



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Puga, Dolores; Rosero-Bixby, Luis; Glaser, Karen; Castro, Teresa
Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e
Inglaterra

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 5, núm. 1, julio-diciembre, 2007

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44659902>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica

Volumen 5, número 1, artículo 1

Número especial *CRELES – Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable*

Julio – diciembre, 2007

Publicado 1 de julio, 2007

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra

Dolores Puga

Luis Rosero-Bixby

Karen Glaser

Teresa Castro

Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra¹

Dolores Puga², Luis Rosero-Bixby³, Karen Glaser⁴, Teresa Castro⁵

RESUMEN

En el presente trabajo se explora la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos, y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparada. Para ello se cuenta con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), una sociedad latino-europea (española) y una sociedad anglosajona (británica). Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia (sólo) residencial (caso latino-europeo). La convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores.

Palabras clave: análisis comparativo, vejez, condiciones de salud, roles sociales, composición familiar

ABSTRACT

The present paper explores the relationship between the social network which is closest to the older adult - the ties established with other household members and with children - and the health conditions in the old age, from an international comparative perspective. The analysis is based on comparable data from a Latin-American society (Costa Rica), a Latin-European society (Spain) and an Anglo-Saxon society (Great Britain). Significant differences are found in the prevailing model of family networks among older adults in the three countries analyzed: intergenerational coresidence in the case of Costa Rica, full independence in the case of Great Britain, and only residential independence in the case of Spain. Coresidence with family members seems to have a positive effect on health conditions, only when it is by choice and not by need. The positive effect of frequency of contact with other family members increases the more independent the older adult is.

Keywords: comparative analysis, old age, health conditions, social roles, family composition

¹ Ponencia presentada al II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), celebrado en Guadalajara, México, 3-5 Septiembre de 2006

² Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. dpuga@ieg.csic.es

³ Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. lrosero@ccp.ucr.ac.cr

⁴ Institute of Gerontology, King's College London. karen.glaser@kcl.ac.uk

⁵ Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España. tcastro@ieg.csic.es

1. INTRODUCCIÓN

Las sociedades latinoamericanas han iniciado un rápido proceso de envejecimiento, similar al ocurrido previamente en otras poblaciones, como las europeas -en la actualidad ya muy envejecidas-, pero mucho más acelerado, debido a la rapidez de la transición demográfica americana. Por ejemplo, en el Reino Unido, el porcentaje de población de 65 y más años tardó 45 años en duplicarse (del 7% al 14%), mientras en Chile se espera que este cambio se produzca en un período de aproximadamente 25 años, y de 20 en Brasil y Colombia (Kinsella, y Velkoff, 2001). La magnitud y rapidez del proceso de envejecimiento aconseja comenzar a prever sus consecuencias, especialmente en sociedades en desarrollo, en las que las actuales cohortes de adultos mayores son supervivientes de condiciones mórbidas y de malnutrición en la infancia, y han acumulado pocos ahorros para la vejez . Una perspectiva comparativa internacional nos permitirá mirar en el espejo de sociedades que han experimentado procesos similares con anterioridad.

El proceso de envejecimiento demográfico conlleva importantes transformaciones. Los perfiles epidemiológicos y los problemas de salud más prevalentes cambian de manera substancial. Frente a niveles relativamente altos de enfermedades infecciosas, adquieren una mayor presencia los problemas crónicos, las situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia (Kalache y Coombers, 1995). Tales cambios tienen importantes repercusiones sobre la planificación sanitaria, las políticas de salud pública y la gestión de recursos sociales, con una mayor presión sobre los sistemas de salud, la aparición de necesidades de cuidados de larga duración e incluso la implementación de seguros para situaciones de dependencia (Palloni, Pinto-Aguirre y Pelaez, 2002).

En estas circunstancias aumenta la importancia de aquellos factores que puedan influir aumentando la independencia y la calidad de vida en etapas avanzadas del curso de vida. Diversos estudios han identificado características demográficas, médicas, comportamentales y psicológicas asociadas con buenos resultados en salud. Las trayectorias más exitosas aparecen asociadas con altos niveles de educación e ingresos, la practica de hábitos saludables como el ejercicio físico, y el rechazo de comportamientos nocivos tales como un alto consumo de alcohol o el tabaquismo. A estos factores de riesgo más conocidos se añaden factores psico-sociales tales como la autoeficacia (Mendes de León et al 1999), la ausencia de depresión y una buena salud autopercibida (Unger et al 1999). En las últimas décadas del siglo XX ha tomado especial relevancia el estudio del efecto sobre la salud de las relaciones sociales. No solamente un estilo de vida activo se asocia a una mejor salud, sino que cada vez es mayor el reconocimiento de que un espectro de actividad mayor que el puramente físico, puede redundar en significativos beneficios para la salud (Mendes de León et al 2003). Diversos estudios han mostrado el efecto positivo de la integración social y unas fuertes relaciones sociales sobre la salud, tanto entre la población adulta (House et al 1988; Berkman et al 2004, Holtzman et al 2004), como entre la población mayor (Glass et al 1999, Mendes de León et al 1999, 2001, 2003; Unger et al 1999; Avlund et al 2003, 2004; Zunzunegui et al 2001, 2003, Otero et al 2006). Resultados que son especialmente relevantes en el caso de la población mayor, para la que participar en actividades físicas vigorosas puede resultar dificultoso (Mendes de León et al 2003). De esta forma, algunos autores ha demostrado que las actividades sociales que no requieren ningún, o escaso, ejercicio físico pueden resultar en una reducción del riesgo de mortalidad tan importante como aquellas

que requieren actividad física (Glass et al 1999). Ello sugiere que, además de incrementar la actividad cardiovascular, la actividad puede resultar beneficiosa a través de otras vías.

Gracias a los hallazgos producidos durante las últimas dos décadas, en la actualidad el efecto beneficioso de las relaciones sociales sobre la salud está ampliamente reconocido en la gerontología y la salud pública. Los resultados han sido remarcablemente consistentes demostrando el efecto de las relaciones sociales respecto a diversos resultados en salud, entre los que se encuentran la supervivencia (Glass et al 1999, Berkman et al 2004, Otero et al 2006), menores riesgos de morbilidad, limitaciones funcionales (Unger et al 1999, Avlund et al 2004), discapacidad (Seeman, 1996, Mendes de León et al 1999, 2001, 2003, Otero et al 2006), mayor recuperación tras episodios agudos, e incluso tras discapacidad (Mendes de León et al 1999, Otero et al 2006), así como menores riesgos de depresión (Zunzunegui et al 2001, Otero et al 2006) y deterioro cognitivo (Fratiglioni et al 2000, Wang et al 2002, Zunzunegui et al 2003, Holtzman et al 2004, Otero et al 2006).

