

# CAPÍTULO 5

## Redes de apoyo social

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.

Una parte esencial de las redes son los intercambios entre las personas. Estos pueden ser materiales, de servicios, emocionales u otros y alcanzan satisfacer sus necesidades de las personas. En general se distingue entre dos tipos de redes: informales y formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y las amistades y reúnen un componente afectivo esencial. Las redes formales en cambio, se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las personas adultas mayores. En estas sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, comunitarias, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales.

Una encuesta reciente sobre las personas adultas mayores en el país permite describir las redes informales. Persiste una falta casi total de información sobre las redes formales. Son pocas y, en general, se carece de información en la cobertura de la oferta de programas gubernamentales o comunitarios y privados. Además, las familias no siempre

pueden cumplir con todas las necesidades de apoyo requeridas por esta población.

El componente esencial de la red de apoyo de las personas adultas mayores proviene de la coresidencia con el cónyuge o con otros miembros de la familia inmediata. Entre las personas adultas mayores aproximadamente un 12% vive solo, un 19% en pareja, y un 69% en un hogar multigeneracional. Quienes tienen hijos fuera del hogar presentan una alta frecuencia de contactos con ellos. Igualmente, quienes reciben ayuda económica la perciben sobre todo de los hijos que viven fuera del hogar.

Las necesidades de apoyo de una parte de la población adulta mayor no están, completamente satisfechas. Aproximadamente un 10% dice necesitar ayuda con algunas de las actividades diarias pero no la recibe.

El cuidado que reciben las personas adultas mayores proviene casi en su totalidad de la familia inmediata y en particular de las hijas coresidentes. Las mujeres son las que más brindan cuidados a este grupo etario, ya sea que residan o no en el hogar.

La población adulta mayor cumple un papel primordial dentro de la familia y no son solo receptores pasivos de ayuda. Aproximadamente uno de cada doce adultos mayores declaró cuidar a otro adulto mayor, y la misma cantidad manifestó cuidar niños en el hogar. Muchas personas adultas mayores brindan ayuda económica a otros miembros de su familia.



## Las redes de apoyo social constituyen un elemento de protección

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores. El valor y la importancia de la red social para este grupo etario se puede considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona (Méndez y Cruz, 2008).

Mediante transferencias, las redes de apoyo contribuyen a la calidad de vida de la población adulta mayor, no solo porque proveen apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, sino también por el impacto significativo en el ámbito emocional. Las percepciones desarrolladas por las personas adultas mayores que participan en las redes, respecto al desempeño de roles sociales significativos, constituyen un elemento clave en su calidad de vida (CELADE, 2003).

Diversos estudios han mostrado cómo la integración social y las relaciones sociales pueden lograr un efecto positivo sobre la salud (Puga, et al., 2007). La red social puede ser un factor de protección frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad básica. Cuando se convive con la pareja hay una menor probabilidad de padecer de depresión, de acuerdo con un análisis de personas adultas mayores costarricenses. Igualmente, la frecuencia de contactos con los hijos fuera del hogar presenta asociaciones positivas con los indicadores de salud examinados.

La probabilidad de una autopercepción negativa de la salud disminuye a la mitad en los que mantienen contacto mensual con sus hijos, si se compara con quienes carecen de relaciones familiares. Los aspectos emocionales mostraron una clara asociación con los indicadores de una red familiar sólida.

No obstante estos resultados, la convivencia con personas fuera de la pareja no mostró claros efectos sobre la salud. Pareciera que cuando la coresidencia se origina en la necesidad de cuidados, los efectos sobre la salud no surten los resultados deseados. Además de la posibilidad de los efectos positivos sobre la salud, también se ha documentado que la integración con la familia y la comunidad, así como las relaciones sociales activas, pueden conducir a un sentimiento de satisfacción por cumplir papeles sociales relevantes y a un mayor sentido de control y competencia personal (Krause, et. al., 2004 citado por Puga, et. al., 2007).

## El apoyo puede estructurarse de distintas formas

Se impone una amplia discusión sobre la forma de conceptualizar las redes de apoyo y definir las operacionalmente. Las redes se pueden definir a partir de aspectos individuales o comunitarios. En todas, sin embargo, está presente la idea de los intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas. Estos pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de las personas. En general, ninguno funciona de manera aislada.

Una primera distinción básica se evidencia entre apoyos informales y formales:

- la red o el grupo primario: es informal, se basa en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. La familia se considera una de las formas más comunes de apoyo a las personas adultas mayores, se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas adultas mayores; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades

son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar (Méndez y Cruz, 2008).

- el grupo secundario: es formal. Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores (Sánchez, 2000).

Además de las centradas en la persona y la familia, existen las redes comunitarias, que brindan solución a demandas sociales específicas y se focalizan en la experiencia colectiva. Pueden surgir alrededor de una institución, un centro de salud, una iglesia o una escuela. Mediante diagnósticos, las comunidades están en condiciones de determinar sus propias necesidades. Esto hace que las personas adultas mayores se conviertan en protagonistas de su propia vida, con capacidad de transformación histórica y ubicados en su contexto geográfico (Dabas, citada por CELADE, 2003).

Investigaciones gerontológicas recientes han demostrado que el formar parte de una red no garantiza que el apoyo sea constante, porque puede variar con el tiempo y el curso de la vida de las personas. Conviene determinar si el apoyo será continuo en la etapa de la vejez en casos de enfermedad o de escasez económica. Además, es fundamental la percepción de las personas adultas mayores con respecto a lo que dan y reciben en las redes y la trascendencia de estas para la calidad de vida (CELADE, 2003).

Durante la vejez las necesidades de apoyo aumentan y, en forma concomitante, las redes familiares y de amigos disminuyen. Sin embargo, el valor de los grupos de apoyo es sumamente reconfortante para la población adulta mayor, por lo que, aún cuando las

redes disminuyen en número, su calidad es mucho más significativa.

Las organizaciones comunales son determinantes como medio de contención y pilares de apoyo; en la realidad éstas procuran alternativas de ayuda, lo cual sugiere que el mayor trabajo debería estar dirigido a la orientación y el reforzamiento de estos grupos para que puedan resolver localmente las situaciones que se presentan.

