



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

**La demografía latinoamericana del siglo XXI
Desafíos, oportunidades y prioridades**

Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra

Luis Rosero-Bixby

Centro Centroamericano de Población.
Universidad de Costa Rica
Lrosero@ccp.ucr.ac.cr

Dolores Puga

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Karen Glaser

Institute of Gerontology, King's College London.

Teresa Castro

Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España

Mesa 06. Población y Salud
Sesión 06.1.

Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra¹

Puga, Dolores²

Rosero-Bixby, Luis³

Glaser, Karen⁴

Castro, Teresa⁵

Documento preliminar
(no citar)

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 Gran Bretaña, 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 (Palloni, 2001). 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, con mayor presencia de problemas crónicos, de situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia (en contraste con niveles relativamente altos de enfermedades infecciosas) (Kalache y Coombers, 1995). Tales cambios tienen importantes repercusiones sobre las políticas de salud y de cuidados, incluyendo las necesidades de cuidados de larga duración o la implementación de seguros para situaciones de dependencia (Palloni, Pinto-Aguirre y Pelaez, 2002), pero también sobre las relaciones intergeneracionales en el seno familiar (Rosenthal, Sulman y Marshall, 1992; Reher, 1998; Puga, 2002).

Se producen grandes cambios en las transferencias intergeneracionales como el aumento de las transferencias de hijos a padres, tanto económicas como de cuidados; así como en las transferencias intrageneracionales derivadas de la necesidad de

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

² Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España. 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 Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España. tcastro@ieg.csic.es

acumulación de capital para cubrir las necesidades de una vejez prolongada. Recientemente –en un artículo basado en datos del estudio SABE– se ha demostrado que en aquellos escenarios en los que la transición de la fecundidad se produjo de forma más temprana, como Buenos Aires o Montevideo, los adultos mayores tienen una menor probabilidad de recibir ayuda de los hijos u otros familiares, y una mayor probabilidad de proveer esa asistencia, comparados con otras ciudades latinoamericanas como México DF o Sao Paulo, en las que la transición de la fecundidad fue más tardía (probablemente porque reciben transferencias del estado y tienen una mayor capacidad para cuidar de sí mismos) (Glaser et al. 2006).

El aumento de la longevidad está provocando importantes transformaciones en las relaciones entre grupos generacionales en América Latina. El aumento de la coexistencia entre generaciones, junto con la creciente demanda de cuidados hacia los adultos mayores durante períodos prolongados, puede elevar la presión sobre las generaciones intermedias, que ven cómo, al cuidado de los más jóvenes, se suma el cuidado de los mayores (Brody, 1981; Rosenthal, Sulman y Marshall, 1992). Un aumento de la integración y el mantenimiento de la población femenina en el mercado laboral, podría limitar de forma muy notable la capacidad de las familias para responder a las nuevas demandas de cuidados. Con unos sistemas de salud pensados para poblaciones jóvenes –y, por tanto, centrados en la atención a problemas agudos–, es en el seno de las redes familiares en el que recae la responsabilidad de sostener las condiciones de vida de la población mayor.

En el presente trabajo se analizan, desde una perspectiva comparada, las condiciones de salud y las redes de apoyo de los adultos mayores en tres poblaciones con distinto grado de envejecimiento y con diferentes tradiciones de lazos familiares: una población latinoamericana, Costa Rica, y dos poblaciones europeas, Inglaterra y España. El objetivo del presente trabajo es caracterizar la situación de la salud y de las redes familiares de los adultos mayores en estas tres sociedades, así como determinar la relación entre las condiciones de salud en la vejez y la fortaleza de las redes familiares, en el seno de las cuales se producen buena parte de las transferencias intergeneracionales.