Las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo, a través de vías psicológicas, comportamentales, y fisiológicas (reactividad cardiovascular, funcionamiento neuro-endocrino y sistema inmune) (Unger et al 1999, Berkman y Glass 2000). De esta forma, mantener relaciones sociales activas y estar integrado en la familia y en la comunidad puede conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales importantes, y a sentimientos de autoeficacia, control y competencia personal (Krause et al 2004). Otras investigaciones han demostrado que desarrollar un papel social contribuye a una adaptación más satisfactoria a los declives relacionados con la edad (Mendes de León et al 2001). A ello se ha de añadir que la integración social facilita el acceso a información sobre salud y servicios de salud, anima a comportamientos más saludables, promueve la utilización de cuidados para la salud, y provee ayuda tangible además de ayuda emocional (Unger et al 1999).

La amplia evidencia del efecto de las relaciones sociales sobre la salud ha causado un gran interés sobre el tema, sin embargo existen un escaso consenso sobre la conceptualización del objeto de estudio. Resulta importante delimitar los conceptos en esta área de investigación, ya que resultados empíricos previos indican que hay distintos mecanismos responsables de la influencia de las relaciones sociales sobre la salud (Avlund et al 2004). El término *relaciones sociales* hace referencia, de forma global, al conjunto de personas con las que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, así como a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos; también se refiere de forma global al conjunto de redes e interacciones el término *integración social* (Otero et al 2006). Durante la última década todos los autores, de forma explícita formulando una propuesta conceptual (Due et al 1999, Berkman y Glass 2000), o implícita en los análisis desarrollados (Unger et al 1999, Mendes de León et al 1999, 2001, 2003, Avlund et al 2003, 2004, Zunzunegui et al 2003, Otero et al 2006), han coincidido en la necesidad de diferenciar entre la estructura de las relaciones sociales y su función. Las *redes sociales* hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones sociales, comprendiendo el tejido de individuos con los que uno tiene relaciones interpersonales y los vínculos que se establecen, en término de número de miembros, frecuencia de contactos, diversidad de vínculos, reciprocidad o intimidad. La integración social de los mayores se produce mediante redes informales (aquellas que comprenden los vínculos informales, con familiares y amigos), y redes formales o participación, la composición de la red social, con una mayor presencia de vínculos informales, o una mayor participación formal, se ve fuertemente influenciada por condicionantes culturales y políticas de la sociedad de pertenencia

(Seeman et al 1996, Due et al 1999, Mendes de León et al 2001, Zunzunegui et al 2003, Berkman et al 2004, Otero et al 2006). La función de las relaciones sociales, o *apoyo social*, son las interacciones personales dentro de dicha estructura, el contenido relacional de las mismas: el apoyo instrumental, emocional, la vinculación social o desarrollo de roles sociales, la influencia social⁶, e incluso la tensión social o efectos negativos de las relaciones sociales. Las redes sociales operan sobre el bienestar a través del flujo de apoyo social.

Los resultados de investigaciones previas han demostrado que no todos los componentes de las relaciones sociales son igualmente beneficiosos (Mendes de León et al 2001), las asociaciones son complejas, de forma que los efectos de la red y el apoyo social sobre la salud son diferentes (Otero et al 2006). Las medidas que enfatizan en los componentes estructurales de las relaciones sociales muestran un efecto protector frente a la discapacidad (Unger et al 1999, Mendes de León et al 1999, Avlund et al 2003, 2004, Otero et al 2006), e incluso un mayor efecto protector frente a la progresión de la discapacidad a largo plazo que aquellos que enfatizan en aspectos funcionales (Mendes de León et al 2001). La red social ha sido identificada como un factor protector frente al declive funcional (Unger et al 1999), al inicio de discapacidad básica (Mendes de León et al 1999, 2001, Otero et al 2006), y asociada con una mayor probabilidad de recuperación tras la misma (Mendes de León et al 1999, Otero et al 2006). Sin embargo la evidencia no es concluyente, mientras los resultados del Alameda County Study (Strawbridge et al 1996), del EPESE⁷ (Mendes de León et al 2001, 2003), del NORA⁸ (Avlund et al 2004) o del CLESA⁹ (Otero et al 2006) ha mostrado fuertes relaciones entre red social y discapacidad, los datos del MacArthur Study of Successful Aging no muestran dichos efectos protectores (Seeman et al 1996). Muchas investigaciones se vieron obstaculizadas, no obstante, por el uso de indicadores brutos y no específicos de redes sociales que, en su mayor parte, no diferenciaban entre diversos tipos de vínculos.

Las medidas globales de red social y los vínculos según la naturaleza de los mismos, pueden tener efectos divergentes (Zunzunegui et al 2003). Estudios realizados en poblaciones anglosajonas han mostrado que el tamaño de la red social se asocia con un menor riesgo de discapacidad (Mendes de León et al 2001), así como los vínculos con parientes y amigos, mientras los vínculos con los hijos muestran una asociación negativa (Mendes de León et al 1999). Los resultados del análisis transversal a partir de los datos de una población española (Envejecer en Leganés) parecen reforzar dicha idea, dado que los vínculos familiares no muestran asociaciones con la discapacidad básica, pero sí los vínculos con amigos (Otero et al 2006). El carácter transversal de la asociación no descarta la explicación opuesta, de que sea precisamente una mala capacidad funcional la que ha llevado a una reducción de las redes con amigos y a un fortalecimiento de las redes familiares. Sin embargo, el análisis de la incidencia, desde una óptica longitudinal, muestra que sólo los vínculos familiares protegen frente al inicio de la discapacidad (Otero et al 2006). Puede ser que las personas que están involucradas en las vidas de otros miembros de la familia tengan mayores probabilidades de mantener su capacidad funcional.

⁶ Conjunto de normas, explícitos e implícitos, que regulan los comportamientos de una comunidad

⁷ Established populations for epidemiological studies of the elderly

⁸ Nordic Research on Aging

⁹ Comparison of Longitudinal European Studies on Aging

Aunque la investigación internacional ha mostrado consistentemente que la falta de apoyo social se asocia con un incremento de la mortalidad (Seeman et al 1996, House et al 1988, Dalgrad et al 1998, Avlund et al 1998) y una peor salud (Dalgrad et al 1998, Krause et al 1998) son necesarios estudios específicos sobre fuentes de apoyo social en distintas culturas (Zunzunegui et al 2001). La perspectiva de sus efectos sobre la salud se enriquecería si se tuviese en cuenta el contexto sociocultural en el que se producen las relaciones sociales. El capital social de una comunidad puede condicionar las oportunidades de expansión de las redes sociales individuales, y ambos son determinados por fuerzas socio-económicas y culturales. Los efectos de las relaciones sociales puede variar en función de los niveles de capital social de las comunidades en que tiene lugar (Kawachi y Berkman 2000). Además este contexto puede ser entendido como el escenario en el que las normas, valores y expectativas predominantes construyen el significado y la función de las relaciones sociales entre individuos. La experiencia o interpretación de un individuo de las interacciones sociales, vehiculadas por estas amplias influencias sociales, puede modificar el grado en que estas interacciones afectan a la salud (Mendes de León et al 2001). Los efectos de las actividades centradas en la vida familiar, que son más comunes para los mayores de sociedades familiaristas, como las del sur de Europa, África, Asia y en Latinoamérica, han sido objeto de pocos estudios (Otero et al 2006). Si bien en Latinoamérica, a partir fundamentalmente del estudio SABE, así como de diversos estudios cualitativos, existe una rica caracterización de las redes sociales con las que cuentan los adultos mayores, así como los flujos de apoyo social mediante redes informales (Guzman et al 2003, Ham-Chande et al 2003, Huenchuan et al 2003, Montes de Oca et al 2003, Murad Saad 2003), son escasos los análisis que exploran sus efectos sobre las condiciones de salud en la vejez.