La formación de las diversas personas integrantes de la comunidad, para que asuman en forma responsable y solidaria las necesidades que enfrentan sus miembros, les confiere sentido de autonomía y determinación para resolver las necesidades con sus propios recursos y posibilidades.

Los apoyos sociales son las transacciones interpersonales que implican afecto, ayuda y afirmación; constituyen un flujo de intercambio de recursos, acciones e información (Khan y Antomucci, 1980, citados por CELADE; 2003). Ante el declive funcional, cumplen un papel protector, previenen la enfermedad y mantienen un estado adecuado de salud y de bienestar personal. En síntesis, contribuyen a superar mejor las crisis que se presentan.

Los tipos de apoyo o transacciones, de acuerdo con Sánchez (2000) y CELADE (2003), son cuatro:

1. apoyos materiales: recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios).
2. apoyos instrumentales: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
3. apoyos emocionales: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto
4. apoyos cognitivos: intercambio de experiencias, transmisión de información (significado) consejos.

### Los arreglos residenciales están vinculados a las posibilidades de apoyo

Los arreglos residenciales son el aspecto medular en la estructuración de redes de apoyo. Un análisis en varias ciudades en América Latina indica cómo la convivencia con el cónyuge y la coresidencia con otras personas en el hogar evidenció una alta asociación de las posibilidades de recibir ayuda con actividades diarias o de recibir algún tipo de ayuda monetaria (Naciones Unidas, 2005).

La "activación" de las redes sociales de acuerdo con las necesidades de la población adulta mayor es un mecanismo común en este grupo etario. Un análisis comparativo entre siete ciudades latinoamericanas muestra que los principales motivos que originan un cambio de los arreglos residenciales son parte de la dinámica demográfica: la partida de los hijos del hogar debido al matrimonio u otro tipo de unión (el fenómeno del nido vacío) y la transición a la viudez. Sin embargo, alrededor de un 15% a un 20% de las mujeres de 75 años o más menciona el motivo de la necesidad de apoyo (pero no lo mencionan casi los hombres de la misma edad). Es posible que en Costa Rica también exista este patrón (Pérez-Amador y Brenes, 2006).

En Costa Rica, de acuerdo con el estudio Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable (recuadro 5.1) un alto porcentaje (más de dos tercios) de personas adultas mayores convive con otras personas; aproximadamente una de cada cinco vive con el cónyuge y algo más del 10% viven solos (cuadro 5.1). Estos últimos tienen una condición socioeconómica más baja y una red familiar reducida. Además de tener menos hijas e hijos vivos, es menor la frecuencia de las visitas; manifiestan una mayor necesidad de ayuda no cubierta. En cambio, quienes viven en pareja reúnen las mejores condiciones socioeconómicas y uno de cada cuatro todavía trabaja. Las personas que viven en hogares multigeneracionales poseen una red más amplia tanto por el número de miembros como por la

frecuencia de contactos con los hijos y las hijas que viven fuera del hogar.

**Cuadro 5.1: Características de la población adulta mayor según tipo de arreglo residencial**

Característica	Tipo de hogar		
	Solo	Pareja	Multigeneracional
<b>Total</b>	<b>11,9</b>	<b>19,3</b>	<b>68,8</b>
Porcentaje de hombres	46,5	64,3	41,7
Edad promedio	75,7	72,6	74,0
Índice de riqueza			
Alto	5,4	21,8	21,2
Medio	58,8	67,0	67,5
Bajo	35,8	11,3	11,3
Vive en GAM	51,7	47,7	56,1
Primaria completa o más	39,4	47,8	44,8
Trabaja	19,5	28,7	19,4
Casa propia	70,9	88,0	84,9
Tiene pensión	71,3	57,5	63,2
Recibe ayuda de instituciones	38,0	38,3	36,9
Recibe ayuda de instituciones*	5,1	4,1	4,7
Ayuda a adultos mayores	5,6	8,0	8,8
Cuida niños	4,5	5,9	10,0
Asiste a actividades de la iglesia	21,9	25,8	22,6
Tiene hijos vivos actualmente	79,1	93,5	93,5
Tiene nietos	97,8	97,9	95,7
Ve hijos fuera diariamente	61,7	70,0	66,5
Ve hijos fuera semanalmente	61,0	64,6	62,2
Correside con cónyuge			51,2
Correside con hijos			79,2
Mala salud	46,2	47,2	48,7
Tres o más enfermedades crónicas	37,7	42,5	43,9
Sufre de depresión	5,4	5,2	6,7
Necesita ayuda con actividades	44,7	39,7	48,7
Le ayudan con actividades	30,4	29,1	40,2
Cantidad de personas que ayudan	1,7	1,2	1,4
Red familiar promedio	1,3	3,7	4,1

\* No incluye el programa Ciudadano de Oro

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

En los hogares multigeneracionales, una de cada diez personas adultas mayores cuida niños o a otras personas de similar condición. La frecuencia con que se cumple este papel de cuidador disminuye en los otros hogares pero aún una cantidad considerable (casi uno de cada quince) cuida niños o a personas de su mismo grupo etario. Lo anterior señala que, si bien los arreglos residenciales y el contacto

### Recuadro 5.1: CRELES: “Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable”.

CRELES es un estudio que lleva a cabo el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, con la colaboración del INISA y otros organismos públicos como la CCSS y CONAPAM. Es un estudio de tipo longitudinal. Se basa en una muestra nacional, probabilística y representativa de las personas adultas mayores de Costa Rica. El criterio de inclusión es ser residente en Costa Rica, nacido antes de 1946, sin importar la nacionalidad; es decir, se trata de una muestra de las personas que tienen 60 años o más y viven en Costa Rica.

#### Selección de la muestra:

Para seleccionar la muestra, en una primera etapa se escogieron aleatoriamente 9.600 personas de la base de datos del Censo de Población del año 2000. Esta elección se hizo a partir de una estratificación por grupos quinquenales de edad para asegurar un número suficientemente considerable de personas en edades avanzadas en la muestra. Esta muestra de 9.600 individuos funciona como una “muestra maestra”. Para el seguimiento de tipo longitudinal, incluyendo la encuesta que se utiliza como fuente de información en el presente informe, se seleccionó al azar una submuestra de 60 “Áreas de Salud” (de un total de 102 en todo el país) conglomeradas en subregiones. La muestra cubre el 59% del territorio nacional.

