

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO:  
LA CLAVE PARA VIVIR MÁS Y MEJOR**

**Sandra Emma Carmona Valdés**

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, a nivel individual, representa un proceso natural que se acompaña de cambios fisiológicos, psicológicos, afectivos y sociales de diversa índole. El envejecimiento del ser humano implica transformaciones positivas, negativas, o neutras, ocasionados por el paso del tiempo, provenientes del propio organismo, del medio social y cultural (Lamas, 2004). El adulto mayor necesita asimilar todos estos cambios que le ocurren, para poder adaptarse y reproducir las implicaciones sociales y valorativas de dicha categoría, reestructurando su posición y su forma de participación en la sociedad (Laforest, 1991). Los cambios a nivel social y cultural son evidentes al modificarse los roles familiares, los roles de trabajo, la estructura familiar, los recursos de poder, la posición, el estatus y la categoría social; estas situaciones transforman el cómo los adultos mayores se relacionan con su medio social e impactan en el bienestar integral de los individuos (Piña, 2004).

La adaptación del individuo a su nueva condición de vida, a diferencia de las etapas anteriores, radica en que los cambios a nivel físico se relacionan principalmente con el deterioro fisiológico gradual del organismo; esta disminución orgánica limita el ajuste, la reorientación y la adaptación del individuo a las circunstancias cambiantes de la vida (Kalish, 1996). No obstante, a pesar de existir pérdida en la autonomía y en la adaptabilidad, incrementándose la posibilidad de fragilidad en la salud, no se consideran situaciones definitivas que influyan directamente en el bienestar del adulto mayor. Esta situación ocurre debido a que el bienestar se compone de diversas esferas que involucran al ser humano, (no solamente incluye el aspecto biológico/fisiológico), en otras palabras, existen dimensiones fisiológicas, sociales, psicológicas, emocionales, económicas que dan lugar al bienestar global del individuo. Dulcey y Quintero (1996) destacan algunos de los factores que comprenden el bienestar en el envejecimiento:

- La expectativa de vida
- Los cambios biológicos asociados con la edad
- El capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida
- La acumulación de riesgos, en particular aquellos asociados con el estilo de vida y la ocupación
- La oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades
- Las características socioeconómicas
- El acceso y uso de servicios de salud
- Las redes de apoyo formal e informal
- Los vínculos sociales estrechos
- La actividad social
- La satisfacción con la vida
- La percepción que la persona tiene de su salud
- La percepción que la persona tiene de su felicidad

Debido a la gran diversidad de factores que componen el bienestar en los individuos, se ha formado un creciente interés en el estudio de los determinantes del bienestar en los adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud (1989) define el bienestar integral como el estado de completo bienestar físico, social y mental, el cual se alcanza a través del equilibrio en estas tres dimensiones, por lo que resulta imposible aislar o disociar una de ellas de las otras dos. Es por ello que, el bienestar se concibe como un concepto multidimensional, el cual integra factores fisiológicos, sociales, mentales, psicológicos, económicos y personales (Hernández, 1996; Dulcey-Ruiz y Quintero, 1996). Por tanto, el concepto de bienestar integral resulta de una combinación de:

- Bienestar fisiológico: el cual comprende el estado de salud física del individuo y es medible a través de la presencia/ausencia de enfermedades, la funcionalidad, la percepción de salud y la autonomía personal.
- Bienestar social: representa la participación activa del individuo en la sociedad.
- Bienestar mental: constituye el estado de salud mental del individuo, además de la ausencia de enfermedades cerebrales degenerativas.
- Bienestar económico: refiere a la situación económica del individuo, abarca la satisfacción de necesidades básicas, el ingreso, la vivienda, acceso a los servicios médicos, entre otras.
- Bienestar personal: se refiere al sentimiento de satisfacción actual y vital del individuo, el estado de ánimo positivo y la percepción que la persona tiene de su felicidad.

Algunos estudios han comprobado que el bienestar personal de los individuos se encuentra estrechamente relacionado con la actividad social (Herzog, Franks, Markus y Holmberg, 1998; Okun, Stock, Haring y Witter, 1984). La actividad social representa una parte esencial del ser humano e indica la naturaleza fundamentalmente social de-ser-con-los-otros (Fisher, 1998). Las actividades sociales establecen la función primordial de constituir socialmente al individuo a través de la relación con los otros y de los vínculos que se van estableciendo según los roles que va desempeñando: padres, abuelos, hijos, amigos, vecinos, hermanos, instituciones, grupos.

Es por ello que, la noción de ser adulto mayor depende de la actividad social y de los papeles sociales que el adulto mayor ejecuta; estos le dan significado a su existencia (Hidalgo, 2001) y le permiten la integración plena y activa del individuo a la sociedad (Midlarsky citado en Vittorio y Steca, 2005). Según Fisher (1998) a través de las actividades sociales el adulto mayor encuentra un sentido a todos esos cambios experimentados, cubriendo tres necesidades fundamentales en el ser humano:

- La necesidad de inclusión: aparece como una tendencia de buscar la comunicación y el contacto. Se trata de una necesidad muy arcaica que consiste en existir a los ojos de los demás, a través de la atención que le concede al individuo y la relación que de aquí se deriva.
- La necesidad de control: son las actividades que abarcan la necesidad de seguridad y de poder sobre otro. Estas necesidades aparecen al interiorizar las normas para alcanzar la autonomía.

- La necesidad de afecto: se refiere a los vínculos de apego. Mientras que las necesidades de inclusión y control se establecen dentro de relaciones más amplias (grupo familiar, por ejemplo), el afecto se genera a partir de la relación entre dos personas (Fisher, 1998).

Las actividades sociales del adulto mayor son una necesidad social básica en los individuos, ya que aportan un punto de referencia y de continuidad en su vida. Brindan a su vez, reconocimiento y aceptación de uno mismo por parte de los demás (Laforest, 1991). La Organización Mundial de la Salud establece que las actividades sociales se asocian con el bienestar personal en los adultos mayores debido a que permiten la integración y la pertenencia social generada por “la autoconciencia de ser socialmente aceptado y de la experiencia de sentirse incluidos en la corriente misma de la vida<sup>1</sup>” (OMS, 1989).

La importancia de mantener las actividades sociales a lo largo de la vida, radica en que favorecen la salud integral del individuo, ejerciendo una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mejorar la salud y alargan el periodo de vida (Jang, Mortimer y Haley, 2004; Lennartson y Silverstein, 2001; Levinger y Snoek, 1972; Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005; Mowad, 2004; Muchnik y Seidmann, 1997; Väänänen y Kivimäki, 2005). Brown, Considine y Mogai (2005) sugieren que las actividades sociales pueden ser beneficiosas para la salud, aumentan el bienestar personal, generan más energía para vivir, disminuyen la presencia de disturbios mentales y reducen el deterioro en la salud. Así, los adultos mayores que no tienen actividades sociales significativas, sienten una profunda soledad o se sienten inútiles y tienen más posibilidades de tener mala salud que aquellos que pueden llenar estas necesidades (Champagne y otros, 1992:101, citado en Ribeiro, 2000).

Sin embargo, alrededor de los 65 años los adultos mayores paulatinamente van reduciendo el número y la intensidad de las actividades sociales con respecto al periodo de vida anterior, debido a que se sustituyen unos roles por otros y se abandonan o pierden determinados roles (Odone, 2000), que ocasionan la disminución tanto de las actividades sociales (al limitarse los escenarios posibles para originarlas y mantenerlas), como de la participación en la sociedad<sup>2</sup>. El primer paso de desarraigo es la jubilación laboral masculina y el siguiente es causado por la disgregación de la estructura familiar tradicional y de la muerte de amigos (Fernández Ballesteros, 2000).

A la reducción de las actividades sociales, le acompaña también una desvinculación psicológica, ocasionada por la disminución en las relaciones sociales (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y en los compromisos emocionales que vinculan al

---

<sup>1</sup> En este sentido se entiende el bienestar personal como “la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo, y en el ámbito comunal y nacional, en los cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad” (Delgado, 2001).

<sup>2</sup> Esta circunstancia es definida por Kalish (1996) como desvinculación social y comienza por la jubilación laboral. A lo largo de la vida productiva la misma actividad laboral provoca la interacción con individuos de distintos grupos sociales, pero con la jubilación las relaciones formales terminan, y los jubilados poco a poco reducen sus actividades solamente a su grupo familiar (Fericgla, 2002).

individuo. El adulto mayor ve desaparecer a las demás personas que habían formado su grupo de pertenencia (la muerte de amigos, familiares, vecinos, compañeros de trabajo) con los cuales se vinculaba. Cumming y Henry (1961, citados en Stuart-Hamilton 2000:164) sostienen que, a medida que las personas se hacen mayores se enfrentan a múltiples pérdidas en el marco de las relaciones (muerte del cónyuge, familiares y amigos), que no siempre pueden ser reemplazadas y que producen considerables estrechamientos en el contexto de las relaciones sociales.

La inquietud por estudiar las actividades sociales y su relación con el bienestar personal en el envejecimiento surge a partir de que, al igual que en cualquier etapa del ciclo vital, las personas mayores tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos con y para la sociedad, pero las circunstancias que rodean al adulto mayor dificultan la integración y el quehacer social. Al conocer y considerar las actividades sociales que realizan los adultos mayores, tomando en cuenta la forma y el escenario en donde las personas se relacionan entre sí, el contexto donde ocurre y los factores situacionales que inciden en la actividad social, podremos entender su dinámica social, la forma en cómo interactúan y la asociación que tienen estas actividades con el bienestar personal. Asimismo, a partir de esta información se puede fortalecer la participación activa de los adultos mayores en la sociedad, considerando sus características propias y su dinámica social.

Para estudiar las actividades sociales y su relación con el bienestar personal, se empleó un diseño no experimental, transversal, *ex post facto*. El criterio cronológico establecido para esta investigación fue de 65 años y más<sup>3</sup>. El principal instrumento para la recolección de la información fue a través de una entrevista. La información obtenida proporcionó datos descriptivos y correlacionales que se analizaron y procesaron estadísticamente con el programa SPSS versión 10. El presente trabajo forma parte de una investigación de mayor proporción sobre las personas mayores en la ciudad de Monterrey; no obstante, de acuerdo con los objetivos de la investigación, el énfasis central coloca la atención en la parte del instrumento diseñado para examinar las actividades sociales y el bienestar personal de los adultos mayores.

Los indicadores para medir las actividades sociales se formularon a partir de la literatura revisada y no de una escala estandarizada. El propósito de elaborar una nueva escala se debió a que, las escalas validadas evaluaban las actividades de la vida diaria (Izal y Montorio, 1994; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963; Mahoney y Barthel, 1965), la funcionalidad (Lawton 1975) y el funcionamiento mental de los adultos mayores (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala y Seva, 1979; Pfeiffer, 1975; Folstein, Folstein y Muchugh, 1975). Sin embargo, estas escalas excluyen las actividades de esparcimiento, deportivas y religiosas, las actividades realizadas con amigos y familiares y las interacciones sociales que de ellas se desprenden, por lo que las variables incluidas en dichas escalas al suprimir estas actividades se apartaban del objetivo de la investigación, razón por la cual se prefirió elaborar una escala de actividades sociales.

---

<sup>3</sup> El criterio se eligió en base a la observación de la variación en los indicadores demográficos, tales como son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad, y el descenso progresivo en la tasa de mortalidad, como una tendencia global que retrasa la edad en la cual se considera a una persona vieja.

Respecto a los indicadores para medir el bienestar personal, se encontraron diversas escalas que podían emplearse dentro del cuestionario para la recolección de la información; sin embargo, se encontraron limitaciones que permitieran investigar el bienestar personal en los adultos mayores, por ejemplo, en la Escala de Satisfacción en la vida, de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961), el bienestar personal incluye la satisfacción con la vida, la felicidad, una moral alta, el ajuste personal y las buenas actitudes hacia la vida, pero excluye aspectos importantes como la percepción de salud del individuo y las relaciones sociales. La razón por la cual se desestimó la Escala de Satisfacción del Centro Geriátrico de Filadelfia (1975) de Lawton, fue porque excluye la satisfacción vital de las personas mayores, indicador importante del bienestar personal, ya que refiere el cumplimiento de necesidades, ambiciones, expectativas y deseos a partir del balance general de las condiciones de la existencia, resultado de una confrontación entre las aspiraciones y los logros efectivamente alcanzados (Andrés y Gaston, 1997). La Escala de Depresión Geriátrica, de Brink y Yesavage (Bejarano, Pinazo y Bejarano, 1982) no incluye la percepción de las relaciones que el adulto mayor tiene con sus hijos, su cónyuge y con los amigos, con quienes comparte su vida. Debido a estas razones se optó por elaborar una escala de bienestar personal para adultos mayores que incluyeran aspectos referentes a la percepción de felicidad (pasada y actual), al estado de ánimo positivo, a la percepción de salud, a la satisfacción personal presente y a lo largo de la vida, y a la percepción de las relaciones sociales de los adultos mayores.

La población objetivo, de acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda del año 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001), la población total de adultos mayores de 65 años y más estimada en la ciudad de Monterrey es de 68, 503 individuos. Es importante mencionar, que las estadísticas disponibles al momento de calcular la muestra correspondían al XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000, por ello, en el universo se incluyeron las personas mayores de 65 años y aquellas personas que en el año 2000 se encontraban en la franja de 60 a 64 años de edad, asumiendo que para 2005 se habrían sumado al colectivo de adultos mayores, de esta manera la población a estudiar consistía en 101, 372 personas mayores.

El tamaño de la muestra se calculó empleando un muestreo irrestricto aleatorio. En este estudio se utilizó un nivel alfa de 0.05. El nivel alfa adoptado corresponde a una probabilidad de 0.95 de llegar a una conclusión verídica solamente cuando la hipótesis nula sea verdadera (Pedhazur y Schmelkin, 1991). El límite de error de estimación (Beta) utilizado fue  $\beta = 0.03$ , lo cual permite el 3% de probabilidad de cometer un error (Cohen, 1988). Y por último, conforme al enfoque conservador se estimó  $p = 1/2$  y  $q = 1/2$ . A partir de estos criterios la muestra quedó establecida en 1056 casos<sup>4</sup>.

Para validar ambas escalas se ejecutó el análisis factorial mediante el método de extracción de factores del eje principal (principal axis). El análisis estadístico descriptivo se realizó a través de la prueba estadística no paramétrica ji cuadrada, la cual permitió establecer comparaciones entre grupos y las variables control. Los análisis de predicción se

---

<sup>4</sup> La muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:  $n = N (P*Q) / (N-1)( D) + (P*Q)$

realizaron con el método lineal de regresión múltiple. La información obtenida se expone en los capítulos V y VI de este libro.

### **Contenido del libro**

El libro consta de cinco capítulos adicionales a este capítulo introductorio. En el primer capítulo abarcaremos la transición demográfica ocurrida en México y en Nuevo León, sus características y tendencias, así como las perspectivas y prospectivas del envejecimiento. Posteriormente, se presentaran los diferentes criterios que determinan la vejez -cronológico, biológico y social- y sus diversas implicaciones.

En el capítulo II se analizan el envejecimiento como un fenómeno multidimensional, incluyendo la dimensión biológica, psicológica y social del individuo. El propósito de incluir estas tres dimensiones se relaciona con la interrelación que existe entre los factores fisiológicos, psicológicos, afectivos y sociales y entre el bienestar de la persona adulta mayor. En el capítulo III se consideran los factores sociales que intervienen y delimitan el envejecimiento, tales como la vida social, las relaciones sociales, la familia, la pareja, los amigos, la relación con el trabajo, por mencionar algunas.

En el capítulo IV se presenta el estudio de los factores que intervienen en el bienestar y en el mantenimiento de una vida deseable. Así mismo, se define el concepto de bienestar personal para consecutivamente vincularlo con el bienestar personal en el envejecimiento. Dentro del mismo capítulo, se presentan hallazgos relevantes al bienestar personal de los adultos mayores según algunas características socio demográficos como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, las enfermedades diagnosticadas, por mencionar algunas.

En el capítulo V se expone la relación de las actividades sociales con el bienestar personal de los adultos mayores en la ciudad de Monterrey, N.L. Para lograr comprobar dicha relación se examinaron también variables antecedentes como el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, el estado civil, la escolaridad, el tipo de familia y el número de enfermedades diagnosticadas; con el fin de explorar si estas variables pudieran estar asociadas en mayor medida con el bienestar personal de los adultos mayores que las actividades sociales. Este capítulo se dividirá en tres secciones generales:

La primera sección, se muestra la información del análisis descriptivo según los datos generales de la población entrevistada, los cuales destacan el perfil sociodemográfico y económico, el perfil familiar y el perfil de salud. La segunda sección, se aportan los resultados del análisis factorial para validar las escalas de actividad social y la escala de bienestar personal que fueron construidas para fines de la investigación y para confirmar la validez de constructo interno de ambas escalas. Se compararán y contrastarán las variables antecedentes de los individuos con las escalas validadas de actividad social y de bienestar personal. Por último, se proporcionan los resultados del análisis de regresión lineal múltiple, identificando las actividades sociales asociadas significativamente con el bienestar personal en los adultos mayores. Se concluye el presente capítulo con los resultados del estudio en el contexto de cada hipótesis de la investigación.

En el último capítulo retomamos cuestiones de orden teórico y metodológico, se finaliza con algunas conclusiones referentes a la investigación y se plantean propuestas para desarrollar la participación social activa y el bienestar integral de los adultos mayores desde el ámbito social.

## EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN MÉXICO

El contexto actual en México, al igual que el de muchos países en el mundo, se ha visto influenciado por diversos factores como la globalización, la industrialización, la urbanización y la modernización que han modificado la estructura de la sociedad en todos sus ámbitos, desde lo económico lo político y lo social hasta lo familiar. Dichos fenómenos transforman los patrones demográficos, epidemiológicos, administrativos, políticos, económicos y sociales del país (Domínguez, 1999) impactando en la dinámica social de la población.

Dentro de las transformaciones ocurridas en México se observa la transición demográfica<sup>5</sup>, caracterizada por la presencia de un mayor número de adultos mayores. Registros oficiales del año 2000 revelan que este grupo de población representaba más del 4.8% de la población nacional, (2.2 % hombres y 2.6 % mujeres) (INEGI, 2001). De acuerdo con las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida si más del 14% de sus miembros tiene más de 65 años o si más del 10% tiene 60 años o más (PNS 2000-2006).

Las variaciones en los indicadores demográficos, tales como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad, y el descenso progresivo en la tasa de mortalidad proyectan el envejecimiento de la población mexicana como proceso permanente y en ascenso (Yañes, 1998). Así lo menciona Solís (1999): "... la población en México está envejeciendo a un ritmo tan acelerado como constante: en los próximos treinta años, el grupo de adultos de 65 años o más crecerá en una proporción de 3 a 1 en números absolutos, respecto al conjunto de la población"; hacia el año 2030, más de 15 millones de mexicanos -es decir, el 12 % de la población nacional, contra 4.8% de la actualidad – tendrá dicha edad<sup>6</sup>. Actualmente, el grupo de adultos mayores en el país representa el 7% de la población total (INEGI, 2005); por lo que, en los próximos 30 años México pasará de una población joven a una población envejecida.

## LOS EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

El reto más grande e importante de la transición demográfica en nuestro país no radica en el envejecimiento de la población per se, ya que este fenómeno es considerado uno de los logros más importantes de la humanidad (Vizcaíno, 2000; HelpAge, 2002), sino que, al

---

<sup>5</sup> La transición demográfica se caracterizó inicialmente por un descenso progresivo en la tasa de mortalidad, y posteriormente con la declinación de la fecundidad. Por lo que se redujo el peso relativo en las franjas inferiores de la pirámide poblacional, así como un incremento de las franjas superiores. Estos cambios han implicado profundas transformaciones en la distribución de las edades de la sociedad mexicana, al disminuir la mortalidad y la fecundidad; la pirámide de la población se transforma, estrechando su base y ampliando su cúspide (Tuirán, 1999).

<sup>6</sup> Continuando con estas tendencias se espera que para el año 2050 dicha población puede llegar a representar al menos la cuarta parte de la población nacional (Yañes, 1998).



incrementarse el número de personas mayores en México puede convertirse en un problema social, al ser incapaz “como nación”, de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de la transición demográfica se derivan (Gómez-Vela, 2001); entre las cuales se encuentran:

- El aumento de la esperanza de vida implica no sólo que aumente el número de trabajadores que llega a la edad de retiro, sino que se incremente el número de años en los que se les paga su pensión. Esto provocará un desbalance creciente entre la población económicamente activa y la población de edades avanzadas, lo que impondrá fuertes presiones a la población económicamente activa y a los sistemas de jubilación (Solís, 1999).

- El sistema de pensiones, como frecuentemente ocurre, también ofrece asistencia médica; la mayor esperanza de vida prolonga el periodo de tiempo durante el cual el trabajador está retirado y requiere de atención médica más especializada, costosa y frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud (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 que representa elevados costos económicos en la atención a la salud. Esta situación se agudiza cuando las personas superan los 80 años, ya que aumentan la posibilidad de requerir cuidados intensivos y constantes, en la medida en que poco a poco dejan de valerse por sí mismos (Ribeiro, 2002). La situación anterior implicará una cuantiosa reasignación de recursos hacia los servicios de salud y seguridad social.

- La tasa de disminución de la fecundidad, aunada al decrecimiento en la tasa de mortalidad, cuyo resultado es el envejecimiento de la población, repercute en que cada vez menos trabajadores activos se incorporen como contribuyentes al sistema de pensiones, en comparación con los trabajadores que se pensionan (Solís, 1999).

- Los avances médicos, tecnológicos, de higiene y nutrición han modificado las causas de mortalidad en México, se advierte que las enfermedades infecciosas han dejado de ser las principales causas de muerte en la población dando lugar a las enfermedades y problemas crónico degenerativos (Ham, 2003) que requieren mayor atención médica, más especializada, costosa y frecuente.

- El envejecimiento de la población dará lugar a cambios significativos en los patrones de consumo y la demanda de servicios y se requerirá de nuevas formas organizativas para solventar las necesidades de este segmento de la población (Solís, 1999).

- El acelerado incremento de la población adulta mayor plantea un difícil reto en cuanto a infraestructura, bienestar y desarrollo necesarios para solucionar las insuficiencias de este segmento de la población. Además, se podría añadir que este fenómeno rebasa las incipientes actividades de investigación, planeación, prevención, otorgamiento de servicios y de organización política y administrativa que se requiere (Ham, 2003).

- De igual manera, este nuevo panorama repercutirá en muchos aspectos de la

sociedad: el mercado de trabajo, la vivienda, la alimentación y el transporte, entre otros (Solís, 1999).

- La transición demográfica generará importantes transformaciones en los arreglos, organización y estructura interna de la que ha sido base nuestra sociedad: la familia, en la medida en la que ésta ha sido tradicionalmente una fuente importante de apoyo en la vejez (Solís, 1999).

- El envejecimiento de la población impulsará profundos cambios en nuestra manera de ser y de pensar: las personas tendrán que adaptarse a los nuevos ritmos de vida social, a las cambiantes percepciones del curso de la vida, a las nuevas normas y expectativas sociales relacionadas con la edad (Tuirán, 1999).

- Por último, este cambio poblacional está creando importantes fenómenos sociales como son la proliferación de familias multigeneracionales y el surgimiento de nuevos arreglos residenciales y domésticos. Todos estos ajustes tendrán profundas ramificaciones y múltiples consecuencias para las relaciones sociales y familiares (Tuirán, 1999).

La transición demográfica en nuestro país no sólo traerá modificaciones a nivel macrosocial sino que también repercutirá en los adultos mayores como grupo social. Ribeiro (2002) establece que las condiciones sociales que enfrentan los adultos mayores han variado significativamente a partir de que la vejez dejó de ser un privilegio reservado para unos cuantos individuos, por lo que, cada vez es mayor el número de personas que rebasan los 65 años y llegan a los 80 años<sup>7</sup>. Esta situación da lugar a un doble proceso de envejecimiento: el de la población en general y de la población considerada adulta mayor (Quintana, 1999).

## **EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN NUEVO LEÓN**

El proceso de envejecimiento en México se presenta de muy diversas formas en las distintas regiones del país, cada zona cuenta con diferentes características sociales y económicas que distinguen y diferencian las formas de envejecer en los individuos que las habitan, estas características impactan en la dinámica social y en el bienestar de dicha población. Según Castillo y Vela (2005), el estado de Nuevo León presenta una etapa de transición muy avanzada, ya que su tasa global de fecundidad aparece en 2.3 para el año 2000 bajando a 2.1 en el 2005, mientras que a nivel nacional aparece en un 2.7. Del mismo modo, la tasa bruta de mortalidad en el año 2000 se observó en 4.5 disminuyendo a 4.3 para el 2005, mientras que a nivel nacional aparece en un 4.7 (CONAPO, 2001). Estos datos indican que en las próximas décadas en Nuevo León, la población de adultos mayores será cada vez mayor, no sólo en el grupo de la llamada tercera edad (menores de 80 años), sino también en el grupo de la cuarta edad (personas mayores de 80 años).

La etapa de transición demográfica avanzada se observa, también, en el aumento en

---

<sup>7</sup> Actualmente la esperanza de vida en México es de 72.7 años para los hombres y 77.6 años para las mujeres, y se espera que continúe aumentando gradualmente con los años (INEGI, 2003).

datos porcentuales y en la proporción de adultos mayores con respecto a otros grupos de edad. Según los registros oficiales del año 2000, el Estado de Nuevo León tenía una población de 3, 834, 141 habitantes, de los cuales 182,247 eran personas mayores de 65 años y más (84,164 hombres y 98,083 mujeres), esta cifra constituye el 4.7% (2.2% hombres y 2.5% mujeres) de la población total (INEGI, 2001). Actualmente, la población de adultos mayores en Nuevo León ha aumentado a 226, 341 lo que representa el 5.4% de la población total en el estado (INEGI, 2005).

La particularidad de la población que habita en el Estado de Nuevo León reside en que el 95% es urbano y se agrupa en el área metropolitana de Monterrey. Estadísticas oficiales indican que tres municipios –de los 51 que constituyen la entidad-, concentran el mayor porcentaje de personas mayores; es decir, los municipios de Guadalupe, San Nicolás de los Garza y Monterrey concentran el 63.3% de la población total de este grupo de edad (INEGI, 2001) y el resto se distribuye en los 49 municipios restantes. En el año 2000, la ciudad de Monterrey albergaba a 68,503 personas en este grupo de edad (INEGI, 2001), dicha cifra corresponde al 37.6% de la población de total de adultos mayores, colocando a la ciudad de Monterrey con la mayor concentración de adultos mayores en todo el estado. Hoy en día, la población de adultos mayores en Monterrey está integrada por 79,605 individuos (INEGI, 2005).

Frente a estas perspectivas y prospectivas del envejecimiento en Monterrey, surgen interrogantes acerca de la situación en la que vive dicha población, de sus características físicas, psicológicas y sociales, de sus condiciones de vida y de su bienestar.

## **LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO**

La vejez está relacionada con los procesos biológicos del ser humano (en este caso del deterioro corporal que lo caracteriza). El envejecimiento del ser humano es un proceso dinámico y no estático, es un proceso natural de cambio. Por lo tanto, no ocurre en forma repentina o accidental, sino que es gradual y progresivo. Se caracteriza por la existencia de condiciones biológicas, psicológicas y sociales determinadas en función del tiempo (Tortosa, 2002).

Existen diferentes criterios para delimitar el momento en el que las personas llegan a la vejez. El criterio cronológico del envejecimiento vincula al desarrollo/deterioro fisiológico del organismo con parámetros de edad determinados. Esta clasificación se estableció a partir de la concepción tradicional del envejecimiento que tiende a asociar a la vejez con la decrepitud física, con la dependencia y con un estado de salud deficitario (Ulysse y Lesemann, 1997, citado en Ribeiro 2000). De acuerdo con el criterio cronológico, la vejez comienza a los 60 o 65 años constituyendo la frontera a dicha etapa o periodo evolutivo. La clasificación realizada por Neugarten (1999) en función de este criterio distingue cuatro grupos de edad: los viejos-jóvenes de 65-74 años, los viejos-viejos de 75-84 años, los viejos-longevos de 85-99 años y los centenarios mayores de 100 años<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> En México, la etapa de los viejos-jóvenes representa el 42 por ciento de la población total de adultos mayores. Por su parte, la etapa de los viejos-viejos constituye el 49.3 por ciento, (en nuestro

Sin embargo, la edad cronológica sirve solamente para marcar la edad “objetiva” de un individuo, ya que no siempre representa ésta la edad biológica en el adulto mayor debido a que las modificaciones que se van produciendo a lo largo de los años van a ir modelando a la persona que envejece de forma diferencial (Mishara y Riedel, 2000). La edad cronológica representa un parámetro útil y práctico para planificar, financiar y administrar las políticas y los servicios para los adultos mayores en los distintos rangos de edad, ya que establece características distintivas para cada grupo. Sin embargo, ésta particularidad pudiera limitar la eficacia en la intervención de las políticas al homogeneizar las necesidades de los individuos entre los grupos.

Otro de los criterios para definir la vejez es el criterio biológico; se identifica, según Mendoza (2005, citado en Vizcaíno, 2000), por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo del tiempo, frente a los retos que enfrenta el organismo en un ambiente social y cultural determinado. A su vez, se asocia con los procesos de desarrollo/deterioro del organismo y con las actividades que éste establece con el medio ambiente externo que le rodea. Este proceso de maduración ocurre de manera gradual, es inevitable e irreversible, por lo que resulta difícil definir cuándo una persona puede ser considerada como vieja.

El envejecimiento también se puede considerar a través de criterios sociales que delimitan la posición del individuo, es decir, a partir de acontecimientos y parámetros establecidos se establece cómo socialmente se constituirán los sujetos en dicho grupo de edad; así lo menciona Redondo (1990:15): “la vejez, como las otras etapas del ciclo de vida, es también una construcción social e histórica, que posee el significado que el modelo cultural vigente le da a los procesos biológicos que la caracterizan”.

La construcción social de la vejez otorga a los adultos mayores los nuevos papeles en que se pueden, se deberían, se pretenden, se desean o se han de desempeñar dentro de la sociedad. En otras palabras, la sociedad construye indicadores a partir de situaciones físicas y les otorga significados simbólicos dando lugar al concepto de adulto mayor en la sociedad. Así lo afirma De Beauvoir, (1970:15) “la vejez es una realidad transhistórica”, en el cual la sociedad asigna al adulto mayor su lugar y su papel dentro de ella, modificando así la relación del individuo con el mundo y con su propia historia, al reestructurar la dimensión y su sentido social de ser.

Uno de los parámetros socialmente construidos en la vejez es el cese de la actividad laboral y/o trabajo económico formal (jubilación). El inicio de la jubilación teóricamente define cuándo una persona se convierte en adulto mayor al modificar su condición social, pasando de ser un sujeto activo y económicamente independiente, a ser un individuo pasivo y dependiente de los sistemas de transferencia (Estado, familia, ahorros e inversiones, o bien caridad pública). El cese de la actividad laboral repercute en los individuos formalmente empleados debido al cambio social que experimentan; se asocia principalmente a innumerables pérdidas relacionadas con los privilegios sociales y con la valoración social, a la pérdida de la capacidad y ganancias económicas, a la transformación

---

país este segmento de la población ésta ocupado en mayor proporción por mujeres en un 53 por ciento). Y por último, los viejos-longevos y los centenarios representan al 7.27 por ciento de la población total de adultos mayores (INEGI, 2001).

de la participación social y al menoscabo en las relaciones sociales (Ham, 1999). Por lo general el cese de la actividad laboral coincide con el criterio cronológico de 65 años de edad. Sin embargo, este indicador social sólo aplica a los individuos que tienen un empleo y/o trabajo económico formal.