Por todo ello, en el presente trabajo se explora la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos, y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparada. Para ello se cuenta con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), una sociedad latino-europea (española) y una sociedad anglosajona (británica). La disponibilidad de fuentes específicas para el análisis de aspectos para los que las fuentes de información son, en general limitadas, posibilita la obtención de evidencias empíricas que admiten una comparación internacional.

2. DATOS Y MÉTODO

El presente estudio cuenta con tres fuentes de información específicas diseñadas para el análisis de la salud en los adultos mayores en cada una de las poblaciones objeto de estudio. Todas ellas, realizadas mediante entrevista personal domiciliar, recogen información sobre diversos aspectos de la salud en la vejez, así como relativos a las redes sociales y familiares de los mayores, ofreciendo información comparable. La encuesta costarricense -que forma parte del proyecto CRELES- ha sido realizada en 2005–2006 a una muestra nacional de 3.000 individuos de 60 y más años de edad, con sobremuestreo en los grupos de edades mayores. La encuesta británica -English Longitudinal Study of Ageing- se realizó entre Marzo de 2002 y Marzo de 2003, entrevistando a 12.100 individuos de 50 y más años (incluyendo cónyuges más jóvenes). La muestra fue tomada de la Health Survey for England de 1998, 1999 y 2001. La encuesta realizada a la población española -Procesos de Vulnerabilidad en la Vejez- se llevó a cabo

durante la primavera de 2005 en las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona, y se entrevistaron a 1.244 individuos de una cohorte que contaba en el momento en que se realizó esta oleada entre 70 y 74 años.

Recogiendo la definición de la OMS se utiliza un concepto de salud que incluye tanto la salud física como la mental, relacionando ambos conceptos. De esta forma, la mayoría de los autores proponen que el envejecimiento saludable se defina en base al buen funcionamiento físico y mental, con un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad, capacidad para llevar una vida independiente, buena función cognitiva y ausencia de depresión (Rowe y Kahn, 1997; Seeman, Bruce y McAvay, 1996). Por tanto, las condiciones de salud de los adultos mayores se analizan utilizando siete indicadores de salud que recogen tanto la salud física como la mental: salud percibida, morbilidad crónica, limitaciones funcionales, depresión, discapacidad instrumental, discapacidad básica y problemas cognitivos; a los que se suma el síndrome metabólico, indicador con el que solo se cuenta para la población costarricense, pero que se utilizará para validar algunos resultados. Cada uno de estos indicadores se define de la siguiente forma:

- *Síndrome metabólico (solo en Costa Rica):* tres o más de las siguientes condiciones: cintura abultada, (≥ 102 cm hombres ≥ 88 cm mujeres), altos triglicéridos ≥ 150 , bajo colesterol “bueno” HDL (< 40 hombres, < 50 mujeres), presión arterial alta (sistólica > 130 o diastólica > 85), diabetes diagnosticada o con glucosa en ayunas elevada (110 o más)
- *Salud percibida:* mala o regular
- *Morbilidad crónica:* Un doctor le ha diagnosticado 2 o más de las siguientes: hipertensión, colesterol alto, diabetes, cáncer, asma y otras respiratorias, enfermedades del corazón o derrame cerebral
- *Limitaciones funcionales:* dificultad grave o incapacidad para 2 o más de los siguientes movimientos: empujar un objeto grande, alzar el brazo, subir una escalera, caminar 1 km.
- *Discapacidad básica:* tiene dificultades para alguna de las siguientes actividades: bañarse, ir al servicio, desplazarse y alimentarse.
- *Discapacidad instrumental:* tienen dificultades con alguna de las siguientes actividades: hacer compras, preparar comida, responsabilizarse de la medicación, o manejar dinero.
- *Depresión:* Costa Rica: 10+ síntomas de la Escala Geriátrica de Depresión de Yasage abreviada con 15 preguntas. España: 7+ síntomas de la escala CES-D (20 preguntas); Reino Unido: 3+ síntomas de la escala CES-D8 (8 preguntas).
- *Problemas cognitivos:* Costa Rica < 14 puntos correctos en el test Folstein Mini Mental con escala máxima de 19; España: < 23 puntos en la Prueba Cognitiva de Leganés con escala máxima de 26; Reino Unido: 2+ errores en el test cognitivo con escala máxima de 4.

Dado que diversos estudios previos han demostrado que la red social tienen efectos diferenciados sobre la salud en función de la naturaleza de los vínculos, el presente trabajo se centra en aquellos vínculos más próximos a los adultos mayores y que han demostrado una influencia sobre la salud de los mayores en otras sociedades latinas (Otero et al 2006): los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos. Esta última es, con mucha diferencia la red familiar más sólida externa al hogar, por ejemplo, un 46% de los mayores españoles ven a sus hijos diariamente, mientras que tan solo un 29% ven con la misma frecuencia a sus amigos, un 26% a

sus nietos, y un 11% a sus hermanos u otros familiares. Son también ambos vínculos, los establecidos en el hogar y con los hijos, los que muestran una mayor fortaleza respondiendo ampliamente a las necesidades de cuidados cuando la salud del adulto mayor se deteriora. Para la medición de la fortaleza de la red social más próxima de los adultos mayores se han utilizado los siguientes indicadores:

- a) hogar no solitario,
- b) convivencia con pareja,
- c) convivencia con algún hijo,
- d) contacto personal con algún hijo semanalmente o con más frecuencia
- e) contacto personal con algún hijo mensualmente

Se ha construido una *escala de fortaleza de red familiar* a partir de los indicadores señalados, de forma que el sujeto suma un punto por cada uno de ellos que cumpla (se entiende que la coresidencia implica contacto personal diario). La escala de fortaleza de red familiar, con una amplitud de 0-5, ha mostrado un alpha de Crombach superior a 0,65 en los tres casos (0,67 para la muestra costarricense; 0,68 para la británica; y 0,73 para la española).

