

SOPORTE SOCIAL INFORMAL, SALUD Y FUNCIONALIDAD EN EL ANCIANO

*Carmen Lucía Curcio Borrero**

Recibido en julio 31 de 2008, aceptado en noviembre 14 de 2008

Resumen

Existen muchas maneras de considerar el soporte social. Se ha definido en términos de actividades, y de comportamientos, de relaciones o de interacciones y también en términos de la calidad de las relaciones sociales. A pesar de la diversidad de puntos de vista, parece existir un consenso según el cual el soporte social es un constructo complejo y multidimensional que da cuenta de la calidad de las relaciones sociales y se presenta en dos formas: el formal y el informal. El apoyo o soporte formal corresponde a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado. La familia, los amigos y vecinos, componen el sistema de soporte social informal, ellos constituyen las principales fuentes de apoyo de los ancianos.

A pesar del creciente interés de los investigadores de establecer lazos entre las relaciones sociales en general, y el soporte social informal en particular, con la salud y la funcionalidad, las investigaciones en torno a la manera como estos procesos se afectan mutuamente presentan aún algunas inconsistencias y confusiones, causadas probablemente por la complejidad de los fenómenos y por la diversidad de enfoques y conceptos utilizados. En consecuencia, aunque en el campo de la gerontología existe suficiente evidencia de las relaciones entre los tres procesos (soporte social informal, funcionalidad y salud), se presentan algunas situaciones problemáticas que limitan la investigación, contribuyen a producir resultados contradictorios y dificultan la aplicación y transferencia de resultados.

Palabras clave

Ancianos, soporte social, funcionalidad, salud.

INFORMAL SOCIAL SUPPORT, HEALTH AND FUNCTIONALITY IN THE ELDERLY PERSON

Abstract

There are many approaches to define social support. It has been defined in terms of activities, behaviors, relations or interactions, as well as in social relation quality. In spite of the diversity of definitions, there is a consensus on social support as a complex and multidimensional concept related to the quality of social relations, conducted in formal and informal manners. Formal social support corresponds to private or governmental organizations, instituted by the social-political structures of the state. Informal social support is provided by family, friends, relatives and neighbors, making up the main source of support of

* Terapeuta ocupacional, Magister en Gerontología Social. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. E-mail: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

elderly people. In spite of the growing interest of investigators to establish links between social relations in general and informal social support, with health and functionality, the researches on the way these processes have affected each other, present some inconsistencies and confusions, probably caused by the complex phenomena, the diversity of approaches and concepts used. Even though within gerontology there is sufficient evidence of relation between these three processes (informal social support, health conditions and functionality), some problems that limited the research are presented, which contribute to produce contradictory results, as well as making the application and transference of results difficult.

Key words

Elderly persons, social support, functionality, health.

SOPORTE SOCIAL INFORMAL, SAÚDE E FUNCIONALIDADE NO ANCIÃO

Resumo

Existem muitas maneiras de considerar o suporte social. Tem definido em términos de atividades, e de comportamentos, de relações o de interações e também em términos de a qualidade das relações sociais. A pesar da diversidade de pontos de vista, parece existir um consenso conforme o qual o suporte social é um constructo complexo e multidimensional que da conta da qualidade das relações sociais e apresenta se em duas formas: o formal e o informal. O apoio ou suporte formal corresponde a entidades privadas ou governamentais, instituídas dentro das estruturas sociopolíticas do Estado. A família, os amigos e vizinhos, compõem o sistema de suporte social informal, eles constituem as principais fontes de apoio dos anciãos.

A pesar do crescente interes dos investigadores de estabelecer laços entre as relações sociais em geral, e o suporte social informal em particular, com a saúde e a funcionalidade, as investigações em torno à maneira como estes processos se afetam mutuamente apresentam ainda algumas inconsistências e confusões, causadas provavelmente por a complexidade dos fenômenos e por a diversidade de enfoques e conceitos utilizados. Em consequência, porém no campo da gerontologia existe evidencia de as relações entre os três processos (suporte social informal, funcionalidade e saúde), se apresentam algumas situações problemáticas que limitam a investigação, contribuem a produzir resultados contraditórios e dificultam a aplicação e transferência de resultados.

Palavras Chave

Anciãos, suporte social, funcionalidade, saúde.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos asistido a un aumento del número de investigaciones consagradas al soporte social. Según House, Landis y Umberson, su origen se remonta a la década del 60, cuando fue utilizado para explicar ciertas capacidades de los individuos para resistir el estrés, o la relación entre algunas enfermedades físicas y psicológicas y la calidad de vida de los individuos (1). Aunque los primeros estudios empíricos tienen la tendencia a tratar el concepto de soporte o apoyo social como un constructo unidimensional, actualmente parece existir un consenso según el cual es un concepto multidimensional que debe diferenciarse de las relaciones sociales, ya que éstas son el instrumento a través del cual se realiza o no el apoyo; es decir, las relaciones pueden estar asociadas con efectos tanto positivos como negativos. Esta distinción es especialmente importante, pues no siempre las relaciones sociales, aunque existan, proporcionan dicho soporte, por ejemplo, un hijo puede vivir cerca de sus padres pero ello no garantiza un soporte adecuado. Las relaciones sociales se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo y constituyen el “corazón” del funcionamiento social del anciano.

De otro lado, aunque el término soporte social sea comúnmente utilizado para dar cuenta del proceso por el cual las relaciones sociales tienen un efecto benéfico sobre la salud y el bienestar, es necesario clarificar diferentes conceptos que permitan, además de dar cuenta de la sutileza y complejidad del concepto, precisar su contribución. Este soporte social ha sido conceptualizado y medido de diversas maneras; muchos autores insisten en la falta de consenso en cuanto a la definición (2-7), y otros insisten en su falta de precisión (4, 8-11). Esto ha llevado a una cierta confusión y algunas veces a conclusiones contradictorias con respecto a sus efectos y a su contribución en la salud.

