

Relaciones sociales y su asociación con indicadores subjetivos de salud y funcionamiento físico. Diferencias debidas a la edad

María Dolores López Bravo

*Área de Ciencias de la Salud. Centro Superior de Estudios Universitarios
La Salle. C/ La Salle, 10. 28023-Madrid*

Resumen

Son muchos las investigaciones que muestran la asociación entre las relaciones sociales e indicadores de salud y bienestar. Este estudio tiene dos objetivos: (1) Valorar si varía el tamaño de la red familiar y de amigos en función de la edad (30-49; 50-64; 65-74; 75 y más años); (2) Mostrar el vínculo entre la red social e indicadores subjetivos de salud y funcionamiento físico, al mismo tiempo que se valora cómo son estas asociaciones en función de la edad.

La muestra incluye un total de 345 sujetos (con un rango de edad de 30-85 años) participantes de la investigación EXCELSA (European Longitudinal Study

of Aging) (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Los resultados no arrojan diferencias significativas en el tamaño de la red social y de amigos en función de la edad. Al mismo tiempo se ha encontrado que en el grupo de edad de 75 y más años muestran una asociación más clara entre el tamaño de la red familiar y los indicadores subjetivos de salud y funcionamiento físico. Este dato pone en relieve el peso de la edad en la influencia de este tipo de factores.

Palabras clave

Relaciones sociales; edad; Red familiar; red de amigos; salud subjetiva; funcionamiento físico percibido.

Social relationships and their association with health and physical performance subjective indicators. Differences due to age

Abstract

A lot of research shows interaction between relationships, health and wellness. This study has double object: (1) to evaluate the variation into relatives and friends network depending on age (30-49; 50-64; 65-74; 75 and more); (2) To show association between social network, subjective health and physical performance in association with age.

The sample includes 345 people of EXCELSA PROJECT (European Longitudinal Study of Aging) (Fernández-Ballesteros, 2004).

On one hand, significative differences were not found in relatives and friends network in relation to age. On the other hand, the oldest group (75 and more) shows the clearest association between relatives' network, subjective health and physical performance. This is an interesting result because demonstrates the importance of age in this associations.

Key words

Social relationship; age; relatives network; Friends network; subjective Health; subjective physical performance.

Introducción

Tal y como muestran diversidad de estudios transversales y longitudinales sobre envejecimiento, las relaciones sociales (satisfacción con las mismas y tamaño de la red) se vinculan al mantenimiento de la salud y al bienestar psicológico (Rowe y Kahn, 1987; Tucker et al. 1999; Maier & Smith, 1999; Antonucci et al., 2002; Bath y Deeg, 2005, Borg & cols., 2006; Buz et al., 2004).

Buz et al. (2004) exponen que los recursos sociales (por ejemplo, operativizados por redes de apoyo), junto con los individuales (por ejemplo, estrategias de afrontamiento), «ayudan a la persona mayor a mantener su autonomía, disminuyen los niveles de dependencia y explican una parte importante del proceso de adaptación a acontecimientos vitales negativos y estresantes». Los mecanismos explicativos de esta relación, tal y como argumentan Bath & Deeg (2005), estarían referidos a concebir a las relaciones sociales como un factor protector del estrés y por lo tanto de sus efectos en la salud.

Fernández-Ballesteros (2009) en una revisión sobre la asociación entre el funcionamiento social y la salud (objetiva y subjetiva) recoge que son dos los tipos de explicaciones que se han argumentado para la comprensión de

este vínculo: (1) que el apoyo social actúa directamente sobre la promoción del cuidado de la salud y (2) que la relaciones sociales protege de los efectos patógenos de los acontecimientos estresantes. Este segundo mecanismo explicativo, expuesto también más arriba, muestra una relación más indirecta, ya que vincula a las relaciones sociales con bienestar subjetivo (emociones positivas) y, a este último factor, con salud. El presente estudio parte de esta segunda línea argumental y trata de contrastar los efectos positivos de las relaciones sobre medidas subjetivas, en este caso de salud y funcionamiento físico. Otros estudios ya han valorado la relación directa entre relaciones sociales y salud subjetiva (por ejemplo, Bennet, 2005).

