

Ángel Otero Puime
María Victoria Zunzunegui Pastor
François Béland
Ángel Rodríguez Laso
María Jesús García de Yébenes y Prous

Relaciones sociales y envejecimiento saludable

Relaciones sociales y envejecimiento saludable

Ángel Otero Puime¹

María Victoria Zunzunegui Pastor²

François Béland²

Ángel Rodríguez Laso¹

María Jesús García de Yébenes y Prous¹

¹ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

² UNIVERSIDAD DE MONTREAL

■ Resumen

El objetivo de este documento de trabajo es exponer los efectos de las relaciones sociales en la longevidad, la capacidad funcional y la salud mental de las personas mayores a partir de la evidencia científica publicada en artículos internacionales y de los resultados concretos del estudio longitudinal *Envejecer en Leganés*.

Los resultados demuestran que las redes y mecanismos psicosociales construidos a lo largo de la vida juegan un importante papel en el logro de un envejecimiento saludable. En concreto se ha demostrado el efecto beneficioso de: *a)* la integración en actividades de la comunidad donde se vive, *b)* la disponibilidad de un confidente, *c)* las relaciones familiares; y *d)* la continuidad del papel de miembro activo de la vida familiar y de las amistades.

Todas nuestras recomendaciones implican la permanencia de la persona mayor en su comunidad. Nos encontramos ante un gran desafío: la necesidad de un progresivo avance socioeconómico que nos iguale a los países más desarrollados sin perder lo que de saludable hay en nuestra cultura mediterránea en lo que a las relaciones sociales se refiere.

■ Palabras clave

Envejecimiento, relaciones sociales, envejecimiento saludable, discapacidad, longevidad.

■ Abstract

This study aims at assessing the effects of social relationships on the survival, functional ability and mental health of the elderly, through a review of the published evidence in international papers and the results of the population longitudinal study *Aging in Leganés*.

The results show that social networks and psychological mechanisms built during the life course play an important role in achieving healthy aging. Most specifically, a beneficial effect has been observed for: *a)* integration in the activities of the community where the person lives, *b)* the availability of a confidant, *c)* having frequent contact with family and *d)* keeping up an active role in family life and friendships. All our recommendations imply maintaining the old person in his/her community. We face a major challenge in Spain: the need to achieve social-economic progress that lets us catch up with the most developed countries, without losing the healthy aspects of our Mediterranean culture in regard to social relationships.

■ Key words

Aging, social relationships, healthy aging, disability, longevity.

Al publicar el presente documento de trabajo, la Fundación BBVA no asume responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión en el mismo de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

The BBVA Foundation's decision to publish this working paper does not imply any responsibility for its content, or for the inclusion therein of any supplementary documents or information facilitated by the authors.

La serie Documentos de Trabajo tiene como objetivo la rápida difusión de los resultados del trabajo de investigación entre los especialistas de esa área, para promover así el intercambio de ideas y el debate académico. Cualquier comentario sobre sus contenidos será bien recibido y debe hacerse llegar directamente a los autores, cuyos datos de contacto aparecen en la *Nota sobre los autores*.

The Working Papers series is intended to disseminate research findings rapidly among specialists in the field concerned, in order to encourage the exchange of ideas and academic debate. Comments on this paper would be welcome and should be sent direct to the authors at the addresses provided in the About the authors section.

Todos los documentos de trabajo están disponibles, de forma gratuita y en formato PDF, en la web de la Fundación BBVA. Si desea una copia impresa, puede solicitarla a través de publicaciones@bbva.es.

All working papers can be downloaded free of charge in pdf format from the BBVA Foundation website. Print copies can be ordered from publicaciones@bbva.es.

La serie Documentos de Trabajo, así como información sobre otras publicaciones de la Fundación BBVA, pueden consultarse en:

<http://www.fbbva.es>

The Working Papers series, as well as information on other BBVA Foundation publications, can be found at:

<http://www.fbbva.es>

Relaciones sociales y envejecimiento saludable

© Autores / Authors, 2006

© de esta edición / of this edition: Fundación BBVA, 2006

EDITA / PUBLISHED BY

Fundación BBVA

Plaza de San Nicolás, 4. 48005 Bilbao

DISEÑO DE CUBIERTA / COVER DESIGN

Roberto Turégano

DEPÓSITO LEGAL / LEGAL DEPOSIT NO.: M-31.940 -2006

IMPRIME / PRINTED BY: Rógar, S. A.