En el presente artículo se presentan algunas definiciones de soporte social y se establecen las

diferencias entre soporte social formal e informal puesto que el análisis se centra sobre este último. A continuación se precisan los conceptos de función y funcionalidad en el campo de la gerontología, y se analiza la evidencia de las relaciones o asociaciones entre soporte social, funcionalidad y salud. Finalmente, a manera de conclusión, se hacen algunas consideraciones en torno a la problemática que sugieren futuras investigaciones.

SOPORTE SOCIAL

Aunque el concepto nació en los años 60, fue en los 70 cuando comenzó su auge. Tal como se mencionó, la tendencia inicial de los estudios empíricos fue considerar el soporte social como un constructo unidimensional y analizarlo a partir de mediciones globales (12). Desde el principio, las diferentes maneras de concebirlo introdujeron palabras diferentes para designarlo: *social support system, networking, social network support, social informal support, social network et social support* (2-7, 9, 11, 13-18).

Dos disciplinas han contribuido a difundir y popularizar el concepto de soporte social. En primer lugar la epidemiología, la cual se ha interesado en el impacto de la calidad del tejido social sobre la prevalencia de algunas enfermedades y sobre la mortalidad. En segundo lugar, los estudios en psicología han aportado evidencia del impacto benéfico del soporte social sobre la salud de los individuos; además, desde la perspectiva de la psicología del desarrollo, se ha estudiado el soporte social en el curso de la vida.

En general, el soporte social ha sido considerado por numerosos investigadores como una variable mediadora que produce un efecto protector contra los efectos del estrés, previniendo así el desarrollo de enfermedades (4, 12, 19-22). Cobb (23), uno de los pioneros en la investigación en este tema, decía: parece que el soporte social puede proteger a las personas en crisis en un amplio rango de estados patológicos: desde el bajo peso al nacer hasta la

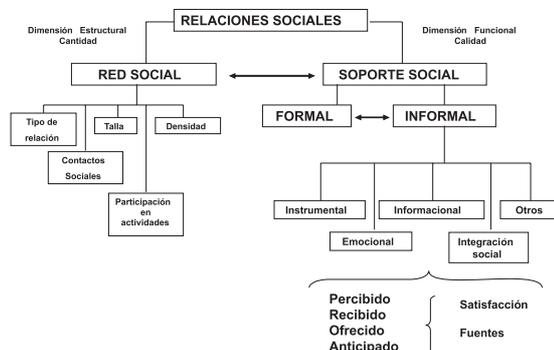
muerte, desde la artritis hasta la tuberculosis, la depresión, el alcoholismo y el síndrome de declinación social. Además, el soporte social puede reducir la cantidad de medicamentos requeridos, acelerar la recuperación y facilitar la adherencia a los regímenes médicos prescritos.

Existen muchas maneras de considerar el soporte social. Ha sido definido en términos de actividades, y de comportamientos (prestar dinero, dar consejos o información, compartir tareas) (4, 19, 23), en términos de relaciones o de interacciones (tener amigos y confidentes, estar comprometido en grupos o asociaciones, tener contactos con miembros de la comunidad y una red de personas con las cuales contar en caso de necesidad) (4, 10, 12, 24, 25), y en términos de apreciación subjetiva (calidad de las relaciones, grado de satisfacción con la ayuda recibida, existencia o disponibilidad de personas con las cuales contar) (9, 24, 26-30). A pesar de la diversidad de puntos de vista, parece existir un consenso según el cual el soporte social es un constructo multidimensional.

Uno de las definiciones iniciales es la de Walker, McBride y Vachon (31), quienes definen el soporte social como el conjunto de contactos personales que permiten a una persona mantener su identidad social y recibir soporte emocional, ayuda material o instrumental, servicios e información. Para Barrera (4), quien estableció las bases conceptuales del soporte social, éste hace referencia a los lazos que se establecen con las personas del entorno inmediato porque pueden proporcionar ayuda en caso de necesidad. Estos lazos permiten al individuo enfrentar las situaciones de estrés y disminuir sus efectos. Para Vaux, Reidel y Stewart (25), el soporte social puede ser comprendido mejor si se conceptualiza como una metaconstrucción, que comprende tres construcciones subsidiarias: los recursos de la red de soporte, los comportamientos de soporte y las evaluaciones subjetivas en torno a él. Para Avlund y cols. (13, 32), el soporte social constituye una función de las relaciones sociales, las cuales poseen una dimensión estructural y

una funcional. La dimensión estructural de las relaciones sociales hace referencia a las relaciones interpersonales y a los lazos entre individuos; esta función generalmente se estudia en términos de número, frecuencia, diversidad y reciprocidad de las relaciones sociales. La dimensión funcional de las relaciones sociales se refiere a las interacciones interpersonales que se dan dentro de la estructura de las relaciones sociales; esta dimensión cubre los aspectos cualitativos y comportamentales de las relaciones sociales e incluye el soporte social emocional e instrumental. Para una mejor comprensión de las diferencias entre red social y soporte social, en la Figura 1 se presentan las dimensiones estructural (red social) y funcional (soporte social) de las relaciones sociales.

Figura 1. Redes sociales y soporte social en el contexto de las relaciones sociales



También se han establecido dos formas del apoyo o soporte que recibe el anciano a través de la red social: el formal y el informal. La noción de soporte social formal hace referencia a un sistema, a un conjunto de servicios estructurados, de organismos comunitarios y gubernamentales sin afiliación directa con el usuario. Es decir, el apoyo o soporte formal corresponde a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado. Es proporcionado en forma regular por profesionales y su función primaria es ayudar a mantener al

anciano en la comunidad mientras sea posible, ya que como es sabido, uno de los objetivos primordiales de la gerontología, es mantener al anciano en su domicilio o medio ambiente natural y tan funcional como sea posible (33, 34). El objetivo se debe lograr haciendo énfasis sobre una óptima calidad de vida y sobre la autonomía y la independencia de la persona. Sin embargo, dado que la red formal sola no puede responder a todas las necesidades de la población anciana, otra red, el soporte social informal, debe llenar esta laguna (35, 36).