De forma paralela a este tipo de estudios otras investigaciones muestran un dato consistente, y es una disminución de las interacciones sociales en función de la edad, al mismo tiempo, que se concluye, que esta reducción en las relaciones sociales no supone una amenaza sobre la percepción de bienestar. Esto se ha interpretado como un ajuste que hace el individuo a la posibilidad de relaciones que encuentra. El proceso que subyace a esta reevaluación de necesidades es relativo a una mejora de los mecanismos de autorregulación emocional (por ejemplo, Gross et al.1997) que facilitan una mejor adaptación a las circunstancias y/o afrontamiento a los cambios (entre otros esta reevaluación de necesidades en función a las relaciones disponibles). Estos resultados que muestra la investigación avalan los mecanismos compensadores que se vinculan al envejecimiento.

Estos datos, además, están en la línea del Modelo Socio-Emocional de Carstensen (Carstensen,1995; Carstensen

et al. 1999) que establece como la edad se asocia a un descenso en el número de relaciones sociales, primándose con el paso del tiempo (a través de un proceso de selección que hace el individuo) las relaciones íntimas y de corte más específicamente afectivo.

Cantor (1979), en estudios clásicos, exponía ya estas ideas a través de su modelo jerárquico compensatorio. Estableció que las diversas necesidades que cubren las relaciones son: compañía, asistencia en Actividades de la Vida Diaria y asistencia en crisis personales. A lo largo del ciclo vital, en tanto en cuanto se van perdiendo relaciones, los adultos mayores informan preferir por orden, relacionarse con familiares, amigos, vecinos o personas provenientes de organizaciones. Por ello queda claro, una vez más, que el adulto mayor focaliza sus deseos de relación en las fuentes de apoyo disponible.

Los datos esta introducción muestran: (1) la relación entre las relaciones sociales e indicadores de salud y bienestar subjetivo, (2) el papel protector que pueden jugar las relaciones sociales con la edad, (3) que el incremento de edad parece que se asocia a la adquisición o puesta en práctica de mecanismos compensatorios que permiten optimizar el beneficio de las relaciones aún cuando éstas se reducen en tamaño. Los dos últimos puntos pueden parecer contradictorios pero en realidad podrían mostrar que el proceso de envejecimiento pone en marcha procesos adaptativos que previenen estados patológicos cuando es preciso hacer frente a cambios sustanciales en el tamaño de la red social, al mismo tiempo que optimizan los beneficios cuando se ésta se mantiene más estable. Este estudio trata de contrastar, en parte, esta hipótesis

de «tamaño de la red e intensidad de las relaciones como mecanismo optimizador del bienestar en edades avanzadas».

En concreto los objetivos principales del estudio están referidos, por una parte, a valorar los cambios de las relaciones en función de la edad y, por otra, valorar la asociación entre las relaciones sociales e indicadores de bienestar subjetivo (salud subjetiva y funcionamiento físico subjetivo) en función también de la edad.

Método

1. Muestra

Este estudio se desarrolla sobre la base de datos del estudio europeo sobre envejecimiento EXCELSA (European Longitudinal Study of Aging) (Fernández-Ballesteros, et al., 2004). Se trata de un estudio de diseño transversal que profundiza sobre la contribución de aspectos bio-conductuales y psicosociales en las diferencias de competencia en distintos grupos de edad.

La muestra inicial está compuesta por 690 sujetos provenientes 7 países europeos; Alemania, Austria, España, Finlandia, Italia, Polonia y Portugal. En este estudio la muestra tiene un tamaño de 345 sujetos. Esto es debido a que los análisis solamente se ha llevado a cabo con el grupo de sujetos que informaron no tener ningún problema de salud crónico con el objeto de controlar el efecto de la salud sobre las relaciones sociales.