De esta submuestra para el estudio longitudinal se logró localizar y entrevistar a 2.827 personas. Las tasas de no respuesta se refieren a personas que habían fallecido (19%), no localizadas (18%), que cambiaron de residencia (2%), entrevistas pendientes (2%) y rechazo de la entrevista (2%). Las fracciones de muestreo fueron calculadas no sólo por grupos de edad, sino también por residencia urbana y condición social para corregir por no respuesta diferencial.

#### Trabajo de campo:

El estudio comprende, al menos, dos rondas de visitas separadas por dos años. El trabajo de campo para recolectar la información de la primera ronda se efectuó de noviembre 2004 a septiembre 2006. Para ello se utilizaron computadores de mano (PDA) con software desarrollado en el CCP específicamente para este estudio.

Todos los datos y las muestras fueron recolectados en los hogares de los participantes, generalmente en dos visitas. En la primera visita, los participantes otorgaron su consentimiento a lo informado mediante su firma, y contestaron a un cuestionario que dura alrededor de 90 minutos. Al inicio de la entrevista se incluyó una evaluación cognitiva que, junto con el criterio del entrevistador, lleva a establecer la necesidad o no de un informante que ayude a la persona a responder a las preguntas. El 25% de las entrevistas se efectuaron con la ayuda de un informante.

La entrevista incluyó dos mediciones de presión arterial, así como un conjunto de preguntas sobre consumo de alimentos. La segunda visita al hogar se realizó temprano al día siguiente, para tomar muestras de sangre en ayunas y orina recolectada en la noche. A la vez, un equipo integrado por dos flebotomistas y un quinto entrevistador tomaron las medidas antropométricas y efectuaron pruebas de funcionalidad física, fuerza de la mano y máximo del flujo respiratorio.

#### Temática abordada:

El cuestionario de CRELES fue construido a partir de comparaciones con otros estudios de envejecimiento en países industrializados y en desarrollo. La información recolectada comprende:

- Una evaluación cognitiva para definir si el adulto mayor podía ser entrevistado o si se requería un informante proxy.
- Información sobre características sociodemográficas del entrevistado y sobre los miembros del hogar, hijos que no residen con la persona adulta mayor, la historia de pensiones y de condición de aseguramiento.

- Un módulo extenso sobre enfermedades crónicas basado en información autorreportada
- Un módulo sobre estilos de vida, focalizado principalmente en hábitos alimenticios, fumado e ingesta alcohólica.
- Un módulo con información autorreportada sobre condiciones en la niñez.
- Una batería de preguntas para determinar limitaciones funcionales, basadas en actividades del diario vivir y en actividades instrumentales del diario vivir.
- Un registro de medicamentos que el adulto mayor poseía en el momento de la entrevista.
- Un módulo de utilización de servicios de salud, principalmente sobre consultas externas, hospitalizaciones y exámenes de laboratorio, y que incluía montos estimados de gasto en salud.
- Un módulo sobre redes de apoyo familiar y social, que se complementa con preguntas en los módulos sobre miembros del hogar e hijos no corresidentes.
- Un módulo sobre empleo e ingresos de la persona entrevistada y su cónyuge.
- Un módulo con características de la vivienda en la que residen los entrevistados.
- Un cuestionario especial sobre trazadores de alimentos, que se emplea para estimar el consumo de nutrientes de los entrevistados.
- Una serie de mediciones antropométricas que incluyen peso corporal, estatura, altura de la rodilla, circunferencia abdominal, circunferencia de la cadera, circunferencia de la pantorrilla, circunferencia del brazo, pliegue cutáneo tricipital, y pliegue cutáneo subescapular.
- Un conjunto de exámenes físicos efectuados a los adultos mayores participantes en el estudio: presión arterial, medidas antropométricas, pruebas de flexibilidad y movilidad, fuerza de la mano y pico de flujo respiratorio.
- Una serie de biomarcadores derivados de las muestras de sangre y orina: glucosa sérica, colesterol total, HDL-colesterol, triglicéridos, creatinina en suero y creatinina urinaria, hemoglobina glicosilada, catecolamina y proteína C-reactiva.

familiar pueden originarse en las necesidades de la población adulta mayor, también existen transferencias de miembros de este grupo poblacional hacia la familia; en este caso, en forma de cuidados brindados. No sabemos, sin embargo, cuánta de esta tarea es siempre voluntaria y valorada por las otras personas que integran la familia.

La persona adulta mayor es soberana de sus tiempos y debe distribuirlos de tal manera que le confieran sentido y calidad de vida. Las recomendaciones señalan que sus tiempos deberían estar estratégicamente distribuidos, de forma que dispongan de espacios para el ocio, la participación social, la creación (Méndez y Cruz, 2008).

### **El apoyo que reciben las personas adultas mayores de las redes informales**

A medida que avanza la edad, la persona adulta mayor requiere asistencia que compense las limitaciones crónicas propias del envejecimiento y la posible disminución de los ingresos. Se trata de un conjunto de ayudas que no exigen preparación técnica específica pero sí cercanía con el adulto mayor.

Dada la naturaleza de la asistencia, no existe una división natural del trabajo sobre quién debe prestar esta ayuda (Soldo y Freedman, 1994). En ausencia de programas públicos (estatales o comunitarios) y sin posibilidades de adquirir algún servicio en el mercado,

la asistencia y el cuidado tienden a recaer sobre todo en hijos e hijas, y particularmente en estas últimas, ya sea que vivan dentro del hogar o fuera de este.

Entre los hombres, uno de cada cuatro vive con el cónyuge frente a solo una de cada ocho mujeres (cuadro 5.2). Esto se debe a la mayor sobrevivencia de las mujeres: estas enviudan en edades relativamente tempranas, en comparación con los hombres.

Los arreglos residenciales en distintos grupos de edad reflejan cambios en el ciclo de vida. Por un lado, cuando las parejas se desintegran, las personas adultas mayores viven solas o en hogares multigeneracionales; ocurre con mayor frecuencia a las mujeres y a quienes viven en el Área Metropolitana.

