

# Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento

Sandra Emma CARMONA-VALDÉS y  
Manuel RIBEIRO-FERREIRA

*Universidad Autónoma de Nuevo León*

## *Resumen*

El propósito de esta investigación consistió en distinguir el papel que juegan las actividades sociales en el bienestar personal de los adultos mayores en la ciudad de Monterrey, México. La muestra estuvo constituida por 1057 hombres y mujeres, en un rango de edad de 65 años o más. Se construyeron dos escalas para examinar la información (actividad social y bienestar personal). Luego de un ejercicio de regresión lógica, los resultados indican una relación predictiva positiva de las actividades sociales y la escolaridad con el bienestar personal de los adultos mayores. En los grupos de análisis, el estrato socioeconómico, el estado civil y la edad no contribuyen significativamente al bienestar personal en el adulto mayor.

*Palabras clave:* actividad social, bienestar personal, autonomía, dependencia, salud, enfermedad, Monterrey, México.

## *Abstract*

*Social activities and personal wellbeing in aging*

The purpose of this research was to distinguish the role social activities play in the personal welfare of the elderly in Monterrey, Mexico. The sample was composed of 1057 men and women, at an age range of 65 years and older. Two scales were constructed to examine the information (social activity and personal wellbeing). After an exercise of logical regression, the results indicate a positive predictive relation of the social activities and schooling with the personal wellbeing of the elderly. In the analysis groups, socioeconomic strata, marital status and age do not significantly contribute to the personal wellbeing of the elderly people.

*Key words:* social activity, personal wellbeing, autonomy, dependence, health, infirmity, Monterrey, Mexico.

## Introducción

La teoría de la actividad en el envejecimiento sugiere que la participación en actividades sociales significativas representa un componente esencial en la promoción de la salud y en la predicción del bienestar personal en los adultos mayores.<sup>1</sup> Diversas

<sup>1</sup> De aquí en adelante nos referiremos a adultos mayores como aquellas personas que tienen 65 años o más de edad. Si bien reconocemos que la respuesta individual al proceso de envejecimiento es distinta para cada persona (cfr. Ribeiro, 2002), lo que hace difícil establecer una definición

investigaciones realizadas desde esta perspectiva plantean que las actividades sociales ofrecen innumerables beneficios tanto físicos como psicológicos y sociales. Entre ellos se encuentran:

- **Mejor salud mental y física:** Se ha observado que los adultos mayores que participan en actividades como deporte, arte, cultura, turismo y recreación cuentan con mejores elementos para hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresión; es decir, la actividad social significativa puede contribuir directamente al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades (Luna, 1999). Se ha hallado que los adultos mayores que tienen amplias relaciones sociales tienen menor riesgo de morir que las personas mayores que viven aisladas o que tienen pocos contactos sociales.
- **Mejor funcionamiento cognitivo:** La vida social activa, las relaciones sociales y el continuar con sus intereses intelectuales traen beneficios en la capacidad funcional y en la función cognitiva de los individuos (Gobierno de Cartagena, 2005). Los estudios realizados por Bassuk *et al.* (1999) indican que la cantidad y el tipo de relaciones sociales disminuyen el riesgo de demencia, observándose un aumento de este riesgo a medida que se acentúa el aislamiento social.
- **Promueve hábitos de vida saludables:** Los beneficios asociados a las actividades sociales en el envejecimiento son considerados positivos para la salud y el bienestar de los seres humanos, debido a que son una fuente de motivación para continuar viviendo y porque a través de ellas se puede implicar en conductas de salud preventivas y terapéuticas (Musitu, 1999). En este sentido, las actividades sociales no sólo proveen beneficios físicos (en el sistema inmune, reacción cardiovascular, capacidad cardiopulmonar) y psicológicos (sentido de pertenencia, autoestima elevada, propósitos en la vida), sino que también promueven condiciones saludables (dejar de fumar, dieta adecuada, ejercicio), lo cual eleva el bienestar de los individuos (Jang *et al.*, 2004).
- **Menor morbosidad:** El ocio y las actividades productivas, que a menudo se realizan dentro del contexto de las relaciones sociales, pueden proporcionar ventajas al incrementar la salud. Diversos estudios han

---

apropiada, con fines prácticos y operativos utilizaremos aquí el criterio cronológico de 65 años. Aunque algunas instituciones, como el Consejo Nacional de Población de México, utilizan frecuentemente el criterio de 60 años o más, creemos que con la extensión de la esperanza de vida y el impacto de las nuevas tecnologías en materia de salud resulta más apropiado partir de los 65 años.

revelado asociaciones significativas entre las relaciones personales y una morbilidad menor, percepción de salud mejorada e incremento en la longevidad.<sup>2</sup>

- Longevidad: Las actividades sociales y la participación social activa promueven el bienestar físico y personal del ser humano debido a que disminuyen el riesgo de mortalidad en los ancianos. Lehr (1998) señala que las personas mayores que tienen intercambios afectivos significativos no sólo disfrutan de bienestar personal, sino que demuestran mayores posibilidades de sobrevivencia. Por su parte, Lennartson y Silverstein (2001) encontraron que las personas que participan en trabajos voluntarios, que tienen actividades de esparcimiento, religiosas y sociales, que disfrutan de pasatiempos y que tienen vínculos afectivos y sociales amplios reducen el riesgo de mortalidad.
- Reducción de los costos de salud física y mental: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989), las personas de mayor edad consumen proporcionalmente más servicios de atención sanitaria que los grupos más jóvenes, debido a la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a este grupo de población, lo cual representa elevados costos económicos en cuanto a la atención en la salud. En consecuencia, si participar en actividades sociales mejora la salud física y mental, la actividad social representa un mecanismo clave para reducir el gasto en salud, ya que se reducirán el número de consultas y tratamientos específicos dirigidos a los adultos mayores.
- Aumento en la percepción de felicidad: Tortosa (2002) sostiene que las personas mayores, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos; sólo cuando el individuo realiza una actividad se siente feliz, satisfecho y adaptado. Bazo (1990) encontró que las personas con más vínculos afectivos, familiares y sociales tienen sentimientos más positivos y perciben su vida con mayor felicidad, produciéndose una relación positiva entre la actividad social que desarrollan y su felicidad. Por el contrario, los adultos mayores que mantenían menos contactos y actividades sociales son las personas que mostraban tener menor felicidad en general.