Los efectos protectores de las relaciones sociales sobre las condiciones de salud en la vejez han sido ampliamente explorados, existiendo un marco teórico bien fundado al respecto. Sin embargo, esta relación ha sido escasamente analizada en sociedades latinas en las que las relaciones sociales, en buena medida, se establecen por cauces más informales a los mostrados por las sociedades anglosajonas (Zunzunegui et al., 2003; Tomassini, Glaser y Askham, 2003). Las relaciones sociales en las sociedades latinas se establecen mediante una menor participación social, pero con una mayor fortaleza de las redes informales, especialmente las familiares. En el presente trabajo se explora la relación entre la fortaleza de las redes familiares y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva comparada, contando para ello con evidencias empíricas de una sociedad latinoamericana (costarricense), una sociedad latina 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, como las transferencias intergeneracionales privadas, posibilita la obtención de evidencias empíricas que admiten una comparación internacional.

Marco conceptual

Si bien la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad ha sido objeto de análisis desde tiempo atrás (Durkheim, 1897), hasta fechas recientes no se ha analizado el efecto de las relaciones sociales sobre la salud (House et al, 1988), y, más específicamente sobre la salud de los adultos mayores (Avlund et al, 1998; Dalgrad et al, 1998; Fuhrer, 1999; Sugisawa, 1994). Estas investigaciones han demostrado el efecto beneficioso de las relaciones sociales sobre aspectos relacionados con la salud, la morbilidad y la discapacidad. En el caso de los adultos mayores, las redes sociales no sólo constituyen un soporte para suplir carencias de orden material, sino que su mayor incidencia sobre la calidad de vida del adulto mayor se produce mediante la satisfacción vital, componente que tiene importantes repercusiones en ámbitos emocionales e instrumentales. Así, algunos estudios muestran cómo el tamaño de las redes sociales y la frecuencia de contacto con amigos (Carpiano, 2006) o una buena red social familiar (Due et al, 1999) protegen contra la aparición de discapacidades, reducen su desarrollo e incrementan la recuperación.

Berkman y Glass (2000), al analizar las relaciones entre redes sociales y salud, proponen un modelo en el que las redes sociales de un individuo actúan por medio de diversos mecanismos psicosociales:

- a) proporcionando apoyo social tanto emocional como instrumental, así como ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información;
- b) mediante la influencia social existente entre los actores de la red;
- c) por participación y compromiso social;
- d) por contacto persona a persona;
- e) facilitando el acceso a recursos materiales.

Estos mecanismos psicosociales tienen efecto en la salud a través de los cambios en los estilos de vida (ej.: hábito de ejercicio físico, consumo de tabaco o alcohol, hábitos dietéticos...), de mecanismos psicológicos (autoestima o autoeficacia) y fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular, entre otros factores).

Los conceptos centrales que se manejan en el estudio de las relaciones sociales son los de redes sociales y apoyo social. Las redes sociales se refieren a la estructura, mientras que el apoyo social se refiere a los vínculos que se crean entre estas relaciones, hace referencia a los comportamientos y a las interacciones de ayuda. House et al (1988) define el apoyo social como las transferencias de espacio (por ej.: coresidencia), materiales (ej.: dinero) y tiempo (ej.: asistencia incluyendo cuidados). O'Reilly (1988) define el concepto de red social como “un concepto analítico utilizado para describir la estructura de los vínculos entre individuos o grupos de individuos. Estas redes tienen una serie de funciones entre las que destaca el apoyo social. El apoyo social es proporcionado por los comportamientos o las acciones de los miembros de la red y comunicado por la estructura de la red”. En esta definición se encuentran ya las dos dimensiones de las relaciones sociales: por un lado la estructura (diversidad y fortaleza) de la red social viene explicada fundamentalmente por la naturaleza de las relaciones con los individuos que conforman la red y por la frecuencia de contactos con esos individuos; y por otro el apoyo social comprende los aspectos comportamentales y cualitativos de la red social.

Este marco conceptual ha sido utilizado en nuestro trabajo, siendo aplicable al estudio de la relación entre la fortaleza de las redes sociales familiares y el envejecimiento saludable. De acuerdo con el mismo, se utiliza la red social familiar para describir la estructura de los vínculos entre individuos de la misma familia. Entre las funciones de la red destaca el apoyo social familiar, tronco sustentador de las transferencias intergeneracionales privadas, que se proporcionan mediante la estructura de la red social familiar. La fortaleza de la red social familiar se define como el conjunto de familiares con los que el sujeto mantiene una relación interpersonal y la conexión existente entre esos individuos, en términos de volumen y frecuencia de los contactos.

