.

### *Cuestionario de Autoestima*

Este cuestionario, elaborado por Musitu y García<sup>16</sup>, consta de 30 ítems que hacen referencia a diversos aspectos o dimensiones en los que la persona tiene una valoración de sí misma. En estos ítems los sujetos deben estimar el grado en que la afirmación es cierta en su caso, utilizando para ello una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta (desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo"). Este instrumento ha sido sometido a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose seis factores que explican el 55.3% de la varianza total: autoestima familiar (que explica el 18.9% de la varianza, y se centra específicamente en la propia imagen en el contexto de la familia) autoestima-identidad (que explica el 9.9% de la varianza e incluye ítems referidos a la valoración que la persona tiene de sí misma en aspectos tales como la creatividad, la intuición o la capacidad de observación), autoestima social (explica el 8.3%, y se centra en la propia valoración en el contexto de las relaciones sociales), autoestima emocional (explica el 6.8% de la varianza e incluye aspectos referidos al ajuste emocional y a la capacidad de autocontrol), autoestima intelectual (explica el 5.8%, y recoge aspectos relativos a la valoración que la persona realiza de su capacidad intelectual), y autoestima corporal (5.6% de la varianza e incluye cuestiones relativas a la imagen corporal). En cuanto a la consistencia interna del cuestionario, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para el total de la escala (0.79) resulta satisfactorio.

### *Cuestionario de Estrés percibido*

La evaluación del estrés percibido se ha realizado mediante el cuestionario de Cohen y colaboradores<sup>17</sup> ("Perceived Stress Scale"), que establece una estimación de la valoración cognitiva que el sujeto realiza de los estresores que está experimentando. En concreto, evalúa el grado en que la persona considera que los acontecimientos de su vida están desbordando sus capacidades. Mediante una escala de 14 ítems, el sujeto estima la frecuencia con la que se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida, harto de todo, o especialmente irritado, tenso y nervioso, durante el último mes. Las po-

sibilidades de respuesta son cinco: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “bastante a menudo” y “muy a menudo”. En cuanto a la consistencia interna de este instrumento, el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para el total de la escala ( $\alpha = 0.81$ ), resulta adecuado.

#### *Cuestionario de Ánimo depresivo*

El instrumento utilizado para medir el ánimo depresivo es el CES-D, diseñado por el Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos y utilizado con frecuencia en estudios con grandes poblaciones<sup>18</sup>. Esta escala consta de 20 ítems, que recogen diversos aspectos relacionados con la sintomatología depresiva como, por ejemplo, la pérdida de apetito, la tristeza o las dificultades para dormir. Los sujetos deben indicar la frecuencia con la que han experimentado cada uno de los síntomas reseñados en el cuestionario, durante la última semana. Las posibilidades de respuesta a cada ítem son cuatro: “rara vez o nunca”, “pocas veces o alguna vez”, “un número de veces considerable” y “todo el tiempo”. El CES-D incluye varias dimensiones (sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de apetito, desamparo y desesperación, problemas de sueño, etc.). No obstante, puesto que la escala proporciona también un índice general de ánimo depresivo, que es el que se utiliza en la mayoría de las investigaciones, éste es el que hemos considerado en nuestro estudio. En este índice general se recogen las puntuaciones de las diferentes dimensiones. Aunque el CES-D permite discriminar en población normal aquellos sujetos con riesgo de desarrollar un síndrome depresivo mayor, no evalúa la depresión en sí misma, sino la sintomatología que habitualmente va asociada con ella. En cuanto a sus propiedades psicométricas, el CES-D se caracteriza por su adecuada fiabilidad y validez, y por su brevedad. La fiabilidad del instrumento en la muestra analizada es  $\alpha = 0.90$  ( $\alpha$  de Cronbach), y en la literatura científica existe documentación abundante sobre su validez convergente con otras escalas como la Labin Scale ( $r = 0.50$ ) y la Escala de Afecto Negativo de Bradburn ( $r = 0.70$ )<sup>19</sup>.