El efecto de la red familiar próxima sobre los diversos indicadores de las condiciones de salud del adulto mayor es estudiada mediante un análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo, nivel educativo, clase social o estrato socioeconómico, hábitos de vida (ejercicio físico habitual, consumo de alcohol y tabaquismo) número de hijos, y, en Costa Rica, región de residencia (capital, resto urbano y rural). Este análisis no se realiza para el indicador de problemas cognitivos en el caso de la población española, debido a que la temprana edad de los miembros de la cohorte (70-74 años), y la escasa prevalencia de problemas cognitivos a estas edades, no permiten contar con una muestra suficiente para el análisis.

La principal limitación del análisis estriba en que el efecto de las redes sociales sobre la salud con datos de corte transversal puede verse confundido por una causalidad reversa de signo contrario. Es decir, las personas más frágiles o con mayores problemas de salud tienen una mayor necesidad de cuidados y apoyo familiar, lo que puede hacer que los datos muestren que a mayor fortaleza de las redes familiares corresponda menores índices de salud. Este efecto de causalidad reversa o de confusión por la necesidad de cuidados, es difícil de controlar en datos de corte transversal. Reconociendo que ésta es una de las mayores limitaciones de este estudio, se ha de hacer hincapié en la existencia de muy pocos estudios sobre este tema en América Latina, constituyendo el presente trabajo un primer paso en busca de asociaciones. En el futuro se espera poder desarrollar un análisis con datos longitudinales, contando con datos de oleadas sucesivas, puesto que las tres fuentes utilizadas son de carácter longitudinal.

3. RESULTADOS

3.1 Tres modelos de redes familiares

Los adultos mayores de Costa Rica tienen redes familiares de apoyo que son claramente más fuertes que las de las sociedades europeas, especialmente en el ámbito de la coresidencia (Tabla 1). La soledad residencial es muy infrecuente entre los mayores costarricenses. Menos del 10% de los mismos reside en hogares unipersonales, comparado con el 33% de los británicos o el 23% de los españoles. Esta gran diferencia entre la población costarricense y las europeas viene dada por la mayor coresidencia intergeracional en la sociedad latinoamericana en la que, más de la mitad de los adultos mayores conviven con algún hijo -mientras tan sólo un 11% de los mayores británicos y un 27% de los mayores españoles cuentan con algún hijo dentro del hogar. El modelo de redes familiares costarricense parece basarse en la coresidencia; el apoyo social es transmitido dentro de las redes familiares, con una fuerte dependencia intergeneracional.

Por el contrario, el modelo de redes familiares británico refleja una gran independencia de la población de edad. Entre los adultos mayores británicos uno de cada tres vive solo, y tan sólo un 11% de los mismos conviven con algún hijo en el hogar. En las sociedades europeas son los contactos fuera del hogar los que sustentan las relaciones sociales. Pero entre los mayores británicos, con una alta participación social formal, y una mayor diversidad de redes, la red familiar no es el único pilar de las relaciones sociales, ni necesariamente el principal. Casi un tercio de los mayores no tiene contacto alguno con sus hijos, o lo tiene con una frecuencia menor a la mensual y poco más de la mitad ven a alguno de sus hijos semanalmente o con mayor frecuencia (Tabla 1). El modelo británico refleja una sociedad más individualista y con mayores recursos públicos que sostienen la independencia de los mayores (McGarry, y Schoeni, 2000). Las sociedades anglosajonas presentan una alta participación social formal, en la que el apoyo social es transmitido por redes no familiares. La independencia de los mayores es propiciada por un mayor apoyo social público y una mayor oferta de servicios formales.

La sociedad española muestra un modelo intermedio de redes familiares, que podríamos definir como de independencia (sólo) residencial. Habiendo evolucionado desde estructuras mucho más familiaristas -basadas en la coresidencia, similares a las que actualmente muestra la población costarricense- se encuentra en un momento de transición. En las últimas décadas han sufrido un proceso de nuclearización y disminución de la coresidencia intergeneracional. Como consecuencia del mismo, menos de un tercio de la cohorte de mayores entre 70 y 74 años convive con algún hijo, mientras uno de cada cuatro vive solo (Tabla 1). Durante el último periodo intercensal (1991–2001) la soledad residencial evolucionó de un 8% a un 11% entre la población masculina de 65 y más años, y de un 23% a un 27% entre la población femenina de la misma edad, siendo creciente en todos los grupos de edad. Durante las dos últimas décadas en la sociedad española se ha desencadenado un proceso de ‘emancipación residencial’ de los mayores, especialmente de las mujeres mayores, respecto a sus familias.

Pero esta evolución hacia una mayor independencia ha sido tan sólo residencial, puesto que apenas se ha reducido la fortaleza de las redes familiares externas al hogar. Entre 1993 y 2004 el porcentaje de mayores (65 y más años) que ve a algún familiar (hijo o nieto) al menos semanalmente ha permanecido prácticamente inalterable (evolucionando de un 79,2% a un

78,6%); mientras que entre las mujeres mayores, principales protagonistas de la emancipación residencial en la vejez, el porcentaje de aquellas con un contacto semanal o mayor con algún familiar incluso ha aumentado (de un 79% a un 81%). En la actualidad, tres de cada cuatro mayores entre 70 y 74 años ve a sus hijos semanalmente o con mayor frecuencia, y tan sólo un 18% de los mismos los ve con una frecuencia menor a la mensual (Tabla 1). El modelo español ha evolucionado hacia una mayor independencia residencial, pero no hacia una mayor independencia global, puesto que el apoyo social sigue transmitiéndose a través de las fuertes redes familiares, que permanecen inalterables, aunque bajo distintos techos. Es a través de las redes familiares cómo los adultos mayores españoles encuentran respuesta a una cierta dependencia para ayuda material, y a una fuerte dependencia para cuidados. La participación social no ha aumentado, ni se han fortalecido las redes sociales formales, puesto que las redes informales no se han erosionado. Por el momento no existen indicios que nos permitan vislumbrar si se trata de una etapa de transición hacia un modelo de relaciones más formal, como el anglosajón, o la sociedad española camina hacia un modelo propio de sociedades latinas, con independencia residencial, pero manteniendo fuertes redes informales exteriores al hogar.

La escala de fortaleza de red refleja las tres estructuras de redes familiares mostradas:

- a) alta coresidencia (3,9 / 5);
- b) baja coresidencia y fuertes redes exteriores al hogar (3,3 / 5);
- c) baja coresidencia y redes exteriores al hogar moderadas (2,7 / 5).

La escala muestra promedios menores entre las mujeres debido a una mayor soledad residencial, especialmente en el caso de España y el Reino Unido, en donde la independencia residencial tras la viudez es mayor. La pregunta crucial, para la que no tenemos respuesta por el momento, es si estas fuertes redes familiares de Costa Rica continuarán así cuando lleguen a la vejez las generaciones que redujeron su fecundidad, si mostrarán una evolución similar a la experimentada por las sociedades latinas europeas como la española, reduciendo la coresidencia pero manteniendo la fortaleza de las redes familiares bajo distintos techos, o si evolucionarán hacia una mayor independencia global como en el caso anglosajón, con un sistema de relaciones más formal y mayor participación social.