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). Las investigaciones previas demuestran que una vida social activa, con unas redes sociales fuertes y con una actividad en la comunidad predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de Leon, 2001; Seeman, 2000 – these are based on longitudinal data, I assume the other studies are also) y la función cognitiva (Bassuk, 1999; Fratiglioni, 2000; Holtzman, 2004). Estos resultados proceden de estudios realizados fundamentalmente en el ámbito anglosajón, siendo muy escasos los estudios realizados en sociedades latinas, en las que, especialmente en el caso de las personas mayores, la estructura y fortaleza de la red familiar es muy distinta, y además está sufriendo importantes transformaciones.

En el estudio del efecto de las redes sociales sobre la salud con datos de corte transversal, existe, sin embargo, el grave problema de que la asociación puede estar confundida por efectos de 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.

Fuentes y método

Para el análisis se 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. Las tres fuentes, realizadas mediante entrevista personal domiciliar, recogen en los cuestionarios información tanto sobre diversos aspectos de la salud en la vejez, como relativos a las redes sociales y familiares de los mayores, a la constitución y fortaleza de las mismas; ofreciendo información comparable.

La encuesta costarricense (que forma parte del proyecto CRELES) está siendo 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, 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.

Las condiciones de salud de los adultos mayores se analizan utilizando siete indicadores de salud que recogen tanto la salud física como la mental, de acuerdo con el concepto de envejecimiento saludable que se ha expuesto: 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*: tres o más de las siguientes condiciones: cintura abultada, (≥ 102 cm hombres ≥ 88 cm mujeres), altos triglicéridos ≥ 150 , bajo colesterol 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

La medición de la fortaleza de la red social familiar se ha centrado en los dos componentes de la misma que han mostrado mayor fortaleza: la subred establecida dentro del hogar (con la pareja y los restantes componentes del hogar, de haberlos), y la subred establecida con los hijos. Esta última es, con mucha diferencia la red familiar más sólida externa al hogar. De esta forma, 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 componentes, la subred familiar que compone el hogar y la establecida con los hijos fuera del mismo, las 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 estas redes se utilizan 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 (0,66 para la muestra costarricense; 0,68 para la británica; y 0,73 para la española).

El efecto de la fortaleza de las redes sociales familiares establecidas con los hijos sobre diversos indicadores de salud del adulto mayor es estudiada mediante un análisis de regresión logística ajustado por edad, sexo, y nivel educativo

Resultados preliminares

Los adultos mayores de Costa Rica disfrutan de redes familiares de apoyo que son claramente más fuertes que las de las sociedades europeas, especialmente en el caso de sociedades anglosajonas como la del Reino Unido (Tabla 1). Las sociedades sureuropeas, como la española, están en una situación intermedia. Habiendo evolucionado desde sociedades mucho más familiaristas, similares a la que actualmente muestra la población costarricense, en las últimas décadas han sufrido un proceso de nuclearización y disminución de la coresidencia intergeneracional (Abellán y Puga, 2005), sin embargo, apenas han reducido la fortaleza de las redes familiares externas al hogar.

La soledad residencial es muy infrecuente entre los adultos mayores costarricenses, mientras que entre los británicos uno de cada tres vive solo, lo que no implica desatención, sino una sociedad más individualista y con mayores recursos públicos que eosotíneen la independencia de los mayores (McGarry, y Schoeni, 2000). Menos del 10% de los adultos mayores costarricenses residen en hogares unipersonales, comparado con 33% de los británicos y 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. En las sociedades europeas son los contactos fuera del hogar los que sustentan las redes familiares. A pesar de la baja coresidencia, un 77% de los mayores españoles ve a algunos de sus hijos semanalmente o con mayor frecuencia. Entre los adultos mayores británicos la frecuencia de contactos es menor, poco más de la mitad ven a alguno de

sus hijos semanalmente o con mayor frecuencia, aunque los contactos mensuales sí alcanzan a un 72% de la población.

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); y 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. 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, o por el contrario, 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.