La importancia de estos parámetros sociales radica en su valor indicativo, ya que señalan que pronto aparecerán nuevas transformaciones (Mishara y Riedel, 2000) que van a repercutir y a trascender en la forma de vida del individuo. Al modificarse su categoría social los sujetos se construyen, constituyen y valoran de manera diferente; a partir de que el individuo se integra al colectivo de adultos mayores, le corresponde asumir los nuevos roles, deberes, tareas y derechos que involucran el pertenecer a este grupo de edad, definidos implícita y/o explícitamente, y va a abandonar modelos de comportamiento, obligaciones y derechos anteriores. Es decir, a través de la actividad dinámica con el medio, el adulto mayor va a reemplazar y a sustituir unos roles por otros, que le permitirán actuar e incidir sobre su entorno social, va a dejar de ser padre de familia para convertirse en abuelo, abandonará la actividad laboral sustituyéndola por actividades de otra índole, etc. (Lehr, 1998).

## **LAS DIMENSIONES DEL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es un fenómeno multidimensional, es decir, la diversidad con la que se envejece depende de innumerables factores fisiológicos y bioquímicos; entre ellos se encuentra el capital genético heredado, los cambios biológicos asociados con la edad, la oportunidad de expresión de las enfermedades y los periodos de latencia. También intervienen factores sociales como la profesión, la actividad habitual, el estilo de vida, las actividades sociales, las redes de apoyo estructural y/o funcional y los vínculos sociales. Además, intervienen los factores económicos, como el ingreso monetario, la vivienda, si tiene o no pensión y los factores psicológicos o emocionales que envuelven al ser humano (Mishara y Riedel, 2000). Todos estos elementos, al mismo tiempo que conforman y condicionan el envejecimiento influyen también en el bienestar del individuo.

En el siguiente apartado se revisarán tres dimensiones del ser humano que sufren modificaciones a partir de que el individuo llega a la vejez; estas tres dimensiones se encuentran interrelacionadas e integran el bienestar de la persona adulta mayor. Para facilitar el desarrollo de cada dimensión se presentan de forma separada, aun y cuando conservan aspectos que pudieran entrelazarse.

### **LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA**

El envejecimiento, desde un punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Está relacionado con los procesos de maduración del organismo y de las actividades que éste establece con el ambiente externo que le rodea. Es la fase final del desarrollo. Por lo tanto, el envejecimiento no se reduce simplemente al paso del tiempo sobre el organismo, sino que constituye la manifestación, la naturaleza y la amplitud de los cambios biológicos asociados con el deterioro corporal, que ocurren durante un lapso de tiempo en un contexto específico.

Los cambios en el envejecimiento están relacionados con factores ambientales y del medio social. Esto permite concebir al envejecimiento como un proceso gradual, heterogéneo, variable e interindividual; proceso que inicia con cambios en ciertas partes del cuerpo y en diferentes tiempos. Los ritmos del cambio varían según las distintas células, tejidos y órganos, e inclusive varía según las personas (Hayflick, 1999). En ocasiones, estas diferencias no tienen relación con la edad, es decir, cada individuo envejece a su propio ritmo y de diferente manera (Mishara y Riedel, 2000).

Los cambios físicos más notables que se producen en el envejecimiento son: la transformación de la apariencia del individuo, que se refleja en el peso, el color de los ojos, la piel, los huesos, la masa muscular, el contorno del cuerpo, el cabello, el sentido de la vista, la audición, el gusto, el olfato, los dientes y las encías; la resistencia física y la fuerza muscular se debilitan, se reduce el nivel de energía, los órganos de los sentidos pierden agudeza, los patrones de sueño cambian; se producen toda una serie de cambios en los sistemas cardiovascular, nervioso y digestivo, por mencionar algunos (Reig, 2000, Mishara

y Riedel, 2000). A medida que el individuo va envejeciendo es probable que vayan surgiendo determinadas condiciones y problemas de salud; las pérdidas y disminuciones relacionadas con la biología humana son responsables de la fragilidad biológica y de la salud física de cada individuo

La importancia de dichos cambios reside en que las transformaciones que experimenta el individuo impactan y repercuten en el comportamiento, modificándolo y, en algunos casos, limitando la forma e intensidad de las actividades sociales con el entorno, alterando la dinámica de vida del adulto mayor. De la presencia de estos cambios corporales puede derivarse una serie de posibles transformaciones en la evolución del comportamiento social del individuo: la aparición de actitudes de cautela a partir de aumento de la probabilidad de caídas, enlentecimiento de la marcha, pérdida de la flexibilidad y de la fuerza, disminución de la coordinación psicomotora, miedo a la dependencia, necesidad de ayuda, disminución en la experiencia de placeres, aislamiento y retraimiento social, la declinación paulatina de los sistemas cognitivos y el descenso en la capacidad de resolver problemas, entre otras (Reig, 2000)

El envejecimiento fisiológico normal se presenta cuando no existe la presencia de enfermedades sobreañadidas a dicho proceso; es decir, sucede de forma armónica y con sincronía en los distintos órganos, permitiéndole al individuo alcanzar la máxima longevidad. Sin embargo, esto no ocurre con frecuencia, ya que aparte de que se incrementa el riesgo de padecer enfermedades con la edad (Tortosa, 2002), no solamente depende el envejecimiento del funcionamiento fisiológico, sino que se requiere también de una armonía anímica; en otras palabras, que el envejecimiento sea aceptado por el individuo que envejece.

El envejecimiento armónico (somático y psíquico), al proporcionar un declive paralelo en todos los órganos y en los sistemas del individuo, permite un envejecimiento asintomático y, en cierto modo, imperceptible. No es que el adulto mayor no perciba cómo van disminuyendo sus fuerzas y recursos, sino que, al ocurrir ésta limitación de forma tan suave, la percepción es atraumática. Es radicalmente distinto ese proceso de envejecimiento al de un individuo de 60 años, que ha sufrido una hemiplejía de forma repentina y le ha convertido en un inválido (Gonzalo, 2002), transformándole radicalmente su condición de vida, sus patrones de comportamiento y su vida social, coartándole la forma e intensidad de sus actividades sociales.

El envejecimiento fisiológico patológico concierne a la concepción biomédica del desarrollo humano; afirma que con la edad aparecen en los individuos enfermedades que son irreversibles o que, en sí mismos son causados por una covariante de la edad, como las enfermedades crónicas degenerativas (enfermedades vasculares, arteriosclerosis, demencias, entre otras). Sin embargo, hay que establecer una distinción entre las enfermedades relacionadas con la vejez y las dependientes de ésta. Las relacionadas con la vejez son las enfermedades que no son exclusivas de los adultos mayores pero sí favorecidas por la edad; por ejemplo, las neoplasias o la úlcera péptica. Las dependientes de la edad son enfermedades que aparecen en forma exclusiva en los individuos con los años; tal es el caso de la demencia senil, la osteoporosis, la diabetes tipo II (Gonzalo, 2002). La importancia del envejecimiento patológico y la presencia o ausencia de las enfermedades antedichas determina el grado de injerencia del envejecimiento en la vida del adulto mayor y en las actividades sociales del individuo, influyendo en el bienestar personal del adulto

mayor.

## LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

El desarrollo psicológico del ser humano es un proceso dinámico, que ocurre a lo largo de la vida del individuo, este proceso no se detiene sino que continua aun en los adultos mayores; es el resultado de la actividad entre el individuo, los otros y la sociedad. Es decir, el desarrollo psicológico del individuo a través de las diferentes etapas de la vida se encuentra interrelacionado con factores internos propios del sujeto (maduración corporal, circunstancias bio-fisiológicas) y por la relación que existe entre él y el medio social que lo rodea (las formas culturales, las expectativas y los juicios de valor individuales).

En el envejecimiento, al igual que en las otras etapas del desarrollo, el individuo se enfrenta a una serie de transformaciones de diversa índole al ocurrir la transición de la edad adulta a la edad adulta mayor que le demandan diferentes formas de interactuar en la sociedad. Para ello, el individuo necesita integrar dichas transformaciones a su estructura psíquica interna para reconfigurar, así, su mundo y la percepción del mismo, y reorientar su comportamiento ante las nuevas situaciones que se le presentan para lograr la adaptación. Las transformaciones antes mencionadas son las siguientes:

- El sentimiento físico del cuerpo, que descansa sobre un conjunto de sensaciones que nos son propias; el adulto mayor se transforma por los cambios corporales que va experimentando.
- El sentimiento de continuidad temporal, que hace que el individuo se sienta el mismo o no durante los cambios que afectan su vida, a través de las situaciones como la jubilación, el matrimonio de los hijos, el nacimiento de los nietos, entre otras.
- El sentimiento de valor y de estima de sí que resulta de la evaluación que los otros hacen que somos, principalmente sentirse apreciado y útil hacia los demás.
- El sentimiento de orientación general en la existencia, que se apoya en objetivos definidos que subyacen a nuestros esfuerzos e iluminan el sentido de nuestra vida: propósito de vida (Allport, 1977).

Al adulto mayor le corresponde integrar la información que recibe del medio ambiente externo e interno para asimilarla e integrarla a su estructura psíquica, razón por la cual, las actividades sociales representan una parte esencial en el desarrollo del individuo en dicha edad<sup>9</sup>. Es necesario que el individuo analice lo que ha hecho o dejado de hacer, lo que hace y le pasa (incluyendo los cambios biológicos), lo que se espera que haga y deje de hacer, lo

---

<sup>9</sup> A pesar de que metodológicamente no se incluyen el concepto de sí mismo y autoestima para medir el bienestar personal de los adultos mayores, la importancia de integrarlos en el marco teórico radica en que argumenta la importancia -tanto directa como indirecta- de los otros en la estructuración interna del bienestar. El bienestar personal se expresa a través de la satisfacción con la vida, la percepción de felicidad y un estado de ánimo alegre, por lo que tienen que ver con los conceptos citados.



que piensa y siente acerca de sí mismo ligado tanto a las influencias externas del medio físico, social o cultural como a los ajustes típicos del contexto (Reig, 2000). Este proceso de reajuste le permite introducir una coherencia entre diferentes situaciones que experimenta para encontrarle un sentido a todos esos cambios que le ocurren.

En función de estos cambios el adulto mayor reestructura el concepto y la percepción de sí mismo frente a su nueva situación social (esto ocurre entre los 64 y 69 años); la meta básica es la integración del yo a partir de la aceptación de la situación actual junto con el cumplimiento de las metas pasadas (Stuart-Hamilton, 2000). El concepto de sí mismo depende tanto de procesos internos como de las relaciones e imágenes externas a ellos, como señala Garretón (2000) es un proceso en el cual se combina la evolución de las propias autopercepciones con las miradas de los otros. Podríamos decir que es un proceso en el cual influyen tanto aspectos psíquicos (características individuales que alguien se atribuye y que le permiten decirse y mostrar quién es), como aspectos sociales (sistema de normas, de valores sociales, que se expresan a través del conjunto de los roles a los que un individuo se acomoda para responder a las expectativas de los otros, de un grupo social o de una situación dada).

La función principal de reestructurar el concepto y la percepción de sí mismo en el envejecimiento es de asegurar un sentimiento positivo del individuo, a través de los cambios experimentados a lo largo de la vida, tanto en el interior como en el exterior. Su importancia radica en la obtención del bienestar personal del adulto mayor a través de la integración. Erikson (1981) alude al concepto de integridad en el envejecimiento, a la aceptación de un orden y una significación total de la propia vida individual: pasado, presente y futuro. En otras palabras, si el adulto mayor acepta la realidad de sí mismo y de la propia vida, conseguirá resolver con éxito la integración, alcanzando el bienestar. A pesar del declive biológico inevitable que asalta a la persona de esa edad, esta no deja de ser ella misma; sino que por el contrario, el individuo completa la maduración gradual de las etapas anteriores y culmina su desarrollo permitiéndole disfrutar plenamente de sus logros pasados y presentes, aceptar los errores cometidos, dimensionar su situación actual con los beneficios y las limitaciones actuales y apreciar su vida viviéndola con plenitud.

### **El Concepto de Sí Mismo**

El autoconcepto o concepto de sí mismo refleja las experiencias actuales y los modos en que estas experiencias han sido interpretadas; Rosenberg (1979, citado en Odonne 2000) define el autoconcepto como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo a lo largo del tiempo, ya sean de tipo cognitivo o evaluativos. La dimensión cognitiva desempeña un papel determinante en la significación que cada uno da a los acontecimientos de su vida, se desarrolla en el contexto experimental y relacional y hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal<sup>10</sup>, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo

---

<sup>10</sup> La imagen corporal se forma y se desarrolla desde el nacimiento y va progresando en la interacción con los demás, se caracteriza por una toma de conciencia de factores externos e internos, que se relacionan con procesos físicos, valores y una filosofía personal de vida (Peña y

considera que posee. La dimensión evaluativa (autoestima) está constituida por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo, se ejerce en dos planos: el sentimiento que el individuo posee de su propia eficacia y de su propio valer. Laforest (1991) la define como “la suma integrada de la confianza en sí mismo y el respeto por uno mismo”.

A partir de la integración del concepto de sí mismo, el adulto mayor se siente bien consigo mismo y con los demás; tiene una actitud positiva frente a la vida, piensa que merece la pena el esfuerzo de vivir y de seguir comprometiéndose con determinadas metas. Tiene una actitud abierta a los acontecimientos de la vida, cree que es una persona valiosa y capaz de realizar lo que se proponga; utiliza el humor como reacción positiva, es optimista; tiene la tendencia a percibir los hechos, los cambios y las dificultades de la vida como desafíos a resolver, como acontecimientos susceptibles de aprendizaje (Reig, 2000). El individuo tiene la disposición de ayudar, de participar en actividades de cualquier tipo, cuenta con actividades sociales diversas que le dan soporte y alegría. En general, los adultos mayores que definen e integran el concepto de sí mismo logran adaptarse positivamente a los nuevos cambios que plantea la vejez logrando alcanzar el bienestar personal en dicha etapa.

Sin embargo, no todos los adultos mayores consiguen la integración del concepto de sí mismo y la aceptación de la realidad del envejecimiento en su totalidad. Existen adultos mayores que pudieran mostrar y sentir de manera parcial, o incluso de forma total, las siguientes afirmaciones: actitudes pesimistas y cerradas ante la vida, un sentimiento de inferioridad frente a los demás; rechazo hacia sí mismo y hacia los demás; creencia de incapacidad e incompetencia; percepción de que cualquier esfuerzo es inútil, que nada vale la pena, que se vive en un ambiente hostil y amenazador. Tienen un autoconcepto negativo de los hechos, de los cambios, y las dificultades se perciben como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables. Su adaptación típica se caracteriza por la presencia de comportamientos de frustración, amargura, resentimiento e indefensión aprendida (Reig, 2000). El individuo se aísla y evita las relaciones sociales generalmente por desconfianza, por tanto cuenta con un número reducido de actividades sociales.

Diner, Suh, Lukas y Smith (1999, citados en Reig 2000) concluyen que la persona que experimenta bienestar personal presenta una serie de características notorias: tiene un temperamento sociable, tiende a mirar el lado positivo de las cosas, no analiza excesivamente los acontecimientos negativos que le pasan, tiene confidentes sociales, posee unos recursos adecuados para poder progresar hacia sus metas establecidas, y se perciben con salud; a diferencia de los adultos mayores infelices refieren peor estado de salud y más problemas de salud.

La valoración que el adulto mayor realiza de sí mismo tomando en cuenta la modificación de las funciones sociales ocasionadas por la jubilación, las pérdidas que tienen lugar con el aumento de la edad, la falta de consideración a la vejez, los estereotipos negativos, la disminución de las capacidades físicas y a veces de las capacidades

---

Lillo, 2002). Tiene una gran influencia en el concepto de sí mismo, de modo que un deterioro de la autoimagen repercute inevitablemente sobre las actitudes y los comportamientos del individuo Citado en Laforest (1991).

cognitivas, pudieran impactar en el concepto de sí mismo y en la autoestima. No obstante, Kalish refiere que la autoestima de las personas mayores no desciende a medida que llegan a sus últimos años de vida, ya que estudios realizados indican que la autoestima es superior en las personas mayores que en las personas más jóvenes (Tortosa, 2002:87).

Sin embargo, según Beadoin (1974, citado en Odonne 2000), el estado de salud en los adultos mayores llega a ejercer una gran influencia sobre la percepción del aspecto físico en los individuos, incidiendo en la imagen corporal. De esta manera el estado de salud se convierte, en algunos casos, en el parámetro fundamental para percibirse a sí mismos a nivel cognitivo y social. Es decir, el nivel de salud percibido puede determinar en gran medida el autoconcepto y la valoración de la propia capacidad para afrontar los problemas que el adulto mayor pueda tener (Odonne, 2000).

## **La Autoestima**

Existen factores que intervienen en el desarrollo de la autoestima; según Peña y Lillo (2002), los sentimientos (positivos y negativos) que el individuo experimenta cambian y evolucionan en función de la actividad de factores externos e internos que se relacionan con procesos físicos, con valores culturales y de acuerdo a la filosofía personal de vida:

- Factores innatos: Forman parte del patrimonio genético y hereditario de cada persona y que sirve para situarse ante sí mismos, inclusive ante el propio cuerpo, con sus características de color, sexo, estatura, etc. Son elementos recibidos y no elegidos por la persona. Son reacciones y comportamientos no aprendidos, sino programados genéticamente.
- Factores perceptivos: Estos hacen de mediadores entre la realidad externa y la interna. Los elementos externos (la historia de los éxitos y el lugar que ocupa dentro de la comunidad) influyen en la percepción que una persona tiene de la imagen de sí. Ésta percepción se desarrolla a lo largo del tiempo a partir de la interpretación de las experiencias previas, los valores y aspiraciones de cada persona. Varían en función de la creencia que tenemos de nuestra capacidad de dominar las cosas y de cambiar las situaciones, así como también de la percepción de nuestras aptitudes para controlar nuestra forma de actuar y lo que nos influye.
- Factores sociales: Se refieren a la forma como la persona se percibe y se valora en las relaciones con los demás y cómo percibe que los demás la consideran, basada en la opinión de los demás sobre tu persona. Es decir, muchas experiencias intervienen en este aspecto, tales como aceptar una crítica justa o rechazar una crítica injusta, la capacidad de hacer amistades y de participar en conversaciones; la capacidad de empatía para ponerse en el lugar de los demás, la presentación personal y la actividad: la mirada, la voz, la atención. Los factores sociales tienen que ver con la propia experiencia en relación con el entorno habitual, especialmente con la actividad con los padres, el grado de aceptación, respeto y preocupación que la persona recibió a lo largo de su vida y que fue significativo para el individuo.

El factor social de la autoestima se desarrolla a partir de las diversas experiencias y de las relaciones que el individuo tiene con los demás; por tanto, la vida social, las redes e

actividades sociales son un factor significativo para los individuos (Lehr, 1998); es decir, el adulto mayor que tiene la capacidad de hacer amistades y de participar en conversaciones sociales puede gozar de actividades sociales positivas y gratificantes que le permitirán sentirse bien consigo mismo y con los demás.

La importancia de las actividades sociales en la autoestima radica en la intervención afectiva que de ella se desprende. Esta parte afectiva hace posible experimentar, sentir, expresar y comunicar lo que nos acontece, permitiendo y facilitando la adaptación de los individuos a los acontecimientos que la vida le exige. En el adulto mayor, este componente se vuelve indispensable para la adaptación al envejecimiento, ya que este proceso representa una etapa con considerables transformaciones, en la cual las redes e actividades sociales apoyan al desarrollo de la adaptación en el individuo. El afecto permite el comportamiento adaptativo, al regular, matizar y dar forma a cualquier situación, posibilita la expresión, la motivación, determina la actitud y desempeña un papel clave en los pensamientos y acciones de la persona hacia los estados de salud y enfermedad (Reig, 2000).

Por lo tanto, las actividades sociales positivas facilitan la adaptación de los individuos al mantener o incrementar la autoestima en los adultos mayores, generando un sentimiento de aceptación y bienestar hacia los acontecimientos de la vida diaria, lo que repercute favorablemente en el concepto de sí mismo y en la reestructuración del mismo. Las actividades sociales permiten, a su vez, orientar la vida del adulto mayor, ya que establecen la continuidad de sí mismo a través de su propio cambio, integrando la conciencia que tiene de sí mismo y del mundo (Laforest, 1991).

## **LA DIMENSIÓN SOCIAL**

En el envejecimiento, al igual que en las otras etapas del desarrollo, el individuo se enfrenta a nuevas posiciones sociales y a nuevas circunstancias que le demandan interactuar de forma diferente dentro de la sociedad. Las conductas que se esperan que un individuo realice dentro de la categoría de adulto mayor son transmitidas a través de la socialización, ésta es definida por Fermoso (1994) como el proceso de actividad entre el individuo y la sociedad, por el cual se interiorizan las pautas, las costumbres y los valores compartidos por la mayoría de los miembros de la comunidad. Dicho proceso da lugar al desarrollo y a la integración del individuo, convirtiéndolo en un ser social capaz de convivir y participar activamente en la sociedad; de modo que la socialización afirma el desarrollo de la personalidad, aumenta la capacidad de relacionarse y permite la adquisición de habilidades sociales

La socialización en la edad adulta ocurre en etapas tempranas de la vida del individuo, en el momento que se empieza a tener conciencia de lo que se espera de ellos; a medida que el individuo va envejeciendo va adaptando e interiorizando paulatinamente las formas de conducta esperadas, los nuevos valores, los cambios en las posiciones sociales y roles asumidos por los adultos mayores (Kalish, 1996). Cuando un individuo se convierte en adulto mayor es ineludible el establecimiento y la definición de su función dentro de la sociedad.

## La Identidad Social<sup>11</sup>

Touraine (1974), describe a la identidad social como una adaptación de la sociedad a través de la cual el individuo aprende a reconocer su lugar y a comprender las reglas del juego social, en función de: la posición ocupada, las expectativas relacionadas con dicha posición y la identificación que hace el individuo con su rol<sup>12</sup>. La identidad para Touraine no dice quien es ni el sentido de lo que hace, sino quien debe ser y la conducta que se espera que realice. Por lo tanto, la identidad se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y de sus habilidades mentales, de sus ideas y objetivos (Tortosa, 2002:86), así como también, de la conciencia personal de pertenecer a un grupo o a una categoría social, que involucran ciertos roles y limitaciones sociales, unidos con el significado valorativo y emocional de dicha pertenencia (Tajfel, 1981). Este replanteamiento de roles dentro de la sociedad le permite ser, pertenecer y participar en una identidad colectiva, asegurándole su cohesión al sistema social (Laforest, 1991).

Para Larraín (2001) la identidad social se establece a partir de tres elementos constitutivos: en primer lugar, los individuos se definen a sí mismos en función de ciertas categorías sociales compartidas en contextos colectivos culturalmente determinados. En segundo lugar, los elementos “materiales” aportan los elementos de autoreconocimiento y dan sentido de pertenencia a una comunidad; en esta medida, contribuyen a modelar las identidades personales al simbolizar una identidad colectiva o cultural a la cual se quiere acceder. Y por último, la construcción del sí mismo necesariamente supone la existencia de “otros” en un doble sentido (Larraín, 2001), por un lado, el sujeto se define en términos de cómo lo ven los otros, internalizando las expectativas que los demás tienen sobre él, transformando dichas expectativas en sus propias auto-expectativas; y por otro lado, la definición de sí mismo envuelve una distinción con los valores, características y modo de vida de los otros (Araya, 2004). Este último aspecto es sumamente relevante, pues implica considerar que el proceso de adquisición de la identidad es posible, tanto por el principio de identificación -entendiéndolo como una forma de pertenencia o participación social donde las personas encuentran su propio lugar- y por el proceso de diferenciación, que implica reconocer lo que “no se es” en función de las diferencias.

La identidad social se asocia con un conjunto de “atributos” que una sociedad o comunidad comparte de manera colectiva y de una generación a otra. Sin embargo, pareciera ser que el sentido de pertenencia y construcción de un “nosotros” es más fuerte que las marcas visibles y “objetivas” con que se intenta definir la identidad. Son en definitiva los propios sujetos y grupos humanos los que establecen las medidas, extensiones

---

<sup>11</sup> A pesar de que metodológicamente no se incluyen la identidad, la conciencia, la permanencia y la implicación social dentro del concepto de actividad social; la importancia de integrarlos en el marco teórico reside en que explican el valor de la integración social en la estructuración interna del bienestar personal y se expresan a través de la actividad social.

<sup>12</sup> Un rol es una conducta esperada de un individuo que ocupa una posición particular en el marco social.

y, sobre todo, la movilidad de su frontera identitaria (Bello y Ranguel, 2000). En este sentido, entenderemos por identidad al resultado de un proceso de identificación y autoidentificación de determinado grupo social, con base en el criterio de los rasgos físicos, culturales y sociales (Araya, 2004). Ésta identificación y autoidentificación conlleva o supone compartir concepciones, imágenes y evaluaciones de sí mismo y del otro.

El proceso de identificación social se elabora a partir de una evaluación de un conjunto de elementos que refuerza esquemas aprendidos a partir de experiencias anteriores. La identificación se refiere así a modelos, sociales y culturales, que orientan nuestros comportamientos para evaluar a los otros; este concepto es socialmente compartido en la medida en que aceptamos ésta realidad social como algo que es lo que pensamos que debe ser. La identificación cumple una función social en la medida en que los datos imaginarios y las creencias forman parte de la información que orienta el comportamiento del individuo y asegura, en cierto modo, la cohesión del sistema social (Fisher, 1998).

La identidad social no es una realidad adquirida de una vez para siempre, evoluciona durante la vida y se construye a partir de percepciones e ideas sobre sí mismo (autoconcepto o identidad personal), de cómo quiere que lo vean los demás (imagen), de cómo le ven los demás (identidad pública), y el reconocimiento que recibe (identidad social). Estos son, en conjunto, matices de la estructura cognitiva de la identidad que se desarrollan en la socialización y en la actividad social. El criterio de pertenencia refiere a los elementos que permiten a los individuos adscribir y sentirse parte de su grupo de origen (Araya, 2004).

La identidad social cumple la función principal de brindar seguridad y el sentido de pertenencia al individuo; según Maslow (1970:9) el pertenecer a un grupo social representa una necesidad básica en el individuo, no una necesidad circunstancial determinada a una etapa del ciclo de vida. Ésta necesidad aporta al individuo un punto de referencia y de continuidad en su vida, a pesar de las transformaciones que experimenta, así como también brinda un reconocimiento y una aceptación de uno mismo por parte de los demás (Laforest, 1991). La identidad social tiene tres características esenciales que la distinguen, y se van modificando en función de los cambios vividos por el individuo: la conciencia social, la pertenencia social y la implicación social.

### **La Conciencia Social**

La conciencia social que el adulto mayor tiene de sí mismo le permite definirse en función de los otros y por sí mismo; tratando de descubrir a través del otro quién es, quién es en realidad para sí mismo y para los otros, y quiénes son los otros para él (Laing, 1971). Por lo tanto, las actividades sociales que ocurren dentro del grupo social facilitan la adaptación de los individuos al instaurar el sentimiento de pertenencia y de continuidad de sí mismo a través de su propio cambio, integrando la conciencia que tiene de sí mismo y del mundo (Laforest, 1991).

En el envejecimiento, esta continuidad permite al individuo integrar todos los cambios que le ocurren y orientar su comportamiento de forma integral; es decir, le permite vivir la vejez como parte del proceso total de desarrollo a través del tiempo: pasado, presente y

futuro. A través de esta conciencia, la realidad es captada en relación con sí mismo y con el conjunto de relaciones establecidas entre el individuo y la sociedad, en función de ello se genera la necesidad de establecer nuevas formas de interactuar y de interaccionar socialmente, razón por la cual es importante abrir los espacios de actividad e inclusión social mediante políticas sociales que permitan mantener e incrementar el bienestar personal en los adultos mayores, al abarcar la satisfacción de necesidades sociales e individuales (Vizcaíno, 2000).

A partir de la conciencia social y la percepción que el adulto mayor tenga de sí mismo, va a organizar su comportamiento con la finalidad de integrarse a la estructura social, delimitando los roles a desempeñar en las actividades sociales. El individuo en una situación social específica, tiende a determinados tipos de comportamientos y de vivencias, de acuerdo con sus propios juicios de valor dentro del grupo social.

Las redes y sociales permiten al adulto mayor aceptar la realidad de sí mismo y de la propia vida a partir del otro. El individuo como ser único (self) e individual se encuentra en constante relación con el otro. A través de esta continua actividad social se define, desarrolla y reestructura la conciencia social; este movimiento constante conserva aspectos estables propios del individuo que lo identifican y a su vez lo transforman al asimilar las experiencias que se producen, existiendo continuidad en la propia evolución. Al apreciar el adulto mayor la continuidad de su vida, puede percibir de manera consciente el mundo, a los demás y a sí mismo, dándole a su propio comportamiento una unicidad y una identidad intrínseca nueva (Laforest, 1991).

### **La Pertenencia Social**

La identidad se construye de la influencia normativa de los grupos sociales a los cuales se pertenece o se identifica. El grupo de referencia adquiere así un valor normativo, por una parte, porque deseamos unírnos a él y, por otra, porque ejerce un control social sobre nosotros. Es por consiguiente, el grupo normativo el que tiene una influencia sobre nuestra identidad, ya que forma una visión de nosotros mismos y del entorno social (Fisher, 1998). Este grupo desarrolla así una estructura de pensamiento que permite orientar el comportamiento de los demás y proporciona un sentimiento de seguridad y de confianza a sus miembros, estos a su vez, definen sus identidades a través de los puntos de referencia producidos por el grupo al que se adhieren.

La pertenencia social establece quién es el individuo a través de su relación con el grupo. La noción de pertenencia se refiere al hecho de que los individuos están situados en algún sitio, que entran en categorías sociales dadas y que aceptan, de forma más o menos explícita, sus valores. Así lo dice Tortosa (2002):

El hombre y su grupo de pertenencia se desarrollan en un sistema de actividad más o menos directo (relaciones afectivas) o mediatizado (rol y estatus), susceptibles de propiciar el bienestar personal en el individuo. Es decir, el envejecimiento de la persona no es un proceso aislado, sino que se desarrolla dentro de un contexto social donde las creencias, los valores, las actitudes, los pensamientos y las actividades sociales influyen en el comportamiento y en la adaptación de los individuos (Tortosa, 2002).

La identidad se caracteriza, por lo tanto, por los sistemas de inserción que pesan sobre el individuo; su vida en sociedad se desarrolla en el interior de diversas agrupaciones sociales que organizan y definen lo que él es. Algunas se expresan sobre un modo relativamente formal basado en una organización y estructurado en base a relaciones personales, cuyos miembros se reconocen en la asunción de roles concretos. Es decir, se encuentran en una sociedad impersonal basada en obligaciones mutuas reflejadas en contratos, en la que los miembros son individualistas e intercambiables en función de sus roles (Fericgla, 2002). Otras se expresan de manera más informal, basadas en las relaciones personales y familiares de base afectiva y que actúan como agente socializador y sirven para satisfacer las necesidades básicas de comunicación e identidad.

Según Fericgla (2002), las relaciones informales (personales y familiares) se establecen en relaciones de respeto mutuo, de comunión emocional y colectiva en un conjunto de creencias, de tradición, de amistad y en la que prevalece el individuo por encima del rol que desarrolla. Dichas relaciones se desarrollan a través de redes en las que los individuos tienen intercambios más flexibles, en relación con los roles en que evolucionan habitualmente (Fisher, 1998). La relación entre la identidad personal e identidad social es muy estrecha ya que involucra una fuerte carga afectiva y emocional.

Para explicar la importancia de la pertenencia social en los individuos, Laforest (1991) manifiesta que la mayoría de los autores apelan a la teoría de los roles sociales de Talcot Parsons, donde la base de la organización social se encuentra en los estatus sociales, es decir, en las posiciones reconocidas y reguladas colectivamente, regidas por normas (exigencias más o menos explícitas que la sociedad establece para los individuos que ocupan cada uno de los estatus que ella reconoce), y por expectativas (respuestas que la sociedad permite esperar de cada individuo, en conformidad con las normas atribuidas a dicho estatus social). Es por ello que los adultos mayores dirigen la mayoría de sus esfuerzos a construir un marco social de referencia al cual sentirse pertenecientes (Fericgla, 2002).