El desmembramiento del hogar, unido a los problemas de autonomía que pueden aquejar a la población adulta mayor, inciden para que, después de los 80 años, menos personas adultas mayores vivan en pareja, aunque aumenta el número de las que viven solas.

Una de las características de la red de apoyo informal es que, junto a la ayuda, existe un apoyo afectivo. Por esta razón, el contacto frecuente con los hijos o hijas es un componente de la red informal. De acuerdo con la información de la encuesta de CRELES, un 90% de las personas adultas mayores tiene hijos o hijas fuera del hogar (cuadro 5.3). De estos, dos tercios son visitados diariamente por un hijo o una hija. Una cuarta parte de quienes tienen descendientes fuera del hogar solo recibe visitas mensuales de parte de estos.

## Fortaleza de la red de las personas adultas mayores

Para medir el grado de fortaleza de la red informal de la población adulta mayor, se toman en cuenta aspectos como: hogar solitario, convivencia con pareja, convivencia con hijos, contacto personal con hijos semanalmente o con mayor frecuencia y, por último, contacto con hijos mensualmente. El conteo de la frecuencia de cada una de estas situaciones para la persona adulta mayor genera un índice que describe las condiciones de apoyo de la persona. No se trata de una medida de transferencias específicas sino de las posibilidades de que eventualmente ocurran. El índice de fortaleza, estimado a partir de la información de CRELES, tiene valores entre 3.5 y 4 para casi todos los casos (cuadro 5.4).

Una comparación de la evolución de las estructuras familiares entre España, Inglaterra y Costa Rica (Puga, D. et al. 2007) mostró las siguientes estructuras de redes familiares:

- redes de alta coresidencia (3.9 /5)
- baja coresidencia y fuertes redes exteriores al hogar (3.3 /5)
- baja coresidencia y redes exteriores al hogar moderadas (2.7 /5)

En el caso de Costa Rica, el componente esencial de la red es la coresidencia. Solo una cuarta parte de las personas adultas mayores tiene un puntaje inferior a cuatro. La mayoría de personas de este grupo etario tienen cuatro o más condiciones que

**Cuadro 5.2: Configuración del hogar de la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia**

Configuración del hogar	Total	Sexo		Edad en años			Área de residencia	
		Hombre	Mujer	65-69	70-79	80 +	GAM	Resto del país
Hogares autónomos – vive solo	11,9	11,9	12,0	8,8	11,6	17,7	11,4	12,5
Hogares autónomos – vive con cónyuge	19,3	26,5	12,9	21,0	21,6	11,5	17,1	21,9
Hogares multigeneracionales	68,8	61,6	75,1	70,2	66,7	70,8	71,5	65,6

**Fuente:** Elaboración propia; base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.



**Cuadro 5.3: Frecuencia de visita de los hijos e hijas fuera del hogar a la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia**

Visitas de los hijos e hijas fuera del hogar	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	65-69	70-79	80+	GAM	Resto del país
% con hijos fuera	<b>88,4</b>	90,0	87,0	88,7	88,7	87,4	86,0	91,2
% visitados por un hijo/a diariamente	<b>66,7</b>	64,0	69,2	63,2	70,0	65,3	65,6	67,9
% visitados semanalmente	<b>62,5</b>	63,4	61,8	60,5	63,8	63,2	65,1	59,7
% visitados quincenalmente	<b>26,8</b>	24,2	29,0	22,0	29,2	29,3	25,2	28,5
% visitados mensualmente	<b>26,2</b>	26,5	26,0	21,4	27,3	31,9	21,0	32,0

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

aseguran la existencia de una red. Esto ocurre con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres puesto que hay más hombres que viven en pareja. A mayor edad es menor la fortaleza de la red; por un lado, a causa de la pérdida del cónyuge y, por otro, a la probable disminución de corresidentes en el hogar.

A pesar de los altos niveles de coresidencia, alrededor de una de cada diez personas adultas mayores tiene un puntaje de fortaleza de la red de 0 ó 1 (cuadro 5.4). Es decir, uno de cada diez individuos tiene muy pocas o ninguna posibilidad de contar con una red de apoyo informal, lo cual ocurre con mayor frecuencia entre las personas adultas de mayor edad y quienes viven en el Área Metropolitana. Es probable que algunas de estas personas residan en hogares u otras instituciones. No obstante, estos casos son escasos; aún así, se trata de personas con pocas posibilidades de contar con apoyo de la red informal compuesta por los familiares inmediatos.

### Las necesidades de apoyo no están completamente satisfechas

Casi una de cada diez personas adultas mayores no satisface sus necesidades de apoyo; los grupos etarios más jóvenes y los más avanzados carecen de ayuda (cuadro 5.5). En el caso de los más jóvenes es probable que dicha carencia corresponda al inicio de la pérdida de funcionalidad y su progresivo aumento, problemas que, por lo general, suceden a medida que aumenta la edad.

**Cuadro 5.4: Índice de fortaleza de la red de apoyo a la población de 65 años y más, según sexo, edad y área de residencia**

Índice de fortaleza de la red de apoyo	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	65-69	70-79	80+	GAM	Resto del país
0	3,7	4,3	3,2	2,6	3,8	5,3	4,1	3,3
1	5,3	4,0	6,5	4,1	6,0	5,8	6,5	3,9
2	10,7	10,4	10,9	8,7	10,6	14,1	9,3	12,2
3	5,8	3,6	7,7	6,0	4,8	7,4	4,9	6,7
4	44,0	38,1	49,1	38,6	44,5	51,4	42,6	45,6
5	30,6	39,7	22,6	40,0	30,2	16,1	32,6	28,3
Índice promedio	3,73	3,86	3,61	3,94	3,71	3,42	3,73	3,72

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

**Cuadro 5.5: Apoyo a las personas adultas mayores en actividades instrumentales del diario vivir**

Sexo y apoyo en actividades instrumentales	Edad (en años)			Total
	65-69	70-79	80+	
Hombres				
Necesita ayuda (%)	33,3	36,4	64,1	<b>40,7</b>
Recibe ayuda (%)	23,5	26,3	58,4	<b>31,5</b>
Mujeres				
Necesita ayuda (%)	33,3	52,6	75,5	<b>51,3</b>
Recibe ayuda (%)	21,8	41,4	71,7	<b>41,6</b>

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

En lo referente al tipo de ayuda que recibe la persona adulta mayor, no hay correspondencia entre la necesidad de ayuda y la medida en que esta se satisface (cuadro 5.6).