#### *Cuestionario de Participación e integración comunitaria*

El cuestionario de participación e integración comunitaria, desarrollado por Gracia y Musitu<sup>20</sup>, consta de 11 ítems y permite evaluar conjuntamente las dimensiones objetivas de participación social (frecuencia de contactos con otros miembros del barrio o comunidad) así como la satisfacción derivada de esa participación (identificación con el vecindario o satisfacción con las relaciones sociales procedentes de la comunidad). De esta forma, se analizan tanto los aspectos estructurales como los funcionales. En cada

uno de estos 11 ítems los sujetos deben indicar el grado en que las afirmaciones expresadas son ciertas o no en su caso. En concreto, se ofrecen cinco posibilidades de respuesta desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”. La consistencia interna del cuestionario, estimada mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, es de 0.83 para el total de la escala. El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax realizado muestra la existencia de dos factores que, en conjunto explican el 51.6% de la varianza total. El primer factor, participación comunitaria, explica el 41.2% de la varianza y el segundo factor, integración comunitaria, explica el 12.5%.

#### *Cuestionario de Apoyo social formal e informal*

La valoración del apoyo social que la persona percibe tanto de instituciones formales (Centros de Salud, Servicios Sociales, etc.) como de instituciones informales (Asociaciones culturales, de jubilados, etc.) existentes en su comunidad se evalúa en esta investigación mediante el cuestionario de Apoyo social formal e informal, desarrollado por Herrero<sup>10</sup>. Este cuestionario consta de 14 ítems, con cinco posibilidades de respuesta en función del mayor o menor acuerdo del sujeto con la afirmación expresada en el ítem. La percepción de apoyo de instituciones formales es evaluada mediante 4 ítems que exploran la confianza que el sujeto tiene en estas fuentes de apoyo social y su probabilidad de utilizarlas en caso de necesidad. La consistencia interna de esta subescala es de  $\alpha = 0.84$  ( $\alpha$  de Cronbach). La percepción de apoyo de instituciones comunitarias de tipo informal se evalúa mediante 10 ítems que valoran, igualmente, la confianza del sujeto en las mismas y la probabilidad de recurrir a ellas en caso de necesitar ayuda. La consistencia interna de esta segunda subescala es de 0.90 ( $\alpha$  de Cronbach).

#### *Cuestionario de Eventos vitales no deseables*

Finalmente, se ha utilizado el cuestionario de Eventos vitales no deseables de Herrero<sup>10</sup>. Este instrumento está compuesto por un listado de 33 eventos o situaciones estresantes no deseables. Estas situaciones fueron consideradas negativas por un alto número de sujetos en un estudio piloto realizado previamente. El tipo de eventos vitales listados en este cuestionario incluye, entre otros, las dificultades graves de salud, el incremento de los conflictos con familiares y el fallecimiento de una persona allegada. Los sujetos deben indicar la ocurrencia o no de cada uno de los 33 eventos, durante los últimos seis meses. En función del número total de sucesos que

manifiestan los sujetos, se establece un índice general del estrés experimentado por la persona. El listado de eventos vitales, por su naturaleza, está compuesto por elementos independientes entre sí y, por tanto, no se ha calculado la consistencia interna<sup>21</sup>.

## Resultados

Se han realizado varios análisis de tipo univariado con la finalidad de comprobar si existen diferencias significativas en estas variables entre los ancianos institucionalizados y los no institucionalizados. A continuación, se muestran estos resultados, que hemos agrupado según el contexto físico, psicológico o social al que pertenecen estas variables.