<sup>2</sup> El bienestar se asocia particularmente con la longevidad. Hay que tener en cuenta una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos que, posiblemente, ejercen influencia sobre la mayor esperanza de vida, se afectan mutuamente y se interfieren mediante complicadas acciones recíprocas. Pero, esta asociación no puede ser generalizable, ya que no todas las personas longevas tienen mayor bienestar en el envejecimiento.

- Aumento en el sentimiento de pertenencia: Herzog *et al.* (1998) sostienen que la participación en las actividades durante la vejez se asocian con el sentimiento de pertenecer a un grupo determinado, con la salud física y mental. La participación en actividades sociales, productivas y de tiempo libre, al igual que las relaciones sociales y familiares, mantienen y favorecen el bienestar personal en los adultos mayores. Por lo tanto, en el envejecimiento, la socialización de las personas mayores aporta beneficios importantes a su bienestar, al permitir la continuidad del individuo dentro de la sociedad.
- Aumento en la percepción de bienestar: Okun *et al.* (1984) afirman que las actividades sociales están positiva y significativamente asociadas con el bienestar personal, probablemente mediado por el efecto que tienen en la autoestima y en el autoconcepto. Las actividades productivas también respaldan la percepción de utilidad y competencia y los sentimientos de control (Vera y Sotelo, 2003). Según Midlarsky (citado en Vittorio y Steca, 2005), las actividades sociales realzan el sentido y el significado del valor de la propia vida, al incrementar la percepción de competencia y aptitud en actividades de la vida diaria, mejoran el ánimo y generan emociones positivas y distracción de sus propios problemas. Por lo tanto, el bienestar personal del adulto mayor, entre otras cosas, es el resultado de mantener actividades sociales en esta etapa. Según Dulcey-Ruiz y Quintero (1996), el bienestar personal es el principal criterio del envejecimiento exitoso.

Existe una amplia discusión acerca de cómo medir el envejecimiento exitoso y el bienestar en los adultos mayores. La mayoría de las investigaciones realizadas (Brown *et al.*, 2005; Jang *et al.*, 2004; Lennartsson y Silverstein, 2001; Levinger y Snoek, 1972; Lyubomirsky *et al.*, 2005; Mowad, 2004; Muchnik y Seidmann, 1997; Väänänen y Kivimäki, 2005) establecen el envejecimiento exitoso a partir de la longevidad, la presencia o ausencia de enfermedades crónicas degenerativas, o el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente. Sin embargo, de acuerdo con Reyes (1999), estos índices son poco significativos para constituir el bienestar personal de los adultos mayores.

Dentro de la definición de bienestar personal encontramos dimensiones como la satisfacción vital de los individuos, la satisfacción actual que experimentan las personas en su cotidianidad, la presencia del estado de ánimo positivo y la percepción de felicidad, por no mencionar sino las que consideramos más importantes. No obstante, existen pocas investigaciones que estudian la trascendencia de las actividades sociales en el bienestar

personal del adulto mayor como un concepto integral, por lo que todavía hay poca información al respecto.

Frente a este panorama existen todavía interrogantes acerca de la importancia que representan las actividades en el bienestar personal de los adultos mayores, por lo que en esta investigación se analiza el rol de las actividades sociales asociado al bienestar personal de los adultos mayores en cuatro diversas condiciones de vida: 1) cuando tienen salud y autonomía, 2) cuando tienen salud e incapacidad, 3) cuando están enfermos pero son autónomos y 4) cuando están enfermos e incapacitados. La hipótesis central de la investigación asumió la existencia de una asociación predictiva positiva de las actividades sociales con el bienestar personal de los adultos mayores, en mayor medida que la edad, el sexo, vivir en pareja, la escolaridad y el estrato socioeconómico en los cuatro escenarios. Además se consideran factores como el estrato socioeconómico, el estado civil y la edad, que pudieran afectar o interferir en el bienestar.

## Método

Los datos que aquí se presentan derivan de un estudio realizado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, denominado “Vejez, familia y política social en el área metropolitana de Monterrey”, realizado entre los meses de marzo y julio de 2005, bajo la responsabilidad de Manuel Ribeiro y patrocinado por el Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La investigación se hizo a partir de una muestra irrestricta aleatoria de 1056 individuos, hombres y mujeres de 65 años y más, la cual fue calculada con base en los datos del Sistema para la Consulta de Información Censal (Scince 2000) por áreas geoestadísticas básicas (Ageb). El diseño de la investigación fue no experimental, transversal, *ex post facto*. El principal instrumento para la recolección de la información fue una entrevista estructurada, diseñada con preguntas cerradas —la mayoría de las preguntas estaban previamente codificadas— y con preguntas abiertas que permitirían ampliar las respuestas de los entrevistados. Para poder analizar la información estadísticamente se codificó, capturó y procesaron los datos con el Statistical Program for the Social Sciences (SPSS).

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo irrestricto aleatorio. El tamaño de la muestra se calculó empleando un nivel alfa de 0.05. El límite de error de estimación (Beta) utilizado fue  $\beta = 0.03$ , lo cual permite tres por ciento de probabilidad de error (Cohen, 1988). Además,

conforme al enfoque conservador, se estimó  $p = \frac{1}{2}$  y  $q = \frac{1}{2}$ . La muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(P * Q)}{(N - 1)(D) + (P * Q)}$$

Dado que el tamaño del universo es grande, reemplazamos  $N-1$  por  $N$ , quedando

$$n = \frac{N(P * Q)}{(N)(D) + (P * Q)} = 1056$$

Donde:

$$N = 101,372^3$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$D = (\beta/Z_{\alpha/2})^2$$

$$B = 0.03$$

$$\alpha = 0.05$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

La unidad de análisis estuvo constituida por las personas seleccionadas, cuyo rango de edad variaba entre 65 y 100 años. De los adultos mayores seleccionados, 52 por ciento estaban casados, 38 por ciento eran viudos, 10 por ciento restante eran divorciados o solteros. 62 por ciento de los adultos mayores tenía seis años de educación institucionalizada. 71 por ciento recibía pensión económica<sup>4</sup> y 84 por ciento vivía en casa propia. Reportaron estar completamente sanos 18 por ciento de los entrevistados. La enfermedad que aparece con mayor porcentaje es la alta presión (42 por ciento) tanto en hombres como en mujeres (35 por ciento y 48 por ciento, respectivamente).