La teoría de los roles sociales permite captar, de modo dinámico, el lugar que cada individuo ocupa en la sociedad a la que pertenece (Laforest, 1991). El aprendizaje de los roles se realiza mediante el proceso de socialización que exige al individuo adaptarse a las diferentes funciones y posiciones sociales (perfectamente identificables), y así reproducir los comportamientos que se esperan en determinado rol y que le permite al individuo dominar mejor la realidad y crear un mundo completamente estable y sin ambigüedades. No se trata sólo de una pertenencia o una vinculación estática, sino que implica movimiento, ya que la pertenencia queda definida en términos de comportamientos regidos por medio de las normas inherentes a su estatus social.

La relevancia del concepto de rol se deriva de su naturaleza relacional, del hecho de que además de constituir una unidad distinguible del sistema social, tiene como contrapartida una interiorización del mismo, un rol interiorizado o una identidad o sub-identidad personal. Los roles sirven de vehículo de inserción de la personalidad en la estructura social. En la vida de relación siempre asumimos roles y adjudicamos roles a los demás y asumimos varios roles al mismo tiempo. Se establece un interjuego permanente entre el asumir y el adjudicar. Todas las relaciones personales en un grupo social, en una familia, etc., están regidas por un interjuego permanente de roles asumidos y adjudicados. Esto nos crea la coherencia entre el grupo y los vínculos dentro de dicho grupo (Fasce,



1997).

Finalmente, la pertenencia social según la teoría de los roles, es también una fuente de valoración, debido a que cada individuo se siente reconocido y apreciado por su grupo de pertenencia según el estatus que ocupa, y según el modo con el que se conforman a las normas de tal estatus (Laforest, 1991).

### **La Implicación Social**

En el envejecimiento al individuo le corresponde adoptar nuevos roles debido al cambio en la categoría social; ser adulto mayor supone una forma diferente de implicación en los procesos de actividad social. La implicación social indica los grados de interiorización de dichos roles y las modificaciones en la identidad a partir del cambio en la posición social del individuo; es decir, la implicación social permite deducir cómo se lleva a cabo el paso de una identidad a otra y de qué forma el individuo se adapta a las nuevas expectativas de comportamiento relacionadas con su posición social.

Giddens (1992) establece que “los seres humanos desempeñan cierta cantidad de roles sociales dependiendo de los distintos contextos en donde se desenvuelve y de las posiciones sociales que ocupa”; cada individuo, a lo largo de su vida, tiene tantos roles como manifestaciones dinámicas de su actividad social, formando dichos roles parte de su dimensión e identidad social<sup>13</sup> (Araya, 2004). Debido a que un sujeto no cumple un único “rol”, sino un conjunto de “roles sociales”, en el envejecimiento el adulto mayor debe reestructurar los diversos roles que ha venido asumiendo para desempeñar los nuevos roles que le permitirán establecer su sentido de vida y su sentido social de ser, adaptándose al todo social para continuar siendo útil en y para la sociedad.

La reestructuración de roles en los adultos mayores genera transformaciones en el ámbito identitario, pues “la concepción misma acerca de quiénes y qué somos depende de la actividad social, en el marco de los roles” (Araya, 2004). En el envejecimiento esta actividad social facilita la adopción de la nueva estructura de actitudes y comportamientos que le permiten responder a lo que es “socialmente esperable”. Mead (1953) expresa que la base esencial para el pleno desarrollo del individuo requiere de la adaptación completa de las actitudes del grupo social al cual pertenece hacia la actividad social organizada y cooperativa, además de adoptar sus actitudes hacia las diferentes fases o aspectos de la actividad social común.

Sin embargo, a pesar de que los adultos mayores necesitan desempeñar nuevos roles en la sociedad, no existe una definición sociocultural clara de los roles atribuibles a los adultos mayores; es decir, no existe una delimitación de las funciones que han de desempeñar y, por lo tanto, cada individuo realiza lo que puede, lo que sabe, o lo que cree que se deba hacer en dicha etapa.

La ausencia de estas definiciones dificulta el desempeño de los roles a desarrollar por

---

<sup>13</sup> Desde la teoría de los roles, la identidad social se puede concebir como el resultado de la actividad con personas que ocupan diversos status complementarios.

los adultos mayores, ya que no están establecidas claramente las funciones que pueden desempeñar en dicha etapa (Kalish, 1996) ni su implicación social. Ésta situación no les permite tener un reconocimiento social y percibirse a sí mismos como individuos útiles (Piña, 2004). Los adultos mayores, como grupo social, al no tener funciones, responsabilidades y obligaciones específicas propias, en algunos casos, presentan dificultad para encontrar un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que parte del sentido de la vida se obtiene, precisamente, al cumplir los roles básicos asignados por la sociedad. Dichos roles les permiten encontrar su dimensión social de ser.

Asimismo, la falta de roles a desempeñar por los adultos mayores genera y mantiene los estereotipos negativos y la ideología que se denomina “viejismo”, que define a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, proyectando sobre los adultos mayores una imagen de incapacidad, de inutilidad social y de rigidez (Piña, 2004). Al no establecer funciones propias, la falta de roles encasilla a los individuos en el declive físico y mental, reafirmando la incapacidad en los adultos mayores, lo cual, constituye un círculo vicioso de exclusión que afecta a este grupo y lo reduce a un rol pasivo en relación a sus circunstancias de la vida diaria y a su posición en la sociedad.

Para modificar ésta situación es importante tener presente que las causas de deterioro actual de los individuos en la vejez, no son solamente biológicas, sino que responden en gran medida, a una serie de pautas culturales que los limitan y no les permite desarrollarse. A la luz de lo anterior, se puede afirmar que gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan el envejecer no son atribuibles a la edad por sí misma, sino que es el producto de la forma como está estructurada la sociedad (Piña, 2004:42).

## FACTORES SOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ENVEJECIMIENTO

### La Vida Social

A partir de las diversas transformaciones fisiológicas, psicológicas, económicas y sociales que experimentan los individuos al envejecer se establecen variaciones en las relaciones y actividades sociales que difieren de otras etapas del desarrollo. La diversidad con la que se vive y se envejece son infinitas, a continuación se exponen las variaciones más generales que experimentan los adultos mayores en sus relaciones sociales:

1. La entrada en estado de jubilación. Se refiere al cese de la llamada vida económicamente activa. En algunos individuos tiene especial importancia debido a su repercusión en la vida social de dichas personas. La pérdida de la actividad laboral significa la limitación del círculo de relaciones personales, ya que desaparecen todas las relaciones propiamente profesionales, independientemente de la cantidad y de la gratificación que producía. Algunos individuos presentan desorientación y acomplejamiento por la edad, tal vez por la pérdida de oportunidades sociales relacionadas con la pérdida de la actividad laboral (Quintana, 1999).

2. La posibilidad de nuevas relaciones sociales. El fenómeno social de la jubilación tiene su contrapartida, en el sentido en que, las personas, al quedar libres de la responsabilidad laboral, disponen de mayor tiempo. Ésta circunstancia permite al adulto mayor la libertad de establecer nuevas relaciones a partir de diversos escenarios de actividad. Los clubs de jubilados son un buen exponente y canalización de este fenómeno (Quintana, 1999).

3. La posibilidad de nuevas actividades. Las personas, al quedar libres de las funciones laborales disponen de mayor tiempo libre, el cual puede ser utilizado en diversas ocupaciones. El adulto mayor tiene la libertad de elegir las actividades que desea efectuar sin restricción de tiempo. Los pasatiempos, como la carpintería, son un ejemplo de ello. Sin embargo, no todos los adultos mayores emplean el tiempo disponible en nuevas actividades, restringiendo sus actividades sociales (Quintana, 1999).

4. La sustitución y el intercambio de roles. El individuo, al entrar a la categoría de adulto mayor, sustituye algunas funciones que había venido desempeñando por nuevas ocupaciones; es decir, al desaparecer algunos roles aparecen otros, por lo que al envejecer el individuo tiene diferentes roles por desempeñar, lo que da a lugar a diferentes formas de actividad en ésta etapa.

5. El posible mantenimiento de la participación social. La participación social del adulto mayor varía en función de las prioridades de cada individuo, ya que no es condición propia de la edad. Algunas personas continúan igualmente activas; no obstante, otras personas pueden disminuir la intensidad de la participación en la vida política o pública (Quintana, 1999).

6. El acceso a la categoría de pensionistas. La base económica tiene mucha importancia para la vida social de las personas mayores. La repercusión que esto supone en

la condición de pensionista no está todavía bien definida, ya que depende, naturalmente, de la cuantía de la pensión. Sin embargo, en muchos casos implica la reducción de los ingresos, situación que limita las posibilidades de actividad social (Quintana, 1999).

7. La existencia de cierto conformismo generalizado. En algunos adultos mayores existe cierto cansancio de lucha por la vida, lo que produce ciertas actitudes de conformismo que dan una particular imagen de la vida y de la función que cada uno desempeña en ella (Quintana, 1999). Por lo tanto, la vida social y las funciones desempeñadas por cada individuo estarán determinadas según la imagen que prevalezcan frente a la vida.

La vida social de los adultos mayores puede continuar activa, al igual que en etapas anteriores, aun y cuando existan cambios biológicos, económicos, sociales, emocionales y psíquicos en los individuos con respecto a su vida anterior. La vida social puede mantenerse a pesar de que exista alguna disminución en las facultades fisiológicas y/o cognitivas o al aparecer ciertas enfermedades crónico-degenerativas que van a modificar su dinámica de vida y en cierta forma, van a limitar su autonomía e independencia personal. Quintana (1999) establece seis posibles situaciones que pueden experimentar los adultos mayores al modificar su dinámica general de vida por la presencia de alteraciones fisiológicas que repercuten en las actividades y limitan su vida social. Entre ellas se encuentran:

1. La disminución de una capacidad general de socialización, debida a cierta pérdida de pensamiento lógico con regresión al pensamiento mágico infantil.

2. El incremento de manifestaciones de un temperamento poco sociable, lo cual tiene que ver con lo anterior y constituye una ampliación de ello. Hay personas que tienen un carácter que no favorece las relaciones sociales, manifestándose en impulsividad, reacciones exageradas, actitudes dominantes, introversión, humor variable, oposicionismo, susceptibilidad, etc.

3. La existencia de una dependencia creciente ocurre debido a la pérdida de capacidades que posibilitan la propia autonomía. Ésta situación es importante porque genera una de las mayores fuentes de insatisfacción personal en los adultos mayores. La dependencia puede ser de distintos tipos: cognitiva, física, económica, social, emocional o laboral. La trascendencia radica en que compromete el estatus social del individuo, ya que va disminuyendo al aumentar la dependencia (la posición social del individuo dependiente es débil).

4. La aparición de un sentimiento de inferioridad. La dependencia genera inevitablemente, en el individuo que la experimenta, una disminución de su autoestima personal. Lo que produce en el adulto mayor no sólo sufrimiento íntimo, con la consiguiente tensión emocional interior, sino también ocasiona comprensibles reacciones de autodefensa, como las formas de compensación que tienden a la agresividad y al comportamiento antisocial manifestado en los adultos mayores en respuestas agrias y ofensivas, tozudez, mal carácter y poca paciencia.

5. Un posible sentimiento de marginación. La marginación no es un fenómeno natural ni psicológico, sino social: hay marginación cuando un individuo se aísla del grupo social o el grupo lo excluye. En los adultos mayores puede presentarse ésta situación por un lado, al existir pocas relaciones y actividades sociales que lo desvinculan de su grupo social y por

otro lado, debido a que las relaciones con las que cuenta el individuo no lo integran totalmente.

6. La pérdida de los seres queridos representa una amarga experiencia que aguarda a las personas más longevas, que se ven obligadas a sufrir la muerte y separación del consorte, tal vez de los hijos, y siempre de parientes y amigos, con los cuales han comprometido su vida y los mejores momentos de ésta.

7. A pesar de la presencia de dichas situaciones en la vida social de los adultos mayores, los beneficios asociados a las actividades sociales (que aportan las relaciones sociales en el envejecimiento) son considerados positivos para la salud y el bienestar de los seres humanos; entre otras cosas porque 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). 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.

Weiss (1982, citado en García, 2002) considera que el bienestar de las personas mayores depende de la existencia de una serie de relaciones que satisfacen necesidades sociales específicas. Debido a ésta necesaria especialización, las personas requieren de una mezcla de diferentes relaciones para satisfacer sus necesidades personales y alcanzar el bienestar personal a través de las relaciones sociales. Las seis necesidades fundamentales son:

- *El apego o cariño* es la sensación de seguridad y cercanía emocional, obtenido a través de la relación de pareja o de otras relaciones íntimas.
- *La integración social* es el sentimiento y la percepción de formar parte de un grupo de personas que comparten intereses o actividades comunes; generalmente es fruto de las relaciones con los amigos y de la pertenencia a un grupo.
- *La reafirmación personal* se obtiene a través del reconocimiento de los demás, de las habilidades, las capacidades y el desempeño de los roles; en muchas ocasiones este reconocimiento es obtenido por el grupo de iguales.
- *La seguridad* se encuentra al percibir que se puede contar con la ayuda de los demás en cualquier circunstancia; la familia ocupa el papel más destacado en la provisión de ésta función.
- *La información* es el consejo o la guía para superar las situaciones estresantes; es una de las necesidades menos específicas en cuanto a su fuente de provisión.
- *La posibilidad de cuidar a otras personas* está acompañada por la sensación de tener un papel importante y útil al proveer cierto bienestar a otras personas (García, 2002).

En el envejecimiento, de acuerdo con Weiss (1982, citado en García, 2002), el adulto mayor tendrá mayor posibilidad de cubrir estas seis necesidades sociales básicas para obtener bienestar al tener mayor número de relaciones personales en los diferentes espacios donde se desenvuelve y según los roles que ejecute. Ishii-Kuntz (1990, citado en García, 2002) encontró que la actividad social tiene, al igual que ocurre en otras etapas de la vida, una importante repercusión sobre el bienestar personal de los mayores. Ésta satisfacción de

necesidades sociales específicas va a influir en los otros ámbitos que integran al individuo y que se interrelacionan con él.

Las actividades sociales que se realizan a través de las relaciones sociales traen beneficios en la capacidad funcional y en la función cognitiva de los individuos. Se ha observado repetidamente que los adultos mayores que tienen amplias relaciones sociales tienen menor riesgo de morir que el de las personas mayores que viven aisladas o que tienen pocos contactos sociales. Los estudios realizados por Bassuk, Glass y Berkman, (1999) indican que la cantidad y el tipo de relaciones sociales influyen en la disminución del riesgo de demencia, observándose un aumento de este riesgo a medida que se acentúa el aislamiento social.

La riqueza de las actividades sociales (en número e intensidad) dan lugar a una mayor adaptación del adulto mayor a su dimensión social, situación contraria al aislamiento y la soledad (Hidalgo, 2001). Havighurst y Albrecht (1953, citados en Odone, 2000:99) apoyan la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales se correlacionan de forma significativa con un nivel elevado de integración y bienestar percibido por la persona mayor. Por lo tanto, un estilo de vida activo y lleno de roles mantiene a las personas mayores con bienestar social y personal en la medida que se sienten útiles física, social y familiarmente.

El individuo alcanza una vejez con bienestar cuando descubre y realiza nuevos roles o pone los medios necesarios para conservar los que venía desempeñando. Así se demostró en un estudio realizado por Okun, Stock, Haring y Witter (1984), donde la actividad de las personas mayores con amigos se correlaciona significativamente con menores índices de soledad y con un mayor bienestar personal. La soledad según Bazo (1990), la define como una vivencia penosa por la ausencia de algo o alguien, así como también como el estado de melancolía por la muerte o ausencia de una persona querida. La soledad, más que ninguna otra circunstancia, ocasiona el mayor deterioro en el bienestar de los adultos mayores, ya que el sentimiento de soledad interfiere negativamente, de forma tanto directa como indirecta, en los diversos aspectos que contribuyen al bienestar de los adultos mayores y en su felicidad.

La influencia de la soledad se asocia con conductas de tipo solitario, es decir, ausencia total o parcial de visitas de familiares y amigos, mayor introspección y aislamiento; asimismo, parece influir también en las emociones, encontrándose sentimientos de menor felicidad, mayor depresión, sensación de derrota en su vida y una autopercepción de viejo, mayor deseo expresado de vivir a solas y, en algunos casos, deseos de no vivir más (Bazo, 1990).

Collins y Paul (1994, citados en Musitu, 1999) realizaron un estudio sobre salud funcional y apoyo social en una muestra de mujeres mayores de 65 años que vivían solas, y constataron que aquellas que tenían mayor bienestar personal eran aquellas que se sentían útiles, que se adaptaban con más facilidad a las diferentes situaciones, tenían la sensación de que pertenecían al lugar donde vivían y que aceptaban con valor el hecho de hacerse mayores. Además, tenían relaciones interactivas satisfactorias con la mayoría de las personas. Los hallazgos de ésta investigación sugieren que la salud funcional y el apoyo social percibido son esenciales para el bienestar psicosocial.

## El Trabajo

La vida de los seres humanos gira en torno al trabajo, su preparación, su lugar de vivienda, la organización de su tiempo, por mencionar algunos. Por lo tanto, socialmente el trabajo representa la actividad más importante en la organización humana. La psicología considera al trabajo como la actividad fundamental para el desarrollo del ser humano, la actividad que realizará dependerá de su preparación y constituirá el marco de referencia para que el individuo establezca las aspiraciones, el estilo de vida y hasta la propia identidad.

El trabajo constituye la actividad humana primordial, las sociedades se organizan en función del trabajo y las personas estructuran su vida en etapas y tiempos laborales. El trabajo constituye así el principal contexto modelador de los seres humanos, la principal raíz de su ser y su quehacer (Martín-Baró, 1985:237).

En el ámbito personal, el trabajo constituye el marco de referencia de la vida emocional, la persona se hace socialmente significativa, aportando valor hacia los demás. El trabajo comprende el contexto de la existencia humana; cada mundo laboral concreto constituye un sistema social específico, con sus intereses grupales, valores, principios, normas y estilos de vida. Por otro lado el trabajo ubica al ser humano en un contexto ambiental que le permite convivir y realizar sus tareas, es decir, el trabajo lo sitúa en un lugar determinado. No sólo es lo que hace la gente, sino también en qué condiciones realiza la actividad y su valor social en un contexto cultural determinado.

La jubilación supone el cese de la actividad laboral en los adultos económicamente activos. Esta situación no representa en la mayoría de los casos la incapacidad funcional para continuar trabajando, ya que, considerando el aumento de la esperanza de vida y los avances médicos, actualmente las personas de 65 años o más tienen la posibilidad de iniciar una etapa vital plenamente satisfactoria, tanto individual, como sociocultural. La jubilación supone un cambio en la estructuración del tiempo que pasa del horario laboral al tiempo libre y que modifica las relaciones sociales que el adulto mayor tiene.

Sin embargo, la jubilación se considera como una desvinculación socialmente obligada que segrega a los individuos de una categoría socialmente específica (Vizcaíno, 2000). Al perder la actividad laboral, el adulto mayor pierde también dicho espacio de actividad, que se manifiesta en la disminución de sus contactos cara a cara y en la reducción de sus relaciones sociales. La importancia de las relaciones que se establecen en el ámbito laboral radica en que, al jubilarse el individuo, se transforma el conjunto total de sus relaciones sociales a las que pertenecía y con las cuales se siente vinculado en algún sentido (Fericglá, 2000). Por lo tanto, si el adulto mayor no busca establecer nuevos contactos que lo integren a la sociedad, a través de actividades en espacios de actividad social diferentes, poco a poco quedará aislado de la vida social, lo que va a implicar en su bienestar<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> En algunos casos, las relaciones sociales de algunos adultos mayores jubilados se transforman. Es decir, los amigos que habían sido compañeros de trabajo se convierten en amigos con quien jugar cartas a partir de la jubilación, lo cual permite mantener el vínculo establecido y continuar con la relación social previa a la jubilación.

No obstante, no todos los individuos que pertenecen a la categoría de adultos mayores pasan por el cese de la actividad laboral y/o jubilación, ya que en algunos casos continúan trabajando o se mantiene activos, ya sea porque tienen negocio propio, porque cambian de trabajo al jubilarse o porque su situación económica no les permite dejar de trabajar. Las relaciones sociales de los adultos mayores que se encuentran activos continúan vigentes, por lo que, al ingresar a la categoría de adulto mayor el individuo no modifica su vida social, ya que permanece dentro del tejido social, lo que le permite seguir interactuando.

De igual forma, la mayoría de las mujeres que actualmente son adultas mayores se dedicaron principalmente a las tareas del hogar (labores domésticas) y al rol de madres, por lo tanto, al unirse a la categoría de adultas mayores no existe ruptura en los roles que venía desempeñando, ni en sus relaciones ni en las actividades de la vida diaria. Su vida social no se transforma ya que las relaciones sociales establecidas no dependen de un contexto laboral. Por lo general, las mujeres adultas mayores se mantienen más ocupadas que los hombres; para ellas el retiro del trabajo asalariado no supone la jubilación del trabajo doméstico ya que además de continuar su trabajo cotidiano en las tareas del hogar, apoyan a los hijos trabajadores en actividades tales como el cuidado de los nietos o de otros niños, o bien en otras actividades para generar ingresos complementarios (Rodríguez, 1999). “Se ha pensado que esto a la larga representa una ventaja para las mujeres, ya que siguen siendo 'útiles' de alguna manera y por ello mismo tienen mejores oportunidades de desarrollar nuevos intereses e identidades” (Morales, 1999).

## **Las Relaciones Sociales**

Las relaciones sociales de los seres humanos, en cualquier etapa de su ciclo vital, son aquellas que se establecen con el conjunto de personas, familiares, vecinos, amigos, colegas y otras personas a las que el sujeto se siente vinculado en algún sentido (Fericgla, 2002) y percibe como significativas (Sluzki, 1998), e involucran algún grado de reciprocidad y bidireccionalidad entre los individuos. A través de las relaciones sociales los individuos intercambian información, afecto, asistencia, recursos o consejos y a cambio demandan respeto, retribución o lealtad (Gil y Schmidt, 2002).

El conjunto de las relaciones personales de cada individuo son parte de un sistema social que les permite relacionarse activamente para estar integrados a él. Esta relación activa se manifiesta a través de las diferentes formas de actividad que realiza el sujeto con el medio que lo rodea; es decir, la actividad social representa la acción que realizan los individuos en el marco de las relaciones sociales<sup>15</sup>. Como dice Fisher (1998) el concepto de relación define una dimensión de la realidad social y la noción de actividad representa el proceso mediante el cual se expresa dicha realidad social.

Existen varias clasificaciones que se han realizado de acuerdo a diferentes categorías de análisis que involucran las relaciones sociales. Fisher (1998) establece que las relaciones sociales pueden descomponerse en tres formas, en función de las situaciones en las que se

---

<sup>15</sup> Así pues, al estar activo se favorece la integración al sistema social en el que se vive a través de las relaciones sociales.



expresan:

- La relación interpersonal o la relación con el otro: estudia las actividades como situaciones de individuo a individuo. Las relaciones personales muestran que los vínculos con el otro se desarrollan a partir del individuo, considerándolo como una unidad y un polo de consistencia.
- La relación organizativa o conforme a las normas: estudia las actividades a partir de los roles que cada persona desempeña según su pertenencia a una sociedad o grupo social dado. Se considera que el individuo está obligado a realizar determinadas actividades, siguiendo comportamientos reglamentados y socialmente definidos. En este caso, se diría que el ámbito social es el que estructura las relaciones. La relación organizativa deja de considerarse como una cuestión de buenos o malos sentimientos entre los individuos presentes, para centrar la atención en las obligaciones y las posiciones sociales ocupadas. En estas relaciones interviene el peso de las estructuras jerárquicas y los sistemas de poder diferenciados en distintos grados; la relación se apoya sobre un régimen de autoridad que impone a los individuos funciones y modos de actuar que dan estructura a la relación con los demás.
- La relación social o la relación según la diferencia: las actividades que los individuos realizan no sólo dependen de los roles que desempeñan, sino también derivan de las relaciones que establece con su grupo a partir de la pertenencia a una categoría social específica, a una raza, o a una edad. Este conjunto de factores da forma a las relaciones al crear diferencias y distancias socioculturales entre los individuos (lenguaje, estilo de vida, modo de vestir).

A su vez, Hernández (1999) establece diferencias en las actividades sociales según el tipo de relaciones que se presenten, clasificando a las relaciones en primarias y secundarias. Las actividades sociales que se producen en las relaciones primarias son duraderas e implican a las personas en una variedad de roles, permitiéndose expresarse y comunicarse abiertamente en diversos ámbitos; son de naturaleza personal, íntima y emocional, y se establecen principalmente entre familiares y amigos. Por el contrario, las relaciones secundarias son de carácter instrumental, coyuntural y se usan para un fin específico; son formales, impersonales, carentes de emoción, implican a las personas en un sólo rol y se forman entre compañeros de trabajo, de asociación o entre vecinos (Bazo, 1990). La existencia de ambas relaciones es necesaria para la integración social de los individuos y fundamental para la satisfacción personal en cualquier período vital (Hernández, 1999).

La clasificación que realizan Gil y Schmidt (2002) la establecen a partir de las diferentes funciones que tienen las relaciones sociales. Es decir, las relaciones pueden ser vistas como canales de flujo (de recursos materiales y no materiales) que permiten el intercambio de información, servicios, bienes, dinero o ayuda entre los individuos. Las relaciones también pueden ser vistas como roles donde se establece una posición social y se delimitan ciertas maneras de interactuar socialmente en función del rol desempeñado. Y por último, las relaciones sociales pueden ser vistas como vínculos afectivos o emocionales, las cuales permiten mantener la cohesión entre personas, ya sean en pares, grupos primarios o comunidades.

Por su parte, Levinger y Snoek (1972) distinguen tres niveles de intimidad en las

relaciones sociales, que implican modalidades de actividad específicas en cada uno de ellos:

- *El contacto inicial* representa la actividad que se establece en la relación casual, que no involucra continuidad en el tiempo.
- *La relación superficial* se organiza en torno a los centros de actividad de intereses comunes (como cines, eventos deportivos, por mencionar algunos). Este tipo de relación se constituye a partir de los roles que desempeña cada individuo, los intercambios se establecen con compañeros de trabajo, vecinos y personas próximas; la mayoría de nuestras relaciones cotidianas se constituyen habitualmente de este modo.
- *La relación profunda* puede variar en el nivel de reciprocidad que transforma las relaciones superficiales en relaciones de apego y amor; en este nivel se crea una esfera de intimidad que involucra estrechamente al otro en lo que uno hace y en lo que uno piensa, y viceversa, aquello que el otro hace y piensa se comparte, estableciéndose el factor de intimidad.

La importancia de las relaciones sociales radica en que permiten formar los vínculos sociales. Estos constituyen un rasgo de sociabilidad en el ser humano, expresado por la necesidad fundamental de poder contar con los demás, a través del apoyo e intercambio mutuo (Fisher, 1998). Ha sido mediante los vínculos sociales de afecto, de lenguaje y de comportamientos como el sujeto se va adaptando a las situaciones cambiantes de las etapas de su vida.

En las relaciones sociales se establece el sentimiento de filiación, el cual aparece como la búsqueda de una relación en cualquier circunstancia y agrupa las diferentes conductas que permiten la formación de los vínculos con los demás. Según Wilson (1975, citado en Fernández-Ballesteros, 2002), la filiación está en gran parte ligada a la necesidad que tienen los individuos de cooperar para vivir en sociedad, lo que representa un factor constitutivo del vínculo social e interviene de manera significativa cuando los individuos se encuentran en situaciones de estrés o en situaciones de ansiedad.

Las relaciones sociales en los seres humanos permiten la expresión de actitudes positivas (la simpatía) que pueden manifestarse por el deseo de vinculación; esta circunstancia plantea la importancia de la dimensión afectiva en las relaciones sociales (Fisher, 1998). A través de los vínculos afectivos se abordan las relaciones sociales en función de lo que sentimos con respecto a los demás, así como la valoración y la importancia que se otorga a la relación por ambas partes.

Al igual que en las otras etapas del desarrollo, en el envejecimiento el individuo necesita de las relaciones sociales para mantener los vínculos afectivos que constituyen el rasgo de sociabilidad del ser humano. Según Fisher (1998) en los adultos mayores las relaciones sociales tienen mayor peso por la necesidad afectiva de no decaer, ya sean de tipo familiares o amistosas. Bazo (1990) encontró que los adultos mayores que mantenían menos contactos y actividades sociales eran las personas que mostraban tener menor bienestar en general; es decir, la soledad y el aislamiento se asocia con la disminución del bienestar; por el contrario, las personas mayores más vinculadas a la sociedad aparecieron con sentimientos más positivos y con mayor satisfacción personal produciéndose una relación positiva entre la actividad social que desarrollan y su satisfacción personal.

## La Familia

El estudio de la familia se ha abordado según Ariza y De Oliveira (2001), desde tres enfoques macroestructurales. El enfoque socioestructural propone que las pautas de formación y disolución familiar constituyen el medio a través del cual se ven materializados los procesos de reproducción biológica y social. La perspectiva económica considera que, las familias y los hogares constituyen unidades de producción y consumo que aseguran el sostenimiento de sus miembros, al cubrir sus necesidades, así como la provisión de fuerza de trabajo. Y por último, el enfoque sociosimbólico afectivo establece que la familia proporcionan el entramado de sentidos y significados, de emociones y afectos, que determinan la existencia e intensidad de los lazos primarios, los de mayor permanencia en la historia individual. De ésta manera, cada una de estas dimensiones y el estudio de las mismas, involucra diferentes formas de actividad social abordando distintas esferas del mundo familiar (Ariza y Oliveira, 2001). En esta investigación profundizaremos en la dimensión sociosimbólica afectiva, ya que resalta la importancia y la función de las relaciones familiares en los adultos mayores.

El concepto de familia representa al conjunto de personas unidas por el sentimiento de pertenencia a un grupo consanguíneo y que, además, están ligados por vínculos de solidaridad y afecto (Morales, 1999). Vejez y familia son una constante que aparece fuertemente cohesionada por factores como la herencia, el deber, el compromiso familiar, los sentimientos afectivos de diversos lazos sanguíneos, espirituales, vecinales y de afinidad, que toman pequeñas estructuras o redes familiares extensas cuyo único fin es hacer frente a los problemas de la vida cotidiana (Cabral, 1981:55,77).

La familia es una institución que permite el intercambio entre sus miembros de afecto, apoyo, aceptación, intimidad, comprensión, compañerismo, crecimiento personal, paz emocional, serenidad, amor y respeto incondicional (Musitu, 1999). Las relaciones familiares positivas representan la solidaridad, la estima y la valoración del otro; el cariño, la alegría y el gozo del compartir la vida, permitirá el desarrollo de la vida plena y de la salud, al constituir un lugar privilegiado de humanización, socialización, realización, gratificación. En cambio, las relaciones familiares negativas suponen abandono, marginación, desprecio, maltrato o negligencia; entonces las relaciones familiares se convierten en un lugar de decaimiento y tristeza, de disgusto externo e interno, de vida enfermiza e insana y en definitiva repercuten negativamente en el bienestar integral de los individuos (Salinas, 2000).

La familia es la estructura social que se convierte en referente social central en la vida de los adultos mayores, debido a que representa para el adulto mayor un soporte básico, que le permite desarrollarse dentro de un contexto estable para él. Ackerman (1986) señala que los vínculos familiares aseguran la supervivencia física y construyen lo humano del individuo; es decir, la satisfacción de las necesidades tanto biológicas como el despliegue de cualidades humanas (Fericgla, 2002). Los motivos anteriormente citados explican que la familia juega un papel importante, debido a que cumple con la necesidad humana de amar y ser amado, de ser respetado y aceptado. La familia proporciona un espacio que contribuye a percibirse de forma útil, a la autoestima y a la imagen positiva que tiene el adulto mayor de sí mismo. Estos factores descansan en relaciones afectivas y sociales satisfactorias y en la

participación activa en la comunidad (Morales, 1999).