Dada la naturaleza transcultural del estudio y a las diferencias en el tamaño de las redes que se pueden encontrar, según muestran otras investigaciones, a favor de países del sur de Europa

(por ejemplo; Börsch-Supan et al, 2005) la muestra, (con el objeto de controlar esta variable) se ha categorizado en países del norte y sur de Europa. Los criterios utilizados para esta distinción han sido: situación geográfica, estatus económico y tradición socio-histórica, ya utilizados en otros estudios transculturales. Por ejemplo, el estudio Longitudinal Europeo HALE «Healthy Ageing: Longitudinal Study in Europe» (Bogers et al., 2005), establece comparaciones por tipos de países en función de este criterio norte, centro y sur de Europa: considerando países del Norte de Europa a Finlandia, Dinamarca, Bélgica, Países Bajos, del Centro de Europa a Polonia, Serbia, y finalmente, del Sur de Europa a Italia, España, Portugal, Grecia.

Tomando como paralelismo esta investigación y partiendo de los países que forman parte del estudio Excelsa se han clasificado del siguiente modo: (1) Países del sur de Europa o países mediterráneos: España, Italia y Portugal, y (2) Países del norte de Europa: Alemania, Austria y Finlandia. Para este estudio se ha optado por excluir a Polonia por considerar que no se encuadraba en ninguno de los dos grupos señalados.

La tabla 1 incluye los tamaños de las muestras aglutinando los criterios clasificatorios de edad y tipo de país.

2. Procedimiento e instrumentos

El protocolo de evaluación ESAP (European Survey Assessment Protocol) utilizado en el estudio EXCELSA fue diseñado por un grupo de expertos (Fernández-Ballesteros, 1995; Fernández-Ballesteros et al., 1999). Su desarrollo inicial fue en lengua inglesa y se confeccionó a partir de grupos de trabajo. Posteriormente, y antes de iniciar el estudio, se tradujo a las lenguas de

TABLA 1
TAMAÑOS MUESTRALES EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y DEL TIPO DE PAÍS

	TIPO DE PAÍS		TOTAL
	PAÍSES MEDITERRÁNEOS	PAÍSES NORTE	
GRUPOS DE EDAD	30-49	61	105
	50-64	50	84
	65-74	57	81
	+74	55	75
Total	223	122	345

los países participantes (Fernández-Ballesteros et al., 1999).

Las variables que componen el protocolo ESAP son relativas a diversidad de dominios: relaciones sociales, capacidad cognitiva, bienestar subjetivo, personalidad, percepción de control, estado de salud y salud percibida, estilos de vida, medidas antropométricas, medidas bioconductuales y variables sociodemográficas. A su vez los criterios para la selección de los instrumentos que componen el protocolo de evaluación fueron relevancia del constructo evaluado, sensibilidad a la edad, fiabilidad y validez del instrumento seleccionado, predictores de morbimortalidad, estar adaptado a algunas lenguas europeas, ser fácil de administrar y eficiente (en términos de coste-beneficio) y también tomando como referencia a conocidos estudios sobre envejecimiento (Baltes y Mayer, 1999; MacArthur Foundation, 1989; Bruin et al., 1996; Ferrucci et al., 1995)

En el presente estudio se seleccionaron las variables e instrumentos de evaluación siguientes:

Relaciones Sociales

Se ha operado en el estudio con las variables «red familiar» y «red de ami-

gos». Las puntuaciones de dichas variables se han extraído de la escala Lubben Social Network Scale (1988) utilizada en la investigación EXCELSA. Las contestaciones a los ítems se clasifican conforme a distintos criterios de graduación de la respuesta y siempre mediante escalas tipo likert atendiendo al criterio de «n.º de personas con las que el sujeto tiene contacto» y «frecuencia de contacto».