Para estudiar la influencia que representan las actividades sociales y las variables sociodemográficas en el bienestar personal de los adultos mayores en diversas condiciones de vida, fue necesario dividir a la población de los

<sup>3</sup> Este número corresponde al número total de adultos mayores de la ciudad de Monterrey que en el año 2000 tenían 60 años o más.

<sup>4</sup> El adulto mayor y/o su pareja.

adultos mayores según su condición de vida. Los criterios para distribuir a los adultos mayores se establecieron a partir de su estado de funcionalidad y de salud.

### *Medición*

‘Sano/enfermo’. Se elaboró una lista de 11 enfermedades asociadas a la vejez y se preguntó a los adultos mayores si habían sido médicamente diagnosticados con dichas enfermedades. Las enfermedades seleccionadas fueron: diabetes, enfermedades del corazón, osteoporosis, artritis/reumatismo, alta presión, cáncer, enfermedades incapacitantes (embolia, enfisema), enfermedades degenerativas de los ojos, pérdidas o disminución auditiva, depresión/desgano. Si el adulto mayor expresaba no tener alguna enfermedad se le designaba al grupo ‘sano’; en cambio, si había sido diagnosticado con una o más de las enfermedades mencionadas se le asignaba al grupo ‘enfermo’.

‘Autónomo/no autónomo’. El estado de funcionalidad fue medido mediante la observación de siete actividades de la vida diaria. Se les preguntó a los adultos mayores si podían realizar diferentes actividades de manera autónoma o si necesitaban ayuda. Actividades tales como caminar, bañarse, alimentarse, tomar medicamentos, ir al baño, entre otras. Si el adulto mayor expresaba independencia para realizar esas actividades de la vida diaria se le colocaba en el grupo ‘autónomo’; en cambio, si presentaba dificultad o necesitaba ayuda en más de dos actividades, se le asignaba al grupo ‘no autónomo’. Los resultados fueron calculados a partir de una sumatoria.

‘Actividad social’. La actividad fue medida por medio de una escala que contenía siete ítems relativos a las actividades sociales y recreativas, con los amigos, la familia y la pareja. Las opciones de respuesta eran: regularmente, a veces y nunca.

‘Bienestar personal’. El bienestar personal se midió mediante una escala de seis ítems que incluían el estado de ánimo, la propia percepción de felicidad (pasada y actual), el sentido de vida, si se aburre con frecuencia y si se siente solo. Las opciones de respuesta fueron ‘Sí’, ‘No’, ‘A veces’.

‘Otras variables’. Las variables demográficas que se incluyeron en el estudio fueron el estrato socioeconómico, la edad (en años), el sexo, si vive en pareja y la escolaridad (en años).

La validación de ambas escalas se efectuó a través del análisis factorial y el análisis de confiabilidad entre ítems, así como también se examinaron

las fuerzas de las correlaciones y los niveles de significación para cada ítem.

### *Escala de bienestar personal*

La escala de bienestar personal tiene seis ítems concernientes al estado de ánimo, a la percepción de felicidad y la satisfacción del individuo con su vida. En la tabla 1 se presentan los coeficientes de estructura de dicha escala.<sup>5</sup> El coeficiente alfa de la escala de bienestar personal fue de 0.7845.

TABLA 1  
ESCALA DE BIENESTAR PERSONAL

	Media	Desviación estándar	Coeficiente de estructura
Estado de ánimo alegre, entusiasta, satisfecho	2.47	0.79	0.76
Se considera una persona feliz	2.73	0.45	0.75
Siente que su vida tiene sentido	2.51	0.75	0.70
No se aburre con frecuencia	2.50	0.75	0.63
No se siente solo(a)	2.71	0.57	0.67
Percepción de haber tenido una vida feliz	2.14	0.99	0.57

Fuente: elaboración de los autores.

Para explorar la información referente al bienestar personal se establecieron tres categorías según las respuestas recabadas: 'bienestar personal completo', 'medio' y 'sin bienestar personal'. Las opciones de respuesta eran: 'sí', 'no' y 'a veces'. Los individuos que respondieron tener bienestar personal completo afirmaron sentirse felices actualmente y a lo largo de su vida; asimismo, reconocieron que tienen un sentido por el cual vivir; su estado de ánimo la mayor parte del tiempo es alegre y entusiasta. Los individuos que respondieron tener bienestar personal medio mencionaron sentirse de esta manera, pero en menor medida; es decir, no todo el día ni todos los días. Y por último, las personas sin bienestar personal revelaron sentirse infelices, refirieron haberse sentido más felices en otro periodo de su vida. Además, los adultos mayores sin bienestar sentían que su vida estaba vacía y sin sentido, la percepción del tiempo era muy lenta,

<sup>5</sup> El coeficiente de estructura mínimo para considerar los factores dentro del estudio fue de 0.40.



por lo cual respondieron que en ocasiones se aburrían, su estado de ánimo era triste, melancólico y decepcionado la mayor parte del tiempo.

### *Escala de actividad social*

La escala de actividad social tiene siete ítems relativos a las prácticas sociales y recreativas con los amigos, la familia y la pareja. En la tabla 2 se presentan los coeficientes de estructura. El coeficiente alfa de la escala de actividad social fue de 0.702.

Para analizar la información referente a la escala de actividad social se establecieron categorías delimitadas según la periodicidad en: ‘frecuentes’, ‘pocas’ y ‘nulas’. Las opciones de respuesta eran: ‘regularmente’, ‘a veces’ y ‘nunca’.

TABLA 2  
ESCALA DE ACTIVIDAD SOCIAL

	Media	Desviación estándar	Coeficiente de estructura
Tiene un grupo de amigos	1.85	0.89	0.50
Asiste a eventos sociales	1.88	0.79	0.64
Recibe visitas en casa	2.54	0.67	0.41
Realiza actividades en pareja	1.86	0.87	0.51
Realiza actividades con hijos	1.82	0.86	0.66
Realiza alguna actividad económica	1.61	0.92	0.56
Prefiere quedarse en casa que salir	1.76	0.82	0.45

Fuente: elaboración de los autores.