La familia es un reflejo de la sociedad, ya que constituye un microsistema social donde todos los miembros mantienen un universo de relaciones, de negociaciones, de contradicciones, que operan como búsqueda de acercamiento y deseo de autonomía, necesidad de diálogo y exigencia de privacidad, palabras y silencios, acciones y reacciones, dominios y sumisiones, satisfacciones y sufrimientos (Musitu, 1999).

### **Las Funciones de la Familia**

La familia es un conjunto de relaciones, una forma de vivir juntos y de satisfacer necesidades emocionales mediante la actividad de sus miembros, que junto con el amor, el odio, la diversión y la violencia, constituyen un entorno emocional en el que cada individuo aprende las habilidades que determinarán su actividad con otros en el mundo que les rodea, es decir, en la familia se forman y practican las bases de la actividad humana, se aprenden sentimientos de respeto, valoración, consideración y preocupación por los demás, entre ellos, el respeto y el valor a los mayores (Musitu, 1999).

La familia tiene el objetivo de socializar a los miembros en un determinado sistema de valores, normas, creencias. En la familia como grupo primario, la socialización<sup>16</sup> se desarrolla como función psicológica, como función de interrelación de sus miembros y como función básica de la organización social. En torno a la socialización se distribuyen los roles familiares, se delimitan las expectativas y las conductas paterno-filiales; en este sentido, la socialización es el eje fundamental donde se articula la vida intrafamiliar y el contexto sociocultural con su carga de roles, expectativas, creencias y valores (Molpeceres y cols. 1994, citados en Musitu, 1999), y quizás es el eje fundamental de la vida familiar. Al mismo tiempo, la familia es también un espacio de articulación de la actividad familiar con el contexto sociocultural en el que la institución familiar se inscribe (Musitu, 1999).

La familia contribuye al desarrollo de la identidad<sup>17</sup>. Los adultos mayores participan de forma significativa en este proceso, según Alberdi (1999), a través de ellos se transmiten las costumbres, las tradiciones del grupo, las vinculaciones geográficas e históricas. Los adultos mayores son el pilar sobre el cual se construye la vida afectiva de la familia, el sentimiento de pertenencia y de vinculación a un linaje.

El papel de los adultos mayores en la familia se refleja a través de la participación como abuelos. Éstos emergen como figuras fundamentales en las redes familiares, ya que desempeñan roles importantes en el seno de la institución familiar (Alberdi, 1999). Los abuelos contribuyen al desarrollo psicosocial de sus nietos de manera directa e indirecta: de forma directa los adultos mayores funcionan como patrones de actividad proveyendo estimulación cognitiva y afectiva en los niños, además de ser agentes proveedores de

---

<sup>16</sup> Estos procesos de socialización desempeñados por los padres, y cada vez más frecuente por los abuelos, representan una de las funciones más ampliamente reconocidas de la familia.

<sup>17</sup> La familia nos otorga el nombre y el apellido que son nuestras primeras formas de identidad personal y a ello contribuyen de forma significativa los padres y los abuelos (Musitu, 1999).

cuidados; y de manera indirecta, el rol de los abuelos es un recurso de apoyo social para los padres, por lo que los cuidados prestados por los abuelos no sólo proveen a los nietos recursos de socialización y madurez sino que, además, alivian parcialmente a los padres de sus responsabilidades parentales (Musitu, 1999).

El apoyo social constituye otra de las funciones que tiene la familia para los adultos mayores, representa aquellas formas de ayuda que puede ofrecer como grupo social y que necesitan de manera individual durante las diferentes etapas del curso de vida. Oakley (1992, citado en Montes de Oca, 1999) refiere que el apoyo se brinda a aquel que lo necesita, que presenta condiciones de vida adversas o que requiere de atención por enfermedad, apoyo material, afectivo o psicológico.

El nivel de apoyo que la familia brinda en la atención y el cuidado del adulto mayor está en relación al nivel y a la forma de la ayuda necesitada; la ayuda requerida puede presentarse de muy diversas formas (económica, funcional, emocional, psicológica, instrumental), al mismo tiempo que se relaciona con múltiples causas, puede variar en grado y puede ser reversible o no (Laforest, 1991). Por lo que, cada individuo, de acuerdo a su situación de vida, difiere en las formas de ayuda necesitada, es decir, habrá personas que, por ejemplo, necesiten apoyo económico por parte de sus hijos pero no requieren de ningún apoyo a nivel funcional; asimismo, habrá personas con liquidez económica pero con deterioro orgánico, el cual puede dar lugar a la incapacidad para realizar tareas cotidianas que le permiten cubrir sus necesidades fisiológicas básicas, requiriendo ayuda a nivel funcional e instrumental.

El apoyo de los hijos hacia los padres puede beneficiar en la percepción de bienestar y en el sentimiento de felicidad en las personas mayores. Es probable que, entre los miembros de la familia se establezcan sentimientos de reciprocidad, es decir, los padres que han dedicado gran parte de su vida al cuidado de sus hijos, es posible que esperen compensación a sus atenciones, y más aún si se encuentran enfermos, necesitados o dependientes de algún tipo de ayuda. Por el contrario, la ausencia de dicho apoyo tendrá un efecto negativo en la salud y en el bienestar de la persona mayor (Musitu, 1999)<sup>18</sup>.

Según Salinas (2000), las relaciones familiares se convierten en el principal medio de curación, no sólo por la atención de necesidades básicas, sino también, porque implican una ayuda y un consuelo para las necesidades del espíritu, como son la soledad y el desánimo, la desesperación o el abandono pasivo. El grupo familiar les ayuda a sobrellevar las limitaciones y el dolor de las pérdidas, disminuyendo los factores de angustia; los apoyos que reciben expresados en consejos e información respaldan los sentimientos positivos y a su vez les permite satisfacer una de las necesidades más importantes de todo ser humano: amar y sentirse amado (Morales, 1999).

## **La Familia Actual**

---

<sup>18</sup> Sin embargo, no en todas las familias se considera una obligación moral atender las necesidades de sus padres, ésta situación repercute negativamente en los adultos mayores.

Uno de los aspectos más destacables en las relaciones de nuestros mayores, en el seno de las familias en ésta época, es su independencia hasta edades muy avanzadas. Las personas mayores, a la vez que crecen sus expectativas de vida, han aumentado su nivel medio de salud y tienen recursos económicos suficientes para vivir de manera independiente. En nuestros días, podríamos decir que lo que sucede con los adultos mayores es que se convive menos con ellos, pero se coexiste más (Alberdi, 1999).

La familia sigue siendo para las personas mayores la principal fuente de apoyo en caso de necesitar ayuda económica o cuidados. Sin embargo, es cierto que los cambios familiares están transformando la capacidad de muchas familias para asumir todo el cuidado del adulto mayor, debido principalmente a dos factores: 1) porque cada vez hay un menor número de cuidadores potenciales a los que un adulto mayor puede recurrir, debido a la disminución del número de hijos, 2) porque existe una tendencia universal de prolongar la adolescencia en los hijos, situación que implica apoyar económicamente y atender a sus propios jóvenes durante más tiempo, lo que sin duda dificulta la solidaridad familiar con sus padres (Mota, 2000)<sup>19</sup>.

La familia que enfrenta la presencia y atención de un adulto mayor enfermo, además del incremento en las necesidades económicas se presenta la necesidad de mayores tiempos de atención conforme avanza en edad o en disfuncionalidad por motivos de salud; en particular la persona, que se hace cargo del adulto mayor enfermo, enfrenta conflictos y dificultades que tornan muchas veces ambivalentes las relaciones familiares y afectivas; el cuidador tiende a quejarse, sufrir ansiedad, sentir pena y también fatiga, en ocasiones ambos (adulto mayor y cuidador) se involucran en sentimientos depresivos, de hostilidad, distanciamiento afectivo y pérdida o disminución de recursos económicos (Asili, 2004).

Asimismo, los cambios en la estructura familiar afectan de manera directa la capacidad y los recursos que las familias tienen para brindar apoyo a sus adultos mayores. Estos cambios se encuentran en relación directa con la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, la disminución del tamaño de los miembros de la familia, la aparición de nuevos modelos familiares, y la mayor permanencia de los hijos en el hogar (Ribeiro, 2000). Además, también se observan transformaciones al interior de la familia como: una reformulación de las funciones parentales, los lazos con las familias de origen, los rasgos de transmisión intergeneracional, así como cierta disminución del mandato transgeneracional, una clara atenuación de la autoridad de los padres, cambios en el papel de la mujer, una redistribución del poder en la pareja, y la transformación en la construcción de metas o proyectos compartidos (De Riso, 2001).

A pesar de estos cambios, las redes de parentesco en las relaciones familiares actuales y la relación intergeneracional se mantienen, y hasta se han intensificado. La diferencia de relación actual la establece la variación en las formas y en los modos de contacto: a través del uso del teléfono, visitas más frecuentes por otros medios de comunicación más fácil (internet), celebraciones familiares, vacaciones compartidas, momentos de ayuda y/o acontecimientos diversos. Es lo que ha venido a llamarse la “relación de intimidad a distancia” (Mota, 2000).

---

<sup>19</sup> Estos factores están originando la transformación del papel de la familia como colchón amortiguador de las situaciones de precariedad que sufre un adulto mayor, pero no su desaparición.

## La Pareja

Entre las relaciones familiares que son mantenidas por el adulto mayor una de las más importantes, sino es la que más, es la que mantienen con el cónyuge; la relación marital es tan dinámica y cambiante en los últimos años como en cualquier otro período de la vida. Generalmente, es quien les brinda los cuidados y apoyo requeridos; además de constituir, por lo regular, la principal compañía con la que cuentan. En varios estudios puede constatar que antes de solicitar ayuda de los hijos, se acude con la pareja (Kalish, 1996).

El rol del esposo va desde proveedor hasta de ayudante, mientras que el rol de la mujer señala mayor aportación de amor y comprensión que en épocas anteriores. Por lo general, la imagen del matrimonio en la vejez es positiva, aunque se encuentre empañada por los problemas de salud y por la posibilidad de muerte, principalmente del varón (Kalish, 1996). Frecuentemente, al llegar a la vejez, hay un deseo cercano de mayor intimidad en la pareja y ésta se obtiene cuando los cónyuges envejecen juntos. En general, la relación de pareja disminuye los efectos negativos de la vejez, como por ejemplo: la jubilación, la disminución de ingresos y de las capacidades físicas, ya que la vida en pareja ofrece intimidad, interdependencia y pertenencia (González, 2000).

Las relaciones maritales sufren fuertes cambios en este período, puesto que comparten mayor cantidad de tiempo, sin embargo, entraña posibilidades tanto de beneficio a la relación como de conflicto, dependiendo de la historia anterior (Kalish, 1996). Aún cuando las relaciones entre los cónyuges sean buenas, sufren de transformaciones ante la llegada de nuevos miembros (esposos y suegros de los hijos, así como los nietos), lo cual incrementa la complejidad de los vínculos familiares (González, 2002).

En esta etapa se hacen patentes conflictos y dificultades que se habían mantenido ocultos y que en algunos casos llevan a la pareja a la separación, o bien, a enfrentar la relación y arreglar las cuentas del pasado (González, 2000). Por lo que, existen parejas con relaciones dañinas o por el contrario, se observan parejas que envejecen de forma armoniosa, apoyándose mutuamente.

La importancia de la relación con el cónyuge se observa en los adultos mayores al faltar éste. Ya que, generalmente se apoyan uno al otro en lo referente a problemas de salud, movilidad y actividades domésticas. De acuerdo con los datos arrojados por el Centro de Investigaciones Sociológicas en España, el cónyuge es quien apoya al adulto mayor en el 9 de cada diez de los casos en que éste presenta alguna enfermedad o problema de disfuncionalidad (Mota, 2000), esto sucede fundamentalmente porque al faltar la pareja se reduce la posibilidad de vivir de forma autónoma.

Por lo que, la pérdida de la pareja es un aspecto que interviene en el grado de vulnerabilidad del adulto mayor, lo cual implica una situación de precariedad y desventaja; ello implica una situación distinta para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, las cuales presentan mayores posibilidades de enfrentar la viudez, por la mayor esperanza de vida, pueden enfrentarse a una situación económica precaria al perder a su cónyuge, debido a que los ingresos económicos se reducen, ya sea porque la pensión por viudez es de menor cuantía que la pensión por jubilación o porque dejan de percibir el ingreso por salario del

esposo. De ésta manera, las mujeres son más susceptibles de sufrir por el deterioro de sus condiciones económicas y sociales de vida.

### **Los Amigos y Vecinos**

Aún con grandes lazos familiares las amistades ocupan un importante papel en la vejez. Con los amigos se comparte no sólo la edad, sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos y valores similares (Hernández, 1999). Tales similitudes hacen que la actividad sea agradable y libre de tensiones, ofreciendo además esta relación a los adultos mayores la posibilidad de realizar entre ellos intercambios iguales (Bazo, 1990). Operativamente la amistad consiste en desear y procurar el bien del amigo, compartir su ser, su tiempo y su vida (Adams, 2000).

Las relaciones de amistad tienen la cualidad de ser opcionales, ya que no son obligatorias, están basadas en la reciprocidad y en el afecto; los amigos enseñan a las personas lo que se espera de ellas y debido a que los amigos son mutuamente similares, el resultado de este proceso tiende a preservar del statu quo, no a cambiarlo. La simple presencia de un amigo, un gesto, una palabra suya, dicha sin gran trascendencia objetiva, puede procurarnos una alegría muy grande, al tiempo que nos brinda un socorro eficaz que nos permite afrontar con decisión y esperanza los acontecimientos de nuestra vida.

La amistad crece a partir de la simple sensación de que una persona es agradable, queriendo compartir su compañía y deseando su felicidad. En su forma ideal, la amistad está libre de todo cálculo y no requiere de nada a cambio, más allá de la oportunidad de expresarse (Adams, 2000). Los amigos pueden ser como una presencia que viene a llenar otras posibles ausencias como la actividad laboral, la salud, o incluso la pérdida de alguna persona querida.

La relación amistosa es esencial en la socialización e integración del adulto mayor en la comunidad; asimismo, los familiares pueden contribuir a integrar la red de amigos del adulto mayor, ya sea conformándola o en muchos casos facilitando las relaciones sociales (Adams, 2000). Musitu (1999) ha encontrado la importancia de las relaciones sociales con los amigos en el bienestar de los adultos mayores que son, normalmente, la continuidad afectiva de la familia; la amistad tiene importantes efectos en la autoestima, el estado de ánimo y en el percepción de bienestar y de felicidad en el adulto mayor.

Las relaciones de amistad traen numerosos beneficios para los adultos mayores, según García (2002) la percepción de compañía y la disponibilidad de una relación de amistad estrecha es el mejor predictor de felicidad y uno de los factores determinantes para la adaptación al proceso de envejecimiento. La amistad permite sentir a la persona que es más competente, valiosa y útil, favorece la identidad y la imagen propia, la felicidad y en el bienestar personal, la salud, la longevidad y en algunos casos, la riqueza y el éxito. Musitu (1999) encontró que se han reportado menores tasas de mortalidad y morbilidad en adulto mayor con mayores contactos sociales. Asimismo las personas mayores que tienen una historia de relaciones sociales recíprocas tienden a tener mayor autoestima, dominio y competencia social, así como relaciones de apoyo cualitativamente superiores. Adams (2000) ha observado una relación positiva entre los sentimientos de competencia, al



desempeñar el rol de amigo (proporcionando compañía, consejo, ayuda práctica y empatía) y un elevado bienestar personal en los adultos mayores.

Las amistades para las personas mayores son una de las fuentes de satisfacción más significativas, ya que pueden llegar a tener un impacto positivo en el bienestar de los adultos mayores. En la amistad existe una relación de reciprocidad entre los individuos, lo cual involucra a ambos en una relación de iguales, donde se intercambian apoyo, afecto y compañía. La amistad y las relaciones sociales son factores vitales en el bienestar de las personas mayores. Crohan y Antonucci (1989, citados en Adams, 2000) sostienen que sentirse necesitado es un sentimiento crucial para el bienestar del adulto mayor. Lehr (1998) señala que las personas mayores que mantienen mejor conexión con el medio y vínculos extrafamiliares no sólo disfrutan de bienestar personal, sino que demuestran mayores posibilidades de sobrevivencia. Sentirse útil ayuda a mejorar la propia habilidad para adaptarse al proceso de envejecimiento como resultado de sentirse una persona importante para el bienestar de alguien más, especialmente un amigo (Musitu, 1999).

Asimismo, Chappel y Badger (1989, citados en García, 2002) sostienen que disponer de amigos íntimos tiene un destacado efecto sobre el bienestar personal de estas personas adultas mayores. En su investigación demostraron que, una vez controladas medidas tan relevantes para el bienestar en las personas mayores como son la salud o los ingresos económicos, la disponibilidad de esta clase de amigos tiene un efecto independiente del resto de variables analizadas. Vennhoven (1991) afirma que, en muchas ocasiones, la existencia de una sola figura de apoyo muy próxima puede ser suficiente para promover el bienestar personal en las personas mayores.

Larson, Mannell y Zuzanek (1986, citados en García 2002) destacan la importancia que desempeñan las actividades lúdicas en el desarrollo de las relaciones sociales de los adultos mayores. Dicho contexto permite los intercambios entre amigos que producen espontaneidad, apertura, reciprocidad y retroalimentación positiva. Según estos autores, estas situaciones contribuyen en gran medida al bienestar de los adultos mayores como grupo, incluso más que las relaciones mantenidas con su familia, si bien éstas, a través de la seguridad y estabilidad que proporcionan a la persona adulta mayor, contribuyen a su bienestar integral, la relación con los amigos es la que incide en mayor medida en el bienestar inmediato. Estos autores confirman la frase de Adams (1967, citado en García, 2002) cuando dice: *“El familiar es la persona con la que cuentas y en la que confías, con los amigos te lo pasas bien”* (p. 70).

La posibilidad de establecer vínculos de amistades estrechos repercute en los adultos mayores en forma positiva, al incrementar la percepción de control del sujeto y, a través de ésta, aumentar su salud y su satisfacción vital. Según Levitt, Antonucci, Clark, Rotton y Finley (1986, citados en García, 2002), la disponibilidad de apoyo tiene una estrecha relación con el tamaño de la red de apoyo y el estado afectivo, que, a su vez, aparece vinculado a la salud y a la satisfacción vital.

### **Las Actividades en Grupo**

Se ha comprobado que el bienestar personal también se encuentra estrechamente

relacionado con las actividades que se realizan en grupo, en este sentido, se expresa el bienestar personal según la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal. La participación en actividades sociales permite que se ejerciten las capacidades humanas y se desarrolle la personalidad de los individuos (Fericgla, 2002). Una persona socialmente activa prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que se siente útil física, social y familiarmente (Adams, 2000).

Las actividades sociales pueden ser de distinta índole; pueden clasificarse en actividades físicas, psíquicas y sociales. Por su naturaleza pueden ser deportivas (la natación, las caminatas), educacionales (el análisis de películas, la práctica de refranes, contar historias), sociales (juegos de mesa, lectura en grupo), artísticas (música, canto, baile, pintura, escultura, entre otras) y artesanales o manuales (tejido, bordado). Según el tipo de participación se clasifican en individuales, por grupos y en masa.

Dentro de las actividades sociales García (2001) plantea que existen algunas para fortalecer y/o mejorar las funciones mentales como:

- Las que fortalecen la memoria a corto plazo, como la lectura comentada, el análisis de películas, la recopilación y la práctica de refranes, etc.
- Las que ayudan a mejorar las funciones visoespaciales como la pintura, el dibujo, juegos de destreza, etc.
- Las que ayudan a mejorar las habilidades perceptivas, como por ejemplo actividades desarrolladas en acuarios, terrarios, visitas a museos, etc.
- Las que fortalecen las actividades psicométricas, como son la caminata, la bicicleta, los rompecabezas, etc.

Las actividades sociales que se desarrollan en el envejecimiento dependen de las preferencias individuales, éstas se verán influidas a lo largo de toda la vida, tanto por la satisfacción que se encuentra en la realización de dichas actividades, como por las normas sociales; podemos distinguir una diversidad de actividades sociales, de esta forma existen personas mayores que centran sus actividades hacia el interior de sus hogares (por ejemplo, las amas de casa, cuyas preferencias se orientan a las actividades que se desarrollan en este ámbito, como las tareas domésticas, las manualidades, ver la televisión, el cuidado de plantas y los animales, por mencionar algunas); algunos individuos, por su parte, dedican mayor atención hacia actividades de tipo religioso, lo que les lleva a implicarse en ocupaciones que están vinculadas a este ámbito, ya sea acudir a encuentros religiosos, colaborar con las actividades de su parroquia, visitar a enfermos, entre otras; asimismo, existen personas que disfrutan de actividades de ocio y de esparcimiento, las cuales ocupan un papel importante dentro de su ritmo de vida, entre ellas se encuentran la asistencia a clubes y hogares, la participación en viajes, y la asistencia a espectáculos de cualquier tipo (García, 2002).

Las ventajas de realizar actividades en grupo son el descanso, la educación, el fomento a la cultura, el desarrollo personal, la expresividad y el mantenimiento de las relaciones satisfactorias (García, 2001). Para González (2000), una persona que se mantiene activa a través de actividades grupales, ya sean de benevolencia, de política, de recreación o de estudio le permite desenvolverse y desarrollarse, además de fomentar la creación de nuevas

amistades y vínculos afectivos, y acceder a nuevas formas de reconocimiento y de pertenencia; dichas actividades pueden ser de benevolencia, de política, de recreación o de estudio (Blanck-Cerejido, 1999).

Las actividades físicas, como el deporte, han demostrado que libera endorfinas, aumenta el consumo de oxígeno, activa la circulación y eleva la fuerza muscular. La recreación es imprescindible para la salud física y mental del individuo, asimismo, promueve la ocupación del tiempo libre mediante la práctica de actividades múltiples que contribuyen a la socialización e inserción del adulto mayor en el campo de las relaciones humanas y así tratar de evitar el sedentarismo, la frustración y la depresión (Herrera, 2001).

Del mismo modo, la rutina de ejercicios o la práctica de algún deporte ayudan a mantener la funcionalidad y autonomía en el adulto mayor. Dentro de los beneficios físicos que proporciona el ejercicio, podemos mencionar los que ayudan a regular la tensión arterial, retardan la pérdida de calcio, mejoran la función intestinal, ayudan a regular los niveles de colesterol en la sangre, etc. Los beneficios psicoafectivos del ejercicio permiten mejorar la autoestima, preservan la autonomía, mejoran el estado sueño-vigilia, ayudan al tratamiento de la ansiedad, etc. Por último los beneficios sociales que ofrece abarcan la participación de actividades sociales y en grupo, evitan el aislamiento, entre otras (García, 2001).

El ejercicio físico, especialmente el realizado en grupo, representa un contexto idóneo para la provisión y percepción de apoyo social entre las personas mayores. En este sentido, Cousins (1996 citado en García, 2002) indica que es la provisión de apoyo social lo que lleva a una buena parte de las personas mayores a tomar parte en estas actividades deportivas. El contexto del deporte se convierte de ésta manera en un entorno que facilita los contactos sociales y la creación de vínculos afectivos. El apoyo social que reciben de sus compañeros facilita la reafirmación personal y la integración social en este tipo de actividades a los participantes, lo que incrementa su percepción de competencia.

El envejecimiento satisfactorio y la actividad requieren tanto de un esfuerzo de una sociedad solidaria (con sistema de protección sanitaria y salud) como de la disposición del propio individuo, que es el agente de su propio desarrollo social y en buena medida de su salud, de su participación y de su seguridad (Fernández, 2002). Aunque es cierto que las personas de más edad tienen mayores posibilidades que otros grupos más jóvenes de perder relaciones sociales de apoyo significativas debido a sucesos vitales frecuentes en ésta etapa, como son mayores quebrantos de salud, la jubilación, pérdida del cónyuge o pérdida de amigos, entre otros (Musitu, 1999), sin embargo, estas circunstancias no determinan la ausencia de actividades sociales, de integración e implicación social en los adultos mayores a su entorno, ni la pérdida de sus vínculos afectivos y de apoyo.

Palmore (1979) encontró que las actividades realizadas en grupos se correlacionaban con la satisfacción vital de los adultos mayores y con su percepción de salud. Dichas actividades permiten el desarrollo de relaciones de apoyo y amistad, que van a permitir incrementar la satisfacción personal, la percepción de salud y el concepto positivo de sí mismo. En este sentido, el potencial benéfico de las actividades realizadas dependerá de las relaciones sociales que el adulto mayor establezca (García, 2002), por el contrario, las personas que se encuentran aisladas y se sienten solas, tienen la percepción de su estado de salud como deteriorada. Asimismo, Bazo (1999) sostiene que la soledad influye en la salud

y la percepción de positiva de ella, por lo tanto, al evitar o paliar en lo posible la soledad puede suponer una mejor la salud de los adultos mayores.

## **El Apoyo Social**

El apoyo social ha sido estudiado ampliamente debido a las implicaciones y beneficios sociales que ofrece<sup>20</sup>. La importancia del apoyo social en los seres humanos radica en que se establecen a partir de ciertas actividades sociales.

El punto de partida de los estudios sobre el apoyo social se establece según el nivel de análisis que se aborde. De esta forma, el apoyo social desde el punto de vista comunitario (nivel macro) examina el sentimiento de pertenencia e integración de los individuos en el entramado social, el cual representa a la comunidad en su conjunto como una organización social. El nivel de análisis medio estudia las actividades sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona, como consecuencia del apoyo social recibido; este nivel incluye el apoyo otorgado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación. Y por último, a nivel micro, el apoyo social explora las relaciones íntimas, es decir, el apoyo que proviene de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad, de compromiso y responsabilidad por su bienestar (Montes de Oca, 1999).

En el nivel medio de análisis, Lin (1986, citado en Musitu, 1999) establece que el apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza; estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Entre ellas se encuentran:

- *Las provisiones socio-emocionales* que incluyen las experiencias de afecto, respeto y estima. Representan el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona.
- *Las provisiones materiales* hacen referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa, como por ejemplo regalos, dinero, bienes, comida.
- *Las provisiones instrumentales*, las cuales también representan ayuda directa. Se refieren a la realización de actividades domésticas, al cuidado de un familiar, al cuidado de la casa del adulto mayor cuando se ausenta, a la facilitación de alojamiento o al cuidado ante contingencias en enfermedad, entre otras.
- *Las provisiones en información* consisten en proveer consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas, así, cuando las personas se enfrentan con un problema que no puede resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos

---

<sup>20</sup> Sin embargo, en esta investigación el apoyo social no representa el punto central del estudio, por lo que solamente se mencionará en función de la relación que se establece con las actividades sociales.

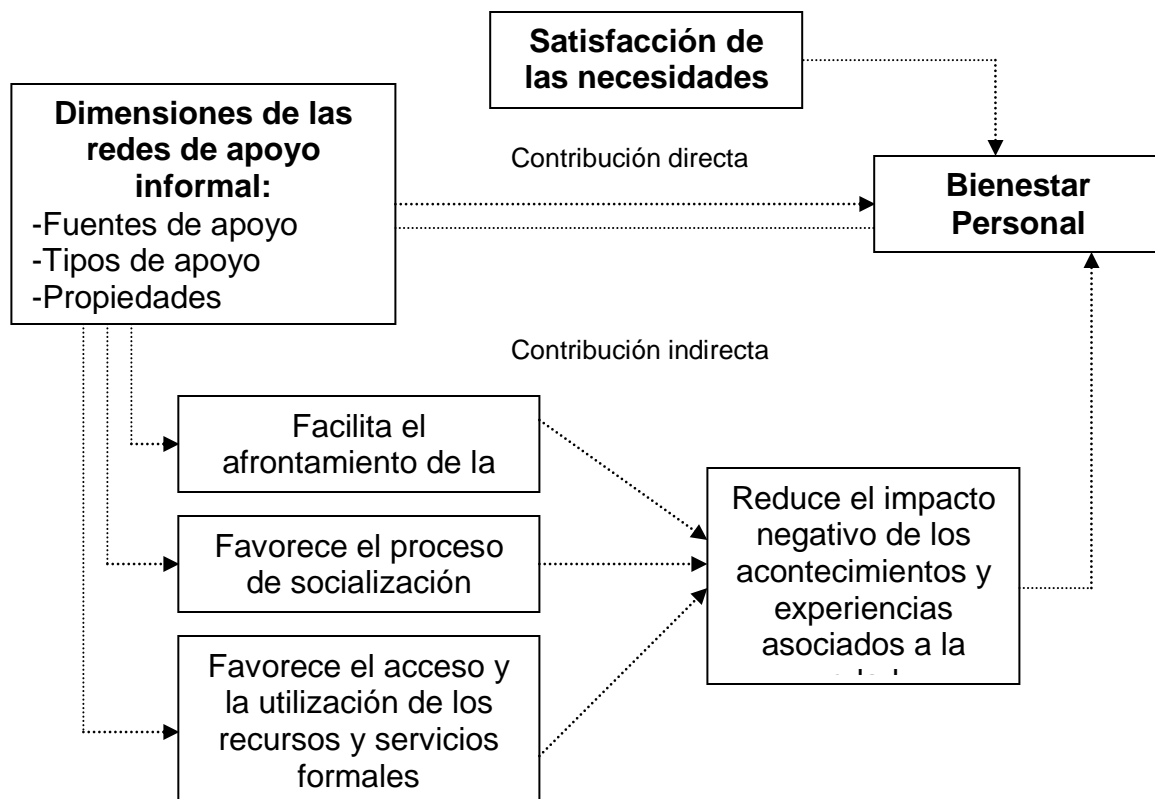
adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona.

Estos intercambios, ya sean socio-emocionales, materiales, instrumentales o informativos permiten que el adulto mayor se sienta amado, cuidado, seguro, estimado, valioso e integrado a una red de comunicación y obligación mutua (Oakley 1992, citado en Montes de Oca, 1999). Asimismo, Oakley establece que este conjunto de provisiones tienen efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor. Este tipo de actividades sociales conduce al individuo a la convicción de que pertenece a una red de obligaciones recíproca (Rowe y Kahn 1998, citados en Krassoievitch, 1998). Para Veenhoven (1994), los mejores predictores de la satisfacción vital en mujeres mayores, una vez controlados los efectos de la edad, son: el tamaño de la red social, la frecuencia con la que asisten a la iglesia y las relaciones íntimas.

Es importante establecer una distinción entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. El apoyo social recibido hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos. En el apoyo social percibido destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar, es decir, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible (dinero, servicios, objetos, etc.) o psicológica (pensamientos y emociones fundamentalmente) (García, 2002). Ambos tipos de apoyo (recibido y percibido) influyen directa e indirectamente en el bienestar personal de los individuos.

Ward (1985, citado en García, 2002) propone un modelo que distingue estas dos influencias en la red de apoyo sobre el bienestar de las personas mayores:

**Figura 1.** Modelo conceptual de la contribución de las redes de apoyo social al bienestar personal de los mayores. Fuente: R.A. Ward (1985, citado en García, 2002).



El apoyo social favorece de manera directa al adulto mayor al satisfacer su necesidad de relación social y, de manera indirecta, contribuye como efecto amortiguador, al reducir el impacto negativo de los acontecimientos y experiencias estresantes vinculados a la edad al favorecer tanto su afrontamiento como el uso de los recursos y servicios formales de ayuda (García, 2002). Este apoyo permite contar con un confidente, encontrar una fuente de seguridad, recibir cuidados en caso de enfermedad, sentir el afecto y respeto de otras personas y tener interlocutores en cuestiones de salud y otros problemas. Este tipo de relación implica actividades recíprocas, en las que es tan importante dar como recibir.

Las características del apoyo social permanecen bastante estables a lo largo de la vida, en cuanto a sus dimensiones y a su número de personas incluidas en ella. En el envejecimiento, el apoyo social puede cambiar en su estructura debido a las pérdidas sufridas durante la vejez por la muerte de las personas cercanas, los cambios de domicilio y de jubilación (Montes de Oca, 1999). Newsom y Schulz (1996, citados en García, 2002:b) han estudiado el efecto del apoyo social sobre la adaptación al declive funcional que se suele producir con el envejecimiento. Rowe y Kahn (1998, citados en Krassoievitch, 1998) argumentan que cuanto más extensa y diversa son las relaciones de apoyo emocional (jóvenes, viejos, familiares y amigos) mayor es su eficacia.