La familia, los amigos y vecinos, componen el sistema de soporte social informal. Éste puede tomar diferentes formas y es proporcionado con una gran variedad de significados (37). La familia constituye la base del soporte informal, puesto que es en ella en que se encuentran las principales fuentes de apoyo emocional e instrumental de los ancianos (33). Para Cantor (33), uno de los pioneros en este tema en ancianos, un sistema de soporte social debe, para ser eficaz, responder a tres tipos de necesidades: socialización, ayuda en tareas domésticas y asistencia en caso de necesidad y en periodos de crisis.

Dono y cols. (35), así como Cantor (33), precisan que el soporte informal es más útil que el formal en ciertas situaciones, por ejemplo, ayudar en periodo de crisis, satisfacer algunas necesidades específicas de una persona durante su enfermedad, ayudar en tareas domésticas, reducir el nivel de estrés o favorecer la socialización del individuo. En cambio, el soporte social formal es más importante cuando la persona necesita ayuda técnica o especializada y en ciertas situaciones relacionadas con la salud, la seguridad y la educación.

En cuanto al apoyo o soporte informal, la revisión de la literatura científica hace evidente algunas dificultades en su definición, especialmente por el hecho de utilizar diferentes maneras de nombrar un mismo fenómeno. Una gran confusión e imprecisión rodea este concepto, puesto que los

investigadores, cada uno a su manera, han intentado definirlo y crear instrumentos para su medición (2-7, 9, 11, 14).

La conceptualización del soporte social informal se puede resumir en tres momentos. El primer momento, corresponde a una conceptualización global en el cual el soporte social se ve como la respuesta a la manifestación de un problema o la prestación de ayuda en periodo de crisis (por ejemplo, el estrés o un evento que perturba la persona). Esto no es sorprendente, dado que como se mencionó anteriormente, el origen del concepto se sitúa en los dominios de la psicología y la epidemiología. Un segundo momento, permitió establecer definiciones operacionales, con el fin de identificar las variables mediadoras a las cuales se les podía atribuir un poder potencial de influir sobre el estado de salud del individuo; muchas de estas variables fueron identificadas a partir del desarrollo de instrumentos de medición. En este segundo momento, el énfasis se hizo sobre la utilización de técnicas psicométricas. La identificación de las variables que mediaban entre el soporte social y la presencia de enfermedades, condujo al establecimiento de relaciones estadísticas entre las diferentes dimensiones del soporte social en diversos grupos y poblaciones, y con esta base se formularon algunas teorías que intentan explicar las relaciones estadísticas. El tercer y último momento, se centra en las asociaciones y consecuencias del soporte social sobre el estado de salud; en gerontología se han estudiado especialmente aspectos tales como: estrés, depresión, alteraciones cognitivas, morbilidad y diversas enfermedades, funcionalidad, discapacidad, mortalidad, situación socioeconómica y nivel educativo.

FUNCIÓN Y FUNCIONALIDAD

Para la organización Mundial de la Salud (OMS), el funcionamiento es un término genérico que hace referencia a todas las funciones orgánicas, a las actividades de la persona y a la participación en la sociedad (38). Si embargo, este concepto es

relativamente nuevo, y en geriatría y gerontología tradicionalmente se habla de funcionalidad, concepto que se ha utilizado de una manera muy amplia, por ello, según el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, *“el término funcional es utilizado aquí en un sentido más restringido, significa la habilidad para funcionar en la vida diaria”* [National Institute of Health Consensus Development Conference Panel (39)]. En este contexto, el término funcionamiento remite a la realización de las actividades de la vida cotidiana, tales como: alimentarse, ir al baño, subir y bajar escaleras, contestar el teléfono, tomar su propio medicamento o manejar su dinero, entre otras. En consecuencia, tanto como la salud, la funcionalidad se considera un proceso individual, aunque determinado por las normas, la cultura y las costumbres del grupo al cual pertenece la persona. Así, la funcionalidad es un proceso dinámico y cambiante que va más allá de parámetros puramente fisiológicos.

Existen dos conceptos estrechamente relacionados con la funcionalidad: la autonomía y la independencia. La autonomía se define como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las responsabilidades, y por tanto, reorientar las propias acciones. Ser autónomo es ser capaz de decidir, asumir las consecuencias de las decisiones, confrontarlas con lo esperado y deseado para poder continuar o para hacer cambios, lo cual determina la autoafirmación y a su vez la calidad de vida del individuo. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física mental y social, acorde con los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, necesita un soporte de independencia, entendida como la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la cotidianeidad, en un amplio rango de complejidad, sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia (40).

Para facilitar la medición, evaluación y las intervenciones relativas a la funcionalidad de

los ancianos, se han establecido dimensiones operacionales conceptuales, entre las cuales las más utilizadas son las actividades básicas cotidianas o actividades de la vida diaria (ABC) en sus dimensiones física e instrumental (41). Sin embargo, dado que ellas no dan cuenta de la complejidad del funcionamiento físico de los ancianos, se han desarrollado otras escalas y formas de valoración. Actualmente, las medidas de funcionalidad física pueden ser operacionalizadas mediante variados indicadores (41-54), los más utilizados son:

1. Actividades de la vida diaria en su nivel físico (ABCf).
2. Actividades de la vida diaria en su nivel instrumental (ABCi).
3. Medidas de evaluación basadas en la ejecución (MEBE).
4. Prevalencia de discapacidades.
5. Evaluación de limitaciones relacionadas con enfermedades específicas o con discapacidades de larga duración.
6. Evaluación y reconocimiento de discapacidades.