Las dos variables utilizadas tienen las siguientes características:

- La variable «Red de familiar» es el resultado del sumatorio de los ítems pertenecientes a este apartado de la escala, estando éstos referidos a las siguientes cuestiones: «¿Con cuántos parientes se ve o tiene noticias tuyas al menos una vez al mes?», «¿Con qué frecuencia ve o tiene noticias del pariente con el que tiene más contacto?», «¿Con cuántos parientes se siente especialmente unido?». Los valores de esta escala oscilaron entre 0 y 15 puntos. Con posterioridad y con el objeto de utilizar 3 grupos de medida con valores «altos», «en torno a la media» y «bajos» se recodificó la variable unificada de red familiar en estos tres valores. Para ello se tomo como referencia la media (valor me-

dia = 10,35) y se sumó y restó media desviación típica (valor desviación típica=2,9) para obtener los valores altos y bajos respectivamente. Las puntuaciones oscilaron entre los siguientes valores: (1) valores altos: puntuaciones mayores de 11,8; (2) valores en torno a la media: igual o entre los valores de 11,8 y 8,9; (3) valores bajos: puntuaciones menores a 8,1.

- La variable «Red de amigos» es el resultado de las mismas operaciones llevadas a cabo con la variable «red familiar». Los ítems que se sumaron para la obtención de la variable fueron: «n.º de amigos con los que se siente a gusto como para poder hablar de asuntos personales o poder pedir ayuda», «¿Con cuantos de estos amigos tiene noticias al menos una vez al mes?», «Del amigo con el que guarda mejor relación ¿Con qué frecuencia le ve o tiene noticias suyas?». La variable «red de amigos» resultante del sumatorio de estos tres ítems muestra el mismo rango de puntuaciones que la variable «red familiar» (0-15). La media= 8,08 y una DT= 3,3. Los valores de la variable recodificada por intervalos fue: (1) valores altos: puntuaciones mayores de 9,7; (2) valores en torno a la media: igual o entre los valores de 9,7 y 6,43; (3) valores bajos: puntuaciones menores a 6,43.

Salud subjetiva

La salud subjetiva se ha obtenido, a través del autoinforme de autoevaluación de salud que indagó acerca de: (1) percepción del estado general de salud; (2) percepción del estado de salud con respecto al año anterior; (3) percepción del estado de salud comparado con la mayoría de las personas de su edad. Las contestaciones a las cuestiones se llevan a cabo a través de

las opciones: (1) Muy buena; (2) Buena; (3) Regular; (4) Mala y (5) Muy mala, ó (1) Mucho mejor; (2) Algo mejor; (3) Aproximadamente igual; (4) Algo peor; (5) Mucho peor, dependiendo del sentido de la pregunta. La variable que, para este estudio empírico, se ha denominado «salud subjetiva» es la resultante del sumatorio de las contestaciones de las preguntas descritas (los valores de esta variable oscilaron entre 3 y 15 puntos).

Funcionamiento físico percibido

Esta variable se extrae del auto-informe sobre el estado subjetivo de los indicadores de forma física, fuerza, flexibilidad, resistencia y agilidad. A su vez cada uno de los aspectos son contrastados a través de dos cuestiones específicas: (1) «En general, ¿Cómo calificaría su?» y (2) «Comparado con la mayoría de la gente de su edad y sexo, ¿Cómo diría que es su?». Los resultados de esta pregunta estructuran la muestra en función de las contestaciones a la misma a través de las opciones: (1) Muy buena; (2) Buena; (3) Regular; (4) Mala y (5) Muy mala, para la pregunta 1 y (1) Mucho mejor; (2) Algo mejor; (3) Aproximadamente igual; (4) Algo peor; (5) Mucho peor, para la pregunta 2. La variable que, para el estudio empírico, se ha denominado «funcionamiento físico percibido» y es la resultante del sumatorio de las contestaciones de las preguntas descritas (el rango de puntuaciones osciló entre 10 y 50).

3. Análisis estadísticos

En primer lugar y con el fin de contrastar la asociación de la edad con respecto a las variables «red familiar» y «red de amigos», se llevaron 2 análisis de varianza de un factor introduciendo la variable edad como variable independiente y la red familiar y de amigos como de-

pendiente. Para ambos análisis se utilizó la modalidad cuantitativa de las variables (red familiar y red de amigos).