El momento en que la persona mayor se sitúa a lo largo del ciclo vital define no sólo las necesidades que ésta ha de afrontar, sino también de la ayuda de quien lo hace. En este sentido, puede establecerse un gradiente de la solidaridad familiar en función de las formas de convivencia de los adultos mayores. Mientras que el apoyo familiar juega un papel limitado y secundario cuando la persona mayor convive con su pareja, la familia adquiere mayor presencia en la vida cotidiana del mayor cuando éste permanece en su hogar. Hasta la desaparición del compañero, los familiares, principalmente los hijos, prestan ayuda en momentos puntuales. La familia puede tomar la decisión de incorporar al adulto mayor en su propio hogar, asumiendo de ésta manera su cuidado como una actividad diaria más, cuando existen situaciones de incapacidad física o cuando resulta costoso organizar el cuidado de la persona mayor en su propia vivienda (Mota, 2000).

Numerosos estudios sugieren que las personas mayores difieren en función del sexo, en la forma y contenido del apoyo. Los hombres, tienden a depender más de la relación con su esposa, mientras que las mujeres tienen mayores relaciones sociales. Además, aquellos que están casados gozan normalmente de relaciones de apoyo más consistentes que los no casados, pero los casados sin hijos, parecen estar más aislados que los no casados sin hijos, lo cual puede explicarse por el hecho que las personas solteras aprenden a lo largo de su vida ciertas estrategias para salir adelante en momentos de crisis, mientras que los casados (y más si son hombres), tienen una mayor dependencia a su esposa, a la que se le ha adjudicado el rol de compañera y ayudante incondicional sobre los momentos de crisis y enfermedad (Musitu, 1999).

Además de las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social (Abril, 1998; Rodríguez, 1995), el equilibrio entre el soporte social ofrecido y el recibido se relaciona con el bienestar personal (Jung, 1997). Las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del adulto mayor. García (1997, citado en Vera y Sotelo, 2003) manifiesta que la presencia de relaciones sociales en el adulto mayor está relacionada con salud mental y con la reducción de la ansiedad y la tensión. Las relaciones sociales refuerzan los sentimientos de valor y estima personal en los

adultos mayores y permiten al individuo desenvolverse bidireccionalmente: recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, entre otras.

Krause y Borawski (1994, citados en García, 2002) examinaron la relación entre eventos estresantes, el apoyo social, la sensación de control y la autoestima en las personas mayores. Los resultados obtenidos revelaron que el apoyo social desarrolla la percepción de control y la valoración personal en los adultos mayores, habilidades que les permite enfrentar situaciones de estrés y angustia que encuentran en ésta etapa de su vida.

Krassoievitch (1998) ha mencionado que es un hecho demostrado que las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participan en actividades sociales, gozan de mejor salud. Ha sido demostrado también que los individuos que tienen relaciones sólidas con familiares, amigos y organizaciones sociales viven más tiempo que los que carecen de ellas.

La ausencia de vínculos sociales estables y la carencia de recursos válidos en las personas que viven cambios sociales y culturales bruscos, tienen mayor riesgo de adquirir un gran número de enfermedades; es decir, la presencia de determinados vínculos y relaciones sociales pueden promover la salud y proteger a los adultos mayores contra la enfermedad y en ciertas circunstancias, pueden prevenir la muerte (Musitu, 1999). Newsom y Schulz (1996 citados en García, 2002) destacan que si bien el deterioro se asocia a un menor contacto con los amigos y familia, así como una menor percepción de apoyo y ayuda material, sólo las medidas de apoyo social percibido sirven para predecir la sintomatología depresiva. Esto remarca su papel mediador en la relación entre deterioro físico y calidad de vida.

En el envejecimiento, básicamente la familia provee la estructura de las actividades sociales que pueden dar soporte y apoyo a las personas mayores, la cual permite que se desarrollen y mantengan las relaciones sociales y de apoyo con el medio que les rodea. Musitu (1999) establece que aproximadamente dos terceras partes de las redes de apoyo de los adultos mayores están formadas por miembros de la familia, al mismo tiempo que un amigo del mismo sexo es la fuente de apoyo más solicitada. Normalmente el apoyo procedente de los amigos predice más claramente el bienestar en los adultos mayores que el apoyo familiar. Lo cierto es que el apoyo de los amigos es otro de los factores importantes en los cambios positivos del estado de salud en mayores ya sean casados o viudos, y en el afrontamiento de las dificultades y problemas que aquejan a todas las personas en este estadio del ciclo vital.

## **EL BIENESTAR**

El estudio de los factores que intervienen en el bienestar y en el mantenimiento de una vida deseable ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y el interés por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, a partir de la creciente búsqueda por conocer el bienestar humano y de la preocupación por las consecuencias de la industrialización en la sociedad, surge la necesidad de medir el bienestar a través de indicadores sociales estadísticos que permitan medir sucesos vinculados al bienestar social

de una población (Gómez-vela, 2001).

El estudio de los factores que intervienen en el bienestar humano ha ido evolucionando a través de los años. En sus inicios, el bienestar se estudió bajo dos perspectivas, una económica y la otra biológica. La perspectiva biológica del bienestar centraba su atención en el proceso de envejecimiento fisiológico, tanto el normal como el patológico, por lo que, una persona tendría bienestar en la ausencia de enfermedad. La perspectiva económica centraba la atención en indicadores macroeconómicos, es decir, el bienestar social de la población se medía a través del ingreso *per capita*, del producto interno bruto (PIB), de la canasta básica, del empleo, la vivienda, las condiciones del entorno, entre otros (Kovac, 2004). Así, inicialmente se adoptó el término “nivel de vida” para hacer referencia a estas condiciones que, en un principio, se circunscribían al ámbito básicamente económico. Se supuso que a mayor estabilidad económica, los ciudadanos tendrían mayor bienestar<sup>21</sup>. El concepto de bienestar fue referido como “*welfare*” en el ámbito anglosajón y tenía como marco de referencia al Estado de bienestar (*Welfare State*) y a las políticas de distribución de los recursos que a él se encaminaban. Ésta orientación trajo consigo la introducción del término “calidad de vida”, el cual, se equiparó con el bienestar social al ligarlo con indicadores económicos macrosociales (García, 2002).

Posteriormente, a mediados de los 70, surge el auge por desarrollar y perfeccionar los indicadores sociales desde una perspectiva social, es decir, el estudio de los indicadores sociales provocó el proceso de diferenciación entre éstos y los indicadores económicos. Los factores que intervienen en el bienestar incluyen tanto indicadores sociales como económicos, entre los cuales destacan: la riqueza material (el poder de compra, nutrición, vivienda, empleo), el nivel de vida, la libertad (de expresión, tolerancia, derechos humanos), la igualdad social, la protección individual (vandalismo, violencia, corrupción), el clima cultural (educación, desarrollo cultural), las políticas sociales, la presión social (densidad de población, desempleo) y la modernización (urbanización, industrialización) (Veenhoven, 1994)

A principios de los 80, el concepto de bienestar comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones económicas y sociales como a componentes individuales del ser humano (Gómez-vela, 2001). El concepto de bienestar dejó de ser equiparable al término de calidad de vida, al integrar además de la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida, la práctica de vivir bien, como tal. Esta práctica del bien vivir<sup>22</sup> abre la puerta a factores individuales relacionados con la actividad social y con la propia percepción de la vida, distinguiéndose de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla ésta (García, 2002). De esta forma Casas (1996) indica que el concepto de bienestar se fue vinculando con medidas psicosociales de la realidad, como son las percepciones y evaluaciones asociadas a las condiciones de vida y a la experiencia vivida por las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir

---

<sup>21</sup> Inicialmente el concepto de bienestar se reducía al bienestar material.

<sup>22</sup> Lawton (1983) define el concepto de "buena vida" o "buen vivir" considerando aspectos personales como la competencia conductual, la capacidad funcional, una adecuada salud física y mental, tener un comportamiento social apropiado.



como son la percepción de felicidad, y la satisfacción con la vida, entre otras.

## **EL BIENESTAR PERSONAL**

Según Diener (1994), el concepto de bienestar personal tiene tres elementos propios que lo caracterizan. Por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal, y en las percepciones y evaluaciones de la misma; aunque se admite que el contexto físico y material de la vida influye sobre el bienestar personal, no es visto como parte inherente y necesaria del mismo. Por otro lado, se encuentra su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida (a menudo denominada satisfacción vital). Por último, destacamos la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (García M, 2002).

Son muchos los autores que han tratado de definir el bienestar personal, según Diener y Diener (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, ésta agrupación es la relativa a la “satisfacción con la vida”. Una segunda categoría incide en el predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos; este punto de vista fue iniciado por Bradburn (1969), el cual considera que una persona tiene mayor bienestar cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa (García M, 2002). Y por último, la expresión de sentimientos negativos.

Los científicos sociales han basado sus estudios principalmente en las dos primeras aproximaciones. Así, una gran parte se ha ocupado de estudiar los aspectos que llevan a una persona a evaluar positivamente su existencia. En este sentido, Veenhoven (1984) define el bienestar personal como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Según Veenhoven, el individuo utiliza dos componentes en ésta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo se expresa a través de la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. El elemento afectivo contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes en cierta medida están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Así mismo, los sujetos que tienen un mayor bienestar personal son aquellos en los que predominan ésta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales, mientras que las personas “infelices” serían los que valoran la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales (García M, 2002).

Por su parte, Lawton (1983) en su definición de bienestar personal incluye la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo. Asimismo, incluye dentro del concepto, el bienestar percibido, que consiste en la satisfacción de la persona consigo misma, con la familia y con los amigos, con su trabajo, con las actividades que realiza o en el lugar donde vive. Según García (2002) el bienestar personal se podría definir como el resultado de la valoración

global mediante la cual, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida. Montorio e Izal (1992) consideran que la congruencia o satisfacción con la vida está fundamentalmente impregnada de elementos cognitivos. Dicha satisfacción se entiende como un proceso de valoración que hace la persona sobre el grado en que ha conseguido los objetivos deseados en su vida; por lo que el margen de tiempo es mucho más extenso que el que tiene que ver con el afecto positivo o negativo.

La revisión de los estudios sobre bienestar personal muestra consistencia en los elementos que integran la estructura del bienestar personal. La mayor parte de los autores coinciden en tres componentes: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. Sin embargo, autores relevantes, como es el caso de Ryff (1995), amplían el concepto de bienestar tomando en cuenta la aceptación y crecimiento personal del individuo, así como en la adaptación e integración en su ambiente social, lo que da lugar a una estructura integrada por dimensiones como: la autoaceptación, el crecimiento personal, la pertenencia social, el sentido/propósito en la vida, las relaciones positivas con los otros, la autonomía y el control sobre su entorno (García M, 2002).

Headey, Holmstrom y Waring (1985 citados en García, 2002), empleando medidas más amplias que las meramente afectivas, observan que la dimensión positiva, que denominaron “bienestar personal”, se predecía mejor atendiendo a variables como satisfacción con la familia, los amigos y el ocio, la extraversión, así como a la disposición de una red social amplia. Frente a esto, la dimensión negativa, etiquetada como malestar personal, tenía como predictores más potentes el status socioeconómico, la competencia personal y la satisfacción con la salud.

## **EL BIENESTAR PERSONAL EN EL ENVEJECIMIENTO**

Según Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) en la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida es el principal criterio para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.

El concepto de bienestar se ha estudiado desde diversas perspectivas y con diferentes metodologías. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados han sido en población abierta, por lo que, el bienestar específicamente en adultos mayores ha sido poco estudiado. Coincidiendo con los autores descritos anteriormente, se incluirán en este estudio las siguientes dimensiones dentro del concepto de bienestar:

- **La satisfacción actual** es la valoración que el individuo efectúa de su situación actual, lo que da lugar a percibirse satisfecho consigo mismo, con su trabajo, con las

actividades que realiza y en el lugar donde vive (Lawton, 1983; García, 2002).

- **La satisfacción con la vida** es la valoración de los logros y aspiraciones a lo largo del tiempo, representa la diferencia percibida entre sus ambiciones y sus ganancias. A menudo es denominada también satisfacción vital (La dimensión global de Diener, 1994).
- **El estado de ánimo positivo** es la expresión del predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, contiene el agrado experimentado por la persona en el momento actual.
- **La percepción de felicidad** es la estimación de los sentimientos que la persona ha tenido. No es solamente la expresión de los afectos sino que también incluye la valoración de los mismos a través del tiempo.
- **La percepción positiva de las relaciones sociales** representa la valoración que el individuo efectúa de sus relaciones con la familia y con los amigos, lo que da lugar que la persona esté a gusto con la vida.

Algunos estudios han demostrado que el bienestar personal de los individuos se encuentra estrechamente relacionado con la actividad social (Herzog, Franks, Markus y Holmberg, 1998; Okun, Stock, Haring y Witter, 1984). En función de ello, se puede declarar que el bienestar personal en los adultos mayores puede variar dependiendo de la integración y la pertenencia social (vía la actividad social) que el individuo tenga (bienestar social); por lo tanto, a un elevado número de actividades sociales, el adulto mayor podrá instaurar el sentimiento de pertenencia y de continuidad dentro de su grupo social, lo que repercutirá en su bienestar personal y, por lo tanto, en su bienestar integral.

Okun, Stock, Haring y Witter (1984) afirman que la actividad social está positiva y significativamente asociada con el bienestar personal, probablemente mediado por el efecto que la actividad social tiene sobre el sentimiento de ser útil y el de pertenecer a su grupo social (Vera y Sotelo, 2003). A través de la actividad en los diferentes roles y actividades dentro de la sociedad, el adulto mayor podrá continuar inmerso dentro de su sistema social y adaptarse a su nueva etapa de vida. Esta situación le permite asimilar las transformaciones psicológicas, afectivas y sociales que ocurren en la vejez, que junto con la disminución fisiológica, van a modificar los estilos de vida y la forma de interactuar de los individuos (Mishara y Riedel, 2000).

### **El Bienestar Personal según el sexo**

Las investigaciones sobre el bienestar personal de los adultos mayores, realizadas inicialmente encontraron la existencia de diferencias significativas, observándose en los varones mayor bienestar en relación con las mujeres. Sin embargo, investigaciones posteriores han constatado que tales diferencias asociadas al género desaparecen cuando se controlan estadísticamente los efectos de las variables: edad, estado civil, salud y estrato socioeconómico (Casas y Aymerich, 2005).

Estudios posteriores realizados sobre el bienestar personal de los adultos mayores, muestran escasas o nulas diferencias entre géneros. En el estudio de Haring, Stock y Okun

(1984) hallaron una débil tendencia en los hombres a presentar puntuaciones más altas que las mujeres. Mirowsky y Ross (1996 en García 2002) ofrecen una explicación a esta diferencia basándose en la mayor expresividad emocional de las mujeres, lo cual, explica que las respuestas que presentan las mujeres se deben a que expresan más abiertamente sus emociones, especialmente cuando éstas son negativas (García 2002).

Quizás las diferencias más significativas encontradas en el bienestar personal entre hombres y mujeres podrían ser reveladas a partir de la actividad social del género con otras variables. En este sentido, Shmotkin (1990) muestra como las puntuaciones de los hombres en el bienestar personal son algo superiores cuando se compara con la variable edad, aunque estas diferencias no son significativas. Sin embargo, se encontró que las mujeres más jóvenes tienen una satisfacción más alta que los hombres, mientras que en las mayores se observa el patrón contrario. Una explicación que se ha ofrecido es que las mujeres mayores generalmente informan peor estado de salud que los hombres, lo que pudiera repercutir negativamente en su percepción de bienestar (Shmotkin, 1990).

Cardenal y Fierro (2001) muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la percepción de felicidad. Se ha observado una repercusión diferencial en la percepción de felicidad entre los hombres y las mujeres, descubriendo que las mujeres no sólo son más expresivas a la hora de manifestar sus emociones, sino que también son más sensibles a los acontecimientos relevantes que ocurren en sus vida, y tienden, en mayor medida que los hombres, a expresar también niveles más intensos de felicidad.

### **El Bienestar Personal según la edad**

Durante todo el ciclo vital el individuo se halla sujeto a una secuencia de pérdidas y ganancias, y durante el envejecimiento hay un mayor porcentaje de las primeras. En este sentido, es de esperar obtener una disminución en el bienestar personal al aumentar la edad, pero los resultados de las investigaciones no han avalado unánimemente esta tendencia (Casas y Aymerich, 2005). Los resultados de investigaciones del bienestar personal demuestran 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, bienestar o salud mental), tanto en condiciones de salud como en situación de fragilidad en la salud (Reig, 2000).

El bienestar personal en las personas mayores responde a las mismas consideraciones y situaciones que en otras edades. No obstante, diversas investigaciones informan que las personas de más edad manifiestan tener un mayor bienestar personal que grupos de población más jóvenes. En los estudios realizados por Diener 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; esta tendencia llega a ser más evidente cuando se controlan los efectos que producen las variables de ingreso, ocupación, el nivel educativo y el estado civil (George, Okun y Landerman, 1985; Herzog y Rodgers, 1981).

Uno de los elementos que componen el bienestar personal es la satisfacción vital. El mantenimiento de la satisfacción vital a lo largo de los años muestra una disposición natural

en las personas a adaptarse a sus circunstancias. Aunque los estudios revelan que tanto el matrimonio como los ingresos tienen una relación positiva, se puede apreciar que, a pesar de la disminución de ambas variables en edades avanzadas, la satisfacción vital se suele mantener (García, 2002). El sostenimiento de la satisfacción vital en los adultos mayores a pesar de los efectos de la edad ocurre debido a que las personas reajustan los objetivos o metas según las posibilidades existentes en cada edad.

George, Okun y Landerman (1985) examinaron el efecto de la edad en la satisfacción vital de los adultos mayores, los cuales encontraron un efecto mediador de la edad sobre algunas variables vinculadas a la satisfacción vital. A pesar de que el efecto total de la edad es pequeño, la edad es un moderador importante en los efectos del estado civil, de los ingresos, y del apoyo social sobre la satisfacción vital. Herzog y Rodgers (1981) confirmaron que existe una relación positiva entre la satisfacción vital y edad, la magnitud de esta relación se incrementa cuando se suprime el efecto de variables como ingresos, educación y salud.

### **El Bienestar Personal según el estado civil**

El estado civil de la persona adulta mayor se asocia al bienestar de los adultos mayores, no sólo por el hecho objetivo de ser soltero, casado, divorciado o viudo, sino que está relacionado con el tipo de actividades y relaciones sociales que se mantienen. Hay trabajos que demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar personal en los adultos mayores. Las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (Batles y Batles, 1990; Diener y Diener, 1995; Mastekaasa, 1993).

La separación de un ser querido, y especialmente su pérdida, se asocia con un mayor riesgo de padecer depresión; en este sentido, la viudez tiene un mayor impacto en los varones al observarse una mayor sintomatología depresiva. Las mujeres, en cambio, afrontan la viudez con mayores recursos sociales (relaciones significativas), las cuales, les permiten adaptarse a su nueva situación de vida. Sin embargo, en las mujeres mayores, el fallecimiento del cónyuge supone una situación de amenaza para la seguridad y el bienestar propios (económico, afectivo, o de realización de actividades de esparcimiento), al reducirse el ingreso económico. Atchley (1983) encontró menor bienestar personal en las mujeres mayores viudas, debido a que esta situación estaba relacionada con la restricción en los desplazamientos y en las actividades sociales, debido a la reducción de los ingresos económicos.

Sea como fuere, el matrimonio 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 marital repercute significativamente sobre la satisfacción global con la vida, en este sentido, la satisfacción con el matrimonio y con la familia es uno de los predictores más importantes de bienestar personal (García, 2002).

### **El Bienestar Personal según el nivel educativo**

Las investigaciones sobre el bienestar personal y el nivel educativo de los adultos mayores, en sus inicios, encontraron la existencia una asociación significativa entre ambas variables. No obstante, esta relación no parece que sea relevante cuando se controlan otros factores vinculados a la variable educación, como los ingresos económicos o el status laboral (García, 2002). Es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar personal, a través de su papel mediador tanto en la obtención de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen, no obstante, al igual que en algunas de las variables anteriormente consideradas, nos encontramos con efectos cruzados, así, por ejemplo, aquellas personas que tienen un mayor nivel educativo tienden a manifestar un mayor estrés cuando pierden su empleo, debido probablemente a su también mayor nivel de expectativas (García, 2002).

### **El Bienestar Personal según el estrato socioeconómico**

La situación económica es un factor que se ha relacionado, en múltiples investigaciones, con el bienestar en la vejez, por ejemplo la riqueza se ha relacionado con algunos beneficios en la vida. Por ejemplo, las personas con un alto ingreso, tienen una mejor salud, son más longevas y experimentan menos eventos estresantes. En este periodo de vida, el estrato socioeconómico y el nivel de ingresos suele estar determinado en su mayoría por la situación laboral previa del individuo y/o de la pareja, en forma de pensiones y ahorros (Casas y Aymerich, 2005).

Al igual que el sentido común y el saber popular establecen un vínculo entre el bienestar y el estrato socioeconómico, hay una gran cantidad de pruebas que muestran una relación positiva entre el estrato socioeconómico y bienestar personal. Esta relación se mantiene incluso cuando otras variables, como la educación, se controlan. La revisión llevada a cabo por Easterlin (1974 citado en García, 2002) sobre el estrato socioeconómico y el bienestar personal en diferentes países, muestran que las personas más ricas son también las más felices. Sin embargo, este efecto es más débil si se considera las diferencias dentro de cada país, es decir, según aumentan los ingresos reales del país, la gente no necesariamente presenta mayor bienestar personal, por lo que, concluye que la escasez puede favorecer la desdicha, pero la abundancia no garantiza el bienestar personal.

En el modelo de Veenhoven (1994) sobre los determinantes de la satisfacción con la vida, uno de los cuatro factores, las “oportunidades vitales”, tiene una estrecha relación con las posibilidades económicas del sujeto, en relación a los estándares de la sociedad en la que vive. En este sentido, las correlaciones entre la satisfacción con la vida y el estrato socioeconómico son fuertes en los países pobres y débiles en los países ricos. Diener (1994) aporta cuatro posibles explicaciones de la relación de estrato socioeconómico y bienestar personal a través del ingreso: a) los ingresos tendrían efectos relevantes en los niveles extremos de pobreza, alcanzando su techo una vez que las necesidades básicas están cubiertas; b) los factores como el status y el poder, que se relacionan con los ingresos, podrían ser los responsables del efecto de éstos sobre el bienestar, por este motivo, y teniendo en cuenta que los dos primeros no aumentan en la misma medida que el tercero, la relación entre ingresos y bienestar no es lineal; c) el efecto de los ingresos podría depender

de la comparación social que lleva a cabo la persona; y d) posiblemente los ingresos no sólo tengan efectos beneficiosos sino que también presenten algunos inconvenientes que interactúen con ellos y tiendan a reducir su repercusión positiva.

### **El Bienestar Personal según el número de enfermedades diagnosticadas**

Son abundantes los trabajos que relacionan bienestar personal con la salud (Brown, Consedine y Mogai, 2005; Lennartson y Silverstein, 2001; Levinger y Snoek, 1972; Mowad, 2004; Muchnik y Seidmann, 1997; Väänänen y Kivimäki, 2005). Paradójicamente, a través de las distintas investigaciones realizadas en salud Odone (2000) demuestra que el elemento crucial y determinante en la valoración del estado de salud, no es ni la presencia ni la ausencia de enfermedades ni su número, sino la percepción que efectúe de esa situación de salud. Y es precisamente esta percepción de salud la que no sólo correlaciona positivamente con los índices de bienestar personal, sino que también aporta información predictiva sobre la probabilidad de que soliciten mayor o menor intensidad y frecuencia de atención médica.

Estos autores (Jang, Mortimer y Haley, 2004; Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005) descubrieron que, aunque la salud era valorada por los sujetos como el factor importante en la vejez, sin embargo, el principal determinante era la percepción de salud asociada al nivel de actividad o la movilidad física que puede desarrollar el sujeto, y por lo tanto, su nivel de independencia. Asimismo, la salud percibida presenta una importante relación con el bienestar personal, que supera considerablemente a la que aparece con la salud objetiva; la relación entre ambas variables experimenta cambios conforme avanza la edad, modificándose los factores que la median e incrementándose el peso de aquéllos que están más vinculados a las características personales del sujeto como, por ejemplo, el valor o importancia que le otorga a su salud.

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 (Costa y McCrane, 1980). Es decir, la enfermedad y la disminución del nivel de salud no parecen ser valorados por las personas mayores según los parámetros utilizados en otros grupos de edad. Incluso cuando los adultos mayores comparan su estado actual de salud con las expectativas de salud anteriores, el resultado es generalmente positivo, con lo que aumenta su nivel de satisfacción y autovaloración a pesar de las limitaciones físicas objetivas que puedan existir. Lo anteriormente dicho contribuye a que puedan adoptar una actitud más activa y positiva ante la resolución de los problemas y el afrontamiento de las situaciones estresantes (Odone, 2000).

### **El Bienestar Personal según las actividades sociales**

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

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

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. La importancia de la actividad social en el individuo radica en que el ser humano es un ser social, por tanto, las actividades sociales de una persona le reparan satisfacciones y el aislamiento va en contra del bienestar personal, ya que repercute negativamente en el adulto mayor al crearle barreras y limitar la actividad social con los otros miembros de la sociedad (Hidalgo, 2001). Se ha encontrado que los adultos mayores que participan en actividades como deporte, arte, cultura, turismo y recreación cuentan con mejores armas para hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresión, proporcionándoles también buena salud física y mental (Luna, 1999), por el contrario, aquellas personas que no son útiles debido a que no desempeñan función alguna en la sociedad, se muestran desgraciadas y descontentas.

Herzog, Franks, Markus y Holmberg (1998) sostienen que la participación en las actividades durante la vejez se asocia con el sentimiento de pertenecer a un grupo determinado, y con la salud física y mental. La participación en actividades sociales, productivas y de tiempo libre, al igual que las relaciones sociales y familiares, respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar personal en los adultos mayores. Okun, Stock, Haring y Witter (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. Las actividades productivas también respaldan la percepción de utilidad y competencia y los sentimientos de control (Vera y Sotelo, 2003). En los adultos mayores que no trabajan y no tienen familia, las actividades ocupacionales y sociales favorecen un mayor espacio de expresión y autoafirmación personal.

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 revelado asociaciones significativas entre las relaciones personales y una morbosidad menor, percepción de salud mejorada e incremento en la longevidad<sup>23</sup>. Se encontró que las personas que participan en trabajos voluntarios tienen actividades de esparcimiento, religiosas y sociales, disfrutan de pasatiempos y tienen vínculos afectivos y sociales amplios reducen el riesgo de mortalidad (Lennartson y Silverstein, 2001).

Las actividades sociales y la participación social son recursos adaptativos capitales para lograr la integración del adulto mayor a la sociedad. Un estudio realizado por Harwood, Pound y Ebrahim (1999, citados en Reig, 2000) demuestran que un alto grado de

---

<sup>23</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, ésta asociación no puede ser generalizable, ya que no todas las personas longevas tienen mayor bienestar en el envejecimiento.



actividad social (grado de participación en el medio social), en una muestra de 5905 varones entre 51 y 70 años de 24 ciudades británicas, se relaciona positiva y significativamente con una mejor salud autopercibida, con estar casado, con no poseer discapacidad, con menor presencia de enfermedades diagnosticadas, con poseer casa y vehículo en propiedad y ser de clase social más alta.

Según Lynch y Veal (2004, citados en Encuentros culturales y recreativos del adulto mayor, 2005) los beneficios de las actividades sociales en el adulto mayor son:

- *Mejor salud mental y física*: algunos efectos de la edad biológica son inmodificables pero otros directamente relacionados con la capacidad funcional son susceptibles de mejoramiento permanente. Cierta tipo de actividad física puede contribuir directamente al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Los reportes de investigación han mostrado de manera consistente que la vida activa y el continuar sus intereses intelectuales pueden mantener y aún incrementar varias dimensiones del funcionamiento cognitivo.

- *Participación y habilidades de aprendizaje*: la acumulación a través de la vida de conocimientos, habilidades y experiencias son un capital para el individuo y la comunidad, asumiendo que estos son recursos humanos que ofrece el adulto mayor a la sociedad, lo cual se puede generar a través de la enseñanza, el liderazgo, el trabajo voluntario y otras actividades.

- *Reducción de los costos de salud física y mental*: la participación en actividades de recreación mejora la salud física y mental, por lo tanto se reduce el presupuesto que debe ser invertido en ésta área, en la medida que se dan menos consultas y tratamientos específicos para la salud de los adultos mayores. El campo físico y biológico, asociado con este segmento poblacional, está relacionado con un decremento gradual de la capacidad de respuesta al estrés por parte de la mayoría de los órganos del cuerpo —muscular, óseo, reproductivo, neural y sensorial; sin embargo, algunos son modificables y aunque no se puede detener el proceso de envejecimiento biológico, en la mayoría de los casos se puede retardar su efecto por medio de la evitación o la eliminación de factores de riesgo y adoptando un estilo de vida activo.

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. 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 físico y el bienestar personal (Jang, Mortimer y Haley, 2004) de los adultos mayores.

Las actividades sociales son importantes porque permiten el establecimiento de los vínculos sociales, ya que constituyen un rasgo de sociabilidad en el ser humano, expresada por la necesidad fundamental de poder contar con los demás, a través del apoyo mutuo. Los vínculos sociales en el individuo facilitan la integración de la identidad social a través de las actividades entre el individuo, los otros y la sociedad. Väänänen y Kivimäki (2005) sugieren que las personas con pocos vínculos sociales tienen mayor riesgo de enfermedad y

de muerte prematura a diferencia de las personas con mayor número de vínculos sociales; ser importante a los demás, dar y recibir apoyo emocional y material contribuye a la salud, así como también eleva la autoestima y promueve la integración social. La participación en actividades significativas y productivas, a menudo dentro del contexto de la amistad, parentesco y participación organizacional, es un componente dominante en promover la salud y el bienestar personal en los adultos mayores.

Los individuos, que mantienen un alto nivel de actividades sociales y que continúan comprometiéndose en actividades sociales, pueden conservar vínculos afectivos con otras personas, lo que les proporciona estabilidad y pertenencia a un grupo, percibiéndose dentro de un sistema social. Reig (2000) sostiene que la persona adulta mayor presentará un comportamiento más adaptativo y un nivel adecuado de bienestar personal si continúa comprometiéndose en actividades sociales similares a las que hacía en épocas anteriores. Por lo tanto, las actividades sociales y el bienestar personal en el adulto mayor serán el resultado en gran parte del grado de equilibrio entre los recursos psicológicos personales y las estructuras situacionales.

Se ha estudiado que las actividades sociales y la participación activa promueven el bienestar físico y el bienestar personal debido a que disminuye el riesgo de mortalidad en los adultos mayores. La calidad de los vínculos afectivos, familiares y sociales incide de manera importante sobre su bienestar físico y su bienestar personal; algunas investigaciones han demostrado que existe una estrecha relación entre ambos. 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. Sin embargo a lo largo de la vida se operan pérdidas en el marco de estas relaciones, que no siempre pueden ser remplazadas; al llegar a la vejez los cambios de residencia, la salida del trabajo, y finalmente la muerte de los amigos, producen considerables estrechamientos en el entorno de las amistades (Redondo, 1990).

## **LA RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES CON EL BIENESTAR PERSONAL EN MONTERREY**

Este estudio buscó identificar la relación de las actividades sociales con dimensiones asociadas al bienestar personal de los adultos mayores en la ciudad de Monterrey, N.L. Se examinaron variables antecedentes como el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, el estado civil, la escolaridad, el tipo de familia y el número de enfermedades diagnosticadas; con el fin de explorar si estas variables pudieran estar asociadas con el bienestar personal de los adultos mayores. Para ello establecimos diferencias entre los individuos que tienen actividades sociales frecuentes y los individuos que no las tienen.