Impreso en España – Printed in Spain

La serie Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA está elaborada con papel 100% reciclado, fabricado a partir de fibras celulósicas recuperadas (papel usado) y no de celulosa virgen, cumpliendo los estándares medioambientales exigidos por la legislación vigente.

The Working Papers series of the BBVA Foundation is produced with 100% recycled paper made from recovered cellulose fibre (used paper) rather than virgin cellulose, in conformity with the environmental standards required by current legislation.

El proceso de producción de este papel se ha realizado conforme a las normas y disposiciones medioambientales europeas y ha merecido los distintivos Nordic Swan y Ángel Azul.

The paper production process complies with European environmental laws and regulations, and has both Nordic Swan and Blue Angel accreditation.

Í N D I C E

1. Introducción	7
2. Relaciones sociales y salud. Marco conceptual	11
2.1. Relaciones sociales, redes y apoyo social	11
2.2. Modelos conceptuales sobre el efecto de las relaciones sociales en el proceso salud-enfermedad	12
2.3. El concepto de envejecimiento saludable	16
2.4. Indicadores de relaciones sociales utilizadas en estudios poblacionales de salud	18
3. Características de las relaciones sociales en la población de estudio .	21
3.1. La cohorte <i>Envejecer en Leganés</i>	21
3.2. El estudio europeo CLESA	23
3.3. Indicadores utilizados para caracterizar las relaciones sociales	24
3.3.1. Construcción y validación de las escalas de apoyo emocional y rol del individuo	28
3.4. Descripción de las relaciones sociales en Leganés	30
4. La influencia de las relaciones sociales en la longevidad	34
4.1. Evidencia en los estudios internacionales	34
4.2. Resultados de <i>Envejecer en Leganés</i>	38
4.2.1. La esperanza de vida en los mayores de Leganés comparada con otros estudios europeos	38
4.2.2. Análisis de la influencia de las relaciones sociales en la mortalidad. Aspectos metodológicos	38
4.2.3. Principales hallazgos del estudio <i>Envejecer en Leganés</i>	41
4.2.4. Hallazgos no esperados	46
5. Volumen y tendencias de la discapacidad en las personas mayores . .	48
5.1. Evidencias en los estudios internacionales	48

5.2. La situación de la discapacidad en España	49
5.3. Aportación de <i>Envejecer en Leganés</i> al estudio de la tendencia de la discapacidad	51
5.3.1. Aspectos metodológicos	51
5.3.2. Tendencia estimada de la prevalencia de discapacidad en Leganés	52
5.3.3. Aplicación del modelo de la evolución de la discapacidad a la población española	54
5.3.4. Implicaciones para la política sociosanitaria de atención a la población dependiente	56
6. Influencia de las relaciones sociales en la discapacidad	58
6.1. Modelo conceptual	58
6.2. Los resultados internacionales	59
6.3. Resultados del Proyecto CLESA	61
6.3.1. Aspectos metodológicos	61
6.3.2. Las características basales en los tres países del Proyecto CLESA .	62
6.3.3. Redes sociales y prevalencia de discapacidad en las AVD	64
6.3.4. Incidencia de discapacidad y vínculos sociales	66
6.3.5. Vínculos sociales y recuperación de la capacidad para realizar las AVD	67
7. Las relaciones sociales y la salud mental de las personas mayores . .	69
7.1. La influencia de las relaciones sociales en la sintomatología depresiva de las personas mayores	70
7.1.1. Estado actual del tema	70
7.1.2. Relaciones sociales y síntomas depresivos en <i>Envejecer en Leganés</i>	71
7.2. La influencia de las redes sociales en el deterioro cognitivo de las personas mayores	76
7.2.1. Estado actual del tema	76
7.2.2. Relaciones sociales y deterioro cognitivo en <i>Envejecer en Leganés</i>	78
7.3. El apoyo social en la salud mental de los cuidadores familiares: evidencia de un estudio transversal y de un seguimiento longitudinal en Leganés	81
7.3.1. La problemática social de la persona mayor dependiente en España	81
7.3.2. Cuidar como un proceso de estrés	82
7.3.3. La influencia de los cuidados prestados en la salud de los cuidadores	82