Para contrastar si las variables salud subjetiva y funcionamiento físico percibido se asocian a la red de relaciones familiar y edad se llevaron a cabo sendos análisis de varianza factorial (procedimiento — Modelo lineal general: Univariante), uno para cada variable adoptada en estos análisis como dependiente («salud subjetiva» y «funcionamiento físico percibido»). Con posterioridad se replicaron los mismos análisis en función de la red de amigos y edad. Para todos estos análisis se utilizó la modalidad de variables «red familiar» y «red de amigos» categorizadas en valores altos, medios y bajos. También se introdujeron las variables «tipo de país» y «modus vivendi» (vive con la familia, vive con otras personas que no son familiares, vive solo), por considerarse que podrían afectar a la naturaleza y significación de los análisis llevados a cabo.

Resultados

Variaciones de la red familiar y de amigos en función de la edad

Los análisis de varianza de un factor llevados a cabo no revela diferencias de media significativa en el tamaño de la red familiar en función de la edad ($F=1,70$; $p<,16$), ni tampoco con respecto a la red de amigos ($F=1,17$; $p<,91$).

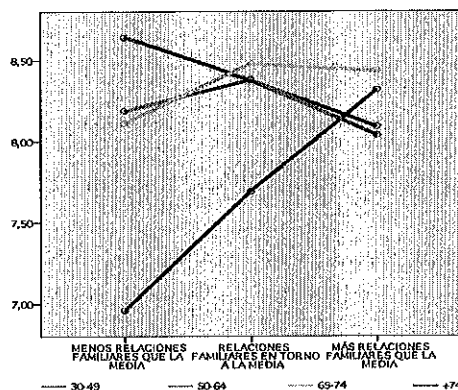
Efecto de la red familiar y la edad sobre salud subjetiva y funcionamiento físico percibido

1) Salud subjetiva en función del tamaño de la red familiar y la edad

El análisis e varianza muestra como dato relevante la significación estadística

entre la interacción de ambas variables independientes «red familiar» y «edad» ($F=2,32$; $p<,032$). La gráfica 1 muestra los resultados de forma visual.

**GRÁFICA 1
MEDIAS DE SALUD SUBJETIVA
EN FUNCIÓN DE LA RED FAMILIAR
Y LA EDAD**



Una inspección visual de los datos permite constatar diferencias en la distribución de medias de salud subjetiva entre los grupos de menor edad (30-49 y 50-64 años) con respecto al grupo de mayor edad (75-85 años). En concreto se observa una clara tendencia al aumento de la media en salud subjetiva en función de la frecuencia de relación en el grupo de 75 y más años. Al mismo tiempo, en este grupo de edad, se observa, que bajo la condición «menos relaciones que la media», las puntuaciones en salud subjetiva son las más bajas con respecto al resto de grupos de edad.

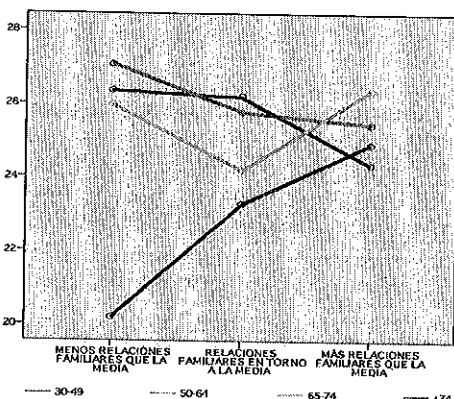
Otro dato es que se confirma el efecto principal de la edad ($F=2,43$; $p<,004$). El contraste post hoc Tukey llevado a cabo confirma diferencias significativas del grupo de edad 75-85 años con respecto al resto de los grupos (30-49; 50-64 y 65-74 años).

Finalmente no se halló significación del «tamaño de la red familiar» ($F=,97$; $p<,37$), ni de las covariables «tipo de país» ($F=,11$ y $p<,74$) y «modus vivendi» ($F=,61$; $p<,43$).