SOPORTE SOCIAL Y SALUD

Los investigadores empezaron a profundizar en el conocimiento del soporte social y la influencia de las relaciones sociales sobre la salud y el funcionamiento cotidiano, en la década del 90. En gerontología, una parte importante de la investigación ha estado centrada en el estudio de las características de las redes, los lazos y las relaciones sociales (55-57). Sin embargo, todos estos conceptos se han incluido dentro del soporte social, por ejemplo, Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser (58) en su revisión de 81 estudios sobre el soporte social, encontraron que se hablaba de soporte social a veces en términos de red (familia, lazos), a veces en términos de comportamientos (emocional e instrumental), y también como referencia a la disponibilidad de recursos de soporte.

Desde hace cerca de 30 años, una gran cantidad de estudios científicos ha demostrado que el soporte social constituye un elemento clave del bienestar y del estado de salud de las personas. Desde las contribuciones pioneras de Cobb (23), quien estableció que las relaciones sociales promovían la salud al jugar un rol mediador para los efectos potencialmente deletéreos del estrés psicosocial, muchos trabajos han concluido que el soporte social tiene la capacidad de reducir el nivel de estrés, disminuir la probabilidad de aparición de muchas enfermedades y de disminuir las tasas de mortalidad. (3, 13, 26, 37, 55, 58, 59, 69).

A pesar del creciente interés de los investigadores de establecer lazos entre las relaciones sociales en general, y el soporte social en particular, y el estado de salud, la manera como estos procesos afectan los procesos de discapacidad presenta aún algunas inconsistencias y confusiones, probablemente a causa de la complejidad de estos fenómenos y al hecho de que existen muchas maneras de estudiarlos (55).

Como norma general, el soporte social parece tener efectos directos benéficos sobre el bienestar y la salud física y psicológica de la persona; las redes sociales y el soporte social se asocian a ciertos indicadores de salud, especialmente la presencia de enfermedades cardiovasculares, problemas psicológicos y tasas de mortalidad (74). En su revisión de 51 estudios, en los cuales el soporte social se encontró como predictor de la salud, Procidano et Heller (66) encontraron que 45 de ellos confirman la existencia de una relación positiva entre el soporte social y diversos indicadores de salud física y psicológica. Los ancianos que están menos aislados, que gozan de relaciones íntimas satisfactorias y que aprovechan la red de soporte social, tanto informal como formal, gozan de una mejor salud mental y física. Paralelamente, la falta de soporte en los ancianos, con frecuencia se asocia a un mal estado de salud y a un bienestar disminuido (35, 69); se ha establecido que tener un pobre soporte o malas

relaciones con los amigos y familiares se asocia a un aumento, entre el 20 y el 30%, del riesgo de tener mala salud, tanto en hombres como en mujeres. Los estudios muestran que la mejoría del soporte social favorece el estado de salud de los ancianos que no tienen ninguna discapacidad (26, 60, 62), y el hecho de beneficiarse de un buen soporte social en circunstancias difíciles, elimina o reduce los riesgos de depresión.

Algunos investigadores, al estudiar los efectos del soporte social sobre las enfermedades, demuestran que éste facilita la recuperación de las capacidades después de una enfermedad aguda (55, 64, 70-73).

Sin embargo, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en países anglosajones, escandinavos, y algunos pocos en los países asiáticos y latinoamericanos. Según Melchior (74), existen notables diferencias en las normas de socialización entre países y culturas, lo cual impide comparar los resultados.

Beyene, Becker y Mayen (75), argumentan que existen muchas razones para creer que el soporte puede tomar diferentes formas según las diferencias culturales. Por ejemplo, es bien conocido que la familia, aun la extendida, ocupa un lugar muy importante en la cultura y la vida social de las comunidades hispanas. En consecuencia, se puede esperar que el soporte social tenga un rol fundamental en la salud y bienestar de los ancianos hispanos, e inversamente, la ausencia de soporte familiar sea particularmente nociva para ellos. Además, según Beyene y cols. (75), la percepción del envejecimiento está influenciada por el nivel y la calidad de soporte social en los ancianos hispanos, puesto que generalmente inspiran respeto y seguridad a toda la familia. En estas comunidades (hispanas o latinas) la familia y el anciano tienen un rol central en la cultura y los valores, pero la familia prima sobre los individuos; contrario a la cultura anglosajona, especialmente en América del Norte, en la cual se valoriza la juventud y

la independencia personal. En las comunidades latinas la familia extensa es la institución más importante en la sociedad, y el soporte social es un aspecto fundamental que ejerce un considerable impacto sobre el bienestar. Los hijos tienen la obligación moral y social de proporcionar a sus padres ancianos todo el soporte.

SOPORTE SOCIAL Y FUNCIONALIDAD

Existe cierta evidencia de que las relaciones sociales, medidas desde la perspectiva de las redes sociales, protegen contra los cambios durante la evolución, a largo plazo, de la discapacidad (64, 76-79). Por ejemplo, Boulton y cols. (76), en el Longitudinal Study of Aging (LSOA), reportan que el hecho de tener contactos frecuentes con los amigos y colegas, se asocia a una disminución de la discapacidad. Sin embargo, Mendes de Leon y col. (55) en el Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE), concluyen que son los contactos con los amigos, no con la familia, los que permiten proteger a la persona contra la discapacidad. Además, en el Alameda County Study, Strawbridge y cols. (78) encontraron que el hecho de tener cinco o más contactos personales con otras personas es un factor predictivo de envejecimiento exitoso, el cual fue definido como la ausencia de discapacidad.

Seeman, Bruce y McAvay (80), al analizar las características de la red de soporte social en el marco del MacArthur Studies of Successful Aging, evaluaron el soporte emocional y el instrumental y concluyeron que este último permite predecir un aumento del riesgo de discapacidad física en los hombres. Esto ha sido confirmado en otros estudios (81, 82). En cuanto al soporte emocional, Seeman y cols. (80) concluyen que existe una estrecha relación entre el soporte emocional y la disminución de riesgos de discapacidad en ABC.