8. Conclusiones	88
8.1. Principales resultados del estudio	88
8.2. Validez externa de nuestros resultados	89
8.3. Implicaciones de esta investigación	90
 Bibliografía	 92
 Nota sobre los autores.....	 103

1. Introducción

AUNQUE la influencia de las relaciones sociales sobre la mortalidad ha sido objeto de investigación desde hace tiempo (Durkheim, 1897) no es hasta finales del siglo xx cuando se extiende la publicación de trabajos sobre el efecto de las relaciones sociales sobre la salud (House *et al.*, 1988) y, más concretamente, sobre la salud de las personas mayores (Avlund *et al.*, 1998; Dalgrad *et al.*, 1998; Fuhrer *et al.*, 1999; Sugisawa *et al.*, 1994). La evidencia empírica sobre la asociación de distintos aspectos de las relaciones sociales (diversidad de la red social, participación en actividades comunitarias, apoyo emocional recibido, rol jugado en la vida de los demás, disponibilidad de un confidente, etc.) con el proceso de salud-enfermedad ha llevado a la elaboración de distintos modelos conceptuales especialmente útiles para la investigación científica. Berkman y Glass (2000), al estudiar cómo influyen las relaciones sociales en la salud, proponen un modelo en el que las redes sociales de un individuo actúan por medio de mecanismos psicosociales (entre los que se incluyen el apoyo social y la vinculación social) sobre unas vías comunes, fisiológicas (eje hipotálamo-hipofisario, reactividad cardiovascular, sistema inmune, etc.), psicológicas (sentimiento de bienestar, autoestima, *locus* de control, capacidad de adaptación, etc.) o comportamentales (hábitos de vida saludables o nocivos), que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

Este marco conceptual, que ha sido utilizado en nuestro trabajo, es aplicable al estudio del efecto de las relaciones sociales sobre el envejecimiento saludable. 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).

La discapacidad asociada al envejecimiento es, en sí misma, un tema de gran trascendencia por el impacto en la calidad de vida de las personas mayores y en las políticas sociosanitarias de un país. En el caso de España el envejecimiento de la población, fenómeno generalizado en todos los países desarrollados, es especialmente evidente: las proyecciones de población prevén que la proporción de la población española mayor de 65 años alcanzará

el 22% en 2025, y que en 2050 España será la nación más envejecida de Europa y del mundo (Naciones Unidas, 2002). Este aumento se producirá sobre todo en la llamada cuarta edad (mayores de 80 o 85 años) (IMSERSO, 2005; IMSERSO, 2000).

Las investigaciones demuestran que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de León, 2001; Seeman, 1996), y la función cognitiva (Bassuk, 1999; Fratiglioni, 2000; Holtzman, 2004). Estos resultados proceden de estudios realizados fundamentalmente en el ámbito anglosajón, siendo muy escasos los estudios realizados en los países que, como el nuestro, se reclaman de la cultura mediterránea, donde, especialmente en el caso de las personas mayores, la estructura de la red familiar es muy distinta y, además, está sometida a grandes transformaciones. Se ha pasado en pocos años de la familia extendida, donde convivían varias generaciones, a la familia nuclear y los hogares unipersonales. Reducido su papel en la familia, algunas personas mayores, y en mayor medida las mujeres mayores, sienten una pérdida de continuidad entre los sucesos pasados y los actuales, entre su vida anterior centrada en la familia y su vida actual con un contrato intergeneracional muy reducido (Alberdi, 1999). Esta pérdida de continuidad lleva a una crisis del sentimiento de identidad y favorece la depresión y el deterioro funcional. Si estas personas no están preparadas para asumir un papel social fuera del ámbito doméstico, tenderán a ser relegadas y a hacerse invisibles. El otro grupo de personas mayores, que se encuentra en buena salud y cuyo nivel de instrucción y experiencia vital las capacita para una vida productiva, reclama un papel activo en la sociedad. En su mayoría hombres, aunque también un número creciente de mujeres, protestan ante la rigidez de las estructuras sociales que les impiden seguir contribuyendo a la sociedad en que viven y les coloca en situaciones de exclusión que favorecen el deterioro funcional.