Los individuos que respondieron tener actividad social frecuente afirmaron tener un grupo de amigos con los cuales pueden jugar cartas, ir al cine, platicar, compartir y convivir, asistir a eventos sociales o actividades recreativas, realizar actividades con la pareja o los hijos, recibir visitas en casa y preferir salir a pasear que quedarse en casa. Los adultos mayores que respondieron tener poca actividad social mencionaron realizar algunas de estas actividades pero con menor frecuencia. Por último, las personas sin actividad social revelaron no tener un grupo de amigos con quienes platicar, compartir y convivir, no asistir a eventos sociales ni tener actividades recreativas con la pareja o los hijos; tampoco recibían visitas en casa y preferían quedarse en casa que salir de ella.

## **Análisis**

Al considerar las diferentes condiciones de salud y funcionalidad de los adultos mayores, dividimos la muestra en cuatro categorías: sanos y autónomos ( $N = 190$ ), enfermos y autónomos ( $N = 780$ ), sanos no autónomos ( $N = 3$ ) y enfermos no autónomos ( $N = 83$ ). Debido a que los individuos no autónomos (sanos y enfermos) representaban grupos muy pequeños de análisis fueron descartados del estudio, ya que el reducido número de participantes en dichas categorías pudiera afectar los resultados; por lo que solamente se incluyeron en el análisis de diferencias de medias de grupos independientes, correlación y regresión a las dos categorías de adultos autónomos (sanos y enfermos). El tamaño final de la muestra consistió en 970 casos.

Para establecer si existe una diferencia significativa entre el grupo de los adultos mayores sanos y los adultos enfermos se eligió el análisis de diferencias de medias de grupos independientes mediante la prueba *t* de Student. Asimismo, se buscó conocer la correlación del bienestar personal con la actividad social y algunas variables sociodemográficas (sexo, edad, vivir en pareja, estrato socioeconómico y escolaridad). Para establecer la relación entre dichas variables se utilizó el análisis de correlación bivariada según el tipo de medición, es decir, para las variables no métricas (vive en pareja, sexo y estrato socioeconómico) se empleó el análisis de correlación de Spearman y para las variables métricas (escolaridad, actividad social, edad y sano) se utilizó la correlación de Pearson.

Asimismo, para determinar la relación de predictibilidad de la actividad social y las variables sociodemográficas (sexo, edad, vivir en pareja, estrato socioeconómico y escolaridad) con el bienestar personal en los dos escenarios, se construyó un modelo de análisis de regresión lineal para cada grupo. En el primer modelo las variables independientes se agruparon para examinar el impacto de ellas en el bienestar personal del adulto mayor en personas sanas y autónomas. En el segundo modelo se analizaron las variables independientes para abordar su impacto global en el bienestar personal en adultos enfermos y autónomos.

## **Resultados**

La información descriptiva del grupo sano y autónomo, así como del grupo enfermo y autónomo muestran características internas específicas, es decir,

en el grupo de adultos mayores sanos y autónomos encontramos mayor actividad social, mayor escolaridad y mayor bienestar personal; por su parte, en el grupo de adultos enfermos y autónomos observamos mayor presencia femenina (52.6 por ciento) y menor vida en pareja (52.7 por ciento). La edad aparece similar en ambos grupos analizados (73.32, 73.92 respectivamente). En este sentido, los adultos mayores sanos y autónomos tienen mayor escolaridad, mayor actividad social, mayor bienestar personal y viven en pareja en mayor medida que los adultos mayores enfermos y autónomos (véase la tabla 3).

Con respecto a la posibilidad de que exista alguna diferencia con relación al bienestar entre el grupo de adultos sanos y el grupo de adultos enfermos encontramos una diferencia significativa entre ambos, es decir, la presencia de alguna o varias enfermedades repercute en el bienestar personal de los adultos mayores de manera significativa. Esta información evidencia que la presencia de una o varias enfermedades afecta la percepción e impacta tanto fisiológica como emocionalmente al individuo, por lo que es posible que a medida que se incrementa la aparición de enfermedades en el organismo, el adulto mayor se perciba y se sienta enfermo. Este deterioro fisiológico reduce su condición física de vida, limita su expectativa de vida, su motivación, su satisfacción, su estado de ánimo, lo que va a influir en su bienestar personal.

Se observan también diferencias significativas con respecto al sexo, a la escolaridad y a la actividad social entre ambos grupos. Por lo cual los adultos mayores sanos y los adultos enfermos no solamente difieren en cuanto a su estado de salud y al bienestar, sino también muestran diferencias respecto al sexo, a la escolaridad y a la actividad social (tabla 3). En relación con estas diferencias encontradas, es importante tener en cuenta que la variable sexo (hombre/mujer) se relaciona con diversas condiciones de salud, situación que puede explicarse por diferentes motivos: primero, las mujeres están expuestas a diversas situaciones físicas y mentales de mayor desgaste relacionadas con la reproducción y crianza de los hijos, que pudieran limitar su condición de vida; segundo, las mujeres, al tener una mayor esperanza de vida, incrementan la posibilidad de vivir la vejez con alguna enfermedad o discapacidad física que impida su autonomía; tercero, las diferencias culturales entre hombres y mujeres exponen a los varones a una mayor acumulación de riesgos asociados con los estilos de vida y la ocupación, lo cual repercute en la duración de la vida y en la capacidad de sobrevivir a medida que se van cumpliendo años (Pérez, 2005), por lo cual los varones se enferman menos, pero su longevidad también es menor (Ham, 2003).

TABLA 3  
INFORMACIÓN DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ACTIVIDAD SOCIAL Y BIENESTAR PERSONAL

	Individuos sanos y autónomos		Individuos enfermos y autónomos		Prueba t de Student	Nivel de significación
	N=190		N=780			
Bienestar (M, DS)	16.59, 2.182		14.73, 3.268		-7.456*	0.0001
Sexo (femenino) (%)	34.7		52.6		0.142*	0.0001
Actividad social (M, DS)	13.12, 3.32		12.05, 3.268		-4.023*	0.0001
Estrato económico (M, DS)	2.13, 0.78		2.20, 0.633		ns	
Vive en pareja (%)	59.5		52.7		ns	
Edad (M, DS)	73.32, 6.94		73.92, 6.84		ns	
Escolaridad (M, DS)	7, 5.397		5.52, 6.227		-3.016*	0.003

\* Significatividad menor a 0.05 (p < 0.05).  
Fuente: elaboración de los autores.