**Cuadro 5.6: Necesidades y ayuda recibida en actividades del diario vivir y actividades instrumentales**

Actividad vida diaria o instrumental (AVD)	Mujeres		Hombres	
	Porcentaje que necesita ayuda	Porcentaje que recibe ayuda*	Porcentaje que necesita ayuda	Porcentaje que recibe ayuda*
Acostarse-levantarse de cama	11,7	50,2	8,7	44,5
Usar servicio sanitario	8,2	61,6	5,2	48,5
Bañarse	11,5	72,9	7,6	68,8
Alimentarse	4,4	83,2	3,7	74,6
Cortarse las uñas de los pies	43,4	78,0	33,1	67,9
Tomar medicamentos	18,3	92,6	15,4	96,2
Manejar su propio dinero	16,3	92,8	11,4	94,6
Preparar comida caliente	15,5	96,3	17,8	99,7
Hacer compras	29,1	98,6	17,0	97,8

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Prácticamente todas las personas adultas mayores reciben ayuda cuando se trata de asuntos más impersonales, como tomar medicamentos, hacer compras, preparar comida o manejar dinero. En cambio, una menor proporción necesita colaboración cuando se trata de actividades de índole más personal, en que la ayuda debe ser directa. De todas maneras, la asistencia recibida disminuye en forma considerable; cuando esta falta, la mayor dependencia puede indicar un deterioro de la calidad de vida. Igualmente, puede deberse a que algunos adultos mayores con limitaciones funcionales requieren de ayuda especializada que no se encuentra disponible en el hogar o por medio de la contratación de servicios.

Las dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria muestran, en el cuadro anterior, un alto nivel de dependencia; para su ejecución la persona adulta mayor debe contar con asistencia continua. Esta se requiere porque disminuyen las habilidades esenciales para las funciones de autocuidado -comer sola, bañarse, usar el servicio sanitario, vestirse, arreglo personal, entre otros.

Una persona adulta mayor que no puede alimentarse, bañarse, tomar sus medicamentos ni ir al baño es "dependiente" de otras.

Igualmente, las actividades instrumentales y la posibilidad de realizarlas marcan la autonomía, que se convierte en un buen indicador de autoestima: cuando alguien puede manejar dinero, hacer sus compras, etc., estas ventajas le confieren un notable grado de independencia. El resultado es similar al anterior (menor en hombres que en mujeres), aspecto inverso en la funcionalidad instrumental, la cual se relaciona con algunas tareas como hacer compras, cocinar, etc.

En cuanto a las dificultades de movilidad, información de la misma encuesta muestra que las mujeres tienen mayores impedimentos para subir escaleras, caminar y empujar objetos. Estas dificultades aumentan para ambos sexos conforme se incrementa la edad.

### El cuidado proviene de la familia inmediata

Dos tercios de las personas adultas mayores son cuidadas por una persona que reside en el hogar. En el caso de los hombres, la principal cuidadora es la cónyuge, y las hijas corresidentes, en el caso de las mujeres. A medida que aumenta la edad, el cuidado proviene más de los hijos y las hijas y menos del cónyuge. Entre quienes tienen 65 a 69 años, un tercio recibe ayuda de sus descendientes y entre quienes tienen

80 y más años, más de la mitad recibe ayuda de algún hijo o hija.

Solo uno de cada diez hombres recibe cuidados de una persona no residente y no pariente; lo mismo sucede con una de cada cinco mujeres. Esa diferencia probablemente se asocia con la mayor viudez y la sobrevivencia de las mujeres, así como al hecho de que, a medida que avanza la edad, los cuidados se vuelven más complejos.

### El cuidado recae sobre las hijas residentes en el hogar

Las mujeres participan más en el cuidado de la población adulta mayor (recuadro 5.2), y casi todas las cuidadoras son menores de 50 años, a pesar de que hay un grupo considerable de mayores de 60 años (cuadro 5.7).

En el caso de las personas residentes en el hogar, algunas cuidadoras son las cónyuges, aunque existe una gran cantidad de personas mayores de 60 años que cuidan de sus padres, sea que estas vivan en el hogar o no. Esta situación ocurre con mayor frecuencia a medida que aumenta la longevidad de los adultos mayores, como ha estado ocurriendo.

Entre las cuidadoras residentes predominan las mujeres solteras que, en su mayoría, han vivido siempre en el hogar. En el caso de personas que viven en el hogar, pero no son parientes de la persona adulta mayor, o las hijas no residentes, se trata, en su mayoría, de personas en unión (unidas o casadas) (cuadro 5.8).

En el caso de las personas cuidadoras que residen en el hogar pero no son hijas de la persona adulta mayor, estas siempre pertenecen al grupo familiar. En su mayoría, son nueras (16%), nietas (33%), y hermanas (18%). Una de cada diez personas adultas mayores tiene como cuidadora principal a una empleada doméstica y la misma proporción existe para alguna otra persona no familiar. Cuando concierne a no residentes, esto obedece, en su gran mayoría a personas que viven en el mismo barrio (recuadro 5.2).

### Las personas adultas mayores reciben y dan ayuda económica

Casi una cuarta parte de la población adulta mayor recibe algún tipo de ayuda económica, que proviene sobre todo de hijos o hijas que viven fuera del hogar (cuadro 5.9).