En este documento de trabajo se pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los efectos de las relaciones sociales en la longevidad, la capacidad funcional y la salud mental de las personas mayores?

El contar con el estudio longitudinal 1993-1999 de la cohorte *Envejecer en Leganés* (Béland y Zunzunegui, 1995; Otero *et al.*, 2004) nos ha permitido analizar, en el marco de nuestro contexto cultural, los efectos de las relaciones sociales de los mayores con la longevidad y con el nivel de su salud física medida a través de la discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de su salud mental a través del estudio del deterioro cognitivo y de la depresión.

La incorporación de la cohorte *Envejecer en Leganés* al Proyecto Comparison of Longitudinal European Studies on Aging (CLESA), donde se armonizaron los datos de seis estudios longitudinales de personas mayores realizados en otros tantos países europeos, nos ha permitido disponer de una base de datos común para realizar estudios comparativos entre distintos países pertenecientes al norte y al sur de Europa (Minicuci *et al.*, 2003).

Para evaluar las asociaciones entre las redes sociales y cada uno de los temas estudiados (la mortalidad, la discapacidad funcional, el deterioro cognitivo y la depresión) presentamos la evidencia de los estudios internacionales y aportamos los resultados específicos de nuestro estudio realizado en una comunidad del sur de Europa.

En la medida en que los resultados demuestran que las relaciones sociales son importantes para un envejecimiento saludable, cabe preguntarse si pueden incorporarse las evidencias disponibles para la formulación de objetivos específicos de la política sociosanitaria sobre las personas mayores. Concluimos con recomendaciones específicas sobre posibles intervenciones para producir las condiciones que favorezcan las redes sociales y la integración de las personas mayores.

En este contexto la estructura del documento de trabajo se ha dividido en siete capítulos y un último capítulo de conclusiones que recoge las aportaciones del proyecto a la política sociosanitaria de apoyo al envejecimiento saludable.

En el capítulo 2 se expone un modelo conceptual de cómo las relaciones sociales pueden influir en la salud y en el envejecimiento saludable. Se presenta una definición de los distintos elementos que se agrupan bajo el concepto de relaciones sociales (redes, apoyo social, participación, etc.) y se ofrece una visión de conjunto sobre los distintos indicadores utilizados para medir las relaciones sociales.

En el capítulo 3 se describe la población de estudio donde se han realizado las observaciones y el análisis de los efectos de las relaciones sociales en la salud de las personas mayores: la cohorte *Envejecer en Leganés* y el Proyecto CLESA. Se presentan de manera pormenorizada los distintos indicadores utilizados para medir y caracterizar las relaciones sociales en la población, así como los resultados obtenidos.

El capítulo 4 se dedica a estudiar las evidencias disponibles sobre la influencia de las relaciones sociales en la mortalidad entre las personas mayores, con especial referencia a los resultados obtenidos por el grupo investigador en la población de estudio y en la aplicabilidad de estos hallazgos.

El capítulo 5 comenta el tema de la discapacidad en los países desarrollados. Se discute el modelo demográfico de transición a la discapacidad

que proponen Robine y Michel (2004) y se presentan datos sobre el volumen y las tendencias de la discapacidad para las ABVD en España, a partir de los datos de Leganés y de otros estudios nacionales.

El capítulo 6 estudia las relaciones entre discapacidad y relaciones sociales en el marco del estudio *Envejecer en Leganés* y del Proyecto CLESA, destacando la diferente importancia de los vínculos familiares, de los amigos y de la participación comunitaria en su asociación con la discapacidad y con las diferencias culturales entre los países.

El capítulo 7 explora la influencia de las relaciones sociales sobre la salud mental de las personas mayores, a través del estudio de la depresión y el deterioro cognitivo en la cohorte *Envejecer en Leganés*, remarcando las diferencias con estudios realizados en otros ámbitos culturales. Por último, se examinan las asociaciones entre el hecho de cuidar y la salud en los cuidadores mayores.

En el capítulo de conclusiones, se presentan las implicaciones de los resultados para la política sociosanitaria y las recomendaciones específicas para las intervenciones en la perspectiva de un envejecimiento saludable.