TABLA 4  
CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

	1	2	3	4	5	6	7
1. Bienestar	-	-0.108	-0.100	0.219	0.399	0.199	-0.123
2. Estrato	-0.108	-	0.035*	-0.206	ns	ns	ns
3. Edad	-0.100	ns	-	-0.131	-0.273	-0.175	ns
4. Escolaridad	0.219	-0.206	-0.131	-	0.289	0.071	-0.118
5. Actividad	0.399	ns	-0.273	0.289	-	0.381	-0.159
6. Vive en pareja	0.199	ns	-0.175	0.071	0.381	-	-0.336
7. Sexo (mujer)	-0.123	ns	ns	-0.118	-0.159	-0.336	-

Nivel de significatividad menor a 0.05 (p < 0.05).  
Fuente: elaboración de los autores.

A pesar de que las mujeres tienen mayor longevidad, se enferman más y con mayor frecuencia, por lo que la mayor esperanza de vida en las mujeres no necesariamente está asociada con un mayor bienestar (Lagarde, 1997).

Asimismo, la variable escolaridad también presenta relación con la variable sexo. Esta situación puede explicarse en función de la cultura y de los roles de género, es decir, la situación socioeconómica que experimentaron las generaciones que hoy ocupan las edades avanzadas influyó en que un volumen importante de mujeres no tuvieran la oportunidad de acudir a la escuela, ya que la instrucción formal se establecía como una prioridad para los varones, a quienes se les daba preferencia educativa, toda vez que constituían el sustento económico del hogar, razón por la cual era importante que se educasen para estar mejor preparados para proveer y mantener a una familia. En cambio, el papel de las mujeres correspondía al estereotipo femenino de la madre-esposa en el hogar<sup>6</sup> (Ribeiro, 2000), razón por la cual se consideraba poco rentable invertir en educación formal para las mujeres. Si consideramos que el grupo de adultos mayores enfermos y autónomos se compone en mayor medida de presencia femenina, encontramos asociación entre la escolaridad, la condición de salud y el sexo.

### *Asociación entre variables*

Para entender las asociaciones entre las variables estudiadas realizamos los análisis de correlación bivariada según el tipo de medición de cada variable, es decir, para las variables no métricas ('vive en pareja', 'sexo' y 'estrato socioeconómico') se empleó el análisis de correlación de Spearman y para las variables métricas ('escolaridad', 'actividad social', 'edad' y 'sano') se utilizó la correlación de Pearson. Los resultados se encuentran en la tabla 4.

Los valores de correlación encontrados indican que la actividad social presenta la mayor correlación (positivo moderado) asociada al bienestar personal de los adultos mayores. Sucesivamente aparece la variable escolaridad (positivo moderado a débil), la variable vive en pareja, si es hombre, el estrato socioeconómico y por último la edad. En este sentido, los resultados obtenidos nos permiten afirmar que las actividades sociales se encuentran asociadas con el bienestar personal en mayor medida que la edad, la escolaridad, el estrato socioeconómico, el vivir en pareja y el sexo en los adultos mayores en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

<sup>6</sup> Este estereotipo asocia a la mujer a la reproducción y a las funciones que la caracterizan (Lagarde, 1997).

ACTIVIDAD SOCIAL, SEXO, VIVIR EN PAREJA, EDAD, ESCOLARIDAD Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO ASOCIADOS AL BIENESTAR PERSONAL EN ADULTOS MAYORES SANOS Y AUTÓNOMOS

TABLA 5

Modelo 1	t	Error estándar	Beta estandarizada	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	7.497	2.086		0.0001		
Actividad social	2.094	0.054	0.172	0.038	0.711	1.406
Estrato socioeconómico	-0.57	0.202	-0.004	0.955	0.923	1.083
Vivir en pareja	1.549	0.357	0.125	0.123	0.740	1.351
Sexo	0.660	0.345	0.050	0.510	0.841	1.188
Edad	-829	0.023	-0.061	0.408	0.888	1.126
Escolaridad	2.331	0.031	0.176	0.021	0.840	1.191

Variable dependiente: bienestar personal n = 190.

Fuente: elaboración de los autores.

ACTIVIDAD SOCIAL, EDAD, ESCOLARIDAD Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO ASOCIADOS AL BIENESTAR PERSONAL EN ADULTOS MAYORES ENFERMOS Y AUTÓNOMOS

TABLA 6

Modelo 2	t	Error estándar	Beta estandarizada	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	6.644	1.450		0.0001		
Actividad social	9.645	0.037	0.359	0.0001	0.767	1.304
Vivir en pareja	1.335	0.244	0.050	0.182	0.764	1.308
Sexo	-1.121	0.229	-0.039	0.262	0.869	1.150
Edad	-0.872	0.016	0.030	0.384	0.895	1.118
Estrato socioeconómico	-1.501	0.173	-0.050	0.134	0.951	1.051
Escolaridad	2.430	0.018	0.359	0.015	0.877	1.141

Variable dependiente: Bienestar personal n = 780.

Fuente: elaboración de los autores.

### *Relación de predictibilidad*

Adultos mayores sanos y autónomos. El primer modelo de regresión se construyó con el propósito de identificar la relación de predictibilidad entre la actividad social, si vive en pareja o no, el sexo, la edad, la escolaridad y el estrato socioeconómico (variables independientes) sobre el bienestar personal (variable dependiente) de los adultos mayores sanos y autónomos. Este modelo revela que las variables independientes que se refieren a la actividad social y a la escolaridad tienen una relación predictiva estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ) con la variable bienestar personal. Sin embargo, las variables edad, estrato socioeconómico, vivir en pareja y sexo tienen un nivel de significación superior a 0.05, por lo que dichas variables no establecen una asociación predictiva con el bienestar personal.

La actividad social y la escolaridad de los adultos mayores cuando estos son sanos y autónomos explica 9.5 por ciento de la varianza. En este modelo la beta estandarizada de la variable actividad social (0.172) y la variable escolaridad (0.176) indican que ejercen una influencia predictiva moderada sobre el bienestar personal. Por el contrario, la edad, el estrato socioeconómico, vivir en pareja y sexo se encuentran asociados al bienestar personal pero no son variables que posean una relación predictiva.