### Ámbito físico

En primer lugar, respecto del contexto físico no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables consideradas. Tal y como puede apreciarse en la Tabla 1, ni las diversas conductas de riesgo para la salud consideradas en este estudio ni el nivel general de salud muestran diferencias significativas. En la Tabla 1, por otra parte, pueden también observarse en la parte derecha de la tabla las puntuaciones medias de los ancianos institucionalizados (abreviatura: instituc.) y de los ancianos no institucionalizados (abreviatura: no instituc.) en cada una de las variables analizadas. Así, apreciamos una media ligeramente superior en el nivel general de salud en el caso de los ancianos no institucionalizados, aunque, como ya hemos se-

ñalado, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

### Ámbito psicológico

Con respecto al ámbito psicológico, sí existen diferencias significativas en dos de las variables consideradas: autoestima familiar y autoestima social. Esta circunstancia aparece marcada en negrita en la tabla en la que se presentan estos resultados (Tabla 2). En concreto, se observa que los ancianos no institucionalizados tienen mayor autoestima familiar que aquellos que no están institucionalizados, es decir, tienen un concepto de sí mismos más favorable con respecto al grado en que son queridos o valorados por los miembros de su familia. Por el contrario, los ancianos institucionalizados manifiestan mayor autoestima social. Así, estos ancianos expresan en mayor medida que no tienen dificultades para establecer relaciones e iniciar amistades con otras personas. Este hecho, como discutiremos en las conclusiones, puede ser consecuencia de la mayor necesidad que estos ancianos tienen de establecer vínculos con otros residentes en la institución.

### Ámbito social

Por último, respecto del ámbito social, en la Tabla 3 observamos que sólo en una de las cinco variables consideradas existen diferencias significativas entre los ancianos institucionalizados y los no institucionalizados. Específicamente, y como cabría esperar, los ancianos que viven en residencias para la tercera edad perciben más apoyo de las instituciones formales que aquellos que viven fuera de las mismas y que

Variable	F	P	h <sup>2</sup>	Media (instituc.)	Media (no instit.)
Consumo sustancias	.49080	.488	.00061	.150	.261
Inactividad física	.10645	.746	.00299	2.300	2.174
Hábitos insanos	.20174	.656	.00042	.900	1.043
Salud general	.78141	.382	.14634	69.600	72.957

Tabla 1.  
Ámbito físico.  
Test univariado con gl (1,32).  
Ancianos institucionalizados versus ancianos no institucionalizados

Variable	F	P	h <sup>2</sup>	Media (instituc.)	Media (no instit.)
Autoestima familiar	9.01622	<b>.005</b>	.21982	<b>12.286</b>	<b>15.370</b>
Autoestima identidad	.54348	.466	.01670	14.286	13.667
Autoestima social	4.47513	<b>.042</b>	.12269	<b>12.286</b>	<b>10.593</b>
Autoestima emocional	.01905	.891	.00060	12.571	12.704
Autoestima intelectual	.31414	.579	.00972	7.857	8.370
Autoestima corporal	.18716	.668	.00581	9.571	9.185
Percepción de estrés	3.24656	.081	.09211	49.286	42.963
Ánimo depresivo	.56287	.459	.01729	41.857	39.296

Tabla 2.  
Ámbito psicológico.  
Test univariado con gl (1,32).  
Ancianos institucionalizados versus ancianos no institucionalizados

probablemente acudan con mayor frecuencia a los familiares como fuente de ayuda en lugar de buscar este apoyo en instituciones de tipo formal. La incidencia de los eventos estresantes no tiene diferencias significativas entre ambos grupos y, aunque la media en participación e integración comunitaria es superior en los ancianos no institucionalizados, esta diferencia no es significativa.