3.2 La salud de los adultos mayores

En términos generales destaca la alta longevidad y el buen estado de salud de los adultos mayores costarricenses, el cual no difiere mucho del de los europeos. La esperanza de vida a los 60 años es muy similar en los tres casos, siendo las adultas mayores españolas y los varones costarricenses los que gozan de una mayor longevidad (Tabla 2).

Un escenario muy similar al sugerido por la supervivencia, lo trazan los datos de morbilidad crónica declarada en las encuestas. Entre los varones, son los mayores costarricenses los que presentan un mejor estado de salud en términos de morbilidad crónica. Si bien podría tratarse de un efecto de estructura por edad, con una población mayor más envejecida en el caso de la población europea, este efecto no parece reflejarse en el caso de la población femenina. Entre las adultas mayores, son las costarricenses las que presentan una mayor prevalencia de problemas crónicos. A la alta esperanza de vida y los bajos niveles de problemas crónicos masculinos, se suman unos bajos niveles de depresión, tanto en el caso de los varones como entre las mujeres mayores costarricenses, que contrastan con los de las poblaciones europeas,

especialmente con la de los adultos mayores británicos -si bien se ha de tener en cuenta que los instrumentos de medida no son idénticos en los tres países-. A este escenario se suman unos bajos niveles de discapacidad básica, tanto en varones como en mujeres.

Sin embargo, otros indicadores de salud reflejan una situación diferente. Las limitaciones funcionales y los problemas cognitivos son sustancialmente mayores en la población americana que en las europeas, tanto entre los varones como entre las mujeres. Es posible que exista un efecto edad, pues se trata de dos problemas de salud cuya incidencia aumenta sensiblemente a partir de 75 años (Puga y Abellán, 2004), y en la encuesta latinoamericana se realizó un sobremuestreo para el grupo de edad más elevada, por lo que estos resultados requerirán un análisis más detallado controlando el efecto edad. La salud autopercebida mala o regular también es significativamente más elevada entre los adultos mayores costarricenses, especialmente si se los compara con los británicos. Se ha de tener en cuenta la fuerte influencia que factores socioculturales ejercen sobre la autopercepción del estado de salud (Rosero et al., 2006; Ross y Mirowsky, 1999). Tanto en el caso de los adultos mayores costarricenses, como en el de la cohorte actual de adultas mayores españolas, también con una mala autopercepción de su estado de salud, los niveles de analfabetismo y de población sin estudios son todavía significativamente altos, lo que incide sobre la propia autopercepción de la salud, a pesar de tener unos niveles de morbilidad crónica muy reducidos. También se ha de señalar la asociación entre la salud percibida por los adultos mayores y los problemas instrumentales declarados por los mismos. Son las dos poblaciones en las que el apoyo social se transmite fundamentalmente a través de redes informales -la costarricense y la española- las que sufren mayores problemas instrumentales, mientras entre los adultos mayores británicos -con una estructura de relaciones sociales más formal, y mayor apoyo instrumental- destacan los bajos niveles de problemas instrumentales sufridos por la población de edad.

Entre los adultos mayores españoles destaca la alta longevidad y los reducidos niveles de morbilidad crónica entre la población femenina, así como la baja prevalencia de discapacidad básica y de depresión, tanto entre los varones como entre las mujeres. A ellos se suman buenos indicadores de limitaciones funcionales y de problemas cognitivos, tanto para hombres como para mujeres, aunque se ha de hacer notar que la cohorte de adultos mayores españoles se encuentra en unas edades (70-74 años) en las que la incidencia de este tipo de problemas es todavía reducida, por lo que estos niveles pueden estar reflejando más un efecto edad, que el estado de salud de la población mayor. Por el contrario, la población mayor española presenta altos niveles de problemas instrumentales, y una mala autopercepción del estado de salud, especialmente en el caso de las mujeres mayores, situación en la que, como se ha comentado, pueden estar influyendo características socio-culturales. En términos generales la situación de salud de los adultos mayores españoles muestra ciertos paralelismos con la de los costarricenses, con niveles relativamente buenos de morbilidad crónica, de discapacidad básica y de depresión, y malos indicadores para problemas instrumentales y autopercepción del estado de salud.

Son los adultos mayores británicos los que presentan una mejor salud autopercebida, así como menores niveles de discapacidad instrumental, tanto para hombres como para mujeres. Es también la población mayor británica la que presenta una menor prevalencia de problemas cognitivos, así como de limitaciones funcionales, escenario que nuevamente se mantiene para ambos sexos. Sin embargo, en el caso de la población mayor británica destaca la alta prevalencia de depresión que se suma a altos niveles de morbilidad crónica entre los varones y de

discapacidad básica en varones y mujeres. Peores indicadores de salud que, especialmente en lo relativo a las limitaciones emocionales, podrían estar relacionados con la menor fortaleza de las redes familiares en este país, si bien es necesario un análisis más detallado de esta cuestión, pues, como se ha comentado, los instrumentos de medida no son idénticos para los tres países.

3.3 Redes sociales y estado de salud

En un primer acercamiento, redes sociales y estado de salud parecen no mostrar asociaciones relevantes (Tabla 3). El estado de salud de los adultos mayores costarricenses no parece asociarse de forma significativa con la fortaleza de sus redes familiares. Las redes familiares de los adultos mayores costarricenses muestran en mayor medida su fortaleza conforme empeora la salud de los mismos. Entre los adultos mayores españoles la mayor parte de las dimensiones de la salud observadas se asocian de forma positiva con la fortaleza de las redes familiares, salvo en el caso de los indicadores de salud más ‘duros’, los referidos a la discapacidad. Sin embargo esta asociación positiva tan sólo resulta significativa en el caso de la depresión, cuya probabilidad se reduce un 22% por cada punto que aumenta el índice de fortaleza de red. No obstante, entre los adultos mayores españoles también aparecen asociaciones de causalidad inversa: las redes familiares muestran una mayor fortaleza cuando aparecen problemas de discapacidad entre los mayores. En el caso de la sociedad británica nuevamente aparece una asociación significativa entre depresión y fortaleza de las redes familiares; las probabilidades de depresión se reducen un 9% por cada punto que aumenta el indicador de fortaleza de red. Es la depresión el indicador de salud que parece más sensible a la fortaleza de las redes familiares, mostrando un efecto positivo de las mismas en los tres casos, aunque tan sólo significativo en el caso de las sociedades europeas.

Sin embargo, los resultados resultan más elocuentes si se descompone el indicador, y se realiza un análisis más detallado. Los componentes de la escala de fortaleza de red presentan algunas asociaciones significativas con los indicadores de salud en las tres poblaciones de adultos mayores observadas (Tabla 4).