Este documento de trabajo, que recoge los principales resultados del proyecto *El envejecimiento en buena salud, la dependencia y la mortalidad: experiencia de una cohorte de personas mayores españolas*, seleccionado en la convocatoria de 2002 de Ayudas a la Investigación de la Fundación BBVA, ha sido escrito pensando especialmente en distintos agentes sociales interesados en la intervención sobre los problemas sociosanitarios que afectan a la salud de las personas mayores (profesionales del entorno socioeconómico, planificadores y gestores de la Administración Pública, público general), sin abandonar el rigor científico necesario. La mayoría, si no todos, los resultados han sido publicados en revistas científicas relacionadas con la salud y el envejecimiento o están pendientes de su publicación. En la bibliografía se recogen las distintas fuentes utilizadas, así como las publicaciones directamente relacionadas con el proyecto de investigación citado.

2. Relaciones sociales y salud: marco conceptual

2.1. Relaciones sociales, redes y apoyo social

El término *redes sociales* fue acuñado por los antropólogos británicos John Barnes y Elizabeth Bott en 1954. Para ellos resultaba imprescindible considerar otros lazos, más allá de las relaciones familiares, residenciales o de grupo social, para explicar aspectos como el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales. Otros sociólogos posteriores profundizaron en el análisis de estas redes caracterizando su estructura y composición, pero también los contenidos y recursos específicos que fluyen a través de ellas, que determinan a su vez oportunidades y limitaciones al comportamiento de los individuos. Desde este momento se establece una diferenciación entre estructura (*red social*) y función de los vínculos humanos (*apoyo social*).

Sobre el apoyo había empezado a investigar John Bowlby (1969, 1973, 1980), un psiquiatra británico de mediados del siglo xx que señaló cómo la falta de cariño de la madre produce un sentimiento de desapego, inseguridad y baja autoestima en los hijos que dificulta el establecimiento de lazos en la vida adulta que puede llevarlos a que sufran una neurosis. Por el contrario, decía, los vínculos positivos que se establecen con la figura de apego en la infancia (normalmente la madre) promueven un sentimiento de seguridad y autoestima, proporcionan unos cimientos sólidos para los que se crean en la vida adulta, y son el prototipo para relaciones posteriores como el matrimonio, que a su vez funciona como *refugio seguro* protector desde el que explorar el mundo. En los años posteriores se intensificará el estudio del apoyo social, hasta el punto de que autores como Kahn y Antonucci en los años ochenta propongan que el apoyo es el responsable último de los efectos sobre la salud mental de las relaciones sociales que ya había descrito Émile Durkheim en el siglo xix (Berkman y Glass, 2000).

Los efectos de la red y el apoyo social sobre la salud y la forma de medir una y otro son diferentes. Por tanto, y aunque en la literatura se ha im-

puesto el término de redes sociales para referirse a ambos indistintamente, nosotros proponemos reservar el término *redes sociales* para los aspectos estructurales, en concreto para el tejido de personas con las que se comunica un individuo, mientras que el *apoyo social* sería una de las funciones de esos elementos de estructura.

El concepto *relaciones sociales* englobaría ambos componentes. La definición de relaciones sociales que nosotros proponemos es la de tejido de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipo de interacciones que se producen.

Recientemente en la literatura han ido cobrando protagonismo los términos de cohesión y capital social, y resulta pertinente plantearse si tienen relación o incluso si son sinónimos de los de relaciones sociales, red y apoyo social. Muy al contrario, podemos decir que los primeros se refieren a características del grupo social en su conjunto. Son medidas *ecológicas* que hacen referencia a la ausencia de conflicto, grado de solidaridad, confianza y reciprocidad, y desarrollo de la sociedad civil y de las instituciones que gestionan conflictos en una sociedad determinada. Por tanto, no tiene sentido hablar del capital social de un sujeto particular. Al contrario las redes y el apoyo social son atributos de los individuos. Aunque los dos tipos de conceptos guardan una estrecha relación, en la que el capital social de una comunidad puede condicionar las oportunidades de expansión de las redes sociales individuales y ambos son determinados por fuerzas socioeconómicas y culturales, se sitúan en niveles distintos: incluso se postula que los efectos de las relaciones sociales pueden variar en función de los niveles de capital social de las comunidades en que tienen lugar (Kawachi y Berkman, 2000).