2) Funcionamiento físico percibido en función del tamaño de la red familiar y la edad

Se replica el efecto de la interacción entre la red familiar y la edad mostrado en el análisis anterior ($F=2,85$; $P<,01$). La gráfica 2 muestra visualmente estos resultados que están en la misma línea que los hallados con respecto a la variable salud subjetiva.

**GRÁFICA 2
MEDIAS DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO PERCIBIDO EN FUNCIÓN DE LA RED FAMILIAR Y LA EDAD**



También se encuentra el efecto del factor principal edad ($F=6,55$; $p<,000$). Los análisis post hoc (procedimiento Tukey) realizados vuelven a revelar diferencias significativas del grupo de edad 75-85 años con respecto al resto de grupos de edad.

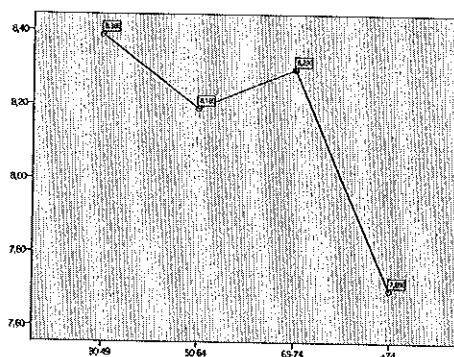
No se encontró un efecto significativo de la variable «red familiar» ($F=22$; $p<,80$) ni de las covariables «tipo de país» ($F= 3,29$; $p<,07$) y «modus vivendi» ($F=,21$; $p<,64$).

Efecto de la red de amigos y la edad sobre la salud subjetiva y funcionamiento físico percibido

1) Salud subjetiva en función de la red de amigos y la edad

El análisis de varianza sólo reveló el efecto de la edad ($F=3,30$; $p<,020$). La gráfica 3 muestra los datos. El resto de variables implicadas no arrojaron datos significativos; ni la variable «red de amigos» ($F=1,54$; $p<,21$), ni la interacción entre ambas variables independientes ($F=1,69$; $p<,12$). Tampoco las covariables «tipo de país» ($F=0,64$; $p<,21$) y «modus vivendi» ($F=,42$; $p<,51$).

**GRÁFICA 3
MEDIAS DE LA VARIABLE SALUD SUBJETIVA EN FUNCIÓN DE LA EDAD**



2) Funcionamiento físico percibido en función de la red de amigos y edad

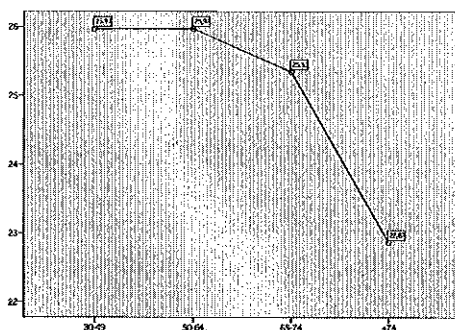
El análisis de varianza reveló un efecto principal de la variable «red de amigos» ($F=4,7$; $p<,009$) y de la «edad» ($F=5,19$; $p<,002$). Estos resultados son significativos aún con la introducción de las covariables «tipo de país» ($F=2,1349$; $p<,14$) y Modus vivendi: ($F=0,19$; $p<,65$) que resultaron no ser significativas. La interacción entre am-

bas variables independientes ($F=1,71$; $p<,11$) no muestra datos significativos.

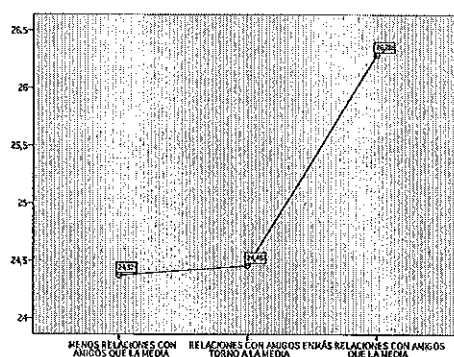
Las gráficas 4 y 5 visualizan los resultados significativos. Con respecto a la gráfica 4, que valora las diferencias por edad, los análisis post hoc (procedimiento Tukey) llevados a cabo muestran diferencias significativas del grupo de mayor edad (75-85 años) con el resto de los grupos de edad (30-49, 50-64 y 65-74 años). Con respecto a las