Por su parte, Stuck y cols. (83) en una revisión sistemática de la literatura de estudios longitudinales

publicados entre 1985 y 1997, encontraron que pocos contactos sociales se relacionan con el desarrollo de discapacidad y pobre función física.

Los efectos benéficos del soporte social dependen del tipo de soporte recibido [Mendes de Leon y cols. (55)]. El soporte instrumental implica generalmente ayuda física real, ayuda financiera u otro tipo de ayuda útil para resolver un problema. Se ha demostrado que este tipo de soporte se asocia a un aumento de la discapacidad física (55, 67, 73, 80, 81, 84) y a un incremento de la mortalidad en los ancianos (63, 65). De hecho, los estudios en ancianos que viven en la comunidad (81, 82) o institucionalizados (85) muestran que una gran cantidad de soporte instrumental, bajo la forma de asistencia o de cuidado, puede aumentar el nivel de dependencia y favorecer la presencia de minusvalía en los ancianos. Se plantea la hipótesis de que el hecho de recibir soporte puede reflejar parcialmente un estado de discapacidad “preclínica”. Contrariamente, el soporte emocional tiene un efecto protector, y los contactos sociales pueden llevar a la persona a desarrollar sentimientos de compromiso y de integración social que le dan un sentido a su vida (55).

Sin embargo, Everard y cols. (61) no encontraron ninguna relación entre el soporte social y el funcionamiento físico. Ellos evaluaron el soporte social utilizando el Social Support Inventory (SSI), un instrumento que permite medir el soporte percibido (emocional e instrumental) y el estilo de soporte (directivo o no directivo). Por su parte Cornman y cols. (86) establecieron que las relaciones entre soporte social y funcionamiento físico en ancianos de Taiwán son muy débiles.

Taylor y Lynch (27), al estudiar las relaciones entre soporte social, discapacidad y depresión, en el marco del Duke Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE), concluyen que las relaciones entre el aumento de la discapacidad y el aumento de los síntomas depresivos, es mediado por el aumento del soporte social percibido, considerando, afirman los

autores, que el efecto de la discapacidad de base sobre los síntomas depresivos de base, no son mediados por el soporte social percibido, es decir, las relaciones están presentes sólo para el aumento y no al inicio (27). Los investigadores, precisan que muy probablemente la discapacidad implica la necesidad de ayuda y de soporte, por tanto aumenta su recepción real, pero simultáneamente disminuye su percepción (se recibe más y se percibe menos).

Según Dressler, Campos y Dos Santos (60), el hecho de que en un contexto de enfermedad o discapacidad, una persona reciba realmente el soporte es menos importante que la creencia en que éste está verdaderamente a su disposición. Ellos afirman que las dimensiones culturales del soporte social constituyen un componente importante de la producción social de la enfermedad y que estas dimensiones deber ser exploradas.

Hay estudios que muestran que un pobre nivel de soporte social permite predecir el desarrollo de discapacidad (87, 88-91). Avlund y cols. (59) llevaron a cabo el Danish Intervention Study on Preventive Home Visits, un estudio longitudinal para establecer las relaciones sociales como determinantes de la discapacidad en ancianos, en una población que no presentaba ninguna discapacidad. Los resultados muestran que después de un año y medio de seguimiento, la diversidad de relaciones sociales y la participación en actividades sociales, son los factores más importantes para mantener la funcionalidad entre ancianos de 75 años y más. Según los investigadores, el hecho de que una persona esté comprometida en una red de relaciones sociales, la protege contra la discapacidad y disminuye los riesgos de desarrollarla. En otro estudio (13), llevado a cabo en Finlandia y Dinamarca con ancianos mayores de 75 años sin discapacidades, se encontró que contactos telefónicos semanales, más que los cara a cara, protegen de la declinación funcional, además, la pobre participación social reduce el soporte instrumental.

También, existe evidencia de que el soporte social puede afectar la presencia de discapacidad y el nivel de estrés entre los ancianos que tienen artritis reumatoide. En el estudio EURIDISS (European Research on Incapacitating Diseases and Social Support), los autores confirmaron los hallazgos de otros estudios (20, 92-96), en cuanto a que los efectos benéficos del soporte social sobre la salud se manifiestan especialmente en situación de estrés. Además, el soporte emocional y la satisfacción con las relaciones sociales tienen un rol mediador en la relación que existe entre ciertos eventos estresantes (dolor, lesiones, discapacidad) y la presencia de artritis reumatoide. Las personas que están satisfechas con sus relaciones sociales tienen menos estrés por la artritis y aprenden estrategias para adaptarse a las consecuencias y manifestaciones de la enfermedad.

Strine y cols. (97) estudiaron la calidad de vida relacionada con comportamientos en salud y con soporte emocional, utilizando una entrevista telefónica en una población muy grande (n=18 millones) de personas adultas provenientes de 50 Estados de Estados Unidos, concluyeron que un soporte social inadecuado se asocia con desarrollo de discapacidad y constituye una barrera para la salud, además, el soporte emocional y la discapacidad son inversamente proporcionales, cuando uno aumenta, el otro disminuye.

En resumen, contrario al soporte instrumental, en la población anciana el soporte emocional se asocia con un mejor funcionamiento físico (13, 59, 61, 67) y con disminución del riesgo de mortalidad (32, 63, 65). Además, tiene un efecto protector sobre el desarrollo de discapacidad en los ancianos (55).

Pero, tal y como se ha visto, el panorama del soporte social no es únicamente positivo, de hecho existe un soporte que tiene efectos negativos sobre la persona. El soporte positivo se refiere a las interacciones o comportamientos positivos, como escuchar, interesarse por el otro, ayudar en tareas

domésticas, etc. El soporte negativo se refiere a las interacciones o comportamientos negativos, por ejemplo impacientarse, juzgar, discutir, centrar la atención en sí mismo, criticar y ridiculizar las actuaciones de los otros, etc. (98). Recibir altos niveles de soporte social se asocia a altos niveles de sobreprotección, el cual es uno de los aspectos más problemáticos y negativos del soporte social (22). Se ha establecido que existe una relación no lineal entre soporte social y salud: mucho soporte es dañino para la salud y poco soporte tiene exactamente el mismo resultado, por tanto, los dos extremos son considerados factores de riesgo para la salud del anciano.