### Discusión y conclusiones

En general, podemos señalar que son mayores las semejanzas que las diferencias entre ambos grupos, puesto que únicamente en tres de las variables analizadas se han obtenido diferencias significativas. En concreto, y en función de estos resultados, no existen diferencias en la percepción de su estado de salud y en sus hábitos más o menos saludables entre los ancianos que viven en residencias para la tercera edad y los que viven fuera de las mismas. Asimismo, tampoco difieren en su percepción de estrés, en su ánimo depresivo, en el número de estresores sociales que experimentan, ni en su grado de participación e integración en la comunidad. En consecuencia, cabría deducir que, en términos generales, los ancianos institucionalizados y los no institucionalizados no difieren en su bienestar psicosocial, es decir, la variable "estar institucionalizado" no sería, por sí sola, indicadora de mayor o menor bienestar psicosocial. Obviamente, los ancianos con mejor salud, mayor autoestima corporal, menor ánimo depresivo y menos estresores sociales, por poner sólo algunos ejemplos, disfrutarán de mayor bienestar psicosocial, pero estas variables no son más favorables en ninguno de los dos grupos considerados. Sin embargo, es importante mantener la cautela respecto de estos resultados, puesto que el número de ancianos muestreados es reducido y, además, únicamente hemos considerado una residencia de ancianos. Estas circunstancias hacen evidente la necesidad de replicar estos análisis con muestras más numerosas, un objetivo que tenemos previsto para futuras investigaciones.

Por otra parte, y como ya hemos señalado, hay tres variables en las cuales sí hemos constatado diferen-

cias en función de la institucionalización o no del anciano: autoestima familiar, autoestima social y percepción de apoyo formal. Así, respecto del apoyo formal son los ancianos institucionalizados los que tienen una percepción más favorable de la capacidad de que tienen los sistemas formales para proporcionarles ayuda en caso de necesidad. Este resultado puede estar relacionado con el hecho de que ellos mismos están viviendo en una residencia que forma parte del sistema de ayuda formal. Por tanto, ya están haciendo uso de este tipo de ayuda. Además, es probable que tengan una percepción, en general, más favorable a las ayudas formales debido a que una de las barreras que se han señalado para su uso es la confianza que los ancianos tienen en los cuidadores informales, es decir, un cierto miedo a la posible incompatibilidad entre el apoyo que reciben de sus familiares y la utilización de la ayuda de tipo formal<sup>22</sup>. En consecuencia, estos ancianos podrían temer menos esta pérdida de la ayuda informal que se recibe habitualmente de familiares puesto que sus principales cuidadores son profesionales integrados en el sistema formal de ayuda. Estas explicaciones, así como también la posible existencia en estos ancianos de mayor deseabilidad social, es decir, mayores deseos de agradar al entrevistador, son cuestiones que deberán analizarse con mayor profundidad.

Por último, respecto de la valoración que el anciano tiene de sí mismo, su valoración en el ámbito familiar y social difiere entre los ancianos institucionalizados y los no institucionalizados. Así, los ancianos que viven en residencias parecen tener una imagen más desfavorable con respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia que los ancianos que no están institucionalizados. Este hecho puede deberse a la inexistencia de familiares, a la escasa relación con éstos o, simplemente, a una imagen más desfavorable de su papel en la familia como consecuencia de la falta de convivencia con ella. Los ancianos que no viven en la residencia, por el contrario, tienen una imagen bastante favorable del papel que desempeñan en su familia. De hecho, es habitual que en las familias españolas actuales se recurra a los ancianos, especialmente a los menores de 74 años, para el cuidado o supervisión de los nietos. Sin embargo, respecto de la autoestima so-

Tabla 3.  
Ámbito social.  
Test univariado con  
gl (1,41).  
Ancianos  
institucionalizados  
versus ancianos no  
institucionalizados