2.2. Modelos conceptuales sobre el efecto de las relaciones sociales en el proceso salud-enfermedad

El primer modelo conceptual sobre el efecto de las relaciones sociales sobre la salud fue propuesto por Cassel en 1976 con la teoría del apoyo social, sistematizando el conocimiento acumulado hasta aquel momento mediante la revisión de 30 trabajos en animales y seres humanos que habían mostrado un efecto protector de las relaciones sociales. Los diseños de los estudios eran variados (se incluían estudios ecológicos, observacionales y experimentales), estudiaban distintas medidas de redes, apoyo y cohesión social en distintas etapas de la vida y exploraban su relación con variables de salud diver-

sas: bajo peso al nacer, complicaciones del embarazo, síntomas autorreferidos, uso de medicación, recuperación tras cirugía, tensión arterial, cardiopatía isquémica, artritis, tuberculosis, depresión, alcoholismo o muerte. Esta variedad de diseños y de resultados de salud encontrados sugería la existencia de una relación causal. La explicación que propusieron estos autores era que el medio social y el apoyo que proporciona influyen sobre el estado de susceptibilidad general del huésped: cuando están presentes en mayor medida moderan o anulan el efecto negativo del estrés psicosocial y otros factores de riesgo sobre la salud, mientras que su ausencia actúa como un mecanismo estresante en sí mismo.

Desde entonces, y especialmente en la última década del siglo xx, muchos investigadores han publicado sus trabajos sobre la relación de las redes y el apoyo social con la mortalidad general y con diversos aspectos del proceso salud-enfermedad. Broadhead *et al.* (1983); House *et al.* (1988); Seeman (1996); Cohen (1988) y Berkman *et al.* (2000) han realizado revisiones sobre este tema.

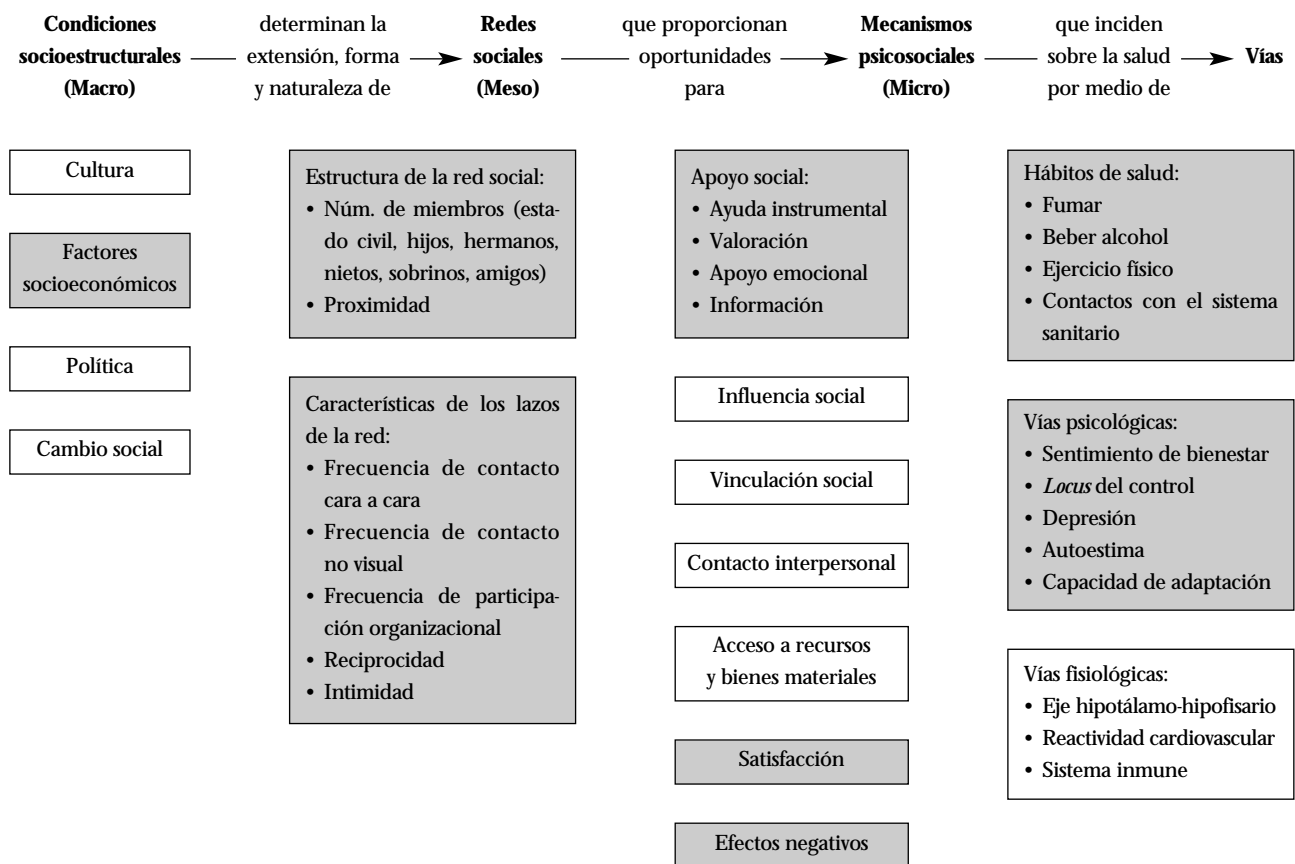
A partir de las pruebas proporcionadas por estos estudios, Berkman y Glass (2000) han elaborado un modelo conceptual más completo sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud. En este modelo se mantiene muy clara la diferenciación entre las redes sociales, que se identifican con el componente estructural de las relaciones sociales (la *anatomía* en un símil biológico) y los mecanismos psicosociales por los que actúa (equivalentes a la *fisiología*), que incluye de manera destacada, aunque no exclusiva, el apoyo social. Al separar redes y mecanismos se resalta la importancia de la red en sí misma, más allá de los mecanismos de actuación descritos, y la necesidad de estudiar otros modos de actuación de las redes, aparte del apoyo, que podrían explicar los efectos negativos sobre la salud que también se han documentado (por ejemplo, contagio del VIH, adicción al alcohol y otras drogas).