Shinn, Lehman y Wong (99) constataron que ciertas personas del entorno inmediato son fuente de conflictos; aun personas con las mejores intenciones pueden desatar efectos negativos porque su intervención no coincide con las necesidades de soporte de la persona. Según estos investigadores, es necesario comprender que el soporte no puede ser benéfico sino cuando hay correspondencia entre las características del beneficiario de la ayuda y las particularidades de quien lo ofrece. Si este equilibrio no se respeta, el soporte puede llevar a dependencia o aumentar el nivel de estrés de la persona, por tanto, se torna negativo. Para Cimarrolli, Reinhardt y Horowitz (100), elevados niveles de soporte recibido se asocian a elevados de sobreprotección.

De otro lado, para Krause (62), la dimensión más importante del soporte en los ancianos es el soporte anticipado, el cual se define como la creencia en que existen personas que proporcionarían ayuda o asistencia en caso de ser necesario. En otras palabras, el soporte anticipado hace referencia a la cantidad de soporte que una persona percibe como disponible (30, 101), y puede ser emocional o instrumental (57). El soporte anticipado se asocia con reducción del riesgo de declinación funcional en ancianos, por dos razones principales: primero, porque refleja los lazos sociales de un individuo y el soporte que recibe efectivamente; segundo,

el reconocimiento de que existe un soporte disponible en caso de necesidad, dota al anciano de un sentimiento de seguridad y de control del entorno, y lo estimula a llevar una vida activa y autónoma. En consecuencia, el soporte anticipado contribuye a favorecer la independencia funcional y la autonomía del anciano (24, 27, 57) y permite mantener la esperanza en el futuro (30).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El debate teórico en torno a la conceptualización del soporte social, no ha terminado. La teorización y las definiciones se han centrado en la salud física y mental (estrés, presencia de síntomas de enfermedades, bienestar o adhesión a tratamientos), desde una perspectiva clínica y casi siempre más operacional que conceptual. En consecuencia, no es sorprendente que casi toda la teoría esté centrada en el individuo y el estrés. Es necesario salir del paradigma médico-psicológico, que es muy limitado. Se debe estudiar el soporte social en el seno de las relaciones sociales, como un proceso y no como una función. Para ampliar la conceptualización, es necesario salir del paradigma epidemiológico e incluir otras disciplinas como la sociología y la antropología. Los aspectos multidimensionales del soporte social lo hacen un concepto a la vez rico y complejo, que ha llevado a los investigadores a utilizar definiciones poco precisas. No se trata de llegar a un consenso, sino de precisar el contenido (102). Además, es imperativo que se estudie este concepto desde una perspectiva cualitativa que dé cuenta de las experiencias vividas por las personas implicadas en la red social.

El soporte social no es un fenómeno simple, se presenta como un conjunto de factores en interacción. Es dinámico y se modifica a medida que cambian las situaciones de vida. En consecuencia, las características del soporte social (modos, cualidades, cantidades, fuentes, etc.) cambian con el tiempo. El soporte social es una característica de las personas, de los grupos, de las

instituciones y de las comunidades, y no puede ser bien comprendido si se evalúa a partir de uno solo de sus niveles, formas o dimensiones. Además, aún existe cierta confusión entre las nociones de red social y soporte social, y se empieza a hablar de “red de cuidado” como si los tres elementos (soporte, red y cuidado) fueran sinónimos.

Aunque existe mucha evidencia de las relaciones entre soporte social, funcionalidad y salud, existen algunas situaciones problemáticas que limitan la investigación, contribuyen a producir resultados contradictorios y dificultan la aplicación de resultados:

1. Es poco reconocido que el concepto de soporte social representa un constructo social que corresponde a la realidad de cada grupo social.
2. El arraigo de la conceptualización del soporte social en el seno de los principios medico-psicológicos, que conduce a un punto de vista individualista y unilateral del paradigma del estrés y las estrategias adaptativas, y en la visión del soporte social como una variable mediadora ligada a situaciones problemáticas.
3. La tendencia a considerar y a estudiar el soporte social como una relación diádica, constituye otra situación problemática que hace difícil la comprensión del concepto. Esta manera de ver las cosas se apoya en saberes objetivantes que buscan establecer “poblaciones en riesgo” e “individuos en riesgo”. Paradójicamente, esta relación diádica ha sido estudiada desde el punto de vista del investigador, y desde un punto de vista individualista y unilateral, la del individuo “medido”.
4. De acuerdo con lo encontrado en la revisión de la literatura científica, es claro que el soporte social, especialmente en gerontología, ha sido abordado solamente desde un punto de vista cuantitativo, centrado en la medición de las características de sus dimensiones.
5. A pesar de los avances en investigación, aun existe mucha confusión en torno a la definición y conceptualización del soporte social. Los investigadores utilizan una gran variedad de definiciones y medidas de soporte social, desde los contactos de la persona con su red, hasta el soporte percibido y recibido (instrumental, emocional, de información, de consejo, de autoestima, anticipado, etc.), las necesidades de soporte y la satisfacción con él. Además, el soporte se ha evaluado en una gran variedad de fuentes, especialmente esposas(sos), cuidadores, familia, amigos y vecinos, pero casi siempre, como se mencionó anteriormente, desde la perspectiva del investigador.
6. Aunque no se expresa claramente, muchos estudios parecen asumir que el soporte social es algo que el medio ambiente proporciona al individuo, es decir, un elemento extrínseco. Sin embargo, el contexto y la cultura son muy poco estudiados.
7. Los estudios se han efectuado en diferentes grupos de ancianos, en diferentes países y en diversas culturas, pero con bases conceptuales diferentes, lo cual limita las comparaciones, las generalizaciones y la transferencia de resultados.
8. La funcionalidad se presenta como un metaconstructo que se apoya en construcciones subsidiarias, al mismo tiempo es multidimensional y aparece como un proceso dinámico. En consecuencia, su medición representa un desafío tanto para los investigadores como para los clínicos. Para medir la funcionalidad se utilizan diferentes definiciones operacionales, variados instrumentos y diversos enfoques metodológicos. Por ejemplo, en la literatura científica se encuentran numerosos términos para hablar de funcionalidad: funcionamiento, estado funcional, estado de función física, discapacidad funcional, limitación de la actividad, declinación funcional, declinación del estado funcional, limitación funcional, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. House JS, Landis K, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545; 1988.
2. Ducharme F, Stevens B, Rowat K. Social support: Conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 373-392; 1994.
3. Gottlieb BH. *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1983.
4. Barrera M Jr. Distinction between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445; 1986.
5. Heitzmann CA, Kaplan RM. Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7(1), 75-109; 1988.
6. O'Reilly P. Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, 26(8), 863-873; 1988.
7. Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR, Sarason IG. Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832; 1987.
8. Bruhn JG, Phillips BU. A development basis of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(3), 213-229; 1987.
9. Vaux A. *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York, NY: Praeger; 1988.
10. Vaux A. Assessment of social support. En: H. O. F. Veiel, y U. Baumann (Eds). *The Meaning and Measurement of Social Support* (p. 193-216). New York, NY: Hemisphere Publishing Corporation; 1992.
11. Winemiller DR, Mitchell ME, Sutliff J, Cline DJ. Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49(5), 638-648; 1993.
12. Provost MA. Le soutien social, de l'enthousiasme à la réalité. En: M. A. Provost (Eds), *Le soutien social: quelques facettes à explorer*. Trois-Rivières, QC: Université de Québec à Trois Rivières (p. 5-22); 1995.
13. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P, Sakara-Rantala R, Haikkinen RL. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 59B(1), S44-S51; 2004.
14. Bruhn JG, Phillips BU. Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 52-169; 1984.
15. Doeglas D, Suurmeijer T, Brianson S, Moum T, Kroll B, Bjelle A, Sanderman R, van den Heuvel W. An international study on measuring social support: Interaction and satisfaction. *Social Science and Medicine*, 43(9), 1389-1397; 1996.
16. Draper P. Conducting cross-cultural research in teams and the search for the "culture-proof" variable. *Menopause*, 14(4), 680-687; 2007.
17. Suurmeijer T, Doeglas D, Brianson S, Krijnen WP, Krol B, Sanderman R, Moum T, Bjelle A, van den Heuvel W. The measurement of social support in the 'European Research on Incapacitating Diseases and Social Support': The development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Social Science and Medicine*, 40(9), 1221-1229; 1995.
18. Wenger GC. Social networks and gerontology. *Reviews in Clinical gerontology*, 6, 285-293; 1996.
19. Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-42; 2005.

20. Cohen S, Willis TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357; 1985.
21. Cutrona CE, Russell D. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds). *Social Support: An Interactional View* (p. 319-366). New York, NY: Wiley and Company; 1990.
22. Fiore J, Becker J, Coppel DB. Social network interactions: A buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11(4), 433-439; 1983.
23. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314; 1976.
24. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139; 1983.
25. Vaux A, Reidel S, Stewart D. Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 2, 209-237; 1987.
26. Krause N. Social support. En: Binstock, R.H., George, L.K. (Eds). *Handbook of aging and the social sciences*. (5th edition). (p. 272-293). San Diego: Academic Press; 2001.
27. Taylor M, Lynch SM. Trajectories of impairment, social support and depressive symptoms in later life. *J Gerontol*, 59B, 4, S238-S246, 2004.
28. Kim HK, Hisata M, Kai I, Lee SK. Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15, 331-347, 2000.
29. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of behavioral Medicine*, 4, 4, 381-406; 1981.
30. Krause, N. Anticipated support, received support and economic stress among older adults. *J gerontol*, 52B, 6, P284-P293; 1997.
31. Walker KN, McBride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11, 35-41; 1977.
32. Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality: An eleven-year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47, 635-643; 1998.
33. Cantor MH. The informal support system of New York's inner city elderly: Is ethnicity a factor? En: D. E. Gelfand, A. J. Kutzik (Eds). *Ethnicity and Aging* (p. 153-173). New York, NY: Springer Publishing Company; 1979.
34. Froland C. *Helping Networks and Human Services*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1981.
35. Dono JE, Falbe CM, Kail BL, Litwak E, Sherman RH, Siegel D. Primary groups in old age: Structure and functions. *Research on Aging*, 1, 403-433; 1979.
36. Peters GR, Kaiser MA. (1985). The role of friends and neighbors in providing social support. En: W. J. Sauer, & R. T. Coward (Eds). *Social Support Networks and the Care of the Elderly*. New York, NY: Springer Publishing Company. (Springer Series of Adulthood and Aging).
37. Sauer WJ, Coward RT. The role of social support networks in the care of the elderly. En: W. J. Sauer, & R. T. Coward (Eds). *Social Support Networks and the Care of the Elderly*. New York, NY: Springer Publishing Company. (Springer Series on Adulthood and Aging); 1985.
38. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*; 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
39. NIH Consensus Development Conference Panel. Best paper of the 1980s: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1490-1494; 2003.