Variable	F	P	h <sup>2</sup>	Media (instituc.)	Media (no instit.)
Participación comunitaria	3.06766	.087	.06961	17.056	19.960
Integración comunitaria	1.59934	.213	.03754	17.167	18.480
Apoyo formal	17.47831	<b>.000</b>	.29889	<b>13.778</b>	<b>12.200</b>
Apoyo informal	4.09646	.051	.09084	40.722	35.640
Eventos vitales	.01935	.890	.00047	3.111	3.000

cial, son los ancianos que viven en residencias los que manifiestan mejor concepto de sí mismos en relación con su capacidad para iniciar y mantener relaciones sociales. Los ancianos que viven en residencias valoran en mayor medida las amistades y su capacidad para mantenerlas, lo cual puede ser un reflejo de las necesarias relaciones sociales que los ancianos que viven en instituciones tienen con otros ancianos. Evidentemente, y al igual que hemos señalado con anterioridad, sería interesante analizar estas circunstancias con muestras más elevadas y también con ancianos de mayor edad, puesto que los ancianos de esta investigación se sitúan principalmente entre los 65 y los 74 años.

No obstante, y pesar de sus limitaciones, consideramos que esta investigación plantea claramente la necesidad de un enfoque bio-psico-social en el estudio de la calidad de vida de las personas ancianas. En este sentido, es necesario que los aspectos físicos, psicológicos y sociales comiencen a ser considerados conjuntamente tanto en la investigación básica como en las posteriores intervenciones encaminadas a la mejora del bienestar psicosocial de este importante conjunto de la población. Si bien son todavía muchos los aspectos que deben ser investigados y analizados, sin duda los acercamientos globales, aunque más complejos, pueden aportar también una imagen más clara y completa de la realidad psicosocial de la población anciana.

## Bibliografía

- Chappell N. The role of family and friends in quality of life. En: Birren J, Lubben J, Rowe J, Deutchman D (Eds.), *Quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA.: Academic Press. 1991
- McCamish-Svensson C, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study. *Int Aging Human Development* 1999;48:301-24.
- Beck AT. Cognitive models of depression. *Cognitive Psychotherapy* 1987;1:5-37.
- Rosenberg M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. En: RL. Leahy (Ed.), *The development of the self*, Orlando. FL.: Academic Press 1985.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985;64: 131-40.
- Henderson S. Social support and depression. En: H.O.F. Veiel y U. Baumann (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere 1992.
- Herrero J, Musitu G. Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social* 1998;13(2):195-203.
- Lin N, Ensel WM. Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review* 1989;54: 382-99.
- Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca 1986.
- Herrero J. *Estresores sociales y recursos sociales: el papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis Doctoral. Universitat de València. Dir.: Gonzalo Musitu 1994.
- Cava MJ. *Autoestima y apoyo social: su incidencia en el ánimo depresivo en una muestra de jóvenes adultos universitarios*. Tesina de Licenciatura. Universitat de València. Dir.: Gonzalo Musitu 1995.
- Abril VJ. *El ajuste y el bienestar en poblaciones de alto riesgo psicosocial: un análisis desde la perspectiva del apoyo y el marketing social*. Tesis Doctoral. Universitat de València. Dirs: Gonzalo Musitu e Ismael Quintanilla 1996.
- Gracia E, Herrero J, Musitu G. *El apoyo social*. Barcelona: PPU 1995.
- Gracia E. *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós 1997.
- Davis-Avery A, Donald C. *Conceptualizations and measurement of health and patients for adults in the Health Insurance Study: vol. V general health perceptions*. Rand: Publicación nº R-1978/5-HEW. Rand Corporation Santa Monica 1978.
- Musitu G, Garcia F. *Cuestionario de Autoconcepto AFA*. Madrid: TEA 1991.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Health Social Behavior* 1983;24: 385-396.
- Radloff L. The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
- Lin N, Dean A, Ensel W. *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press 1986.
- Gracia E, Musitu G. Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En: Musitu G, Berjano E, Bueno JR (Ed.). *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nau Llibres 1990.
- Tausig M. Measuring life events. En: Lin N, Dean, Ensel W (Eds.). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press. 1986.
- Abellán A. Por qué los mayores no utilizan la ayuda formal (y 2). *Revi Mult Gerontol* 1999;9:183-187.