diferencias en funcionamiento físico percibido en función del tamaño e intensidad de las relaciones con amigos, las diferencias significativas resultantes de los contrastes ac hoc (procedimiento Tukey) aglutinan las mismas diferencias en torno al grupo que tiene «relaciones por encima de la media» con respecto a los dos grupos restantes («menos relaciones con amigos que la media» y «relaciones con amigos en torno a la media»).

GRÁFICA 4
MEDIAS DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO PERCIBIDO EN FUNCIÓN DE LA EDAD



GRÁFICA 5
MEDIAS DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO PERCIBIDO EN FUNCIÓN DE LA RED DE AMIGOS



Conclusiones

Los resultados del estudio muestran que no hay diferencias significativas por edades en el tamaño e intensidad de las relaciones sociales. Este dato no está en la línea de estudios mencionados en la introducción que sí muestran estas diferencias, un decremento de las redes de relación social, con la edad. El resultado seguramente sea debido a que se ha controlado la variable salud filtrando a los sujetos que informaron no presentar ningún problema de salud crónico. El dato, por lo tanto, es su-

rente ya que parece mostrar que, en ausencia de enfermedad crónica, las redes de relación no muestran variación significativa con el paso del tiempo. Por tanto, cabría preguntarse si un estado de salud alterado (circunstancia más frecuente con la edad) es la variable que empuja a un replanteamiento de intereses sociales. Para responder a esta pregunta sería necesario indagar sobre esta cuestión haciendo una comparativa entre sujetos con valores óptimos, medios y bajos en indicadores relativos al estado de salud y a través de una perspectiva longitudinal.

Enfatizar también los resultados diferenciales con respecto a la red familiar y red de amigos. Encontramos que las relaciones de amigos se asocian a funcionamiento físico percibido, de forma independiente a la edad y sin embargo con la red familiar sólo sucede, de forma clara, en el grupo de mayor edad (75 y más años). Esta diferencia, entre amigos y familiares, aunque sólo encontrada con respecto a la variable funcionamiento físico percibido, es interesante y podría ser debida a la importancia que se otorga a las relaciones con amigos como un añadido de valor, mientras que la familia tiene un valor fundamental como agente de apoyo, no solo emocional sino instrumental, siendo, éste último, más necesario cuando la vulnerabilidad física es mayor. A su vez, esta mayor vulnerabilidad física se constata, con mayor probabilidad, en edades avanzadas y por esto la falta de apoyo en este terreno podría relacionarse con puntuaciones bajas en los indicadores subjetivos. Esto se refleja en el grupo de 75 y más años.

Esta interpretación está en la línea de los estudios que hablan de las relacio-

nes sociales como factor de protección (por ejemplo, Antonucci, 2002; Mendes, León, 2003; Buz & cols. 2004). Para concluir acerca de la potenciación del efecto de protección de las relaciones familiares con la edad se necesitan más estudios que profundicen en la direccionalidad de la relación y valoren de forma exhaustiva otras variables relevantes como son la salud objetiva y el tipo de apoyo; emocional o instrumental, más eficaz como agente protector.

Finalmente sobre el papel de las variables controladas «tipo de país» y «modus vivendi» se ha observado su falta de relevancia, encontrando, sin embargo, en ambos tipos de países, una asociación entre las redes sociales e los indicadores subjetivos mencionados. Este dato es también interesante porque avala el peso positivo de las relaciones sociales de forma independiente a la cultura.

Este artículo fue enviado a *Indivisa*, Boletín de Estudios e Investigación en febrero de 2010 y aceptado en **mayo de 2010** para su publicación.

Dirección de contacto:

llopezbravo@lasallecampus.es

Indivisa, Bol. Estud. Invest., 2010, n.º 11, pp. 69-80

ISSN: 1579-3141

Referencias bibliográficas

ANTONUCCI, T. C., OKORODUDU, C. & AKIYAMA, H. (2002): Well-Being Among Older Adults on Different Continents. *Social Issues*, 58, 617-627.