**Cuadro 5.7: Personas cuidadoras que brindan apoyo a las personas adultas mayores en actividades de la vida diaria, según sexo, edad y procedencia**

Principal cuidador/a	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	65 - 69	70 - 79	80 +	GAM	Resto del país
Cónyuge	23,97	44,44	10,31	41,32	25,82	12,2	23,6	24,39
Hijo o hija residente	31,32	20,61	38,46	16,77	30,27	40,62	29,46	33,48
Hijo o hija no residente	16,73	15,57	17,51	16,52	16,87	16,69	16,54	16,96
Otras personas residentes hogar	11,24	9,27	12,56	10,64	8,9	14,22	10,3	12,33
Otras personas no residentes hogar	16,74	10,11	21,16	14,74	18,14	16,27	20,1	12,84

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

## Recuadro 5.2: Las cuidadoras y el cuidado de las personas adultas mayores

Cuando se trata de la atención y el cuidado de las personas mayores dependientes, una de las preocupaciones más frecuentes de la Gerontología se refiere al "apoyo informal". La preocupación alude a la necesidad de que el apoyo informal, principalmente el familiar y el de otras personas allegadas, se vincule estratégicamente con otros modelos o formas de atención. Para ello es necesario conocer y atender, mediante programas educativos y de autocuidado, a este grupo de personas que asumen el cuidado de personas adultas mayores que lo requieren. De igual importancia es que la sociedad y el estado establezcan estrategias adecuadas para lograr la creación o el fortalecimiento de programas como la atención a domicilio, viviendas adaptadas, asociaciones u organizaciones con iniciativa social que refuercen la tarea agotadora de brindar cuidados, además de las prestaciones sociales y de salud necesarias que deben llegar a todos y a todas de manera uniforme.

### Las personas cuidadoras

Un conjunto de cambios sociales, como la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y la disminución del número de hijos, dificultan la continuidad de la prestación de cuidados a personas adultas mayores por parte de sus familiares y allegados.

Investigaciones en diversos países muestran que el apoyo informal continúa siendo la fortaleza para quienes necesitan cuidados, además de ser un gran ahorro para el Estado. Pero también se ha mostrado que

"...un gran número de mujeres, que son el 90% cuidadoras, toman sobre sí a su exclusivo cargo el cuidado de las personas adultas mayores. Muchas de ellas acaban por sufrir graves problemas de salud y reducciones de sus capacidades psicofísicas. Cuando las personas mayores son dependientes, la angustia de las cuidadoras se acentúa. Suelen describir a sus parientes como personas irritables, de mal carácter, rezongonas, insatisfechos y a menudo críticas y con mal trato hacia la persona que les cuida. Casi todas las mujeres encuestadas indicaron que no esperan o no aceptarían para sí las mismas ayudas por parte de sus hijas." (Lehr y Wilbers, 1989).

En el caso específico de Costa Rica, un estudio en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (Jiménez, 1998), preguntó a 328 personas adultas mayores con quién asistía a la consulta médica; un 76,5% dijo llegar acompañada por familiares, de los cuales un 57% eran hijas. Asimismo, se entrevistó a 228 personas que se autodenominaron cuidadoras principales de las y los adultos mayores. La tabla 5.1 muestra algunas de las características de las personas entrevistadas y de su relación con el adulto mayor.

Tabla 5.1: Características de las personas cuidadoras

Número de horas dedicado al cuidado de la persona adulta mayor	
menos de 1 hora	5,3
1 a 4 horas diarias	20,6
5 a 8 horas diarias	19,0
9 a 13 horas diarias	23,2
14 a 18 horas diarias	1,7
24 horas	30,2
Autorreporte de estado físico de las personas cuidadoras	
Muy bueno	13,5
Bueno	48,6
Regular	32,4
Malo	3,6
Sin datos	1,9
Problemas de las personas cuidadoras	
Psiquiátricos	13,5
De vivienda	7,0
Económicos	17,5
Conflictos familiares	12,2

Otras personas dependen de cuidadora	
Ninguna	42,9
Una	22,3
Dos o más	32,9
Sin datos	1,9
Pierde la calma con facilidad	
Siempre	3,0
Casi siempre	12,7
Casi nunca	46,1
Nunca	35,9

**Fuente:** Jiménez. 1998. Protocolo de valoración de riesgo de abuso en cuidadores principales. Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Entrevista a 228 cuidadores principales en la consulta externa.

La sobrecarga en las personas cuidadoras puede generar ansiedad y tensión, no sólo por el cansancio, sino porque pueden subsistir deseos personales que han sido suprimidos. Según estudios, las personas cuidadoras con mayor riesgo de presentar sobrecarga de funciones son las hijas e hijos con una edad promedio de 45 años, debido a los múltiples roles que deben desempeñar en esta etapa de sus vidas, lo que puede generar conflictos familiares y crisis. En el estudio hay evidencia de tensión que se puede asociar con agresión. Las personas cuidadoras reconocen que pierden la calma con facilidad.

Las consecuencias de prestar asistencia continuada a familiares mayores dependientes pueden ser de muy diversa índole: se puede afectar la salud física, la salud emocional, así como las interacciones sociales, las relaciones familiares, la actividad laboral, entre otras. La calidad de vida de las personas mayores dependientes estriba principalmente en la calidad de las relaciones que se establezcan entre la persona cuidadora y la persona adulta mayor. Lo anterior amerita estrategias de intervención que apunten a la creación y consolidación de procedimientos de apoyo y educación, técnicas conductuales, grupos de autoayuda y cuidados de alivio, asesoramiento familiar, servicios comunitarios, y grupos de apoyo y otras iniciativas que mezclan el apoyo formal y el informal.

**Cuadro 5.8: Características de las personas cuidadoras de las personas adultas mayores que brindan apoyo en AVD y AIVD, según edad y parentesco**

Característica	Hijo/a residente	Otras personas residentes del hogar	Hijo/a no residente
% mujeres	79,14	88,31	92,58
Edad			
<29	4,35	33,76	5,13
30-39	21,78	18,42	22,8
40-49	36,56	12,42	41,45
50-59	26,12	11,52	20,0
60-69	9,62	10,43	4,92
70+	1,58	13,45	5,71
Estado conyugal			
Unido	5,77	13,63	11,69
Casado	18,86	30,77	73,42
Separado/divorciado	16,5	9,16	6,3
Viudo	5,07	6,83	3,26
Soltero	53,79	39,61	5,34
Siempre ha vivido en el hogar	69,35	--	--

**Fuente:** Elaboración propia: base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

### Recuadro 5.3: La red se fortalece con la cercanía de hermanos y hermanas

Con información del proyecto CRELES y del Tribunal Supremo de Elecciones, se determinaron diversos indicadores sobre la distancia entre las personas adultas mayores y sus hermanos y hermanas (incluidos medios hermanos y hermanastros) (Brenes-Camacho, 2008a). Sólo 5% de la población adulta mayor vive con hermanos o hermanas en el mismo hogar, pero casi la mitad (45%) lo hacen en el mismo distrito electoral. El hecho de contar con un hermano o hermana viviendo en la misma área geográfica está asociado con tener personas con las cuales poder salir y conversar, así como con recibir cariño y apoyo, aunque no necesariamente con recibir consejos o ayuda directa, cuando se está con problemas de salud. Tener hermanos o hermanas geográficamente cerca está también relacionado con menor depresión y una mejor auto percepción de la salud.