La coresidencia parece tener un efecto positivo sobre la salud, reduciendo las probabilidades de aparición de diversos problemas de salud, cuando se trata de convivencia con la pareja. Estas asociaciones parecen más marcadas en las sociedades europeas, británica y española, que en la costarricense. De esta forma, la convivencia con la pareja aparece asociada con unas probabilidades de depresión un 22% inferiores entre los adultos mayores costarricenses, un 46% inferiores entre los británicos, y hasta un 72% inferiores entre los españoles; también se asocia con una menor probabilidad de problemas crónicos entre los adultos mayores españoles, de limitaciones funcionales entre los británicos y españoles, y de discapacidad tanto instrumental como básica entre los adultos mayores británicos.

Sin embargo, la convivencia con otras personas, distintas de la pareja, no parece tener tan claros efectos positivos. Posiblemente en gran parte de los casos de coresidencia intergeneracional, la convivencia con los hijos se deba a la necesidad de cuidados por parte de los adultos mayores, por lo que en estos casos estamos ante una relación causal de orden inverso: son aquellos adultos mayores con peor estado de salud los que conviven con sus hijos. La convivencia con personas distintas a la pareja muestra efectos positivos sobre la salud emocional, que parece verse favorecida por la convivencia, de cualquier tipo. Por el contrario, la autopercepción de la salud es

la dimensión sobre la que parece tener mayores efectos negativos la convivencia con otras personas distintas de la pareja (incluso con la pareja en el caso costarricense); quizá el sentimiento de ‘depender’ de otras personas, o de ‘sentirse una carga’ para ellas, empeora la autopercepción de la propia salud. Otros indicadores del estado de salud también parecen estar negativamente relacionados con la convivencia con otras personas distintas de la pareja, como la presencia de problemas instrumentales entre los adultos mayores españoles, o de problemas cognitivos entre los costarricenses. Por el contrario, el síndrome metabólico parece indicar una relación entre un mejor estado de salud y la convivencia, incluso aunque no sea con la pareja.

La frecuencia de contactos con los hijos, fuera del hogar, también presenta asociaciones positivas con prácticamente todos los indicadores de salud salvo con la morbilidad crónica. Estas asociaciones parecen mucho más evidentes entre los adultos mayores británicos que entre los españoles o costarricenses. Los resultados parecen sugerir que el efecto positivo de la fortaleza de las redes familiares es mayor en aquellas estructuras de relaciones sociales en las que dicha fortaleza es más infrecuente.

La dimensión que parece verse más favorecida por la frecuencia de los contactos con los hijos es la salud percibida. Las probabilidades de una mala autopercepción de la salud se reducen en un 21% entre los adultos mayores británicos que tienen un contacto mensual con sus hijos, en un 32% entre los españoles que lo tienen semanal, y en un 52% entre los costarricenses con un contacto mensual con sus hijos. En este último caso se puede observar nuevamente una relación causal inversa, en la que una mayor frecuencia de contactos (semanal, o incluso coresidencia) parece relacionarse con un peor estado de salud. La frecuencia de los contactos con los hijos (mensual o semanal) se asocia también con menores probabilidades de depresión y de limitaciones funcionales entre los adultos mayores británicos y españoles, con menores probabilidades de problemas instrumentales entre británicos y costarricenses, e incluso con menores probabilidades de discapacidad básica y de problemas cognitivos entre los adultos mayores británicos.

Por el contrario, la coresidencia con los hijos parece asociarse con un peor estado de salud, aunque en escasas ocasiones ha mostrado resultados significativos. Entre los adultos mayores costarricenses el indicador de síndrome metabólico refleja un estado de salud notablemente peor en los casos en los de coresidencia con los hijos, e incluso cuando la frecuencia de los contactos es alta. La salud percibida de los adultos mayores costarricenses sugiere un escenario similar, con un empeoramiento de las condiciones de salud en los casos de contactos muy frecuentes o coresidencia, aunque en cualquier caso, el peor estado de salud parece asociado a aquellos que no tienen contacto alguno con sus hijos o lo tienen muy infrecuente. Tan sólo los adultos mayores españoles parecen encontrar efectos positivos en la coresidencia con sus hijos, que se asocia con unas menores probabilidades de problemas funcionales. Probablemente mediante dicha coresidencia encuentran una ayuda instrumental que reduce las exigencias funcionales que exigiría el mantenimiento de la independencia residencial.

Entre las dimensiones de salud observadas son las emocionales las que parecen más favorecidas por la fortaleza de las redes familiares. La autopercepción del estado de salud se ve también favorecida por la frecuencia del contacto con los hijos, pero no así por la convivencia con los mismos. Finalmente, las limitaciones funcionales e instrumentales parecen verse también favorablemente influenciadas por la fortaleza de las redes familiares; mientras son los indicadores

de estados más avanzados de deterioro de la salud, como la discapacidad básica o el deterioro cognitivo, los que en menor medida muestran el efecto de la fortaleza de las redes familiares.

4. DISCUSIÓN

Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia (sólo) residencial (caso latino-europeo).

La convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. De esta forma, la convivencia con la pareja muestra efectos claramente positivos sobre el estado de salud en la vejez. Por el contrario, la coresidencia con los hijos, en buena medida para satisfacer las necesidades de cuidados de los adultos mayores, se asocia con peores estados de salud.

La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores. De esta forma, los mayores británicos muestran, de forma general, redes familiares moderadas, pero entre aquellos que presentan fuertes redes familiares, el efecto positivo sobre la salud es más claro que en otros entornos sociales. En las sociedades latinas, las redes sociales fuertes son habituales, sin embargo su efecto positivo sobre la salud se debilita.

Las dimensiones de la salud que se muestran más favorecidas por la fortaleza de las redes familiares son la depresión (sobre la que tienen efectos positivos tanto la convivencia como la frecuencia de los contactos), la salud percibida (sobre la que tienen efectos positivos la frecuencia de los contactos, pero no así la convivencia) y los problemas funcionales e instrumentales, primeras etapas del proceso de discapacidad. Por el contrario, indicadores de estados más avanzados de deterioro de la salud, como la discapacidad básica o el deterioro cognitivo, parecen verse favorecidos en menor medida por la fortaleza de las redes familiares.

La población costarricense es la que presenta una menor asociación entre redes sociales y estado de salud. Son los que presentan una mayor coresidencia, pero también entre los que la dicha convivencia muestra efectos menos significativos. De igual forma las sociedades latinas son las que presentan redes familiares más fuertes, pero es también en ellas en las que dicha fortaleza muestra efectos positivos menos claros. Los resultados parecen sugerir que el efecto de la fortaleza de las redes familiares aumenta en la medida en que en el medio social es menos común la fortaleza de las mismas.