Se dividirá este capítulo en tres secciones generales. Primero, se presentarán los resultados del análisis descriptivo de los datos generales de los adultos mayores incluidos en el estudio, los cuales destacan el perfil sociodemográfico y económico de la población entrevistada, el perfil familiar de adulto mayor y el perfil de salud. Segundo, se proporcionarán los resultados del análisis factorial en dos niveles distintos: 1) con el fin de validar las escalas de actividad social y la escala de bienestar personal que fueron construidas para fines de la investigación y 2) con el fin de confirmar la validez de constructo interno de ambas escalas. Se compararán y contrastarán las variables antecedentes de los individuos con las escalas validadas de actividad social y de bienestar personal. Por último, se proporcionarán los resultados del análisis utilizando el método de regresión lineal múltiple, identificando las actividades sociales asociadas significativamente con el bienestar personal en los adultos mayores. Se concluirá el presente capítulo con los resultados del estudio en el contexto de cada hipótesis de la investigación.

### **PERFIL DEL ADULTO MAYOR ENTREVISTADO**

#### **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:**

##### **Edad**

La experiencia de la vejez entre hombres y mujeres se manifiesta de diferente manera, por las diferencias en las expectativas de vida al nacimiento. Actualmente en México, la esperanza de vida de la población al nacer es de 75.2 años, sin embargo, la esperanza de vida para las mujeres es superior al lado de los hombres (77.6 y 72.7 respectivamente) (INEGI, 2003). Estas diferencias se pueden observar en el rango de edad de las personas mayores entrevistadas, de 65 a 97 años para los varones y, de 65 a los 100 años para las mujeres. Los datos encontrados reportaron una mayor proporción de mujeres mayores en el grupo de 85 a 100 años (ver cuadro 1), es decir, la población femenina está más envejecida que la masculina; no obstante, en el grupo de 75 a 84 años, podemos observar una presencia de dos puntos porcentuales mayor en hombres<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Dicha diferencia se compensa en el siguiente grupo de 85 a 100 años con mayor presencia femenina.

**Cuadro 1. Edad de los entrevistados por grupo y por sexo (%)**

Edad	Hombres	Mujeres	Total
De 65 a 74 años	55	55	55
De 75 a 84 años	36	34	35
De 85 a 100 años	9	11	10

La esperanza de vida implica también, que una vez alcanzada la vejez, su duración también es distinta para hombres y mujeres: por término medio, las mujeres que tienen 65 años en 2005 vivirán unos trece años más y los hombres sólo siete (INEGI, 2003). Sin embargo, la edad promedio encontrada de la población adulta mayor en Monterrey es de 75 años para ambos sexos, esta situación expone contradicciones, ya que, considerando que la muestra es completamente urbana, se esperaba que la esperanza de vida reportada estuviera por arriba de la media nacional, y no por debajo.

### Estado Civil

La distribución por estado civil muestra una imagen heterogénea de los adultos mayores entrevistados. En Monterrey el 52% de las personas entrevistadas se encuentra viviendo en pareja (casado o en unión libre); las personas viudas representan el 38% de la población total visitada; aquellos que se encuentran separados o divorciados corresponde a un 4% y el porcentaje de personas solteras equivale a un 6%. Sin embargo, las diferencias entre los distintos rubros son aún más notorias al separar la muestra por sexo (véase cuadro 2). Los adultos mayores entrevistados reportaron estar casados o en unión libre en un 70%, diferencia significativa si se compara con el grupo de adultas mayores, las cuales, solamente el 35% reportaron estar casadas o viviendo en pareja.

**Cuadro 2. Estado civil de los entrevistados según sexo (%)**

Estado civil	Hombres	Mujeres	Total
Casado(a) o en unión libre	70	35	52
Soltero(a)	5	8	6
Divorciado (a) o separado (a)	4	4	4
Viudo(a)	21	53	38

La viudez femenina ocurre debido a que las mujeres por cultura tienden a casarse más jóvenes y tienen una esperanza de vida superior al de los hombres, por lo que, es probable que enviuden en mayor proporción que los hombres y a edades más tempranas. Asimismo, en los datos obtenidos se encontró que existe mayor proporción de mujeres viudas a partir de los 86 años, en cambio, los varones permanecen casados hasta los 94 años, ya sea, con la pareja inicial o en segundas nupcias.

De esta forma, podemos concluir que la mayor proporción de mujeres (dos terceras partes de las encuestadas) viven sin pareja. Esto último, de acuerdo con algunos autores (Kalish, 1996; Mota, 2000; Fericgla, 1992) se debe a tres razones: 1) en caso de enviudar, o separarse o divorciarse los varones se vuelven a casar con mayor frecuencia que las mujeres; 2) los hombres, por lo general, se casan con mujeres un poco más jóvenes; 3) la esperanza de vida es mayor en las mujeres. Estos 3 argumentos explican la mayor proporción de viudas que de viudos.

En este sentido, esta información refleja diferencias en cuanto a la forma de vivir la vejez para hombres y mujeres. La diferencia de hombres casados con respecto a las mujeres es evidente, siete de cada diez de los varones mayores está casado; sin embargo, entre las mujeres, la condición mayoritaria es la de no tener esposo, bien por viudez, soltería o por haber disuelto la unión. De manera que para las mujeres la experiencia de compartir los años de la vejez con el esposo es menos habitual que entre los varones (Pérez, 2005).

### La Escolaridad

La situación socioeconómica que experimentaron las generaciones, que hoy ocupan las edades avanzadas, influyó en que un volumen importante de sus miembros no tuvieran la oportunidad de acudir a la escuela, ni siquiera para aprender a leer ni a escribir; esta situación se refleja en el porcentaje de analfabetismo en los adultos mayores (13%). La población que sabe leer y escribir sin haber recibido estudios formales representa el 5%. Sin embargo, considerando que los individuos entrevistados habitan en un área urbana y de fácil acceso educativo, el 62% informaron haber cursado la instrucción básica (de 1 a 6 años) y tan solo un 11%, siendo los más afortunados, cuentan con estudios superiores.

**Cuadro 3. Escolaridad de los entrevistados por sexo (%)**

Escolaridad	Hombres	Mujeres	Total
Sin escolaridad	12	14	13
De 1 a 6 años	60	64	62
De 7 a 11 años	13	14	14
12 años o más	15	7	11

El déficit educativo es mayor en la población femenina, ésta situación desventajosa se pudiera explicar en función de la cultura y de los roles de género, ya que a pesar de que se observa mayor porcentaje de instrucción básica en las mujeres que en los hombres (64%), solamente el 7% de las mujeres entrevistadas reportaron tener 12 años o más de escolaridad. Esta situación refleja el papel de los roles y los estereotipos tradicionales que vivieron las generaciones que ocupan hoy las edades avanzadas, es decir, la instrucción formal se establecía como una prioridad para los varones, a quienes se les daba preferencia educativa, ya que ellos representaban el sustento económico del hogar, razón por la cual era importante que se educasen para estar mejor capacitados y así estar preparados para proveer y mantener a una familia; además los varones participaban socialmente en aspectos públicos y políticos. En cambio, el papel de las mujeres correspondía al estereotipo

femenino de la madre-esposa-en-el-hogar<sup>25</sup> (Ribeiro, 2002), razón por la cual se consideraba poco rentable invertir en educación formal para las mujeres.

## PERFIL FAMILIAR DE ADULTO MAYOR

### Composición Familiar

La composición familiar que se observa en nuestro estudio refleja una amplia diversidad en las formas de vida de los adultos mayores. El tipo de familia que prevalece en las personas mayores visitadas constituye la vida en pareja en un 19% y la familia nuclear o grupo primario en un 19%, sobre cualquier otra alternativa. Las personas que viven solas figuran el 7% en varones y 16% en mujeres.

**Cuadro 4. Composición familiar de los entrevistados según sexo (%)**

Composición familiar	Femenino	Masculino	Total
Persona sola	16	7	12
Pareja sola	12	25	19
Nuclear	12	26	19
Compuesta	4	7	5
Monoparental	36	17	27
Extensa	15	15	15
Unidad familiar atípica y de coresidencia	5	3	4

Las diferencias encontradas en las formas de vida y composición familiar se moldean según el sexo de la persona entrevistada. Es decir, la forma de vida de los adultos mayores varones se compone de la convivencia con la pareja -con o sin hijos- en un 73%, el 18% convive con la pareja y a su vez, cohabita con sus hijos, nietos y otros familiares. Esta situación procede debido a que el 70% de los varones entrevistados están casados. Los varones viudos que son el 21% de la población masculina entrevistada, cuatro de cada diez viven en familias extensas y tres de cada diez cohabita con la familia de algún hijo.

Sin embargo, la complejidad en el tipo de familia lo constituye la población femenina, ya que, solamente el 24% del total de las mujeres casadas (35%) viven con su pareja. La viudez en las mujeres entrevistadas (53%) deriva en la diversidad en las formas de vida: el 21% de las mujeres viudas vive por cuenta propia, sin la presencia de alguno de sus hijos, destacando su independencia hasta edades muy avanzadas, el 41% comparte la vivienda con alguno de sus hijos y el 33% habitan en familias extensas, es decir, con la presencia de hijos y nietos dentro del hogar.

<sup>25</sup> Éste estereotipo asocia a la mujer a la reproducción y a las funciones que la caracterizan (Lagarde, 1997).

## Número De Personas en el Hogar

El número de personas que vive en el hogar delimita la forma de vida y el tipo de actividades sociales. El promedio de miembros en el hogar en Monterrey es de 3.4 personas, esta cifra es menor al número promedio de individuos por hogar en población abierta que corresponde a 4 (INEGI; 2006). Al analizar el número de personas que viven en los hogares de los entrevistados, se encontró que la familia constituida por dos personas es la de mayor frecuencia, representada por un 29%, siguiendo en importancia los hogares compuestos por tres miembros (21.5%), y en tercer término los hogares de cuatro individuos (14%). Por lo que, la tendencia de los hogares en Monterrey, independientemente del tipo de familia, se dirige a hogares con pocos miembros.

## PERFIL ECONÓMICO

La diversidad con la que se envejece depende de innumerables factores, entre ellos se encuentra el estrato socioeconómico, el cual permite conocer la situación económica de los adultos mayores con respecto a las necesidades básicas, el ingreso, la pensión, la vivienda, y el acceso a los servicios médicos. Todos estos elementos delimitan y condicionan las formas de vida de los adultos mayores.

### Estrato Socioeconómico

Debido a que se utilizó un muestreo irrestricto aleatorio, la estratificación fue utilizada como una variable y no como una etapa del muestreo. La post-estratificación empleada fue elaborada por investigadores de la facultad de economía de la UANL, basándose en componentes principales<sup>26</sup>.

De acuerdo a esta estratificación, la población de adultos mayores entrevistada se dividió en cuatro estratos socioeconómicos, de los cuales el 15% de la población visitada corresponde al estrato alto y medio alto; el 61% de los adultos mayores pertenece al estrato medio bajo, y por último, el 24% de la población entrevistada representa al estrato bajo.

**Cuadro 5. Estrato socioeconómico de los entrevistados por sexo (%)**

Estrato socioeconómico	Hombres	Mujeres	Total
Alto y Medio Alto	14	15	14.5

<sup>26</sup> Los componentes principales fueron establecidos de acuerdo a las características físicas de la vivienda en cada AGEB del municipio de Monterrey. El primer indicador incorpora el porcentaje de viviendas con agua entubada proveniente de la red pública (PAGUA); el segundo indicador representa el porcentaje de viviendas con drenaje conectado a la red pública (PDRENAJE); y por último, el tercer indicador constituye el porcentaje de viviendas con techo de concreto (PTECHO).

Medio Bajo	61	61	61
Bajo	25	24	24.5

### **Ingresos / Pensión / Vivienda**

El trabajo remunerado es una forma fundamental de envejecimiento productivo, el pago que se recibe a cambio del trabajo realizado prueba de que ese esfuerzo cuenta con una alta valoración externa (Pérez, 2005). La actividad económica del entrevistado, ya sea de forma total, parcial, temporal o a largo plazo, para terceros (asalariado) o por cuenta propia, representa una forma de percepción de ingreso monetario; independientemente de las razones por las cuales el adulto mayor continúe trabajando, la actividad económica establece diferencias entre los adultos mayores que sí trabajan y los que no, con respecto a la frecuencia y a la forma de las actividades sociales.

El ingreso económico recibido se encuentra delimitado por la cultura y los roles de género, la población masculina tiene mayor captación del ingreso que la femenina, debido a que dentro de la cultura patriarcal, los varones son los que se encargan de la producción de bienes y la riqueza económica del hogar y de la familia (Lagarde, 1997). Por lo tanto, esta situación refleja el papel de los roles y los estereotipos tradicionales que vivieron las generaciones que ocupan hoy las edades avanzadas, ya que de los 525 varones entrevistados, el 36% trabajaba en una actividad remunerada, ya sea dentro o fuera de casa, el 64% restante no trabajaba debido a que se hallaban pensionados y/o jubilados. A diferencia de las 532 mujeres entrevistadas solamente el 17% trabajaba en una actividad remunerada y tan sólo en 15% estaba jubilada, no obstante, el 34% de las mujeres adultas mayores refirieron nunca haber trabajado fuera del hogar.

**Cuadro 6. Tiene pensión por sexo (%)**

Tiene pensión	Hombres	Mujeres	Total
Si	74	44	59
No	26	56	41

Los adultos que reciben pensión económica (ya sea por jubilación o viudez) representan el 59% de la población entrevistada, asimismo se incluyen también los individuos que no reciben pensión pero que la obtienen a través de su pareja (12%). Esta información refleja que 7 de cada 10 adultos mayores en Monterrey cuentan con pensión económica, ya sea de forma directa o indirecta para solventar sus gastos. Sin embargo, es importante establecer que, a pesar del alto porcentaje de la población que recibe ingresos por pensión; la cantidad en el caso del IMSS, corresponde a 1.01 salarios mínimos, y en el caso del ISSSTE representa 1.26 salarios mínimos en promedio (Luna, 1999), por lo que, en ocasiones dicha cantidad de dinero, no representa un ingreso suficiente como para cubrir las necesidades básicas de los adultos mayores.



Al igual que el ingreso económico, la pensión también se encuentra delimitada por la cultura y los roles de género, es decir, debido a que las tradiciones, los valores y las normas culturales plantean como responsabilidad femenina los trabajos reproductivos (García y De Oliveira, 1998), esta situación se observa en la poca participación femenina en el ámbito laboral, ya que solamente el 31% recibe pensión a cambio de su trabajo y el 38% no cuenta con este servicio (Véase cuadro 7). Esta diferencia es significativa al compararla con el porcentaje de varones que reciben pensión por su actividad económica (70%). En la viudez, el porcentaje se incrementa en las mujeres hasta un 29%, es importante mencionar que, la pensión recibida por viudez equivale al 90% del monto recibido por la pensión del cónyuge; mientras que la pensión recibida por jubilación corresponde al 100% de la tabulación elaborada por el IMSS, en relación al promedio salarial obtenido durante los últimos 5 años de trabajo (Datos obtenidos en la Sub-delegación del IMSS en la ciudad de Monterrey).

**Cuadro 7. Razón por la cual recibe ingreso por pensión por sexo (%)**

Motivo de la pensión	Hombres	Mujeres	Total
Jubilación	70	30	50
Viudez	1	29	15
Inválidez o accidente laboral	8	3	5
No reciben pensión	21	38	30

El 71% de adultos mayores recibe pensión en Monterrey, dicho porcentaje se encuentra por arriba del promedio nacional. Romero (2004) destaca que solamente el 37% de la población adulta mayor en México cuenta con pensión económica; sin embargo, esta diferencia encontrada se pudieran explicar gracias a dos factores importantes que caracterizaron a la ciudad de Monterrey, por un lado, la muestra se obtuvo en un área completamente urbana que favorece a los empleos y trabajos asalariados, y por otro lado, las generaciones que ocupan hoy las edades avanzadas fueron beneficiadas por el desarrollo industrial a principios del siglo pasado (Cerutti, Ortega y Palacios, 1999), el cual, generó los mayores logros en cuanto a las prestaciones laborales y a la seguridad social. A su vez, esta bonanza también se refleja en el porcentaje significativo de adultos mayores que cuentan con vivienda propia (84%), ya que el 12% vive en casa prestada por alguno de sus hijos o algún familiar sin cargo económico, y tan sólo el 4% gasta en renta de una casa.

Además del trabajo remunerado y la pensión económica, la proporción de adultos mayores que obtiene ingresos a través de bienes inmuebles, representa únicamente el 6% de la población total, y tan solo el 6% de la población entrevistada recibe apoyo de programas sociales. La ayuda económica otorgada por los hijos hacia sus padres constituye otra fuente de ingresos importante para solventar los gastos de las personas mayores, ésta puede ser en forma de dinero, bonos, pago de recibos o despensa, seis de cada diez adultos mayores recibe apoyo por parte de sus hijos. Sin embargo, aunque el porcentaje de los adultos entrevistados que no recibe soporte económico es alto (42%), solamente el 20% de ellos no necesita ayuda financiera, por lo que el porcentaje de adultos mayores que tiene necesidad económica y no recibe ayuda representa el 22% de la población entrevistada.

En relación a la percepción del ingreso percibido, de los adultos mayores entrevistados (hombres y mujeres) tan solo el 16% reporta que el ingreso percibido le alcanza muy bien para vivir. No obstante, el 49% de la población entrevistada califica que el ingreso recibido le alcanza para cubrir las necesidades básicas, aunque el 32% considera que el ingreso que obtiene no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas. Por último, el 4% de la población entrevistada reportaron no tener ingresos para vivir.

## PERFIL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

### Número De Enfermedades Diagnosticadas

Las enfermedades incluidas en este estudio representan algunos de los padecimientos que aparecen con la edad y que son irreversibles (la osteoporosis, la diabetes, las enfermedades degenerativas de los ojos, la pérdida auditiva y los padecimientos del corazón). Asimismo, también incluimos enfermedades que son causadas por una covariante de la edad, como son el cáncer, la alta presión, las enfermedades incapacitantes -efisema, embolia-, la artritis o el reumatismo y la depresión. El estado de salud de una persona puede variar en función de la presencia o ausencia de algún padecimiento y del tratamiento médico oportuno; sin embargo, a mayor presencia en número de enfermedades -aun y con control médico- mayor probabilidad de deterioro orgánico, y por tanto, menor bienestar. La presencia de dichas enfermedades va a limitar la condición de salud de los individuos y sus actividades sociales. De los varones y mujeres mayores entrevistados, el 24% y 12% respectivamente, informaron no poseer alguna enfermedad.

Tomando en consideración la complejidad que representa las diferencias existentes entre las enfermedades incluidas, la variable número de enfermedades diagnosticadas se construyó a partir de una sumatoria, independientemente del tipo de padecimiento reportado; es decir, el valor de la variable se determinó según la presencia/ausencia de la enfermedad, no por la riesgo de la enfermedad ni por el nivel de gravedad presentado en el adulto mayor. En función de ello, los varones informaron en un 43% tener entre 1 y 2 enfermedades diagnosticadas disminuyendo a un porcentaje del 29% los que decían padecer de 3 a 5 padecimientos. Por su parte, la población femenina comunicó tener entre 1 y 2 enfermedades en un 41%, aumentando el porcentaje (en relación a los varones) en la presencia de 3 a 5 enfermedades (39%), a su vez el 8% asumió tener entre 6 y 8 enfermedades diagnosticadas.

**Cuadro 8. Número de enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores según sexo (%)**

Número de enfermedades	Femenino	Masculino	Total
0	12	24	18
1-2	41	43	42
3-5	39	29	34
6-8	8	3	6

$\chi^2 = 41.5$  Cramer's V=.198 sig. .000

Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en el número de enfermedades diagnosticadas, reflejan una mayor presencia de enfermedades en la mujeres (véase cuadro 8), ésta situación 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 impidan 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). Y por último, 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 a un mayor bienestar; los varones por su parte, se enferman menos pero su longevidad también es menor (Lagarde, 1997).

En la dimensión percepción de salud de los adultos mayores entrevistados se encontró que el 71% de los varones percibían su estado de salud como muy bueno, a diferencia del porcentaje reportado por las mujeres, el cual fue menor, ya que el 62% notificaron sentirse de esa manera (véase cuadro 9). Esta información pudiera interpretarse en relación al cuadro 8, el cual refleja una mayor presencia de enfermedades diagnosticadas en las mujeres que en los hombres, por lo que, la percepción del estado de salud en las mujeres adultas mayores pudiera estar relacionado con la presencia/ausencia de enfermedades.

**Cuadro 9. Percepción del estado de salud según sexo (%)**

	Percepción de salud		
	Muy Bueno	A veces bien, a veces mal	Enfermo
Femenino	62	29	9
Masculino	71	20	9
Total	66.5	24.5	9

$\chi^2 = 11.58$  Cramer's V=.105 sig. .003

### **La Seguridad Social**

De los adultos mayores entrevistados (hombres y mujeres) el 86% tiene derecho a servicio médico en Monterrey, a diferencia del 49% de los adultos mayores de 65 años cubiertos a nivel nacional (INEGI, 2004). En nuestra muestra solamente el 14% de la población no cuenta con servicio médico gratuito. La principal institución que otorga el servicio médico a las personas entrevistadas es el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) en un 84%, el 10% respondieron estar afiliados a otra institución de salud (seguro popular, servicio médico privado), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) solamente concentra el 4% de la población total de adultos con servicio médico.

Como se mencionó anteriormente, el alto porcentaje de adultos mayores que tienen acceso a los servicios médicos se debe posiblemente a las características urbanas de la población entrevistada y a la facilidad del empleo formal, estas circunstancias facilitan un mayor acceso a los cuidados de la salud. Situación contraria a las poblaciones ubicadas en zonas rurales y áreas marginales, donde los empleos son informales y difiere la cobertura en los servicios de salud. Los adultos mayores que sí cuentan con servicio médico lo obtienen por diferentes motivos (Véase cuadro 10). El 80% de los varones entrevistados informan ser derechohabientes directos, a diferencia de las mujeres que sólo reportaron serlo en un 17%. No obstante, el 60% de las mujeres recibe este servicio gracias a su pareja o cónyuge (derechohabiente dependiente). El 15% de las personas mayores entrevistadas recibe este servicio por ser padre o madre de asegurado y solamente el 1.4% por continuar activo como trabajador.

**Cuadro 10. Razón por la cual recibe servicio médico por sexo (%)**

Motivo del servicio médico	Hombres	Mujeres	Total
Trabajador	2	1	1.4
Jubilado	80	17	48
Afiliado por su cuenta	1	0.4	0.7
Cónyuge de asegurado	1	60	31
Padre o madre de asegurado	12	19	15
Otro	4	3	4

## LAS ACTIVIDADES SOCIALES EN LOS ADULTOS MAYORES

Las actividades sociales que manifiestan tener los adultos mayores en Monterrey muestran un panorama sobre las formas de interactuar de los individuos, a partir de las relaciones con los otros. Para analizar la información referente a la escala de actividades sociales, se establecieron categorías delimitadas según la periodicidad de la actividad social, en frecuentes, pocas y nulas. Las opciones de respuesta eran: regularmente, a veces y nunca, de acuerdo a los objetivos de esta investigación se analizaron las respuestas de todos los adultos mayores (hombres y mujeres) de 65 años o más.

Los individuos que respondieron tener actividades sociales frecuentes afirmaron tener un grupo de amigos con los cuales puede jugar cartas, ir al cine, platicar, compartir y convivir, asistir a eventos sociales y/o actividades recreativas, realizar actividades con la pareja y/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 quien platicar, compartir y convivir, no asistir a eventos sociales ni tener actividades recreativas con la pareja y/o los hijos; tampoco recibían visitas en casa y preferían quedarse en casa que salir de ella.

### Según Sexo

Musitu (1999) sugiere que las personas mayores difieren en función del sexo, en la forma y contenido de las actividades sociales. Los hombres, tienden a depender más de la relación con su esposa, mientras que las mujeres tienen mayores relaciones sociales (hijos, hermanos, familiares, amigas, vecinas). Sin embargo, los datos encontrados contradicen lo propuesto por Musitu, ya que la población de hombres mayores entrevistada tiene una mayor actividad social frecuente (29%), que la población de mujeres entrevistada (24%).

**Cuadro 11. Las actividades sociales según sexo (%)**

Sexo	Actividad social		
	Frecuente	Poca	Nada
Femenino	24	55	21
Masculino	29	56	15
Total	26.5	55.5	18

$$\chi^2 = 7.35 \text{ Cramer's } V = .084 \text{ sig. } .020$$

Las mujeres que no tienen actividad social representan el 21% de la población femenina entrevistada. Esta información se puede explicar en varios sentidos, por un lado, pudiera ser que las adultas mayores redujeran su actividad social a partir de que entran en dicha categoría de edad o quizás, la poca actividad social sea un continuo en la frecuencia a lo largo de su vida, es decir, las mujeres entrevistadas respondieron tener poca actividad social, debido a que a lo largo de su vida han tenido poca actividad social. Por otro lado, en la vejez, la mujer continúa desempeñando su rol doméstico dentro del hogar independientemente de su edad, por lo que, el tiempo disponible para tener diversidad en las actividades se reduce.

Según Pérez (2005), la relevancia de la familia aumenta con la edad, pero es mucho más importante para las mujeres que para los hombres. Para los varones, la familia ocupa en la vejez, el lugar que ya no llenan otros roles, particularmente los laborales. Sin embargo, para las mujeres, la familia ha ocupado un lugar relevante durante toda su vida, por ello, la continuidad en el desempeño de los roles familiares les permitirá, en mayor medida que los hombres, mantener las actividades sociales que la vinculan a la sociedad, independientemente de la frecuencia de las mismas.

### **Según Edad**

A menor edad se observa mayor actividad social frecuente y conforme aumenta el número de años disminuye la actividad social. En general, los adultos mayores informaron tener poca actividad social. El grupo de 65 a 74 años respondieron tener 33% de actividades sociales frecuentes, en los individuos de 75 a 84 años el 22% continuaban con esta misma frecuencia. Esta información revela que al aumentar el número de años, los individuos centran su atención en cierto tipo de actividad social, la cual les ofrece mayor satisfacción, sin embargo, no significa necesariamente que las personas se aíslen socialmente. En el cuadro 16 se puede observar que al aumentar el número de años los adultos mayores con

poca actividad social permanece constante, es decir, no varía de manera brusca como en los individuos que tienen actividad social frecuente.

**Cuadro 12. Actividades sociales según edad (%)**

Edad	Actividad social		
	Frecuente	Poca	Nula
De 65 a 74 años	33	55	12
De 75 a 84 años	22	57	21
De 85 a 100 años	8	56	36

$$\chi^2 = 62.57 \text{ Cramer's } V = .244 \text{ sig. } .000$$

Una de las explicaciones en la reducción en las actividades sociales en los adultos mayores, por un lado, pudiera deberse al aumento de la probabilidad de separación y pérdida de parientes, amigos, e inclusive de la pareja; estas relaciones de amistad representan en el adulto mayor un vínculo importante que los integra al mundo social, difícil de remplazar. Por otro lado, Pérez (2005), establece que, si bien es cierto que el número de personas con las que los adultos mayores se relacionan y la frecuencia de los contactos disminuyen a medida que envejecemos, este descenso es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen básicamente con la edad. No obstante, esta tendencia de seleccionar los contactos estrechos parece iniciarse en la mediana edad, lo cual, no constituye una condición propia de la vejez.

### Según Estado Civil

De los adultos mayores que respondieron tener actividades sociales frecuentes, el 38% viven en pareja; Mota (2000) señala que cuando el adulto mayor tiene pareja la convivencia con los hijos es menor, ya que las actividades giran alrededor de eventos importantes como celebraciones familiares, cumpleaños, vacaciones compartidas, días feriados, momentos de ayuda puntuales y/o en acontecimientos diversos. Según este criterio explicaría por qué el grupo de adultos mayores casados respondieron en un 54% tener poca actividad social; sin embargo, se esperaría que los adultos solteros, viudos o divorciados tuvieran mayor actividad social que los casados, al disponer de mayor tiempo libre y estar exentos de ciertas responsabilidades. Los datos encontrados contradicen dicha afirmación, ya que las personas viudas o divorciadas respondieron tener actividad social frecuente en un 16% y 17% respectivamente. Los adultos mayores solteros, el 66% respondieron tener poca actividad social.

**Cuadro 13. Actividades sociales según estado civil (%)**

Estado civil	actividad social		
	Frecuente	Poca	Nula
Casado(a) o unión libre	38	54	8

Soltero (a)	-	66	34
Divorciado (a) o separado (a)	17	48	35
Viudo (a)	16	58	26

$$\chi^2 = 128.34 \text{ Cramer's } V = .349 \text{ sig. } .000$$

### Según Escolaridad

De los adultos mayores que respondieron tener actividades sociales frecuentes, el 49% respondieron haber sido escolarizados durante 12 años o más; en este grupo el 40% respondieron tener poca actividad social. De los adultos mayores que no tienen actividades sociales el 44% respondieron no haber asistido a la escuela, por lo que se observa una asociación entre los años escolares cursados y la actividad social frecuente (véase cuadro 18).

**Cuadro 14. Actividades sociales según escolaridad (%)**

Escolaridad	Actividad social		
	Frecuente	Poca	Nula
Sin Escolaridad	7	49	<b>44</b>
1 a 6 años	15	53	32
De 7 a 11 años	28	50	22
De 12 años y más	<b>49</b>	40	11
Total	25	48	27

$$\chi^2 = 106.88 \text{ Cramer's } V = .225 \text{ sig. } .000$$

Según la información encontrada en la población de adultos mayores en Monterrey, se observa que existe una asociación positiva entre el número de años asistidos a la escuela y las actividades sociales frecuentes. Esta información coincide con un estudio realizado en Monterrey, en relación a la participación e actividad social de los individuos (García, 2004). En dicho estudio, se observó la misma tendencia de respuesta, es decir, a mayor número de años de educación formal mayor participación e actividad social en la población entrevistada.

### Según el Estrato Socioeconómico

Los adultos mayores de los estratos socioeconómicos alto y medio alto contestaron en un 32% tener actividades sociales frecuentes. A diferencia de los estratos medio bajo y bajo que respondieron tener actividades sociales frecuentes solamente en un 18% y 15% respectivamente (véase cuadro 19). La condición socioeconómica de los entrevistados pudiera facilitar o dificultar la disponibilidad de las actividades sociales, en este sentido, los adultos mayores que tienen cubiertas sus necesidades básicas, tienen mayor posibilidad de interactuar socialmente. En cambio, las personas que tienen limitaciones económicas y que no tienen cubiertas sus necesidades básicas, deben realizar actividades que les permitan obtener los recursos necesarios para sobrevivir y/o ajustarse al presupuesto.

**Cuadro 15. Las actividades sociales según estrato socioeconómico (%)**

	actividad Social		
	Frecuente	Poca	Nada
Alto y Medio alto	32	44	24
Medio bajo	18	53	29
Bajo	15	51	34
Total	22	49	29

$$\chi^2 = 22.75 \text{ Cramer's } V = .104 \text{ sig. } .001$$

Las actividades sociales según estrato socioeconómico pudieran explicarse, en función de las variaciones en los estilos de vida y en las formas de actividad. Posiblemente, los adultos mayores de los estratos medio bajo y bajo, por limitaciones económicas y por la necesidad de priorizar gastos, no establezcan actividades sociales fuera de casa, pero sí al interior de la misma.

### Según el tipo de Familia

Las actividades sociales variaron en función al tipo de familia debido a la convivencia que se genera en torno a ello. Los adultos que viven sólo con su pareja, así como los que viven en familia nuclear respondieron en un 36% y 31% respectivamente tener actividad social frecuente.