40. Gómez JF, Curcio CL. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales (Colombia): Gráficas Tizán; 2002.
41. Andresen E, Rothenberg B, Zimmer JG. Assessing the health status of older adults. New York, NY: Springer Publishing Company; 1997.
42. Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 1073-1080; 1992.
43. Branch LG, Meyers AR. (Assessing physical function in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1), 29-51; 1987.
44. Duncan PW, Chandler J, Studenski S, Hughes M, Prescott B. How do physiological components of balance affect mobility in elderly men? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 1343-1349; 1993.
45. Guralnick J, Branch LG, Cummings SR, Curb JD. Physical performance measures in aging research. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 44, M141-M146; 1989.
46. Kane RA. Assessing social function in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1), 87-98; 1987.
47. Kane RA, Kane RL. *Assessing the Elderly. A Practical Guide to Measurement*. Lexington, MA: Lexington Books; 1981.
48. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30; 1970.
49. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186; 1969.
50. Mathias S, Nayak USL, Issacs B. (Balance in elderly patients: The "Get-up and Go" test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, 387-389; 1986.
51. Podsiadlo R, Richardson S. The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 142-148; 1991.
52. Reuben DB, Siu A. (An objective measure of physical function of elderly outpatients: The physical performance test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 1105-1112; 1990.
53. Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 119-126; 1986.
54. Zimmer JG, Rothenberg, B. M. & Andresen, E. M. Functional assessment. En: E. Andresen, B. Rothenberg, J. G. Zimmer (Eds). *Assessing the Health Status of Older Adults* (p. 1-40). New York, NY: Springer Publishing Company; 1997.
55. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George L. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites. *The Duke EPESE 1986-1992. Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B(3), S179-S190; 2001.
56. Mendes de Leon C, Glass TA, Berkman L. Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults. *The New Haven EPESE. American Journal of Epidemiology*, 157(7), 633-642; 2003.
57. Shaw BA, Janevic M. Associations between anticipated support, physical functioning, and educational level among a nationally representative sample of older adults. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 539-561; 2004.
58. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relations between social support and physiological process: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531; 1996.

59. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 38, 85-99; 2004.
60. Dressler W, Campos M, Dos Santos E. The cultural construction of social support in Brazil: Association with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21, 303-335; 1997.
61. Everard KM, Lach H, Fisher EB, Baum C. Relationships of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 55B(4), S208-S212; 2000.
62. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456-469; 2007.
63. Lyyra TM, Heikkinen RL. Perceived social support and mortality in older people. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 61B(3), S147-S152; 2006.
64. Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LF. Social networks and disability transitions across eight intervals of early data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B(3), S162-S172; 1999.
65. Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, Deeg DJ, Boeke AJ. & van Eijk JT. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510-519; 1997.
66. Procidano ME. & Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24; 1983.
67. Seeman TE, Berkman LF, Charpentier D, Blazer M, Tinetti, M. Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 50A, M177-M183; 1995.
68. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387; 2006.
69. Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(4), 355-372; 2006.
70. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24, 64-70; 1993.
71. Mutran EJ, Reitzes DC, Mossey J, Fernandez ME. Social support, depression, and recovery of walking ability following hip fracture surgery. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 50B(6), S354-S361; 1995.
72. Oxman TE, Hull JG. Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B(1), P1-P14; 1997.
73. Wilcox, VL, Kasl S, Berkman, LF. Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*, 13, 170-179; 1994.
74. Melchior, M. Étude épidémiologique de la relation entre le lien social et la santé. Réseau Santé, inégalités, ruptures sociales en Île-de-France, INSERM, U444. Paris, 24 avril; 2003.
75. Beyene, Y, Becker G, Mayen N. Perception of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 17, 155-172; 2002.
76. Boulton C, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(1), M28-M36; 1994.
77. Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Gender differences in factors associated with change in physical functioning in old age: A 6-year longitudinal study. *The Gerontologist*, 33(5), 603-609; 1993.
78. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144, 135-141; 1996.

79. Unger, JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B(5), S245-S251; 1999.
80. Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S191-S200; 1996.
81. Glass TA, Maddox GL. The quality and quantity of social support: Stroke recovery as a psychosocial transition. *Social Science and Medicine*, 34, 1249-1261; 1992.
82. Moritz DJ, Kasl SV, Berkman F. Cognitive functioning and the incidences of limitation in activity of daily living in an elderly community sample. *American Journal of Epidemiology*, 141, 41-49; 1995.
83. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 48, 445-469; 1999.
84. Hays JC, Saunders WB, Flint EP, Kaplan BH, Blazer DG. Social support and depression as risk factors for loss of physical function in late life. *Aging and Mental Health*, 1, 209-220; 1997.
85. Steinbach U. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 47, S183-S190; 1992.
86. Cornman JC, Goldman N, Gleib DA, Weinstein M, Chang M. Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal on Aging and Health*, 15(4), 616-644; 2003.
87. Lynch SA. Who supports whom? How age and gender affect the perceived quality of social support from family and friends. *The Gerontologist*, 38(2), 231-238; 1998.
88. Evers AW, Kraaimaat F, Geenen R, Bijlsma JW. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 179-193; 1998.
89. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1295-1310; 2003.
90. Demange V, Guillemin F, Baumann M, Suurmeijer TP, Moum T, Doeglas D. Are there more than cross-sectional relationships of social support and support networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? The European Research on Incapacitating Diseases and Social Support Longitudinal Study. *Arthritis and Rheumatism*, 51, 782-791; 2004.
91. Smith CA, Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162; 1992.
92. Brown GK, Wallston KA, Nicassio PM. Social support and depression in rheumatoid arthritis: A one-year prospective study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 19, 1164-1181; 1989.
93. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 489-504; (1997).1997.
94. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 266-284; 1990.

95. Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with change in physical functioning in the elderly: A six years prospective study. *Journal of Aging and Health*, 5, 140-153; 1993.
96. Revenson TA, Schiaffino KM, Majerovitz SD, Gibofsky A. Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, 807-813; 1991.
97. Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad A. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online 25 October; 2007.
98. Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 101-120; 2005.
99. Shinn M, Lehman S, Wong NW. Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40, 55-76; 1984.
100. Cimarolli VR, Reinhardt JP, Horowitz A. Perceived overprotection: Support gone bad? *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 61B(1), S18-S23; 2006.
101. Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support. En: S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb (Eds). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (p. 86-135). New York, NY: Oxford University Press; 2000.
102. Caron J, Guay S. Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale? Éditorial. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 7-13; 2005.