

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 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 (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. 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. Las relaciones sociales se encuentran entre los factores cuya beneficiosa influencia sobre las condiciones de salud en la vejez ha sido ampliamente explorada, existiendo un marco teórico bien fundado al respecto (Due et al, 1999). Sin embargo, esta relación ha sido escasamente

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

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 (Tomassini, Glaser y Askham, 2003; Zunzunegui et al., 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, posibilita la obtención de evidencias empíricas que admiten una comparación internacional.

Marco conceptual

La investigación sobre las relaciones sociales ha atraído una gran atención desde áreas como la salud pública, la medicina social, o la demografía de la salud (Fuhrer, 1999; Avlund et al, 1998; Dalgrad et al, 1998; Sugisawa, 1994). Durante las últimas décadas diversas investigaciones han arrojado resultados muy consistentes respecto al efecto beneficioso de las relaciones sociales sobre diversas dimensiones de la salud, que incluyen la supervivencia, la morbilidad, la habilidad funcional, la depresión, la demencia o la discapacidad (House et al, 1988; Olsen, 1993; Kawachi et al, 1999; Berkman y Glass, 2000; Seeman, 2000; Avlund et al, 2004; Berkman et al, 2004). Medidas referidas al tamaño de las redes sociales y a la frecuencia de contactos (Carpiano, 2006; Mendes de Leon et al, 2001; Unger et al, 1999; Strawbridge et al, 1996) o a la red social familiar (Due et al, 1999) han mostrado un efecto protector frente a la aparición de problemas de salud, la evolución de su gravedad, o, incluso, las posibilidades de recuperación (Melchior et al, 2003; Liu et al, 1995; Glass y Maddox, 1992). Aunque no todos los análisis han arrojado resultados absolutamente homogéneos: algunos estudios han encontrado relaciones de signo contrario (Strawbridge et al, 1993; Liu et al, 1995), efectos protectores únicamente entre aquella población con menor apoyo instrumental (Seeman et al, 1996); o fuertes asociaciones tan sólo entre la población masculina (Unger et al, 1999). Divergencias que reflejan diferentes mediciones y enfoques, diferencias por género o distintas estructuras sociales.

El efecto de las relaciones sociales sobre la salud se establece mediante diversos mecanismos psicosociales, como el apoyo emocional e instrumental, facilitando la toma de decisiones y el acceso a la información, mediante la influencia social entre distintos miembros de la red, por participación y compromiso social, por contactos personales, así como facilitando el acceso a recursos materiales. Estos mecanismos pueden afectar a la salud a través de 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, como los relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular, entre otros factores (Berkman y Glass, 2000). 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 con importantes repercusiones en ámbitos emocionales e instrumentales.

Los conceptos centrales en el estudio de las relaciones sociales son las redes sociales y el apoyo social (O'Reilly, 1988). Las primeras se refieren a la estructura de las relaciones sociales, mientras que el segundo se refiere a los vínculos que se crean entre individuos en el seno de las mismas (Due et al, 1999). La estructura de las relaciones sociales, o red social, viene definida por la naturaleza de las relaciones con los individuos que la conforman (diversidad) y por la frecuencia de contactos con esos individuos (fortaleza). El apoyo social es proporcionado mediante la estructura o red social, y se puede materializar en transferencias de espacio (por ej.: coresidencia), de bienes materiales (por ej.: dinero) y de tiempo (por ej.: asistencia, incluyendo cuidados) (House et al., 1988).

De acuerdo con este marco conceptual, en el presente trabajo se utiliza la red social familiar para describir la estructura de los vínculos entre individuos de la misma familia, centrandolo en el análisis en las relaciones entre padres e hijos. 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). Algunas 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) y la función cognitiva (Bassuk et al, 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

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) 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 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.

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 (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

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 (0,67 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, 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, region 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 permite contar con una muestra suficiente para el análisis.

Resultados

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 intergeneracional 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 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, espacialmente 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.

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 75 años (Puga y Abellán, 2004), y en la encuesta latinoamericana se realizó un sobremuestreo para los 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 destacan 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.