El modelo expuesto en el esquema 2.1 presenta una *cascada* de acontecimientos, en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

Entre los condicionantes socioestructurales se encuentra la cultura, la economía y la política de una determinada sociedad y los cambios sociales como el envejecimiento, la urbanización o las situaciones catastróficas a las que haya estado expuesta. Las redes se describen por sus componentes y por las características de los lazos.

En tercer lugar aparecen varios mecanismos psicosociales. Entre ellos el apoyo social, que puede ser instrumental, emocional, informativo (sobre recursos disponibles) o de valoración (*appraisal*). Por influencia social se entienden los valores y normas explícitos o implícitos que regulan los comportamientos en una comunidad. Vinculación social es un aspecto que no debe confundirse con el de participación organizacional (pertenencia a determinadas asociaciones y grupos o frecuencia de participación) o integración social (un término amplio que equivale al de relaciones sociales); incluye el desarrollo de roles sociales u ocupacionales (por ejemplo, el cuidado de los hijos o los ancianos) que proporcionan un sentimiento de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad. Esta vinculación genera además oportunidades para disfrutar de la compañía de otros. El modelo original

ESQUEMA 2.1: Modelo conceptual de cómo las relaciones sociales influyen sobre la salud. Modificado de Berkman y Glass, 2000 y Berkman, *et al* (2000)



Nota: Los recuadros sombreados señalan las áreas que se pueden estudiar a partir de las variables disponibles en el estudio *Envejecer en Leganés*. Modificado de Berkman y Glass 2000.

no incluye los aspectos de satisfacción con la red social ni sus posibles efectos negativos (House, 1988; Coyne y Bolger, 1990; Seeman, 1996), algo que sólo recientemente ha sido tenido en cuenta y que se relaciona con redes muy extensas, muy demandantes de ayuda, que no cumplen las expectativas del individuo o que son críticas con él.

El esquema recoge finalmente las vías comunes finales por las que se producen los efectos sobre la salud. En las vías fisiológicas convergerían en último término las de comportamientos relacionados con la salud (de los que sólo se mencionan algunos ejemplos) y las psicológicas.