Las actividades sociales según el tipo de familia reflejaron que aquellas personas que viven en pareja gozan de actividades sociales más frecuentes que los no (véase cuadro 20); sin embargo, los adultos mayores que viven en unidad de coresidencia tiene mayor actividad que los que viven en familias extensas, lo cual explica Musitu (1999), que las personas que viven sin pareja (y en mayor medida los que viven solos), aprenden a lo largo de su vida ciertas estrategias para salir adelante y cultivan relaciones de amistad, en mayor medida, que les permite estar vinculadas socialmente (Musitu, 1999). Esto que dice Musitu es interesante pero no refleja lo que aparece en la tabla en la cual las personas solas y monoparentales tienen menos actividad social que los demás. Puedes usar a Musitu para interpretar los datos, pero debes aclarar los datos de esta tabla.

**Cuadro 16. I Actividades sociales según el tipo de familia (%)**

Tipo de familia	actividad Social		
	Frecuente	Poca	Nada
Persona sola	7	44	49



Pareja sola	<b>36</b>	45	19
Nuclear	<b>31</b>	53	16
Compuesta	14	51	35
Monoparental encabezada por mujer	8	55	37
Monoparental encabezada por varon	5	<b>65</b>	30
Monoparental compuesta	7	44	49
Monoparental extensa	11	53	36
Extensa	21	55	24
Extensa compuesta	10	54	36
Unidad familiar atípica	-	<b>59</b>	41
Unidad de coresidencia	25	38	37
Total	15	51	34

---


$$\chi^2 = 184.32 \text{ Cramer's } V = .253 \text{ sig. } .000$$

El tipo de familia representa una parte importante en la vida del adulto mayor. Las actividades que se establecen al interior del hogar, permiten reducir el riesgo de experimentar soledad y aislamiento; así lo dice Fericgla (2002): “Tanto la pareja como la familia es la estructura social que se convierte en referente social central en la vida de los adultos mayores”. Sin embargo, se observa que las personas mayores que viven en familias monoparentales, ya sean encabezadas por la mujer o el varón respondieron en mayor proporción tener poca actividad social, por lo que, la familia monoparental delimita las actividades sociales de los adultos mayores, al establecer diferencias en cuanto a la proximidad familiar y facilitar la proximidad de otras relaciones sociales.

### **Según el Número de Enfermedades Diagnosticadas**

La presencia de enfermedades diagnosticadas interviene y transforma el comportamiento social del individuo, pero sin llegar a provocar el retraimiento social. Por lo que, se especula que la presencia de enfermedades no acentúan el aislamiento, sino que modifican la dinámica las actividades sociales (Reig, 2000). Sin embargo, existe una asociación negativa entre el número de enfermedades diagnosticadas y la actividad social, ya que ésta disminuye al aumentar en número de enfermedades (Véase cuadro 21).

Según los datos encontrados, las actividades sociales se reducen según la mayor presencia (en número) de enfermedades diagnosticadas. Esta circunstancia delimita los estilos de vida en los adultos mayores y sus actividades sociales, una explicación que pudiera deberse a que al aumentar las enfermedades es posible que se reduzca la autonomía y funcionalidad de las personas, lo cual modifica las relación entre los miembros de la familia; es decir, las actividades pasan a ser intercambios de tipo instrumental, de soporte y ayuda. Sin embargo, se observa que la enfermedad dificulta las actividad social pero no la

imposibilita, ya que a pesar de que algunas personas tienen 7 u 8 enfermedades diagnosticadas, continúan teniendo actividades sociales (Véase cuadro 21).

**Cuadro 17. Actividades sociales según el número de enfermedades diagnosticadas (%)**

Presencia de enfermedades diagnosticadas	actividad social		
	Frecuente	Poca	Nada
Sin enfermedad	30	49	21
De 1 a 2 enfermedades	21	51	28
De 3 a 5 enfermedades	13	53	34
De 6 a 8 enfermedades	7	49	44
Total	18	50	32

$$\chi^2 = 39.11 \text{ Cramer's } V = .136 \text{ sig. } .000$$

Los resultados encontrados coinciden con Quintana (1999) quien sostiene que la vida social de los adultos mayores puede continuar activa, al igual que en etapas anteriores, aún y cuando existan transformaciones importantes en los individuos con respecto a su vida anterior. La vida social puede mantenerse a pesar de que exista alguna disminución en las facultades fisiológicas o al aparecer ciertas enfermedades crónico-degenerativas que van a modificar su dinámica de vida y en cierta forma, van a limitar su autonomía e independencia personal.

La importancia de la presencia de enfermedades diagnosticadas reside en el impacto en la frecuencia de las actividades sociales. Los datos revelan disminución en la actividad social frecuente, sin embargo, es posible que la presencia de algunas enfermedades reduzca la actividad social fuera del hogar (participación en eventos sociales) pero no dentro del mismo (recibir visitas en casa y tener actividades con la pareja e hijos). Es importante recordar que una de las limitaciones del estudio fue la no inclusión de adultos mayores con enfermedades incapacitantes, como el Alzheimer y la demencia, por lo que la información, obtenida de la población entrevistada, corresponde a individuos que conservan cierto grado de autonomía e actividad social.

## EL BIENESTAR PERSONAL EN LOS ADULTOS MAYORES

El bienestar personal, que declaran tener los adultos mayores en Monterrey, revela un panorama sobre la forma en que las personas se perciben a sí mismos, en relación a su bienestar personal y a su entorno inmediato. Para analizar la información referente al bienestar personal se establecieron categorías según las respuestas recabadas: bienestar personal completo, medio y sin bienestar personal. Las opciones de respuesta eran: sí, no y a veces, de acuerdo a los objetivos de esta investigación se analizaron las respuestas de todos los adultos mayores (hombres y mujeres) de 65 años o más.

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 en por el cual vivir, su estado de ánimo la mayor parte del tiempo es alegre y entusiasta. Los adultos mayores que respondieron tener bienestar personal medio mencionaron sentirse de

esta manera, pero, en menor medida. Y por último, las personas sin bienestar personal revelaron sentirse infelices actualmente, 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, por lo que, respondieron que en ocasiones se aburrían, su estado de ánimo, la mayor parte del tiempo era triste, melancólico y decepcionado.

### Según Sexo

De los adultos mayores entrevistados, los varones respondieron tener bienestar personal completo en un 63%, porcentaje mayor a las mujeres que respondieron tener solamente 55% de bienestar personal completo (véase cuadro 22). El 25% de las adultas mayores entrevistadas respondieron no tener bienestar en su vida. Esta información coincide con las primeras investigaciones realizadas sobre el bienestar personal de los adultos mayores, las cuales, encontraron la existencia de diferencias significativas, observándose en los varones mayor bienestar en relación con las mujeres. Sin embargo, Casas y Aymerich (2005), señalan que tales diferencias asociadas al género 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 ( $p < .05$ ), esta información habría que tomarse con reservas.

**Cuadro 18. Bienestar personal según sexo (%)**

	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Femenino	54	21	25
Masculino	62	25	13
Total	58	23	19

$$\chi^2 = 25.62 \text{ Cramer's } V = .156 \text{ sig. } .000$$

### Según Edad

En la información encontrada en relación al bienestar personal y a la edad de los adultos mayores, las personas de 65 a 74 años reportaron en un 62% tener bienestar personal completo. Porcentaje superior al grupo de 75 a 84 años y de 85 y más años, los cuales reportaron tener bienestar personal completo en un 56% y 47% respectivamente (véase cuadro 23). Reig (2000) establece 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 en la salud. Sin embargo, según los datos encontrados, la edad pudiera ser un factor importante asociado al bienestar personal de los adultos mayores.

**Cuadro 19. Bienestar personal en el adulto mayor según edad (%)**

Edad	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
De 65 a 74 años	62	21	17
De 75 a 84 años	56	25	19
De 85 y más años	47	21	32
Total	55	22	23

$$\chi^2 = 15.98 \text{ Cramer's } V=.123 \text{ sig. } .003$$

### Según Escolaridad

Los resultados obtenidos, según el nivel educativo asociado al bienestar personal de los adultos mayores, reflejaron una relación positiva entre ambas variables, ya que al aumentar el número de años de educación formal los individuos contestaron tener mayor bienestar personal (véase cuadro 24). El grupo de 12 años o más de escolaridad informó en un 80% tener bienestar personal completo. A diferencia de los individuos sin escolaridad, los cuales solamente el 38% advirtieron sentirse de esa manera.

**Cuadro 20. Bienestar Personal en el adulto mayor según escolaridad (%)**

	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Sin escolaridad	38	26	36
De 1 a 6 años	56	25	19
De 7 a 11 años	70	17	13
De 12 años y más	80	11	9
Total	61	20	19

$$\chi^2 = 64.04 \text{ Cramer's } V=.246 \text{ sig. } .000$$

Sin embargo, pudiera parecer arriesgado afirmar que el bienestar personal está asociado a los años de educación formal, sin tomar en cuenta el efecto de otras variables relacionadas al mismo, como es el ingreso o el status laboral. De esta forma, García (2002) argumenta que es posible que la educación permita obtener consecuencias indirectas asociadas al bienestar personal, a través de su papel mediador tanto en la obtención de las metas personales, mejora del ingreso, status laboral como en facilitar la adaptación a los cambios vitales.

### Según Estrato Socioeconómico

Según los datos obtenidos en la población de Monterrey, la condición económica está asociada al bienestar personal de los adultos mayores, al reflejar en los estratos alto y medio alto mayor porcentaje de bienestar personal completo (76%), que en los otros estratos. Dicho porcentaje desciende a 58% en el estrato medio bajo y 51% en el bajo. Asimismo, los adultos mayores del estrato bajo respondieron no tener bienestar personal en un 24% (véase cuadro 25).

**Cuadro 21. Bienestar personal en el adulto mayor según estrato socioeconómico (%)**

	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Alto y Medio alto	75	15	10
Medio bajo	58	21	21
Bajo	51	25	24
Total	61	20	19

$$\chi^2 = 24.72 \text{ Cramer's } V = .108 \text{ sig. } .000$$

Esta información concuerda con García (2002), que encontró una gran cantidad de pruebas que muestran una relación positiva entre los ingresos y bienestar personal. Esto pudiera interpretarse según la definición de bienestar del mismo autor, la cual, constituye el resultado de la valoración global que el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas de vida. Por lo que, a mayor posibilidad económicas, el individuo consigue estar dentro de los estándares esperados de la sociedad en la que vive (poder y status social). En este sentido, el estrato socioeconómico no sólo tiene efectos benéficos de estabilidad económica, sino que también, presentan beneficios sociales que influyen en la apreciación del bienestar personal.

### Según el Tipo de Familia

El 68% de los adultos que viven en pareja sin hijos, en familia nuclear y en familia compuesta reportaron tener bienestar personal completo (véase cuadro 26). Esta información coincide con lo propuesto por Bazo (1990), que dice que las personas mayores que viven en pareja reducen el riesgo de experimentar soledad y aislamiento, ya que, las actividades que de ella se desprenden influyen en las emociones y en el bienestar personal de los individuos.

**Cuadro 22. Bienestar personal según el tipo de familia (%)**

	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Persona sola	55	15	30
Pareja sola	68	23	9
Nuclear	68	22	10

Compuesta	<b>68</b>	16	16
Monoparental encabezada por mujer	51	18	31
Monoparental encabezada por varon	46	38	16
Monoparental compuesta	<b>44</b>	21	<b>35</b>
Monoparental extensa	48	27	25
Extensa	58	15	27
Extensa compuesta	51	17	32
Unidad familiar atípica	53	24	23
Unidad de coresidencia	<b>75</b>	13	12
Total	<b>57</b>	21	22

$$\chi^2 = 68.74 \text{ Cramer's } V = .182 \text{ sig. } .003$$

Las personas que reportaron tener mayor bienestar personal completo son los adultos que viven en unidad de coresidencia (75%), por lo que, existe algún factor alterno asociado al bienestar personal en los adultos sin pareja y que viven en unidad de coresidencia. Musitu (1999) explica que las personas sin pareja aprenden ciertas estrategias para salir adelante y se apoyan, en mayor medida, en las relaciones de amistad, las cuales representan la continuidad afectiva de la familia. Sin embargo, los adultos que viven en familias monoparentales y compuestas solamente informaron sentirse con bienestar personal completo en un 44% de los casos y el 35% advirtieron sentirse sin bienestar.

### Según el Número de Enfermedades Diagnosticadas

La presencia de enfermedades diagnosticadas se relaciona con el bienestar personal de los adultos mayores en Monterrey. El 83% de los individuos sin enfermedades respondieron tener bienestar personal completo, el porcentaje disminuye progresivamente al aumentar en número de enfermedades diagnosticadas (véase cuadro 27). A pesar de que, 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 (Costa y McCrane, 1980) el número de enfermedades diagnosticadas, que disminuyen la salud en los adultos mayores, representa un factor importante en el bienestar personal de los mismos.

**Cuadro 23. Bienestar personal en el adulto mayor según el número de enfermedades diagnosticadas (%)**

	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Sin enfermedades	83	13	4
De 1 a 2 enfermedades	63	22	15
De 3 a 5 enfermedades	47	27	26
De 6 a 8 enfermedades	15	28	57
Total	52	22.5	25.5

$$\chi^2 = 147.96 \text{ Cramer's } V = .374 \text{ sig. } .000$$

## LA INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES EN EL BIENESTAR PERSONAL

Los adultos mayores que tienen actividad social frecuente informaron tener bienestar personal completo en un 82%, es decir, 867 adultos mayores se perciben a sí mismos felices a lo largo de su vida y en el momento de hacer la entrevista se sentían satisfechos y tenían un estado de ánimo alegre y entusiasta. A diferencia de los individuos que tienen poca actividad social solamente el 57% contestaron sentirse sin bienestar personal. Los adultos sin actividades sociales respondieron no tener bienestar personal en un 27%. Esta información concuerda con Tortosa (2002) quien sostiene que el bienestar personal del adulto mayor, entre otras cosas, es el resultado de mantener actividades y nuevos roles sociales en esta etapa.

**Cuadro 24. La influencia de las actividades sociales en el bienestar personal (%)**

Actividad social	Bienestar personal		
	Completo	Medio	Sin bienestar
Frecuente			
82	12	6	
Poca	57	26	17
Nula	27	28	45
Total	55	22	23

$\chi^2 = 174.17$  Cramer's V=.402 sig. .000

Las actividades sociales traen numerosos beneficios para los adultos mayores, según García (2002) la actividad que se desprende de las relaciones sociales es el mejor predictor de bienestar personal y uno de los factores determinantes para la adaptación al proceso de envejecimiento. En la población entrevistada encontramos que el bienestar personal que el individuo tiene a lo largo de su vida aumenta progresivamente al incrementarse la actividad social, existiendo una correlación positiva entre ambas variables. En este sentido, la frecuencia en la actividad social se asocia al bienestar personal en el adulto mayor.

### MÉTODO DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Cuando se habla de los efectos de las actividades sociales en el bienestar personal de los adultos mayores, la literatura establece distinciones entre los tipos de relaciones que las producen y sus efectos específicos en el bienestar personal. Es importante recordar que para este trabajo de investigación se consideró como variable independiente a las actividades sociales de manera global, agrupando las acciones que realizan los individuos en el marco

de las diversas relaciones sociales: pareja, familia, amistad, trabajo, en cambio la dimensión bienestar personal se consideró como variable dependiente. Asimismo se consideraron como variables independientes la presencia de variables como la edad, el estrato socioeconómico, el estado civil, la escolaridad, el número de enfermedades diagnosticadas que pudieran estar asociadas al bienestar personal; el propósito de incluir dichas variables fue para controlar los efectos entre ellas y la variable dependiente, en el sentido de que pudieran incidir en el bienestar personal, en mayor medida que las actividades sociales, alterando los resultados.

**MODELO 1. LA ACTIVIDAD SOCIAL, LA EDAD, EL NÚMERO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD, EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y EL NÚMERO DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS ASOCIADA AL BIENESTAR PERSONAL.**

Para saber la relación entre la actividad social, la edad, el número de años de escolaridad, el estrato socioeconómico y el número de enfermedades diagnosticadas sobre el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, se elaboró el modelo número 1. Este modelo revela que las variables independiente, que se refieren a la actividad social, el número de años de escolaridad y el número de enfermedades diagnosticadas y la variable dependiente que indaga el bienestar personal, tienen una relación estadísticamente significativa ( $p=.0001$ ). Sin embargo, las variables edad y estrato socioeconómico tienen un nivel de significación superior a.05, razón por la cual, se descartaron del análisis. El porcentaje total de la varianza de la variable explicada fue de 30.3 % (R cuadrada ajustada = .303), lo que significa que el 30.3 % de la variable dependiente es explicada por la actividad social, el número de años de escolaridad y el número de enfermedades diagnosticadas de los adultos mayores.

**Cuadro 25. La actividad social, la edad, el número de años de escolaridad, el estrato socioeconómico y el número de enfermedades diagnosticadas asociada al bienestar personal**

*Modelo No. 1*

	T	Error Estándar	Beta Estándarizada	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	11.308	.916		.0001	.844	1.185
Actividad social	12.025	.025	.338	.0001	.946	1.057
Presencia de enfermedades	-12.387	.041	-.328	.0001	.954	1.048
Estrato socioeconómico	-1.322	.110	-.035	.186	.924	1.082
Edad de la persona entrevistada	.160	.010	.004	.873	.877	1.140



Escolaridad	2.994	.013	.082	.003	.844	1.185
Variable dependiente: Bienestar personal n = 1051						

En este modelo la beta estandarizada de la variable actividad social (.338), indica una influencia moderada sobre la variable dependiente. La beta de la variable número de enfermedades diagnosticadas estandarizada es de -.328, es decir, revela una influencia moderada sobre la variable bienestar personal y la beta estandarizada de la variable escolaridad fue de .082 (Véase Cuadro 29).

A partir de ésta información, es posible interpretar que tanto la edad como el estrato socioeconómico son dos factores que no están asociados al bienestar personal de los adultos mayores; es decir, el adulto mayor puede sentirse con bienestar personal completo, independientemente de su edad así como de su condición económica. En este sentido, ni la edad ni el estrato socioeconómico influyen en cómo un individuo percibe su condición de vida, la satisfacción que experimenta consigo misma, con su familia y con sus amigos, con su trabajo, con las actividades que realiza o en el lugar donde vive.

Asimismo, según la información obtenida es posible interpretar que tanto las actividades sociales, los años asistidos a la escuela como el número de enfermedades diagnosticadas están asociadas al bienestar personal de los adultos mayores. Sin embargo, las actividades sociales y los años asistidos a la escuela están relacionadas de forma positiva con el bienestar personal, en cambio, el número de enfermedades diagnosticadas se asocia de manera negativa, por lo que, a mayor número de enfermedades menor bienestar y viceversa. Estas relaciones se analizaron detalladamente en el modelo 2.

## **MODELO 2. LA ACTIVIDAD SOCIAL Y EL NÚMERO DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS ASOCIADAS AL BIENESTAR PERSONAL.**

Considerando que la participación de la variable escolaridad representaba un efecto casi nulo sobre la variable dependiente, se excluyó del análisis en el modelo 2. Con el objetivo de conocer la relación entre la actividad social y el número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, se elaboró el modelo número 2. Este modelo refleja que la variables independientes, que se refieren a la actividad social y al número de enfermedades diagnosticadas y la variable dependiente que examina el bienestar personal, tienen una relación estadísticamente significativa ( $p \leq .0001$ ). El porcentaje total de la varianza de las variables explicada fue de 29.5% (R cuadrada ajustada = .295), y la beta de la variable actividad social fue de .360, lo cual significa que el 36 % de la varianza de la variable dependiente es explicada por la variable actividad social (Cuadro número 30) y la beta de la variable número de enfermedades diagnosticada fue de -.336.

### **Cuadro 26. La Actividad social y el número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal**

**Modelo No. 2**

	t	Error Estándar	Beta	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	35.116	.290		.0001		
Actividad social	13.581	.023	.360	.0001	.954	1.048
No. Enf dx	-12.665	.041	-.336	.0001	.954	1.048

Variables independientes: Escala de Actividad social, Presencia de enfermedades dx

Variable dependiente: Bienestar personal n = 1051

Los resultados obtenidos en la regresión llevaron a asumir la hipótesis de que el aumento de la actividad social está asociado al aumento en el bienestar personal de los adultos mayores. Esto nos permite comprobar la hipótesis central de investigación, que asume la existencia de una relación positiva entre la actividad social y bienestar personal de los adultos mayores en Monterrey. Sin embargo, también se observa una asociación negativa entre la variable número de enfermedades diagnosticadas y el bienestar personal; es decir, que al aumentar el número de enfermedades disminuye el bienestar de los adultos mayores en Monterrey.

La relación negativa encontrada (previamente no contemplada) entre el número de enfermedades diagnosticadas y el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, pudiera interpretarse en varias direcciones:

- El número de enfermedades afecta directamente al bienestar personal de los individuos, en otras palabras, a medida que aumenta el número de enfermedades, el adulto mayor se percibe y se siente enfermo, está situación reduce su condición física de vida y por lo tanto, afecta su bienestar personal.

- El número de enfermedades afecta de manera indirecta al bienestar personal de los adultos mayores, ya que, a medida que aumenta el número de enfermedades, el adulto mayor se percibe y se siente enfermo, está situación limita su expectativa de vida, su motivación, su satisfacción, su estado de ánimo y por lo tanto, afecta su bienestar personal.

- El número de enfermedades diagnosticadas disminuye las actividades sociales del adulto mayor, dando lugar a malestar personal. Esta situación puede explicarse estadística o teóricamente. Desde el punto de vista estadístico, es poco probable que el número de enfermedades diagnosticadas disminuya las actividades sociales, debido a que el efecto de la colinearidad entre ambas variables es mínimo (ver cuadro 29), es decir, las variables número de enfermedades diagnosticadas e actividades sociales son independientes entre sí. Sin embargo, a nivel teórico, si consideramos al ser humano como un ser bio-psico-social existe la posibilidad de que ambas variables se relacionen.

- Y por último, al aumentar el número de enfermedades diagnosticadas se reduce la autonomía y la funcionalidad, esta situación da lugar a un estrechamiento en las actividades sociales y por lo tanto, disminuye el bienestar personal. Sin embargo, dados los objetivos del estudio, la funcionalidad no fue considerada como una variable asociada al bienestar, por lo que, surgen interrogantes en cuanto a sí es el número de enfermedades el que reduce

el bienestar o son los estragos de dichas enfermedades (disminución en la funcionalidad) las que reducen el bienestar. Por lo que, ésta pregunta queda abierta a siguientes investigaciones.

### **MODELO 3. LA ACTIVIDAD SOCIAL ASOCIADA AL BIENESTAR PERSONAL.**

Para saber solamente la relación entre la actividad social y el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, se elaboró el modelo número 3. En este modelo se observa que la variable independiente actividad social y la variable dependiente bienestar personal, tienen una relación estadísticamente significativa ( $p \leq .0001$ ). El porcentaje total de la varianza de la variable explicada fue de 18.7 % (R cuadrada ajustada = .187), lo que significa que el 18.7 % de la varianza de la variable dependiente es explicada por la actividad social de los adultos mayores. La beta de la variable actividad social fue de .432 (Véase cuadro número 31).

#### **Cuadro 27. La Actividad social asociada al bienestar personal**

##### *Modelo No. 3*

	T	Error Estándar	Beta	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	30.972	.270		.0001		
Actividad social	15.554	.025	.432	.0001	1.000	1.000

Variable dependiente: Bienestar personal n = 1051

En el modelo 3, la variable actividad social por sí sola explica el 18.7% del total de la varianza de la variable dependiente bienestar personal. Los resultados obtenidos corroboran la hipótesis central de que, el aumento de la actividad social está asociado al aumento en el bienestar personal en los adultos mayores. En el modelo 2, ambas variables (la actividad social y el número de enfermedades diagnosticadas) explicaban el 29.5% del total de la varianza. Esta diferencia de 10.8% refleja la importancia de las actividades sociales relacionadas al bienestar personal, ya que la variable independiente por sí sola explica en mayor medida la relación con la variable dependiente.

### **MODELO 4. EL NÚMERO DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS ASOCIADA AL BIENESTAR PERSONAL.**

Para saber solamente la relación entre el número de enfermedades diagnosticadas y el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, se elaboró el modelo número 4. este modelo muestra que la variable independiente, que se refiere al número de enfermedades diagnosticadas y la variable dependiente que indaga el bienestar personal,

tienen una relación estadísticamente significativa ( $p \leq .0001$ ). El porcentaje total de la varianza de la variable explicada fue de 17.1 % (R cuadrada ajustada = .171), lo que significa que el 17.1 % de la varianza de la variable dependiente es explicada por el número de enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores. La beta de la variable número de enfermedades diagnosticadas fue de -.414.

**Cuadro 28. El número de enfermedades diagnosticadas asociada al bienestar personal**

**Modelo No. 4**

	T	Error Estándar	Beta	Sig.	Tolerancia	Factor de inflación de varianza
(Constante)	110.73	.125		.0001		
No. de enfermedades diagnosticadas	-14.745	.043	-.414	.0001	1.000	1.000

Variable dependiente: Bienestar personal n = 1051

En el modelo 4, la variable número de enfermedades diagnosticadas por sí sola explica el 17% del total de la varianza de la variable dependiente: bienestar personal. Ésta información es importante, ya que, a medida que aumenta el número de enfermedades se reduce bienestar personal de los individuos; por lo que, desde el enfoque integral, ésta situación aparta el objetivo de las políticas sociales dirigidas a los adultos mayores, al restringir el bienestar de los individuos.

## **EL BIENESTAR PERSONAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

### **LA EDAD**

Según los estudios realizados sobre la edad asociada al bienestar personal, demuestran 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, bienestar o salud mental), tanto en condiciones de salud como en situación de fragilidad en la salud (Reig, 2000). Los resultados obtenidos en nuestro estudio concuerdan con Reig, al desestimar la edad como un factor relacionado al bienestar personal de los adultos mayores. Sin embargo, es importante puntualizar que, a pesar de no estar asociada directamente al bienestar personal, de manera indirecta, al aumentar la edad se incrementa el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la vejez y las enfermedades edad-dependientes, teniendo más posibilidades de influir negativamente en el bienestar personal.

### **EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO**

Los estudios realizados sobre el estrato socioeconómico asociado al bienestar personal, demuestran una relación positiva entre ambas variables. Sin embargo, según la información obtenida en la población entrevistada, el estrato socioeconómico no está asociado al bienestar personal de adultos mayores en Monterrey, ya que no aparece una relación significativa entre ambas variables.

De forma indirecta el estrato socioeconómico pudiera intervenir en el bienestar personal de los adultos mayores, al facilitar la diversidad en las actividades sociales; es decir, a mayor capacidad económica, las personas tienen mayores recursos para disponer de ellos y emplearlos en diversos espacios de actividad. El transporte es un ejemplo de ello, en los estratos socioeconómicos medio alto y alto, los adultos mayores y/o sus hijos tienen automóvil que les permite trasladarse de un lugar a otro por la ciudad. Asimismo, la capacidad económica establece diferentes situaciones de actividad social, es decir, ciertas personas tienen la posibilidad de retirarse del trabajo y/o jubilarse (gracias a que tienen cubiertas sus necesidades básicas), mientras que a otras las mantiene activas en el mercado laboral. Sin embargo, esta capacidad no impide la actividad social, sólo establece diferencias en las formas y en los espacios de actividad de los adultos mayores.

### **LA ESCOLARIDAD**

La información, obtenida sobre la escolaridad asociada al bienestar personal en los adultos mayores, reflejó la existencia de una asociación significativa entre ambas variables, al representar el 8.2% de la varianza de la variable dependiente. No obstante, al eliminar del estudio la variable número de años asistidos a la escuela en el modelo 2, la varianza total

explicada disminuye solamente en un 0.8%, por lo que esta relación pierde relevancia (dada su mínima relación) debido al factor de colinearidad entre las variables independientes, que pudiera delimitar el efecto total de dicha variable. Situación por lo cual, en esta investigación, la escolaridad no tiene asociación directa con el bienestar personal de los adultos mayores en Monterrey.

## **EL ESTADO CIVIL**

Los estudios realizados sobre el estado civil y el bienestar personal en los adultos mayores, demuestran que el estado civil de la persona mayor se asocia al bienestar personal debido a que establece diferencias respecto al tipo de actividades y relaciones sociales que se mantienen. Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio no establecen asociación significativa entre ambas variables.

## **EL NÚMERO DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS**

Se encontró una asociación negativa entre el número de enfermedades diagnosticadas y el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados; esta variable explica por sí misma el 17% de la varianza de la variable bienestar personal.

## **LAS ACTIVIDADES SOCIALES**

Se encontró una asociación positiva entre la actividad social y el bienestar personal de los adultos mayores entrevistados, ésta variable explica por sí misma, el 17.1 % de la varianza de la variable bienestar personal. En este sentido, cabría preguntarse ¿Las actividades sociales deliberadamente se traducen en bienestar personal?. Una mirada más amplia nos llevaría a pensar ¿por qué los adultos mayores, infelices, insatisfechos, aburridos, tristes, melancólicos y decepcionados tenían menos actividades sociales? Y ¿por qué los adultos mayores, felices, satisfechos, alegres y entusiastas tienen mayor actividad social?. Este bienestar/malestar personal podría ser un síntoma o quizás una consecuencia de su situación de vida. ¿De qué se sienten tristes, melancólicos y decepcionados?, ¿Cuál es su forma de pensar-se y vivir-se infelices e insatisfechos?, tal vez esos sentimientos no se dan en relación única y exclusiva a las actividades sociales, seguramente se debe a la concurrencia de factores psíquicos, socioeconómicos, y culturales que les son propios a estos individuos. La pregunta esencial para dar respuesta a las preguntas anteriores sería ¿Cuál es la percepción subjetiva de estos adultos mayores en relación a su percepción de malestar personal? Sin embargo, la respuesta a esta interrogante formaría parte de un estudio complementario, a través de una aproximación cualitativa.

## CONCLUSIONES

Las actividades sociales tienen una importancia vital a lo largo de la vida de las personas, al favorecer la salud integral del individuo, ejerciendo una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mejorar la salud y alargar el periodo de vida. Brown, Consedine y Mogai (2005) sugieren que las actividades sociales pueden ser beneficiosas para la salud, aumentan el bienestar personal, generan más energía para vivir, disminuyen la presencia de disturbios mentales y reducen el deterioro en la salud. Así, los adultos mayores que no tienen actividades sociales significativas, sienten una profunda soledad o se sienten inútiles y tienen más posibilidades de tener mala salud que aquellos que pueden llenar estas necesidades (Champage y otros, 1992:101, citado en Ribeiro, 2000)

Se encontró que los individuos que se encuentran entre 65 a 79 años, son de estrato socioeconómico medio alto y alto, viven en pareja y manifiestan ausencia de enfermedades tienen mayor porcentaje de actividad social y mayor bienestar personal. Esta información coincide con el parámetro funcional establecido por Quintana (1999), el cual, divide y clasifica a las personas en tercera y cuarta edad.

La tercera edad abarcaría a todas aquellas personas que desde los 65 años conservan completas sus fuerzas y capacidades, pudiendo participar en la vida sociocultural de manera relativamente intensa e interesante. La tercera edad incluiría a todos los adultos mayores sanos o con presencia de enfermedades diagnosticadas que no mermen sus fuerzas, sus capacidades y su funcionalidad, independientemente de la edad. Tales personas pueden mostrarse activas y suelen desarrollar una notable relación social, debido a que se encuentran libres de obligaciones sociales y familiares que les permite disponer de un ocio con que llenar y enriquecer su vida (Quintana, 1999). En este sentido, la tercera edad representa un período de su vida lleno de ganancias y beneficios, aún cuando haya algunos cambios con respecto a de su vida anterior, lo que da lugar a un mayor bienestar personal, situación claramente observable en los resultados encontrados en este estudio.

En cambio, se encontró que a partir de 80 años y más (cuarta edad), los adultos experimentan en mayor medida la vida sin pareja, integran los estratos socioeconómicos medio bajo y bajo, y expresan tener mayor número de enfermedades diagnosticadas. Así lo menciona Quintana (1999), la cuarta edad la integran los adultos mayores que van perdiendo facultades, tanto biológicas como sensitivas y psíquicas, adquieren importantes achaques y entran en una situación de diversas imposibilidades y, por consiguiente, de pérdida de autonomía personal. Esta situación pudiera afectar la frecuencia de las actividades sociales y el bienestar personal de los adultos mayores.