Adultos mayores enfermos y autónomos. El modelo de regresión 2 se construyó con el propósito de identificar la relación de predictibilidad entre la actividad social, la edad, la escolaridad, vivir en pareja, sexo y el estrato socioeconómico (variables independientes) sobre el bienestar personal (variable dependiente) de los adultos mayores enfermos y autónomos. Al igual que el primer modelo, el modelo 2 revela que las variables independientes que se refieren a la actividad social y a la escolaridad tienen una relación estadísticamente significativa ( $p = 0.0001$ ) con el bienestar personal. Sin embargo, las variables sexo, vivir en pareja, edad y estrato socioeconómico no fueron estadísticamente significativas. Se encontró que 18 por ciento de la variable dependiente es explicada por la actividad social y la escolaridad en los adultos mayores cuando son enfermos y autónomos. Este porcentaje es mayor que en el modelo 1, es decir, que dichas variables explican en mayor medida el bienestar personal en los adultos mayores enfermos y autónomos.

Asimismo, en el modelo 2, las betas estandarizadas de las variables actividad social y escolaridad (0.359) indican una influencia predictiva moderada sobre el bienestar personal. La edad, el estrato socioeconómico,

vivir en pareja y sexo se encuentran asociados al bienestar personal, pero no son variables que presenten una relación predictiva.

## Discusión

Diversas investigaciones realizadas sobre el bienestar personal de los adultos mayores encontraron la existencia de diferencias predictivas significativas entre hombres y mujeres. No obstante, Casas y Aymerich (2005) señalan que tales diferencias en el bienestar personal asociadas al sexo pudieran deberse a efectos de otras variables como la edad, el estado civil y el número de enfermedades diagnosticadas; por lo que, a pesar de la significatividad de los resultados ( $p < .05$ ) habría que tomarse con reservas dicha información. Sin embargo, en esta investigación observamos que la variable sexo no presenta una relación predictiva significativa con el bienestar personal; por lo que la información encontrada difiere de los estudios previos realizados. En este sentido, el bienestar personal en los adultos mayores no es propio del sexo masculino, ya que se puede tener bienestar personal siendo mujer.

La edad no representa un indicador que marque o delimite la condición del individuo ni su bienestar personal. Los resultados obtenidos mostraron que la edad, por sí misma, no tiene relación predictiva con el bienestar personal de los individuos en los tres grupos de análisis. Los resultados de esta investigación coinciden con Reig (2000), quien señala que, a pesar de que con la edad aparece una mayor probabilidad de fragilidad biológica (disminución en funcionamiento y problemas de salud), surge una mayor probabilidad de fortaleza psicológica (vitalidad, función social, sentimientos, calidad de vida o salud mental), tanto en condiciones de salud como en situación de fragilidad. Esta fortaleza psicológica permite a los adultos mayores tener bienestar personal, independientemente de los años que marque el calendario, de su condición de salud y de su autonomía.

Todo parece indicar que el bienestar personal en las personas mayores responde a las mismas consideraciones y situaciones que en otras edades; de hecho, diversas investigaciones revelan que las personas de más edad manifiestan tener un mayor bienestar personal que grupos de población más jóvenes. Los estudios realizados por Diener (1995) y Suh (1998) muestran claramente que las personas mayores tienden a manifestar niveles más altos de satisfacción vital y de felicidad que las personas de menor edad. Los resultados obtenidos en esta investigación revelan que la edad no es un factor predictivo de bienestar personal en los adultos mayores



sanos y autónomos, enfermos y autónomos, y enfermos y no autónomos. Por lo tanto, existe la posibilidad de vivir la vejez con bienestar personal (sintiendo felicidad y satisfacción, con un propósito de vida, con un estado de ánimo alegre y entusiasta), al igual que en las otras etapas de la vida.

Así como la edad no representa un indicador predictivo asociado al bienestar personal de los adultos mayores, el estrato socioeconómico tampoco constituye ni delimita el bienestar personal de las personas mayores en Monterrey, independientemente de sus condiciones de vida. Sin duda, la estabilidad económica ofrece mayor libertad, mayores opciones y recursos y mayor seguridad; las personas de estrato socioeconómico medio alto y alto tienen mayor ingreso, mayor probabilidad de tener mejor salud y acceso a los servicios de salud, son más longevas y experimentan menos eventos estresantes (Casas y Aymerich, 2005). Sin embargo, según la información obtenida en los adultos sanos y autónomos y en los enfermos y autónomos, el estrato socioeconómico no es una variable predictiva de bienestar personal, ya que la ventaja o desventaja económica no revela una relación significativa con el bienestar personal.

De forma indirecta, el estrato socioeconómico pudiera intervenir en el bienestar personal de los adultos mayores al facilitar el acceso a mayores beneficios en la vida. Es decir, la relación de estrato socioeconómico y bienestar personal a través del ingreso sólo tendría efectos relevantes en los niveles extremos de pobreza; una vez cubiertas las necesidades básicas el efecto disminuiría (Diener, 1994). Asimismo, la relación de estrato socioeconómico con el bienestar personal pudiera incidir en factores sociales como el status y el poder, que se relacionan con los ingresos. La imagen y la posición social que proporciona el estrato socioeconómico alto y medio alto pudieran ser los responsables del efecto de éstos sobre el bienestar; debido a que la persona mayor se sentirá más satisfecha y feliz teniendo el reconocimiento social que ofrece la solvencia económica y del resultado positivo de la comparación social que lleva a cabo la persona con sus contemporáneos; pero esta relación sería solamente asociativa, no predictiva.

La escolaridad, en cambio, sí tiene una asociación significativamente predictiva con el bienestar personal en el grupo de personas sanas y autónomas y en los adultos mayores enfermos y autónomos. La formación, la escolaridad y el adiestramiento representan las características socioeconómicas más importantes que una persona puede poseer. La cantidad y la calidad de estas capacidades determinan en gran medida las oportunidades sociales y económicas que actúan directamente sobre

el bienestar personal y el entorno familiar y social (Ham, 2003). No obstante, es importante considerar la asociación de la escolaridad con el efecto de variables relacionadas al mismo, como por ejemplo el ingreso, el reconocimiento social o el estatus laboral. De este modo, es posible que la educación formal permita obtener consecuencias indirectas asociadas al bienestar personal, a través de su papel mediador, tanto en la obtención de las metas personales, la mejora del ingreso, el reconocimiento social y el status laboral, como en facilitar la adaptación a los cambios vitales (García, 2002). Sin embargo, dadas las limitaciones metodológicas, en esta investigación no fue viable establecer con claridad dicha relación.