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, salvo en el caso del síndrome metabólico, que muestra una asociación inversa: la probabilidad de presentar síndrome metabólico se incrementa un 8% por cada punto que aumenta la escala de fortaleza de red. 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 31% 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.

Conclusiones

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.

Bibliografía

- 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
- 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
- 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.
- Glass, T. A.; Maddox, G. L. (1992): "The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition", *Social Science and Medicine* 34, pp. 1249-1261
- Hermalin, A. I. (Ed.). (2002). *The well-being of the elderly in Asia: a four-country comparative study*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press; House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545). O'Reilly (1988)
- 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.
- Liu, X.; Liang, J.; Muramatsu, N.; Sugisawa, H. (1995): "Transitions in functional status and active life expectancy among older people in Japan", *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50B, pp. S383-S394
- 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 EPSE 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
- Olsen, O. (1993): "Impact of social network on cardiovascular mortality in middle age Danish men", *Journal of Epidemiology and Community Health* 47, pp. 176-180
- 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.; 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. (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
- Strawbridge, W. J.; Camacho, T. C.; Cohen, R. D.; Kaplan, G. A. (1993): “Gender differences in factors associated with change in physical functioning in old age: a 6-year longitudinal study”, *Gerontologist* 33, pp. 605-609
- 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
- 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
- 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
- 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

Reconocimientos

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. 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. 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+	70-74	60+
(N)	(2494)		
Hogares no solitarios	89.8	76.6	67.3
Vive en pareja	58.3	62.4	61.2
Convive con algún hijo	57.0	26.8	11.0
Ve algún hijo semanalmente	87.0	77.4	57.2
Ve algún hijo mensualmente	89.3	82.2	71.9
Alpha de Crombach	0.67	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	5.5	4.9	5.1
2	9.8	19.7	29.3
3	5.3	4.6	11.1
4	41.6	44.6	34.4
5	34.9	17.8	7.6
Promedio fortaleza red	3.81	3.25	2.72
Hombres	3.94	3.52	2.94
Mujeres	3.70	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	50.1		
Salud percibida regular o mala	49.5	45.1	35.1
Morbilidad crónica (2/6)	31.1	27.6	32.0
Limitaciones funcionales (2/4)	40.4	17.4	22.9
Depresión	15.5	20.7	26.0
Discapacidad instrumental	23.1	25.9	14.4
Discapacidad básica	34.0	8.1	18.5
Deterioro cognitivo	10.0	4.9	4.7
Hombres			
Esperanza de vida edad 60	20.7	19.89	20.3
Con síndrome metabólico	35.9		
Salud percibida regular o mala	46.9	36.5	35.8
Morbilidad crónica (2/6)	25.7	28.2	31.7
Limitaciones funcionales (2/4)	32.5	10.9	16.4
Depresión	12.0	13.6	20.8
Discapacidad instrumental	17.9	30.5	11.0
Discapacidad básica	28.3	7.7	15.2
Deterioro cognitivo	9.9	5.3	5.4
Mujeres			
Esperanza de vida edad 60	23.2	24.52	23.4
Con síndrome metabólico	63.0		
Salud percibida regular o mala	51.8	51.5	34.6
Morbilidad crónica (2/6)	35.9	27.1	28.9
Limitaciones funcionales (2/4)	48.0	22.3	22.9
Depresión	18.7	25.9	30.0
Discapacidad instrumental	27.8	22.4	17.1
Discapacidad básica	39.1	8.4	21.1
Deterioro cognitivo	10.1	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	1.08 *		
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	0.97	0.78 **	0.91 **
Discapacidad instrumental	1.05	1.13 *	0.98
Discapacidad básica	1.01	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, nº 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		Síndrome 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	0,69	*	1,53	**	1,05		1,25		1,00		1,18		1,48		0,96	
Acompañado, sin pareja	0,75		1,21		0,96		1,29		1,13		1,07		1,68	*	0,74	*
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	1,55		0,48	*	0,81		0,88		0,56		0,82		0,48		0,67	
semanal	1,34		0,72	*	1,14		0,79		0,56	**	0,90		1,01		1,50	**
Correside	1,26		0,75	*	1,12		0,76		1,02		0,91		0,99		1,46	*

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)