A pesar de ello, los resultados no sugieren la existencia de un modelo de redes sociales y salud claramente diferenciado entre las sociedades latinas y las anglosajonas. La pregunta es pues, si las sociedades latinoamericanas evolucionarán hacia modelos de redes sociales con mayor independencia, al menos residencial como el español, o con mayor independencia global como el británico; y si, en tal caso, aumentará el efecto de las redes sociales sobre la salud en la medida en que éstas se debiliten en la sociedad.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Avlund, K.; Lund, R.; Holstein, B.; Due, P.; Sakari-Rantala, R.; Heikkinen, R. (2004): “The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline” *Journal of Gerontology: Social Sciences* 59B(1), pp.S44-S51
- Avlund K, Lund R, Holstein B E, Due P.(2003): “Social relations as determinant of onset of disability in aging”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 38, pp. 85-99
- Avlund, K.; Damsgaard, M.; Holstein, B. (1998): “Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark”, *Social Science and Medicine* 47, pp. 635-643
- Berkman, L; Glass, T. (2000): “Social integration, social networks, social support and health”, en Berkman, Kawachi (edit.): *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, pp. 137-173
- Berkman, L; Melchior, M.; Chastang, J.; Niedhammer, I.; Leclerc, A.; Goldberg, M. (2004): “Social Integration and Mortality: A Prospective Study of French Employees of Electricity of France–Gas of France” *American Journal of Epidemiology* 159 (2), pp. 167-174
- Dalgrad, O.; Hågeim, L. (1998): “Lack of close confidant, but no depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction”, *Heart* 90, pp. 518-522
- Due, P.; Holstein, B.; Lund, R.; Modvig, J.; Avlund, K. (1999): “Social relations: network, support and relational strain” *Social Science & Medicine* 48, pp. 661-673
- Fratiglioni, L. (2000): “Influence of social network on occurrence of dementia: a community based longitudinal study”, *Lancet* 355, pp. 1315-1319
- Glass, T.A, Mendes de Leon, C., Marottoli, R.A., Berkman, L.F.(1999): “Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans”. *British Medical Journal*, 319, pp. 478-483
- Glaser, K., Agree, E.M., Costenbader, E., Camargo, A., Trench, B., Natividad, J. and Chuang, Y.L. (2006): “Fertility decline, family structure, and support for older persons in Latin America and Asia”. *Journal of Aging and Health*, 18, pp. 259-291.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (2003): “Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual” *Notas de Población* 77, pp.35-70
- Ham-Chande, R., Ybáñez Zepeda, E., Luz Torres Martínez, A. (2003): “Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México”. *Notas de Población* 77, pp. 71-102

- Holtzman, R. (2004): “Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults”, *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences* 59B, pp. P278-P284
- Huenchuan, S., Sosa, Z. (2003): “Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile.”, *Notas de Población* 77, pp.103-138
- House, J.; Landis, K.; Umberson, D. (1988): “Social relationships and Health” *Science* 241, pp.540-545
- Kalache, A. and Coombers, Y. (1995): “Population aging and care of the elderly in Latin America and the Caribbean”. *Reviews in Clinical Gerontology*, 5, pp. 347-335
- Kawachi, I. Berkman L (2000): “Social Cohesión, Social Capital and Health”, en *Social Epidemiology*, Oxford University Press, págs. 174-190
- Krause, N. et al (1998): “Financial Strain , Received Support, Anticipated Support and Depressive Symptoms in the People’s Republic of China”. *Psychology Aging* 13, pp. 58-68
- Kinsella, K. and Velkoff, V.A. (2001): *An Aging World: 2001. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1*. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- McGarry, K. and Schoeni, R. (2000): “Social security, economic growth, and the rise in the elderly widow's independence in the twentieth century”. *Demography*, 37, pp. 221-236
- Mendes de Leon, C., Glass, T., Beckett, L.A., Seeman, T., Evans, D.A., Berkman, L.F.(1999): “Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE”. *Journal of Gerontology: Social Science*, 54B, pp. 162-172
- Mendes de Leon, C.; Gold, D.; Glass, T.; Kaplan, L.; George, L. (2001): “Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986-1992” *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56B (3), pp. S179-S190
- Mendes de Leon, C.; Glass, T.; Berkman, L. (2003): “Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults” *American Journal of Epidemiology* 157 (7), pp. 633-642
- Montes de Oca, V. (2003): “Redes comunitarias, género y envejecimiento”, *Notas de Población* 77, pp. 139-174
- Murad Saad, P. (2003): “Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas SABE”, *Notas de Población*, 77, pp. 175-218
- Otero, A., Zunzunegui M. V., Beland, F., Rodríguez Laso, A., García de Yébenes, M. J. (2006): “Relaciones sociales y envejecimiento saludable”. *Documento de Trabajo FBBVA* 2006 nº 9, 111 págs.

- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G. and Pelaez, M. (2002): “Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean”. *International Journal of Epidemiology*, 31, pp. 762-771
- Puga, D.; Abellán, A. (2004): *El proceso de la discapacidad*, Madrid, Fundación Pfizer
- Rosero, L.; Fernández, X.; Méndez, E; Pinto, G. (2006): “Sex and SES paradox in health status and mortality among elderly populations”, paper presentado al *Population Association of America Annual Meeting 2006*, 17 págs.
- Ross, C.; Mirowsky, J. (1999): “Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity”, *Demography* 36 (4), pp. 445-460
- Rowe, J.; Kahn, R. (1997): “Successful aging”, *Gerontologist* 37(4), pp. 433-440
- Seeman, T.; Bruce, M.; McAvay, G. (1996): “Social networks characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging”, *Journal of Gerontology B Social Sciences* 51, pp. S191-S200
- Strawbridge, W. J.; Cohen, R. D.; Shema, S. J.; Kaplan, G. A. (1996): “Successful aging: predictors and associated activities”, *American Journal of Epidemiology* 144, pp. 135-141
- Unger, J. B.; McAvay, G., Bruce, M. L.; Berkman, L.; Seeman, T. (1999): “Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging”, *Journal of Gerontology: Social Sciences* 54B, pp. S245-S251
- Zunzunegui, V.; Alvarado, B.; Ser, T.; Otero, A. (2003): “Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults” *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B (2), pp. S93-S100
- Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. (2001): “Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain”. *International Journal of Epidemiology*, 30(5), pp. 1090-1099

RECONOCIMIENTOS

El proyecto “*Procesos de Vulnerabilidad en la Vejez*” es una investigación financiada por el Ministerio de Sanidad de España a través del **Fondo de Investigación Sanitaria** (PI04/0552) y desarrollada por un equipo multidisciplinar perteneciente a diferentes universidades, centros de investigación y hospitales. Los componentes del equipo de investigación son: Antonio Abellán, Ana Barderas, Alicia Barrasa, Miguel Ángel Escobar, Carmen Gallardo, Raquel Hidalgo, Isabel Larrañaga, Silvia Marcu, Maria Teresa Moreno, Marilia Nicolás, Ángel Otero, Dolores Puga y Ángel Rodríguez Laso. El proyecto “*Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES)*” es una investigación de la Universidad de Costa Rica, ejecutada por el Centro Centroamericano de Población con la colaboración del Instituto de Investigaciones en Salud, con subvención de la **Fundación Wellcome Trust**. Investigador Principal: Luis Rosero-Bixby. Co-investigadores: Xinia Fernández y William H. Dow. Investigadores colaboradores: Ericka Méndez, Guido Pinto, Hannia Campos, Kenia Barrantes, Alberto Cubero, Gilbert Brenes, Fernando Morales. Personal de informática y apoyo: Daniel Antich, Aaron Ramírez, Jeisson Hidalgo, Juanita Araya y Yamileth Hernández. Personal de campo: José Solano, Julio Palma, Jenny Méndez, Maritza Aráuz, Mabelyn Gómez, Marcela Rodríguez, Geovanni Salas, Jorge Vindas y Roberto Patiño. Estamos agradecidos a **ESRC Data Archive** por permitir y facilitar el acceso al “*English Longitudinal Study of Ageing*”.