A pesar de que las investigaciones relativas al vivir en pareja y al bienestar de los adultos mayores establecen una relación predictiva entre ambas variables, en nuestro estudio no encontramos una asociación significativa entre ellas. En la literatura sobre el tema se asume que tener pareja es importante —no tanto por el hecho de ser soltero, casado, divorciado o viudo—, sino porque está relacionado con el tipo de actividades y relaciones sociales que se mantienen. Hay trabajos que demuestran que el vivir en pareja es uno de los mayores predictores de bienestar personal en los adultos mayores. En diversos estudios se ha encontrado que las personas que viven en pareja informan tener mayor bienestar que las personas solteras, viudas o divorciadas (Batles y Batles, 1990; Diener, 1995; Mastekaasa, 1993). García (2002) revela que vivir en pareja tiene un efecto sobre el bienestar que no se explica por un mero factor de selección; al casarse o continuar casadas las personas manifiestan ser más felices. La satisfacción de vivir en pareja repercute significativamente sobre la satisfacción global con la vida y, en este sentido, la satisfacción con vivir en pareja y con la familia es uno de los predictores más importantes de bienestar personal. Sin embargo, como acabamos de decir, la información obtenida relativa al vivir en pareja de los adultos mayores en Monterrey en los dos grupos de análisis no presenta una asociación significativa predictiva con el bienestar personal.

Quizás una posible explicación sería que el hecho de vivir en pareja o de no hacerlo define diferentes tipos de actividad social; así, por ejemplo, las personas que viven en pareja pueden tener mayor actividad con su pareja, pero menos con los amigos; en cambio, los individuos que no tienen pareja quizás fomentan más las relaciones de amistad con vecinos o familiares, lo que les permite continuar socialmente activos y obtener los beneficios que acarreen las actividades sociales en el bienestar personal. De forma indirecta, vivir en pareja pudiera intervenir en el bienestar

personal de los adultos mayores al facilitar la intensidad o diversidad en las actividades sociales; es decir, la relación con el cónyuge puede generar mayor compañía, intimidad y reciprocidad con la pareja. Sin embargo, la falta de ésta puede ocasionar la búsqueda de mayores recursos sociales (relaciones significativas), las cuales permitirían adaptarse e integrarse a la nueva condición de vida.

En lo que se refiere al tema central que nos ocupa, es decir, la relación entre la actividad social y el bienestar personal de los adultos mayores, se encontró una asociación predictiva positiva entre ambas variables en adultos mayores autónomos (sanos y enfermos). Los resultados obtenidos en la regresión llevaron a sostener de forma parcial la hipótesis de que existe una asociación predictiva positiva de las actividades sociales con el bienestar personal de los adultos mayores, en mayor medida que la edad, el vivir en pareja, el sexo o el estrato socioeconómico en los dos escenarios. Ya que existe una relación predictiva significativa de la actividad social con el bienestar personal, tanto entre los adultos mayores autónomos sanos, como entre los enfermos. Sin embargo, esta hipótesis fue parcial debido a que no se pudo comprobar dicha asociación predictiva en los individuos no autónomos (sanos y enfermos).

La relación entre las actividades sociales y el bienestar personal no representa necesariamente una relación de causalidad entre las variables; solamente se advierte que el aumento en la actividad social está asociado predictivamente con el aumento del bienestar personal en los adultos mayores. A pesar de que existen diferencias internas entre los dos grupos de análisis, se observa una asociación predictiva de las actividades sociales con el bienestar personal, aun y cuando existe enfermedad en los adultos mayores. Es posible que ello se deba a que —como explican Costa y McCrane (1980)— la aparición de las enfermedades y el detrimento en el estado de salud es vivida por los adultos mayores con mayor naturalidad y normalidad que en otras etapas de la vida, ya que mantienen menores expectativas de disfrutar de un perfecto estado de salud, encontrando motivos de satisfacción en otros ámbitos de su vida. Por lo que las condiciones de salud/enfermedad no limitan dicha asociación predictiva.

## **Conclusiones**

El fenómeno del envejecimiento como parte de un ciclo vital es irremediable, pero la manera en cómo se vive modifica el bienestar personal en dicha etapa. Si bien es cierto que existe pérdida en la autonomía y en la adaptabilidad

en las personas, y se incrementa la posibilidad de fragilidad en la salud, de abandono del trabajo y de disminución de los roles familiares y sociales, no se consideran éstas situaciones determinantes ni generalizables para todos los seres humanos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el sexo, vivir en pareja, la edad y el estrato socioeconómico no se consideran factores predictores del bienestar en los adultos mayores. Por su parte, la escolaridad mostró una influencia moderada en la predicción de esta variable. En contraste, la relación entre las actividades sociales y el bienestar personal advierte una relación predictiva entre la actividad social y el bienestar personal de los adultos mayores; sin embargo, no se puede presumir una relación causal entre ambas. Esta información demuestra que el bienestar en la vejez deriva de diversos factores, no solamente biológicos, sino también sociales y personales en su construcción. Asimismo, resalta la importancia de la vida en la sociedad como una forma de mantener y disfrutar el bienestar personal en la vejez.

La participación e integración del adulto mayor en la sociedad mejora las condiciones y el bienestar de los adultos mayores desde el ámbito social. En esta investigación aparece una relación predictiva significativa de las actividades sociales en el bienestar personal de los individuos autónomos, por lo que las actividades sociales constituyen un mecanismo clave para reducir el gasto en salud física y mental e incrementar la integración y participación de los adultos mayores a la sociedad. Los resultados de esta investigación evidencian que los procesos de salud-enfermedad-incapacidad y sus relaciones con las esperanzas de vida y el bienestar son conceptos físicos y biológicos que se interrelacionan con efectos sociales y económicos, como ya ha sido referido por Ham (2003). Las enfermedades diagnosticadas presentes en los adultos mayores constituyen limitaciones, tanto biológicas y sociales, como personales del individuo, ya que impactan en el bienestar personal y en el desempeño de actividades cuya relevancia se delimita física, social y culturalmente. Es por ello que al abordar el tema de vejez es importante considerar al adulto mayor desde una perspectiva integral, considerando su situación biológica particular, pero incluyéndolo como sujeto social.

Las evidencias encontradas en esta investigación sugieren que las políticas sociales orientadas al bienestar de la población envejecida deberían impulsar acciones que fomenten la realización de actividades y las interacciones de los adultos mayores con otros miembros de la comunidad.