BALTES, P. B., MAYER, K. U. (1999): *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100.* Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

BATH, P. A. & DEEG, D. (2005): Social engagement and health outcomes among elder people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2, 24-30.

BENNETT, K. M. (2005): Social engagement and Health outcomes among older people: introduction to special section. *European Journal of Ageing*, 2, 24-31.

BOGERS, R. P.; TIJHUIS, MAR; VAN GELDER, B. M.; & KROMHOUT, D. (2005): Final report of the HALE (Healthy Ageing: A Longitudinal study in Europe) Project. RIVM report 260853001.

BORG, C., HALLBERG, I. & BLOMGVIST, K. (2006): Life satisfacción among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 15(5), May, p. 607-618.

BÖRSCH-SUPAN, A., BRGIAVINI, A., JÜRGES, H., MACKENBACH, J., SIEGRIST, J. & WEBER, G. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from Survey of Health, Aging and Retirement in Europe.* Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

BRUIN, A., DE PICAVET, H.S. & NOSSIKOV, A. (1996): *Health interview surveys.* Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series; n.º 58.

BUZ, J., MAYORAL, P., BUENO, B & VEGA, J. L. (2004): Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (Supl.3): 38-45.

CANTOR, M. H. (1979): Neighbord and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on aging*, 1, 58-67.

CARSTENSEN, L. L. (1995): Evidence for life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-156.

CARSTENSEN, L. L. & FREDERICKSON, B. (1994): Social partner preference as a function of place in the life cycle. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Stanford, Stanford, CA.

CARSTENSEN, L. L., ISAACOWITZ, D. M. & CHARLES, S. T. (1999): Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1995): Guidelines for instrument adaptation in cross-cultural studies: In Schroots, J.J.F. (ed): From Eugeon to EXCELSA: Issues in Cross-National Comparative Research. 3rd Eur Congr of Gerontology. Amsterdam. ERGO/ University of Amsterdam.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009): Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid. Ediciones Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., HAMBLETON, R.K. & VAN DE VIJVER, F. (1999): Protocol adaptation procedures: in Schroots, J.J.F., Fernández-Ballesteros, R., Ruginger, G. (eds): Ageing in Europe. Amsterdam. IOS Press.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ZAMARRÓN, M., RUDINGER, G., SCHROOTS, J.F. HEKKINEN, E., DRUSINI, A., PAUL, C., CHARZEWSKA, J. & ROSENMAYR, L. (2004): Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). Gerontology, 50, 330-347.

FERRUCCI, L., HEIKINEN, E., WATERS, E. & BARONI, A. (1995): Pendulum: Health and Quality of Life in Older Europeans. Florence: INRCA & WHO.

GROSS, J. J., CARSTENSEN, L. L., PASUPATHI, M., TSAI, J., GOTESTAM, C. & HSU, A. (1997): Emotion and aging: experience, expression and control. Psychology and Aging, 12, 290-299.

LUBBEN, N. (1988): Assessing Social Networks among Elderly Population. Family and Community Health, 11: 42-52.

MACARTHUR FOUNDATION (1989): MidLife Inventory. Unpublished document. MacArthur Foundation.

MAIER, H. & SMITH, J. (1999): Psychological Predictors of Mortality in Old Age. Journal of Gerontologist, 54B, N.º1, 44-54

MENDES DE LEON, C. F., GLASS, T. A. & BERKMAN, L. F. (2003): Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haren EPESE. Am J. Epidemiol. 157 (7): 633-642.

ROWE, J. W. & KAHN, R. L. (1987): Human aging. Usual and Successful. Science 237, 143-149.

TUCKER, J. S., SCHWARTZ, J. E., CLARK, K. M. & FRIEDMAN, H. S. (1999): Age-Related in the Associations of Social Network Ties With Mortality Risk. Psychology and Aging, Vol.14, n.º 4, 564-571.