Estos hallazgos coinciden con el criterio de Burhold & Wenger, 1998 de que las relaciones entre hermanos y hermanas adultas se pueden clasificar más frecuentemente como relaciones "relajadas" ("loose-knit relations") que las relaciones entre padres e hijos. El hallazgo también coincide con la "idea fuerza" de que las redes informales son determinantes entre personas adultas mayores, y que estas redes informales se benefician de la disponibilidad de familiares. Como la población adulta mayor actual nació en una época de alta fecundidad, es muy probable que tengan, al menos, un hermano o una hermana y, aparte, es alta la probabilidad de que un hermano o una hermana vivan cerca (Brenes, 2008a).

La ayuda la reciben en mayor proporción las mujeres: una de cada cinco, de parte de algún hijo o alguna hija que reside fuera del hogar. Quienes tienen 70 años y más reciben ayuda económica con más frecuencia; lo cual es probable que se asocie con la salida definitiva de la fuerza de trabajo, puesto que después, en edades más avanzadas, no parece aumentar sustancialmente la proporción de quienes la reciben.

Como se documentó en el capítulo anterior, mediante los sistemas de pensiones de los regímenes contributivo y no contributivo las instituciones estatales

en Costa Rica son una notable fuente de transferencias monetarias hacia la población adulta mayor costarricense. Si se compara con otros países norteamericanos y asiáticos, el peso del sector público en las transferencias a inter vivos es mucho mayor en Costa Rica que en países de Norteamérica, Asia y Europa (Rosero-Bixby y Robles, 2006).

Para comprender la dinámica de las transferencias monetarias hacia este grupo etario es necesario conocer la interrelación entre la disponibilidad de redes sociales y las instituciones de bienestar social. De acuerdo con Brenes (2008), el número de hijos en Costa Rica que coresiden con la población adulta mayor se asocia con una mayor probabilidad de recibir una transferencia monetaria que el número de hijos e hijas que viven fuera del hogar. Sin embargo, esta relación con los hijos coresidentes se reduce cuando los varones adultos mayores reciben pensiones del régimen no contributivo (Brenes-Camacho, 2008b). Estas relaciones sugieren que:

- los hijos coresidentes son una significativa fuente de apoyo económico.
- la recepción de ayuda económica por parte de los hijos coresidentes es menos probable cuando la población adulta mayor percibe otras fuentes de ingresos.

En otras palabras, más que por una norma cultural las transferencias se pueden explicar parcialmente por la necesidad económica de la persona adulta mayor. Los datos apoyan nuevamente la hipótesis de la trascendencia de las redes informales, que surgen de las mismas circunstancias de los tipos de hogares en los que vive la persona adulta mayor costarricense (Brenes-Camacho, 2008b)).

Muchas personas adultas mayores -cerca de un 15%- también colaboran económicamente. Esta ayuda la destinan sobre todo a los hijos residentes fuera del hogar pero también a otras personas no residentes en este. La contribución económica depende de la cuantía del ingreso, ya sea este autónomo o no.

Si a lo anterior se suma el hecho de que un 78% de la población adulta

mayor recibe algún tipo de ingreso que se adiciona a los ingresos del hogar, se obtiene un cuantioso nivel de transferencias intergeneracionales desde este sector hacia otros miembros de la familia o, incluso, hacia otras personas que no forman parte de la familia.

### La existencia de redes puede mitigar la falta de recursos

Se sabe muy poco sobre la existencia de redes de apoyo formal. En el capítulo sobre oportunidades de participación, se documenta la existencia de distintos grupos organizados de personas adultas mayores, pero aún con un alcance limitado. Se trata de grupos cuyos participantes, en general, reciben apoyo en virtud de la solidaridad, pero no son grupos ni organizaciones cuya finalidad y capacidades técnicas estén en función de solventar las necesidades de las personas conforme avanza la edad.

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer a las personas adultas mayores varios beneficios y retribuciones, como los que ya se han documentado. Además, es sabido que los procesos de transformación de las prácticas gerontológicas requieren tiempo, prácticas justas, moralmente válidas y sustentadas bajo los principios de cooperación y solidaridad (Méndez y Cruz, 2008).

Es necesario prestar especial atención al sector de la población adulta mayor que carece de pensión, que está excluida del mercado laboral, afectada por alguna limitación física o mental y cuya subsistencia depende especialmente de la familia. En este caso, las redes de apoyo institucional, comunal y familiar cobran un valor significativo en la medida en que, al unir esfuerzos, pueden ofrecer el apoyo y la ayuda idónea para que la persona adulta mayor conserve su dignidad y calidad de vida. El intercambio de apoyos es vital en virtud de que propicia la solución de los problemas del diario vivir y facilita el desarrollo personal y colectivo.

No obstante lo anterior, las redes no aseguran el apoyo emocional, instrumental o de otra índole. Para eso es preciso que tengan calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad. No existe certeza alguna de que quienes conviven o mantienen contactos frecuentes con su familia están recibiendo la ayuda esperada, por lo que, a pesar de la convivencia en hogares multigeneracionales, es posible que se requieran apoyos estructurados de una manera más profunda.

Es trascendental el reforzamiento de las organizaciones y las redes que las integran, así como el cumplimiento de las funciones que las leyes confieren a los municipios. De igual importancia se considera la información relacionada con los recursos locales para la atención de este grupo etario.

### La persona adulta mayor debería asumir un papel activo en las redes de apoyo

Una particularidad de las redes consiste en que la persona adulta mayor, además de ejercer sus derechos, logre mantener su autonomía e independencia y evite la desvinculación paulatina de la dinámica social en el plano familiar, comunitario y en el ámbito de la sociedad, en general.