Datos externos de esperanza de vida sugieren que son las adultas mayores españolas las que disfrutan de una mejor salud, en tanto que entre los varones son los costarricenses los que mejor están (Tabla 2). Llama la atención el buen estado de salud de los adultos mayores costarricenses, el cual no difiere mucho del de los europeos. Los datos de morbilidad crónica de las encuestas reflejan las diferencias entre países y por sexo observados con la esperanza de vida, siendo las mujeres españolas y los varones costarricenses los que reflejan menores niveles.

En otros indicadores de salud la situación es diferente. Por ejemplo, la auto percepción de una salud mala o regular es mucho más alta en Costa Rica (varones y mujeres) y en las mujeres españolas. Se ha de tener en cuenta la fuerte influencia de factores socioculturales sobre la autopercepción del estado de salud (Rosero et al., 2006; Ross y Mirowsky, 1999), por ejemplo en el caso de la cohorte actual de adultas mayores españolas, 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 son substancialmente mayores los indicadores de limitaciones funcionales y de deterioro cognitivo de Costa Rica. Estos resultados requieren un análisis más detallado controlando el efecto edad.

Por otra parte, llama la atención la mayor prevalencia de depresión en Gran Bretaña, que se suma a altos niveles de morbilidad crónica entre los varones y de discapacidad básica (ADLs) en varones y mujeres. Peores indicadores de salud que, especialmente en lo relativo a las limitaciones emocionales, bien podrían estar relacionados con la menor fortaleza de las redes familiares en este país, aunque es necesario un análisis más detallado de esta cuestión, pues los instrumentos de medida no son idénticos para los tres países.

La ayuda recibida por los adultos mayores en el desempeño de las ocho actividades de la vida diaria observadas, aparentemente es mucho mayor en Costa Rica cuando se controla la necesidad de tal ayuda (Tabla 3). España está en situación intermedia. Aunque este resultado es coherente con la mayor fortaleza de las redes costarricenses, este es un resultado que requiere un examen más cuidadoso.

Bibliografía

- Abellán, A.; Puga, D. (2005): “Una España que envejece”, *Papeles de Economía Española* 105, pp. 57-75
- 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
- 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
- Bassuk, S.; Glass, T.; Berkman, L. (1999): “Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons”, *Annals of Internal Medicine*, 131, pp. 165-173
- 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
- Brody, E. M. (1981): “‘Women in the middle’ and family help to older people”, *The Gerontologist* 21, pp. 470-479
- Carpiano, R. (2006): “Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and sociology help?”, *Social Science and Medicine* 62, pp-165-175
- 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
- Durkheim, E. (1897): *Suicide. A study in sociology*. Glencoe: Freepress (1951)
- Fratiglioni, L. (2000): “Influence of social network on occurrence of dementia: a community based longitudinal study”, *Lancet* 355, pp. 1315-1319
- Fuhrer, R., (1999): “Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study)”, *Social Science and Medicine* 48, pp. 77-87
- 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.
- 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
- 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.; Kennedy, B.; Glass, R. (1999): “Social capital and self-rated health: A contextual analysis” *American Journal of Public Health* 89 (8), pp. 1187-1193

- 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
- Melchior, M.; Niedhammer, I.; Berkman, L.; Goldberg, M. (2003): "Do psychological work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six years prospective study of the GAZEL cohort" *Journal of Epidemiology and Community Health* **57** (4), pp. 285-293
- 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. S179-190
- 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
- O'Reilly, P. (1988): "'Methodological issues in social support and social network research", *Social Science and Medicine* **26**, pp.863-873
- Palloni, A. 2001. Living arrangements of older persons. In Nations, U. (ed.) *Living arrangements of older persons: Critical issues and policy responses*. *Population Bulletin of the United Nations, Special Issue Nos. 42/43*. United Nations, New York, pp. 54-110
- 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. (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Madrid: Fundación Pfizer, 209 págs.
- Reher, D. (1998): *La familia en España. Pasado y futuro*, Madrid: Alianza Editorial,
- Rosenthal, C.J.; Sulman, J.; Marshall, V.W. (1992): "Problems Experienced by Families of Long-stay Patients", *Canadian Journal on Aging* **11**, pp. 169-183
- 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. (2000): "Health promoting effects of friends and family on health outcome in older adults", *American Journal of Health Promotion* **14**, pp.362-370
- 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
- Sluzki, C.E. (2000): "Social networks and the elderly: Conceptual and clinical issues, and a family consultation" *Family Process* **39** (3), pp. 271-284
- Sugisawa, H. (1994): "Social networks, social support and mortality among older people in Japan", *Journals of gerontology B Social Sciences* **49**, pp. S3-S13
- Tomassini, C., Glaser, K. and Askham, J. 2003. Getting by without a spouse: living arrangements and support of older people in Italy and Britain. In Arber, S., Davidson, K. and Ginn, J. (eds), *Gender and ageing: Changing roles and relationships*. McGraw/Hill, London, pp. 111-126

- Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D.A., Broese van Groenou, M.I. and Grundy, E. 2004. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*, **115**, pp. 24-34
- Verbrugge, L. (1979): "Marital status and health" *Journal of Marriage and the Family* 41 (2), pp. 267-285
- 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

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

Items y escala	Costa		
	Rica 60+	España 70-74	Inglaterra 60+
Hogares no solitarios	90.4	76.6	67.3
Vive en pareja	59.4	62.4	61.2
Convive con algún hijo	57.6	26.8	11.0
Ver algún hijo semanalmente	87.3	77.4	57.2
Ver algún hijo mensualmente	90.1	82.2	71.9
Alpha de crombach	0.66	0.73	0.68
Escala fortaleza de red			
Total	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
0	3.1	8.4	12.6
1	4.7	4.9	5.1
2	9.3	19.7	29.3
3	6.1	4.6	11.1
4	41.4	44.6	34.4
5	35.5	17.8	7.6
Promedio fortaleza red	3.85	3.25	2.72
Hombres	3.96	3.52	2.94
Mujeres	3.74	3.06	2.55

Tabla 2, indicadores de salud del adulto mayor

Indicadores de salud	Costa Rica	España	Reino Unido
Ambos sexos			
Esperanza de vida edad 60*	21.9	22.32	22.1
Con síndrome metabólico	44.0		
Salud percibida regular o mala	50.9	45.1	35.1
Morbilidad crónica	30.7	27.6	30.2
limitaciones funcionales	38.3	17.4	20.0
depresión	16.5	20.7	25.8
discapacidad instrumental	22.3	25.9	14.4
discapacidad básica	11.2	8.1	18.5
problemas cognitivos	9.9	4.9	4.7
Hombres			
Esperanza de vida edad 60*	20.7	19.89	20.3
Con síndrome metabólico	30.5		
Salud percibida regular o mala	47.5	36.5	35.8
morbilidad crónica	25.0	28.2	31.7
limitaciones funcionales	29.9	10.9	16.4
depresión	12.4	13.6	20.8
discapacidad instrumental	18.2	30.5	11.0
discapacidad básica	9.8	7.7	15.2
problemas cognitivos	9.6	5.3	5.4
Mujeres			
Esperanza de vida edad 60*	23.2	24.52	23.4
Con síndrome metabólico	56.4		
Salud percibida regular o mala	53.9	51.5	34.6
morbilidad crónica	35.9	27.1	28.9
limitaciones funcionales	46.4	22.3	22.9
depresión	20.2	25.9	30.0
discapacidad instrumental	26	22.4	17.1
discapacidad básica	12.5	8.4	21.1
problemas cognitivos	10.1	4.6	4.2

* La esperanza de vida ha sido tomada de las tablas nacionales de mortalidad publicadas por los respectivos institutos nacionales de estadística. Las tablas corresponden a los períodos 1995-2000 en el caso de Costa Rica, 1998-1999 en el de España

Tabla 3. Porcentaje que recibe ayuda en ADL/IADL, total y condicional a necesitar la ayuda

	En toda la muestra			Condicional a necesitarla		
	CR	España	UK	CR	España	UK
Total	31.3	22.3	29.2	79.4	50.4	43.5
Hombres	25.8	16.0	22.3	79.4	38.6	37.5
Mujeres	36.2	26.9	34.7	79.4	62.0	47.4