Tabla 1. Indicadores de red familiar y fortaleza de la red

Items y escala	Costa	España	Inglaterra
	Rica 60+		
(N)	(2823)	(1244)	(6957)
Hogares no solitarios	90.1	76.6	67.3
Vive en pareja	59.5	62.4	61.2
Convive con algún hijo	57.2	26.8	11.0
Ve algún hijo semanalmente	87.7	77.4	57.2
Ve algún hijo mensualmente	89.7	82.2	71.9
Alpha de Crombach	0.68	0.73	0.68
Escala fortaleza de red			
Total	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
0	2.9	8.4	12.6
1	5.2	4.9	5.1
2	9.5	19.7	29.3
3	5.2	4.6	11.1
4	41.4	44.6	34.4
5	35.8	17.8	7.6
Promedio fortaleza red	3.84	3.25	2.72
Hombres	3.99	3.52	2.94
Mujeres	3.71	3.06	2.55

Tabla 2. Indicadores de salud del adulto mayor

Indicadores de salud	Costa		
	Rica	España	Inglaterra
Ambos sexos			
Esperanza de vida edad 60	21.9	22.32	22.1
Con síndrome metabólico	46.9		
Salud percibida regular o mala	47.3	45.1	35.1
Morbilidad crónica (2/6)	31.6	27.6	32.0
Limitaciones funcionales (2/4)	40.6	17.4	22.9
Depresión	14.9	20.7	26.0
Discapacidad instrumental	24.4	25.9	14.4
Discapacidad básica	34.7	8.1	18.5
Deterioro cognitivo	8.7	4.9	4.7
Hombres			
Esperanza de vida edad 60	20.7	19.89	20.3
Con síndrome metabólico	32.0		
Salud percibida regular o mala	44.1	36.5	35.8
Morbilidad crónica (2/6)	26.3	28.2	31.7
Limitaciones funcionales (2/4)	33.7	10.9	16.4
Depresión	11.7	13.6	20.8
Discapacidad instrumental	19.5	30.5	11.0
Discapacidad básica	30.6	7.7	15.2
Deterioro cognitivo	8.7	5.3	5.4
Mujeres			
Esperanza de vida edad 60	23.2	24.52	23.4
Con síndrome metabólico	60.4		
Salud percibida regular o mala	50.3	51.5	34.6
Morbilidad crónica (2/6)	36.4	27.1	28.9
Limitaciones funcionales (2/4)	47.0	22.3	22.9
Depresión	17.7	25.9	30.0
Discapacidad instrumental	28.8	22.4	17.1
Discapacidad básica	38.4	8.4	21.1
Deterioro cognitivo	8.6	4.6	4.2

Tabla 3. Efecto de un punto en la escala de fortaleza de la red familiar sobre los indicadores de salud (razón de riesgos OR)

Indicador de salud	Costa Rica OR	España OR	Inglaterra OR
Con síndrome metabólico	1.01 *		
Salud percibida regular o mala	1.03	0.97	1.00
Morbilidad crónica (2/6)	1.04	0.98	1.02
Limitaciones funcionales (2/4)	0.98	0.92	0.99
Depresión	0.95	0.78 **	0.91 **
Discapacidad instrumental	1.06	1.13 *	0.98
Discapacidad básica	1.02	1.10	0.96
Deterioro cognitivo	1.07		1.03

Significativa a: * <0.05 ** <0.01

OR estimadas con regresión logística con las siguientes variables de control: edad, sexo, nivel educativo, clase social, ejercicio físico habitual, consumo de alcohol, consumo de tabaco, n° de hijos y en Costa Rica región (capital, resto urbano, rural)

Tabla 4. Efecto de los componentes de la escala de fortaleza de la red familiar sobre los indicadores de salud (razón de riesgos OR)

	Depresión OR	Salud percibida OR	Morbilidad crónica OR	Limitación funcional OR	Discapacidad instrumental OR	Discapacidad Básica OR	Deterioro cognitivo OR	Síndrom metabólico OR
CONVIVENCIA								
Inglaterra								
Vive solo (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	
Acompañado, con pareja	0,54 **	0,93	0,95	0,77 **	0,77 **	0,67 **	1,07	
Acompañado, sin pareja	0,77 *	1,27 *	0,99	0,93	1,16	0,88	1,45	
España								
Vive solo (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref		
Acompañado, con pareja	0,28 **	0,93	0,62 **	0,57 **	1,50	1,38		
Acompañado, sin pareja	0,72 *	0,91	1,16	0,95	1,66 *	1,81		
Costa Rica								
Vive solo (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref
Acompañado, con pareja	0,88	1,26 *	1,10	0,95	0,90	1,11	0,88	1,30 *
Acompañado, sin pareja	0,79	1,21	0,96	1,28	1,12	1,07	1,68 *	0,86 *
CONTACTOS								
Inglaterra								
Ninguno (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	
Mensual	0,75 **	0,79 *	0,96	0,65 **	0,55 **	0,69 **	0,75	
semanal	0,86	0,93	1,01	0,92	0,76 **	0,94	0,59 **	
Correside	1,01	1,04	1,07	1,06	1,02	1,11	1,04	
España								
Ninguno (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref		
Mensual	0,59 *	0,76	1,09	0,73	1,03	0,50		
semanal	0,44 **	0,68 *	0,73	0,66	0,79	0,69		
Correside	0,81	0,84	1,16	0,59 *	0,90	0,92		
Costa Rica								
Ninguno (ref)	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref	1,00 ref
Mensual	1,46	0,48 *	0,81	0,90	0,58	0,84	0,48	0,46 *
semanal	0,86	1,51	1,39	0,90	0,99	1,09	2,08	2,61 **
Correside	0,91	1,04	1,00	0,96	1,82 **	1,03	0,98	0,80 *

Significativa a: * <0.05 ** <0.01

OR estimadas con regresión logística con las siguientes variables de control: edad, sexo, nivel educativo, clase social, ejercicio físico habitual, consumo de alcohol, consumo de tabaco, n° de hijos y en Costa Rica región (capital, resto urbano, rural)