**Cuadro 5.9: Apoyo económico que reciben y que dan las personas adultas mayores, según edad, sexo y área de residencia**

	Total	Sexo		Edad (en años)		
		Hombres	Mujeres	65 a 69	70 a 79	80 y más
Reciben ayuda económica	24,4	18,44	29,62	20,93	25,93	26,73
Alguien del hogar	5,18	3,49	6,67	6,57	5,35	2,54
Hijos fuera del hogar	16,18	12,55	19,37	12,27	18,11	18,39
Otra persona	3,03	2,4	3,59	2,09	2,47	5,79
Dan ayuda económica	15,96	17,57	14,54	18,2	17,03	9,97
Alguien del hogar	1,13	1,81	0,54	1,02	1,4	0,75
Hijos fuera del hogar	5,07	6,56	3,77	7,06	4,77	2,49
Otra persona	9,75	9,2	10,23	10,12	10,87	6,73

**Fuente:** Elaboración propia; base de datos de Costa Rica: estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Si bien es cierto las funciones de las redes sociales variarán según sus objetivos, existe un conjunto de premisas según las cuales los adultos mayores deberían participar en esas redes. Algunas de esas premisas se refieren al papel protagónico, activo y consciente de su propio proceso de desarrollo, que debería asumir este grupo etario en las redes.

Igualmente, quienes dirigen o son responsables de la aplicación de los planes y los programas, deben regirse por principios gerontológicos y ser consecuentes en las prácticas. De lo contrario, algunas de estas redes podrían generar situaciones adversas a quienes reciben el apoyo. Para ello se requiere la participación activa y creativa de las personas adultas mayores en la propuesta de alternativas para enfrentar las situaciones y condiciones de su hogar, residencia, o barrio. De igual validez es la promoción de espacios de encuentros intergeneracionales, en los que medien el respeto mutuo, la aceptación y el conocimiento real de la vejez como etapa de la vida (Méndez y Cruz, 2008).

Las personas adultas mayores cumplen papeles en momentos significativos. Son y pueden ser participantes activas en la propuesta, el desarrollo, la organización y la evaluación de las redes sociales. Quienes requieren algún tipo de apoyo, y aun cuando estén recibiendo servicios, deben opinar, disentir y expresar sus sentimientos e ideas. Se sabe que, eventualmente, algunas de estas personas pasarán de un estado de independencia a uno de dependencia, en su condición física, económica, mental u otra. Sin embargo, eso no significa que la dependencia arrastre hacia una dependencia emocional o psicológica (Méndez, 1998).

Dichas consideraciones suponen que los adultos mayores se distinguen como personas receptoras de servicios pero no por ello deben ser ajenas o pasivas respecto a los procesos de vinculación social. Dentro del sistema de redes ellas son, a la vez, proveedoras y receptoras y "no se trataría, por tanto, solo de redes construidas para ellas en función de la visión de otras personas, sino más bien, que sean actrices primarias en la constitución y el planteamiento de estrategias que les conciernen", afirma Montes de Oca (2005).

En cuanto a los papeles que cumplen las personas adultas mayores y que han sido documentados, pueden mencionarse (Méndez y Cruz, 2008) los siguientes escenarios:

- **El hogar.** Se destaca el apoyo cotidiano en actividades domésticas familiares, así como en las labores de cuidadores de nietos y bisnietos. Sin embargo, éstas deben ser funciones voluntarias, sin que se conviertan en una obligación más allá de sus propias capacidades o recursos.
- **El ámbito de su comunidad y de los grupos sociales constituidos (formales o informales).** Tal es el caso de asociaciones o redes vecinales, o de amistades, que cumplen papeles de apoyo y asistencia a otras personas o instituciones. Reviste gran valor la promoción de estilos de vida saludables y la participación en grupos de iguales e intergeneracionales.
- **Áreas de desarrollo personal que promueven la calidad de vida.** Se apoya en actividades que fomenten la expresión del afecto y las relaciones humanas, el uso creativo del tiempo libre y el ocio, la recreación, la salud, la asistencia a personas o grupos necesitados y el fomento de los valores espirituales y religiosos. En el área de la promoción de la calidad de vida, todas las actividades en que se vinculen favorecerán la autoestima y la participación social activa, de acuerdo con sus posibilidades.
- **Áreas de desarrollo personal-social que promueven el fomento de actividades económicas y laborales.** Por lo general, a causa de la disminución de los recursos económicos de las personas adultas mayores, esta área reviste mucho valor, pues las necesidades de subsistencia, personal y familiar, deben resolverse adecuadamente. La respuesta a estas necesidades se puede atender y solventar tanto mediante las formales como las informales, que mitiguen, sobre todo, las necesidades extremas. La experiencia laboral, la incursión en nuevas áreas ocupacionales o laborales, generan grandes oportunidades para la población adulta mayor.



Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Murillo González, Ana Cecilia y Gutiérrez, Ilse. (2008). Situación de las Redes Sociales de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.
- Méndez, Elsa y Cruz Conejo, Luis Diego. (2008). Redes sociales de apoyo y persona adulta mayor: Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Luis Diego Cruz (AGECO), Adrián Díaz (MEP), Zaida Esquivel (AGECO), Xinia Fernández Rojas (UCR), Flora Jiménez (ITCR), Giselle García (UCR), Ilse Gutiérrez (UNED), Erick Hess Araya (MIVAH), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Ericka Méndez Chacón (CCP-UCR), Elsa Méndez (AGECO), Andrea Milla (MIVAH), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Ana Cecilia Murillo (CONARE), Carlos Murillo (MEP), Marisol Rapso (UCR), Arodys Robles (CCP-UCR), Rodolfo Rojas (CONAPAM) y María José Víquez (UCR).

El recuadro 5.1: CRELES: "Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable", fue preparado por

- Luis Rosero Bixby
- Gilbert Brenes

El recuadro 5.2: Las cuidadoras y el cuidado de las personas adultas mayores, fue preparado por

- Sandra Jiménez

Se agradecen los comentarios de

- Marielos Alvarado, Gilbert Brenes, Erick Hess Araya, Jorge Hidalgo, Marisol Rapso, Patricia Sedó, Isabel Vega Robles.

Se agradece la colaboración de

- Ericka Méndez Chacón, en el proceso de elaboración de cuadros y análisis estadísticos de datos de redes del proyecto CRELES.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Arodys Robles y Karen Masís Fernández.



### **III. Salud y Acceso a Servicios de Salud**