## Bibliografía

- BASSUK, S, T, GLASS y L, BERKMAN 1999, "Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons", en *Annals of Internal Medicine*, 131.
- BATLES, P, y M, BATLES, 1990, *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press, Nueva York.
- BAZO, M, 1990, *La sociedad anciana*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España, Madrid.
- BROWN, M, N, CONSEDINE y C, MOGAI, 2005, "Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults", en *The Journal of Gerontology*, vol. 60B, núm. 3.
- CASAS, F, y M, AYMERICH, 2005, "Calidad de vida de las personas mayores", en S. PINAZO y M. SÁNCHEZ (dirs.), *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*, Pearson Prentice Hall, Madrid.
- COHEN, J, 1988, *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates. N. J.
- COSTA, P, y R, MCCRANE, 1980, "Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people", en *Journal of Personality and Social Psychology*, 38.
- DIENER, E, 1994, "Assessing subjective well-being: progress and opportunities", en *Social indicator Research*, 31.
- DIENER, E., 1995, "Factors predicting the subjective well-being of nations", en *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (85).
- SUH, 1998, "Subjective well-being and gender: An international analysis", en K. SCHALE, K. WARNER y L. POWER, *Focus on emotion and adult development*, en *Annual review of gerontology and geriatrics*, Springer Publishing, 17. Nueva York.
- DULCEY-RUIZ, E, y G, QUINTERO, 1996, Calidad de vida y envejecimiento, en *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica*, Editorial Academia, <http://www.inti.govha.ar/prodiseno/pdf/calidad.PDF>. La Habana.
- GOBIERNO DE CARTAGENA, 2005, [en línea], Nuevo comienzo: otro motivo para vivir, *Encuentros culturales y recreativos del adulto mayor*, Gobierno de Cartagena, Colombia. <http://www.funlibre.org/documentos/nc/ejes.html>
- GARCÍA, M, 2002, "Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte", en *Revista Digital*, año 8, núm. 51, agosto, <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>, Buenos Aires
- HAM, R, 2003, *El envejecimiento en México, El siguiente reto de la transición demográfica*, Porrúa y El Colegio de la Frontera Norte México.
- HERZOG, A, M, FRANKS, H, MARKUS y D, HOLMBERG 1998, "Activities and well-being in older age: effects of self concept and educational attainment", en *Psychology and Aging*, 13 (2).

- JANG, Y, J, MORTIMER y W, HALEY, 2004, "The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability", en *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 23, núm. 3.
- LAGARDE, M, 1997, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Horas y Horas, Madrid.
- LEHR, U, 1998, *Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*, Editorial Herder, Barcelona.
- LENNARTSONN, C, y M, SILVERSTEIN, 2001, "¿Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden?", en *The Journal of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, vol. 56B, núm. 6.
- LEVINGER, M, y M, SNOEK, 1972, *Attractions in relationships: A new look at interpersonal attractions*, General Learning Press. New Jersey.
- LYUBOMIRSKY, S, K, SHELDON y D, SCHKADE, 2005, "Pursuing happiness: the architecture of sustainable change", en *Journal of General Psychology*, vol. 9 núm. 2.
- LUNA, M, 1999, "Derechos legales en el envejecimiento", en *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*, Consejo Nacional de Población, México.
- MASTEKAASA, A, 1993, "Marital status and subjective well-being: a changing relationship?", en *Social indicator Research*, 29 (3).
- MOWAD, L, 2004, "Correlates of quality of life in older adult veterans", en *Western Journal of Nursing Research*, vol. 64, núm. 3.
- MUCHINIK, E, y S, SEIDMANN, 1997, *Soledad, aislamiento y redes de apoyo*, [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/social1/psis6.html](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/social1/psis6.html).
- MUSITU, G, 1999, "Las redes de apoyo social en la persona mayor", en MEDINA, M, y M, RUIZ, (eds.), *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*, Universidad de Murcia: Actas del Congreso, Murcia.
- OKUN, M, W, STOCK, M, HARING y R, WITTER, 1984, "The social activity/subjective well-being relation: a quantitative synthesis", en *Research on Aging*, 6.
- OMS, 1989, *La salud de las personas de edad*, Organización Mundial de la Salud, en Serie Informes Técnicos, núm. 779. Ginebra.
- PÉREZ, L, 2005, "Envejecimiento y género", en S. PINAZO y M. SÁNCHEZ (dir.) *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*, Pearson Prentice Hall, Madrid.
- REIG, A, 2000, "Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación", en FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (coord.), *Gerontología social*, Editorial Pirámide, Madrid.
- REYES, L, 1999, "El envejecimiento demográfico: reto del siglo XXI, en *El contexto cultural y económico del envejecimiento: El caso de los Zoques en Chiapas*", Consejo Nacional de Población. México.
- RIBEIRO, M., 2000, *Familia y política social*, Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires.
- TORTOSA, J, 2002, *El proceso del envejecimiento*, Editorial pirámide, Madrid.

RIBEIRO, M., 2002, "Vejez, familia y política social", en *Perspectivas Sociales/ Social Perspectives*, vol. 4, núm. 1.

VÄÄNÄNEN A, y M, KIVIMÄKI, 2005, "When it is better to give than receive: long term health effects of perceived reciprocity in support Exchange", en *The Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 89, núm. 2.

VERA, J, y T, SOTELO 2003, "Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad", en *La psicología social en México*, vol. 10: Construcción y Desarrollo del Ser Social, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

VITTORIO, G, y P, STECA, 2005, "Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages", en *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 24, núm. 2.

Este artículo fue:

Recibido: 7 de julio de 2008

Aprobado: 6 de marzo de 2010

#### *Sandra Emma CARMONA VALDÉS*

Es licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Obtuvo el título de maestra en Trabajo Social y doctora en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la misma universidad. Es autora de diversos artículos y capítulos de libros. Actualmente se desempeña como profesora investigadora de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correo electrónico: sandra\_carmona@hotmail.com

#### *Manuel RIBEIRO FERREIRA*

Es licenciado en Sociología por la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México. Maestro y doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad Laval de Quebec, Canadá. Es autor de 17 libros, entre los que destacan: Familia y política social; Tópicos selectos en políticas de bienestar social, editado por Gernika; La familia en América del Norte, editado por Trillas y Textos y contextos del envejecimiento en México: retos para la familia y el Estado, editado por Plaza y Valdés. Actualmente se desempeña como profesor-investigador titular "D" de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León y es investigador nacional nivel II del Sistema Nacional de Investigadores.

Correo electrónico: mribeiro@facts.uanl.mx