Los resultados encontrados, en conjunto, revelan un panorama que pudiera parecer a simple vista de sentido común. Sin embargo, si se analiza la información de manera individual y se contempla la interrelación entre el conjunto de factores, la información adquiere mayor complejidad. Para ello, es importante tomar en cuenta las diferencias que existen entre los adultos mayores, sus estilos de vida y sus actividades sociales.

Según la información encontrada, la edad no representa un indicador que marque o delimite la condición del individuo ni sus actividades sociales; al igual que Quintana (1999) se encontró que la edad por sí misma no tiene relación directa con el bienestar personal. En este estudio encontramos la misma tendencia, es decir, que la edad no está asociada

directamente con el bienestar personal de los individuos. Un adulto mayor puede pertenecer sano, activo y con bienestar personal, independientemente de los años que marque el calendario. Una persona mayor puede vivir sin pareja (como el 53% de las mujeres entrevistadas), sin enfermedades diagnosticadas que limiten su autonomía y tener bienestar personal. Asimismo, una persona puede tener mayor porcentaje de actividad social independientemente del estrato socioeconómico en el que se encuentre, sino presenta limitaciones funcionales.

El problema de los adultos mayores no es la edad en sí misma, sino la probabilidad, que aumenta día a día, de tener un cuerpo enfermo. Es posible que al incrementar el número de enfermedades diagnosticadas se reduzca la autonomía y la funcionalidad en el adulto mayor; esta situación da lugar a un estrechamiento en las actividades sociales, y poco a poco, las relaciones sociales se van convirtiendo en relaciones instrumentales que implican dependencia; la dependencia generada por la enfermedad reduce tanto las actividades sociales, el bienestar personal como el bienestar integral. Es importante delimitar las circunstancias presentes que ocurren alrededor de los adultos mayores y su contexto social, es posible que al aumentar el número de enfermedades disminuya la actividad dada la pérdida de la autonomía y la funcionalidad, por lo que, el individuo tiene la opción de seleccionar las actividades más significativas y con mayor valor afectivo que sustituyan al conjunto total de actividades sociales o por el contrario, aislarse y sentir malestar personal.

Así como la edad no representa un indicador asociado al bienestar personal de los adultos mayores, el estrato económico tampoco constituye ni delimita el bienestar personal. 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, estas circunstancias de ventaja económica no se relacionan directamente con el bienestar personal de los adultos mayores.

De igual forma que el estrato socioeconómico, el estado civil de los adultos mayores no está asociado al bienestar personal. Pero, crea contrastes en las formas de actividad de los individuos, ya que, establece diferencias en el tipo y la frecuencia de los mismos. En este sentido, la importancia del estado civil está asociada a las formas de actividad social que de ella se desprenden, por ejemplo, las personas que viven en pareja difieren de los adultos mayores viudos, solteros o divorciados. Las personas que viven en pareja tienen mayor actividad con la pareja pero menos actividad con amigos; en cambio, los individuos que no tienen pareja fomentan las relaciones de amistad, con vecinos y/o familiares que contribuyen a una mayor actividad.

La escolaridad tiene una asociación significativa con el bienestar personal, no obstante, esta relación no parece que sea relevante cuando se controlan otros factores vinculados a la variable educación, como los ingresos económicos o el status laboral (García, 2002). Es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar personal, a través de su papel mediador tanto en la obtención de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen. Sin embargo, dadas las limitaciones metodológicas, en esta investigación no fue viable establecer con claridad dicha relación.



La relación entre las actividades sociales y el bienestar personal no determina causalidad entre las variables, solamente se advierte que al aumentar la actividad social está asociado al aumento en el bienestar personal de los adultos mayores. Y además, se observa que al aumentar el número de enfermedades disminuye el bienestar de los adultos mayores en Monterrey. De acuerdo a los objetivos esta investigación no fue posible establecer el orden en que aparecieron las variables analizadas, es decir, ¿Qué causó la reducción de las actividades sociales?, el número de enfermedades diagnosticadas o la pérdida de la autonomía y funcionalidad en el adulto mayor. Asimismo, se plantea la interrogante de ¿Qué causó el número de enfermedades diagnosticadas?, es poco probable determinar si la persona mayor dejó de interactuar socialmente y, por consiguiente, al no tener vínculos sociales se enfermó.

Frente a este panorama, es importante conocer esta relación desde la perspectiva del actor mismo, es aquí donde cabe preguntarse ¿El número de enfermedades diagnosticadas produjo la reducción de las actividades sociales?. ¿El número de enfermedades diagnosticadas reduce la frecuencia de la actividad social o es la pérdida de la autonomía y la funcionalidad la que produce este efecto?. Tal vez se deba a que dichos elementos no se dan en relación única y exclusiva, seguramente se debe a la concurrencia de diversos factores psíquicos, socioeconómicos y culturales que son propios de los adultos mayores. La incógnita central a despejar para dar respuesta a las preguntas anteriores sería ¿Cuál es la percepción de los adultos mayores en relación al número de enfermedades diagnosticadas, a la funcionalidad, y a la dependencia/autonomía?, ¿Cuál es la percepción de los adultos mayores en relación a las actividades sociales?. Sin embargo, las respuestas a estas interrogantes formarían parte de un estudio complementario, a través de una aproximación cualitativa.

Los resultados obtenidos muestran que existe una relación positiva entre las actividades sociales con el bienestar personal de los adultos mayores en la ciudad de Monterrey, N.L. En este estudio sobresale la relevancia de la actividad social como una posibilidad para lograr el bienestar integral en el adulto mayor, tanto personal, física como socialmente. Los datos muestran que las actividades sociales se asocian al incremento en la percepción de satisfacción consigo mismo, con el trabajo, con las actividades que realiza y en el lugar donde vive. A su vez, amplían la valoración positiva de los logros y aspiraciones a lo largo del tiempo, la persona se siente feliz tanto en el momento presente como a través del tiempo. Una persona con estas características disfruta de sus relaciones con la familia y con los amigos, prevalece los sentimientos positivos y el estado de ánimo alegre; lo que da lugar que la persona está a gusto con la vida. Por lo tanto, las actividades sociales representan un medio para lograr el bienestar personal en los adultos mayores desde el ámbito social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abril, V. (1998). *Instrumentos de psicología comunitaria*. Apoyo social y Marketing social. Valencia: Editorial Promolibro.

Adams, R (2000). La amistad como una fuente de cambio social [en línea]: Soka Gakkai Internacional. <http://www.sgi.org/spanish/inicio/quarterly/0401/TemaPrincipal1.html> (Página consultada el 16 de Octubre de 2005).

Andrés H. y L. Gaston (2000). Es posible medir el bienestar? En: Salvarezza, L. (comp.), *Una mirada gerontológico actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Editorial Taurus.

Allport, G. (1977). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herder.

Araya, M. (2004) [en línea]. La construcción identitaria de las mujeres mapuche Universidad de Chile. Facultad de ciencias sociales. Departamento de sociología. (tesis), [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/araya\\_m/doc/araya\\_m.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/araya_m/doc/araya_m.pdf) (Página consultada el 16 de Octubre de 2005).

Ariza, M. y O. Oliveira (2001). Cambios y continuación del trabajo, la familia y la condición de las mujeres. En: Urrutia E. (coord). *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: El Colegio de México.

Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax.

Atchley, R. (1983). *Conceptualizing interpersonal relationships*. Belmont, Ca.: Wadsworth Publishing.

Bassuk, S. T. Glass, y L. Berkman (1999). *Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons*, Ann Intern Med 131:165-173

Batles, P. y M. Batles (1990) (eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamic between growth and decline*. Developmental Psychology, 23. pp. 611-626.

Bazo, M. (1990). *La sociedad anciana*. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno de España.

Bejarano E., S. Pinazo y F. Bejarano (1982). Evaluación funcional en personas de edad avanzada En: *Envejecimiento, sociedad y salud*. La Mancha, Cuenca: Universidad de Castilla: 59-68.

Bello, A. y M. Ranguel (2000). *Etnicidad, raza y equidad en América Latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas / CEPAL.

Berger P. y T. Luckmann (1976). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

- Blanck-Cerejido, M. (1999). Psicología del envejecimiento. En: Aréchiga H. y M. Cerejido (Comps.) *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. Madrid: Editorial: Siglo Veintiuno editores.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
- Brown M, N. Consedine y C. Mogai (2005). *Altruism relates to health in an ethnically diverse simple of older adults*. *The Journal of Gerontology*. Vol. 60B. No. 3. pp. 143-152.
- Cabral, J. (1980). *La tercera Edad*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Cardenal, V. y F. Fierro (2001). *Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social*. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Casas F. y M. Aymerich (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En: Pinazo S. y M. Sánchez (dir.) *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social: una introducción sociopsicológica*. Barcelona: PPU.
- Cerutti, M., I. Ortega y L. Palacios (1999). Grupos económicos en el norte de México: Del estado oligárquico a la globalización. En: Gutierrez, E. (Coor.). *La Globalización en Nuevo León*. México: editorial El Caballito.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: editorial McGrawHill.
- Costa, P. y R. McCrane (1980). *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- De Riso, S (2001). Familia y crisis en el fin de siglo: permanencia y cambio. En: De Jong E; R. Basso y M. Paira (Comp.). *La familia en los albores del nuevo milenio*. Buenos Aires: Editorial espacio.
- Delgado, C. (2001). *Conferencia citada en el Diplomado de Bioética ICBP Victoria de Girón*. Marzo 2001. En Prensa.
- Díaz, M., O. Domínguez y G. Toyos (1994). *Resultados de la aplicación de una escala de Valoración sociofamiliar en atención primaria*. *Rev. Esp. Geriatric. Y Gerontolog.* 29(4): 239-245.
- Díaz-Vega, P. (1987). *Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos*. Madrid: Editorial Universidad Autónoma de Madrid.
- (1985). *Inventario de recursos sociales en personas mayores*. Madrid: Editorial Universidad Autónoma de Madrid.
- Díez, J. (1994). *El bienestar social. Concepto y medida*. Madrid: Popular.
- Diener, E. (1994). *Assessing subjective well-being: Progress and opportunities*. *Social indicator. Research*, 31, 103-115.

Diener E. y M. Diener (1995). *Factors predicting the subjective well-being of nations*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 85 1-685 1-864.

Diener E. y E. Suh (1998). Subjective well-being and gender: An international analysis. En Schale, K., K. Warner y L. Power (Eds.). *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development*. Annual review of gerontology and geriatrics. Nueva Cork: Springer Publishing. Vol. 17 pp.304-324.

Domínguez, O. (1999). Coordinación de atención en el envejecimiento. En: CONAPO (Comps.) *Epidemiología del envejecimiento en México*. México: Ed. CONAPO.

Dulcey-Ruiz (2000) [en línea]. *El Envejecimiento, Calidad de vida y violencia intrafamiliar*. Presentado en el 5to Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena, Colombia, marzo 30 de 2000. <http://www.inti.gov.ar/prodiseno/pdf/calidad.PDF> (Página consultada el 2 de noviembre de 2004).

— y Quintero G. (1996) [en línea]. Calidad de vida y envejecimiento. En: *Tratado de Gerontología y Geriatría Clínica*. La Habana: Editorial Academia. <http://www.inti.govha.ar/prodiseno/pdf/calidad.PDF> (Página consultada el 2 de noviembre de 2004).

Encuentros culturales y recreativos del adulto mayor (2005) [en línea]. *Nuevo comienzo: otro motivo para vivir*. Gobierno de Cartagena: Colombia. <http://www.funlibre.org/documentos/nc/ejes.html> (Página consultada el 16 de octubre de 2005).

Erikson, E. (1981). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.

— (1974). *Dimensions of a new identity*. New York: Norton.

Fasce, E. (1997) [en línea]. *Teorías de la identidad social*. Facultad de Psicología UNMdP <http://www.monografías.com/trabajos6/isiso/isiso2.shtml> (Página consultada el 16 de octubre de 2005).

Fermoso, P. (1994). *Pedagogía social*. Barcelona: Editorial Herder.

Fernandez, J. (1990). *La comunicación en las relaciones humanas*. México: Editorial Trillas.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad y envejecer con los demás*. Madrid: Editorial Pirámide.

— (2000). *Gerontología social*. Madrid: Editorial Pirámide.

Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Editorial Herder.

Fisher, G. (1998). *Conceptos fundamentales de Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Folstein, M., S. Folstein, y P. Muchugh (1975). *Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician*. *Journal of Psychiatric Research*, 12:189-198.

García, Cirilo (2004). *Social Participation of Mexican Poor People: A Multidimensional Model*. *Advances in Psychology Research*, Vol 29, 221-226.

García, G. (2001). La cultura y la recreación en el adulto mayor. [en línea]: En: Segunda Jornada de los Derechos de las Personas Mayores. Ciudad de México: Editado por: RLG [12 de Febrero de 2004]. Canal: POLITICAS - Promoción de derechos. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=65> (Página consultada marzo 2005).

García, M. (2002) [en línea]. *Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte*. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 8, N° 51 - Agosto de 2002*. <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm> (Página consultada marzo 2005).

— (2002:b) [en línea]. *La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento*. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 47 - Agosto de 2002*. <http://www.efdeportes.com/> (Página consultada marzo 2005).

Garretón, M. (2000). *La sociedad en que viviremos: introducción sociológica al cambio de siglo*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Garrido, F. (1999). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: CONAPO (Comps.) *Epidemiología del envejecimiento en México*. México: Ed. CONAPO.

George, Okun y Landerman (1985). *Age as a moderator of the determinants of life satisfaction*. *Research on Aging*, 7(2), 209-233.

Giddens, (1992). *Sociología*. Madrid: Editorial Alianza.

Gil, J. y S. Schmidt. (2002). *Análisis de Redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales*. Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, UNAM, México, D.F.

Gómez-Vela, M. (2001) [en línea]. *Calidad de vida*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <http://www.inti.gov.ar/prodiseño/pdf/calidad.PDF> (Página consultada el 10 de Mayo de 2004).

González, M. (2000). *Cuando la tercera edad nos alcanza: crisis o retos*. México: Editorial Trillas.

Gonzalo, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida: Aprender a envejecer*. Barcelona: Editorial Ariel Social.

Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa y El colegio de la Frontera Norte, A.C.

— (1999). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: CONAPO (Comps.) *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. CONAPO.

Haring, M., W. Stock y M. Okun (1984). *A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being*. *Human relations*, 37, 645-657.

- Hayflick, L. (1999). *¿Cómo y por qué envejecemos?* Barcelona: Editorial Herder.
- HelpAge International (2002). Estado Mundial de las personas mayores 2002. *El envejecimiento Global*. Londres: Ed. HelpAge International International. Pp. 2-32.
- Hernández, M. (1999). Las redes sociales en la vejez. En Medina, M. y M. Ruiz (eds.), *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Herrera M. (2001) [en línea]. Recreación, cultura y deporte en el adulto mayor. *En: Segunda Jornada de los Derechos de las Personas Mayores*. Ciudad de México: Editado por: RLG [12 de Febrero de 2004]. Canal: POLITICAS - Promoción de derechos. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=65> (Página consultada marzo 2005).
- Herzog, A., M. Franks, H. Markus y D. Holmberg (1998). *Activities and well-being in older age: effects of self concept and educational attainment*. *Psychology and Aging*, 13 (2) 179-185.
- Herzog, A. y W. Rodgers (1981). *Age and satisfactions: Data form several large surveys*. *Research on Aging*, 3, 142-165.
- Hidalgo, J. (2001). *El Envejecimiento: Aspectos sociales*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- INEGI (2003) [en línea]. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. <http://www.inegi.gob.mx>. (Página consultada el 2 de mayo de 2003).
- (2001) [en línea]. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. <http://www.inegi.gob.mx>. (Página consultada el 2 de mayo de 2003).
- (2000). *Indicadores de hogares y familias por entidad federativa*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Iñiguez, L. (2001). Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En Crespo, E. (Ed.) *La constitución social de la subjetividad*. Madrid: Catarata. pp.: 209-225
- Izal, M. y I. Montorio (1993). Adaptación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS): A estudios preliminares. *Gerontología Clínica*.
- Jang Y, J. Mortimer y W. Haley (2004). *The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals whit disease and disability*. *The Journal of Applied Gerontology*. Vol. 23. No. 3. pp. 266-278.
- Jung, J. (1997). *Balance and source of social support in relation well-being*. *The Journal of General Psychology*, 724(1), 77-90.
- Kalish, R. (1996). *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Katz, S., A. Ford, R. Moskowitz, B. Jackson, y M. Jaffe (1963). Studies of illnes in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185: 914-919.

Kovac, D. (2004). *Quality of life: A megaconcept of comino époque*. Psychology science. Vol. 46. Supplement I. pp. 167-186.

Krassoievitch, M. (1998). Redes sociales y vejez, documento preparado para el VII Simposium Macaria: que Hablen los ancianos, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud: Septiembre pp. 24-26, México.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.

Laing, R. (1971). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lamas, H. (2004) [en línea]. *Educación Comunitaria*. Sociedad Peruana de Resiliencia. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpluyuyVImOTyZDkI.php> (Página consultada 15 de Mayo de 2004).

Larraín, J. (2001). *Identidad Chilena*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Lawton, M. (1983). *The varieties of well-being*. Experimental Aging Research, 9, 65-72.

—— (1975). Satisfaction Geriatric of Philadelphia Index: A revisión. Journal of Gerontology, 38:91-99.

Lehr, U. (1998). *Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Editorial Herder.

Leñero L. (1998). “Tercera edad y sus implicaciones familiares y sociales”. En *El Cotidiano*, México. Marzo-abril: 42-48.

—— (1983). *El fenómeno familiar en México*. México: Instituto Mexicano de estudios sociales A.C.

Lennartsonn C. y M. Silverstein (2001). ¿Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? *The Journal of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*. Vol. 56B. Iss. 6. pp. 335-342.

Levinger M. y M. Snoek (1972). *Attractions in relationships: A new look at interpersonal attractions*. NJ: General Learning Press.

Lobo, A., J. Ezquerro, F. Gómez, J. Sala, A. Seva (1979). *El Mini Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines, VII, 3: 189-202.

Luna, M. (1999). Derechos legales en el envejecimiento. En CONAPO (comp.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población: 373-394.

Lyubomirsky, S., K. Sheldon y D. Schkade (2005). *Pursuing Happiness: The Architecture of sustainable change*. Journal of General Psychology. Vol. 9 No. 2. pp. 111-131.

Mahoney, F. y D. Barthel (1965). *Functional evaluation: Barthel index*. Md. State Med. Journal, 14: 61-65.

Mantilla M. y A. Márquez (1996). *Envejecimiento, Experiencias y Perspectivas*. Bogotá: Ediciones AIG.

Martín-Baró, I. (1985). *Acción e ideología: Psicología social desde Centroamérica*. El Salvador: Editorial UCA.

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

Mastekaasa, A. (1993). *Marital status and subjective well-being: a changing relationship?* Social indicator Research, 29(3), 249-276.

Mead, G. (1953). *Persona, Espíritu y Sociedad*. Barcelona: Editorial Paidós

Mendoza-Núñez, V.M., Correa, M. E., Sánchez, R.M. & Retana, U.R. (1996) [en línea]. *Modelo de atención de núcleos gerontológico*. Geriátrica, 12, pp. 15-21. <http://www.zaragoza.unam.mx/depi/avisos/gerontologia.pdf> (Página consultada el 16 de Octubre de 2005).

— M. Martínez y L. Vargas (2004). [en línea]. *Gerontología comunitaria*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, U.N.A.M. <http://www.zaragoza.unam.mx/depi/avisos/gerontologia.pdf> (Página consultada el 16 de Octubre de 2005).

Mishara, B. y R. Riedel (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Editorial Morata.

Montes de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar. En: Ariza, M. y O. de Oliveira (Coord.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.

— Montes de Oca, V. (1999). Relaciones familiares y redes sociales. En: CONAPO (Comps.) *Epidemiología del envejecimiento en México*. México: Ed. CONAPO.

Montorio, I., y M. Izal (1992). *Bienestar psicológico en la vejez*. Revista de Gerontología. 3, 145-154.

Montraveta, I. (1995). *Apuntes sobre un estudio de las relaciones entre generaciones*. Revista de Infancia y Sociedad, 29, p156.

Moragas, R. (1991). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

Morales, M. (1999). La vejez en los países desarrollados. En *Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo*. 2(4). 12-16

Mota, R. (2000). Las consecuencias sociales y familiares del envejecimiento. En: Adrocher, S. (coord.). *Mayores y Familia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: 131-155.

Mowad, L. (2004). *Correlates of Quality of life in older adult veterans*. Western Journal of Nursing Research.; Vol. 64. No. 3. pp. 293-306.

Muchnik E. y S. Seidmann (1997). (dir.) [en línea]. *Soledad, aislamiento y redes de apoyo*



[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicología/información\\_adicional/obligatorias/social1/psis6.html](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicología/información_adicional/obligatorias/social1/psis6.html). (Página consultada el 16 de Octubre de 2005).

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*. Murcia: Universidad de Murcia: Actas del Congreso pp. 10-12.

Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Editorial Herder.

Neugarten, B., R. Havighurst y S. Tobin (1961). *The Measurement of Life Satisfactions*. Journal of gerontology, 16, 134-143

Oddone, M. (2000). La vejez en la educación básica en Argentina. En: Salvarezza, L. (2000). (comp.), *Una mirada gerontológico actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Okun, M., W. Stock, M. Haring, y R. Witter (1984). *The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis*. Research on Aging, 6, 45-65.

OMS (2002). *Quallify of Life*. Geneva: World Health Organization.

ONU (1979). *Reunión sobre el envejecimiento*. Organización de las Naciones Unidas. Kiev. URSS.

OMS (1989). *La salud de las personas de edad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Serie Informes Técnicos No. 779.

— (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma-Ata URSS. 6-12 de septiembre. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Palomar, J. y N. Lanzagorta (2005). *Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social*. Revista Latinoamericana de psicología. 37(1). 9-45

Palmore, E. (1979). *Predictors of successful aging*. The Gerontologist, 19, 427-431.

Pedhazur, E. y L. Schmelkin (1991). *Measurement, design and analysis. An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Peña y Lillo, C. (2002). *¿Me quiero mucho, poquito nada?*. México, D.F: Editorial Paulinas.

Pérez, L. (2005). Envejecimiento y género. En: Pinazo S. y M. Sánchez (dir.) *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Pfeiffer, M. (1975). *Short portable mental status questionnaire SPMSQ*. Journal of the American Medical Association, 203: 714-720.

Piña, M. (2004). *Gerontología social aplicada: visiones estratégicas para el trabajo social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Powell, L. y K. Courtice (1986). *Alzheimer's disease*. Addison-Wesley Publishing Co. Reading.

Prieto, O. y E. Vega (1996) [en línea]. *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científica-técnica. <http://www.inti.govha.ar/prodiseno/pdf/calidad.PDF> (Página consultada el 2 de noviembre de 2004).

PND (2001) [en línea]. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=10>.

Quintana, J. (1999). Socialización y Tercera Edad. En Montañes J. y E. Larrañaga (coord.), *Envejecimiento, Sociedad y Salud*. La Mancha Cuenca: Editorial Universidad de castilla. 43-57.

Redondo, N. (1990). *Ancianidad y Pobreza: una investigación en sectores populares urbanos*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas.

Reig, A. (2000). Psicología de la Vejez, Comportamiento y adaptación. En Fernández-Ballesteros *Gerontología social*. Madrid: Editorial Pirámide.

Reyes, L. (1999). El Envejecimiento demográfico: reto del siglo XXI. En: CONAPO (comp.), *El contexto cultural y económico del envejecimiento: El caso de los Zoques en Chiapas*. México: Consejo Nacional de Población: 409-414.

Ribeiro, M. (2002). *Perspectivas sociales/Social Perspectives*, Vol. 4. N°1: 147-168.

— (2000). *Vejez, familia y política social*. Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas.

Ritzer, G. (2002). *Teoría Sociológica Moderna*. España: Editorial Mc Graw Hill.

Rodríguez, C. (1999). El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad. En CONAPO (comp.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población: 55-67.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Ryff, C. (1995). *The Structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Scheaffer, R., W., Mendenhall y L. Ott, (1987). *Elementos del muestreo*. México: Editorial América.

Salinas, L. (2000). La perspectiva ética del envejecimiento. En Adrocher, S. (coord). *Mayores y Familia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: 131-155.

Secretaría de Salud (2001) [en línea]. *Decreto por el que se regula el organismo descentralizado instituto nacional de adultos en plenitud*. Secretaría de Salud. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/drodinap.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/drodinap.html). (Página consultada el 12 de octubre de 2003).

— (2001) [en línea]. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*. Secretaría de Salud. [www.salud.gob.mx/plannacionaldesalud2001-2006.html](http://www.salud.gob.mx/plannacionaldesalud2001-2006.html). (Página consultada el 12 de octubre de 2003).

— (2001) [en línea]. *Programa de atención al envejecimiento 2001-2006*. Secretaría de Salud. [www.salud.gob.mx/programadeatencionalenvejecimiento2001-2006.html](http://www.salud.gob.mx/programadeatencionalenvejecimiento2001-2006.html). (Página consultada el 12 de octubre de 2003).

Solís, F. (1999). El Envejecimiento demográfico: reto del siglo XXI. En: CONAPO (comp.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población: 409-414.

Shmotkin, D. (1990). *Subjective Well-being as a function of age and gender: a multivariate look for differentiated trends*. Social Indicator Research, 23, 201-230.

Sluzky, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Colección Terapia Familiar, editorial Gedisa. Barcelona, España.

Stuart-Hamilton, I. (2000). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Editorial Morata.

Touraine, A. (1974). *Pour la sociologie*. Paris: Editorial Le Senil.

Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Tortosa, J. (2002). *El proceso del envejecimiento*. Madrid: Editorial pirámide.

Tuirán, R. (1999). Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: COESPO (Comp.) *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: ED. COESPO.

Väänänen A. y M. Kivimäki (2005). *When it is better to give than receive: long term health effects of perceived reciprocity in support Exchange*. The Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 89. No. 2. pp. 176-193.

Vittorio G. y P. Steca (2005). *Self-efficacy beliefs as determinants of prosocial behavior conducive to life satisfaction across ages*. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol. 24. No. 2. pp. 191-217.

Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. Barcelona. Ed: Herder.

Veenhoven, R. (1994). *Correlates of happiness: 7836 findings from 603 studies in 69 nations: 1911-1994*. Unpublished manuscript, Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands.

Veenhoven, R. (1991). *Is happiness relative?*. Social Indicators Research, 24, 1-34.

—— (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reídle.

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 A.C.

Yanes, P. (1999). Una ciudad para todas las ciudades. En: CONAPO (comp.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población: 509-514.

Yubero, S. y E. Larrañaga (1999). La imagen social del anciano. En: *Envejecimiento, sociedad y salud*. La Mancha, Cuenca: Universidad de Castilla: 59-68.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I. EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

- Envejecimiento demográfico en México
- Efectos del envejecimiento demográfico
- Envejecimiento demográfico en Nuevo León
- La vejez y el envejecimiento

#### CAPÍTULO II. LAS DIMENSIONES DEL ENVEJECIMIENTO

- Dimensión biológica en el envejecimiento
- Dimensión psicológica en el envejecimiento
  - El concepto de sí mismo
  - La autoestima
- Dimensión social en el envejecimiento
  - La identidad social
  - La conciencia social
  - La pertenencia social
  - La implicación social
  - Los estereotipos sociales

#### CAPÍTULO III. FACTORES SOCIALES QUE INTREVIENEN EN EL ENVEJECIMIENTO

- La Vida Social
- El Trabajo
- Las relaciones sociales
- La Familia
- Las Funciones de la Familia
- La Familia Actual
- La Pareja
- Los Amigos y Vecinos
- Las actividades en grupo
- El apoyo social

#### CAPÍTULO IV. EL BIENESTAR

- El bienestar
- El bienestar personal
- El bienestar personal en el envejecimiento
  - El bienestar personal según sexo
  - El bienestar personal según Edad
  - El bienestar personal según Estado civil

El bienestar personal según Nivel educativo  
 El bienestar personal según Estrato socioeconómico  
 El bienestar personal según Número de enfermedades diagnosticadas  
 El bienestar personal según las actividades sociales

## CAPÍTULO V. LA RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES CON EL BIENESTAR PERSONAL EN MONTERREY

### Perfil del adulto mayor entrevistado

#### Perfil sociodemográfico

Edad  
 Estado civil  
 Escolaridad

#### Perfil familiar de adulto mayor

Composición familiar  
 Número de personas en el hogar

#### Perfil económico

Estrato socioeconómico  
 Ingresos / Pensión / Vivienda

#### Perfil de salud del adulto mayor

Número de enfermedades diagnosticadas  
 La seguridad Social

### Las Actividades Sociales en los Adultos Mayores

Según Sexo  
 Según Edad  
 Según Estado Civil  
 Según Escolaridad  
 Según Estrato Socioeconómico  
 Según El Tipo de Familia  
 Según El Número de Enfermedades Diagnosticadas

### El Bienestar Personal en los adultos mayores

Según Sexo  
 Según Edad  
 Según Estado Civil  
 Según Escolaridad  
 Según Estrato Socioeconómico  
 Según El Tipo de Familia  
 Según El Número de Enfermedades Diagnosticadas

### La influencia de las Actividades Sociales en el Bienestar Personal

#### Método de regresión lineal múltiple

Modelo 1. La actividad social, la edad, el número de años de escolaridad, el estrato socioeconómico y el número de enfermedades diagnosticadas asociada al bienestar personal.

Modelo 2. La actividad social y el número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal.

Modelo 3. La actividad social asociada al bienestar personal.

Modelo 4. El número de enfermedades diagnosticadas asociada al bienestar personal.

El Bienestar personal y variables sociodemográficas

La edad

El estrato socioeconómico

La escolaridad

El estado civil

El Número de enfermedades diagnosticadas

Las Actividades Sociales

**CAPITULO VI. CONCLUSIONES**

**CAPITULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

- FIGURA 1. Modelo conceptual de apoyo social
- CUADRO 1. Edad de los entrevistados por grupo y por sexo
- CUADRO 2. Estado civil de los entrevistados según sexo
- CUADRO 3. Escolaridad de los entrevistados según sexo
- CUADRO 4. Composición familiar de los entrevistados según sexo
- CUADRO 5. Estrato socioeconómico de los entrevistados por sexo
- CUADRO 6. Tiene pensión por sexo
- CUADRO 7. Razón por la cual recibe pensión por sexo
- CUADRO 8. Número de enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores según sexo
- CUADRO 9. Percepción del estado de salud según sexo
- CUADRO 10. Razón por la cual recibe servicio médico por sexo
- CUADRO 11. Las actividades sociales según sexo
- CUADRO 12. Las actividades sociales según edad
- CUADRO 13. Las actividades sociales según estado civil
- CUADRO 14. Las actividades sociales según escolaridad
- CUADRO 15. Las actividades sociales según estrato socioeconómico
- CUADRO 16. Las actividades sociales según el tipo de familia
- CUADRO 17. Las actividades sociales según el número de enfermedades diagnosticadas
- CUADRO 18. El bienestar personal según sexo
- CUADRO 19. El bienestar personal según edad
- CUADRO 20. El bienestar personal según estado civil
- CUADRO 21. El bienestar personal según escolaridad
- CUADRO 22. El bienestar personal según estrato socioeconómico
- CUADRO 23. El bienestar personal según el tipo de familia
- CUADRO 24. El bienestar personal según el número de enfermedades diagnosticadas
- CUADRO 25. Modelo 1. La influencia de las actividades en el bienestar personal
- CUADRO 26. Las actividad social, la edad, el número de años de Escolaridad, el estrato socioeconómico y el número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal
- CUADRO 27. Las actividad social y el número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal
- CUADRO 28. Las actividad social asociada al bienestar personal
- CUADRO 29. El número de enfermedades diagnosticadas asociadas al bienestar personal