En esta convergencia sobre vías comunes que canalizan el efecto de distintas variables que influyen en la salud, incluyendo las relaciones sociales, una línea de trabajo sobre los trastornos crónicos y el envejecimiento proviene de la inmunoneuroendocrinología (Karlman et al., 2002). La *alostasis* es la capacidad del organismo de mantener un equilibrio dinámico para mantener el funcionamiento en situaciones de estrés endógeno u exógeno. El estrés continuo u excesivo puede llevar a una situación de saturación (carga alostática) que produce un desgaste sistémico debido a una respuesta endocrina mal adaptada. Estos trabajos se relacionan con el concepto de fragilidad del anciano que sería el resultado final de la carga alostática sobre un organismo donde todos los sistemas están comprometidos (Herman, 1999). La experimentación en roedores y simios y el estudio longitudinal con los humanos de Whitehall demuestran que el estrés originado por la jerarquía social se traduce en envejecimiento acelerado (Sapolsky, 1986; Marmot, 2002). Las reacciones endocrinas frente al estrés pueden ser diferentes en machos y hembras, en hombres y en mujeres. Mientras que los machos tienen un comportamiento caracterizado por luchar y huir mediado principalmente por la adrenalina, las hembras parecen tener un comportamiento de esconderse y buscar apoyos, mediado por la oxitocina. La respuesta hormonal de las hembras al estrés está todavía muy poco estudiada, pero de confirmarse estas diferencias, nuestra comprensión de las consecuencias del estrés en la salud de hombres y mujeres avanzaría mucho en los próximos años (Taylor et al., 2001; Wray y Blaum, 2001).

El esquema conceptual de Berkman y Glass corresponde al modelo *estructural* de las relaciones sociales. Según la exposición que hacen los autores (Glass et al., 1997), esta aproximación defiende que con información como la presentada en el esquema 2.1 se caracteriza perfectamente la red social, sin tener en cuenta las características individuales o los roles sociales de cada uno de sus miembros. Esta forma de medir la estructura y función de las relaciones sociales ha sido casi la única en las investigaciones sobre relaciones sociales y mortalidad. Frente a esta postura, el modelo *rol-específico*

enfatisa que los diferentes tipos de vínculos (hijos, otros familiares, amigos, confidentes...) actúan por distintos mecanismos psicosociales o por los mismos mecanismos pero produciendo efectos distintos. Resulta entonces especialmente relevante conocer con cuántos tipos distintos de vínculos cuentan los individuos y qué tipo de apoyo proporciona cada uno. Aunque esta aproximación ha sido poco utilizada hasta el momento, algunos resultados avalan su interés (Broadhead, 1983; Glass *et al.*, 1997).

2.3. El concepto de envejecimiento saludable

La mayoría de los autores proponen que el envejecimiento saludable se define en base al buen funcionamiento físico y mental, que a su vez incluye un número reducido de trastornos crónicos, buena movilidad, capacidad para llevar una vida independiente, buena función cognitiva y ausencia de depresión (Seeman, Bruce y McAvay, 1996).

Un término que a veces se emplea como sinónimo es el de *Envejecimiento con éxito (successful aging)* (Rowe y Kahn, 1997). En sentido estricto, este término alude a una excelencia en el envejecer, quedando este estado reservado a unos pocos, aquellos que tienen éxito. En oposición al significado de *éxito*, en nuestro trabajo se identifica *envejecimiento saludable* como el *envejecimiento en buena salud*, definiendo salud en el sentido que le da la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, mental y social.

Cualquiera que sea la aproximación, el concepto de envejecimiento saludable es multidimensional y comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, física y cognitiva (Rowe y Kahn, 1997; Verbrugge y Jette, 1994). El funcionamiento físico se deteriora con la edad y este deterioro parece mayor en mujeres que en hombres (Beckett *et al.*, 1996). Sin embargo, se observa una gran variabilidad en este proceso. A nivel individual, las personas con estilos de vida sanos e integración social tienen mayor esperanza de vida y menor incidencia de discapacidad. Abstenerse del tabaco, hacer un uso moderado de las bebidas alcohólicas, hacer ejercicio físico, tener buenos hábitos de sueño, mantener un peso corporal adecuado aparecen constantemente asociados a una larga vida sin discapacidad (Vita, 1998). Una vida social activa, con una buena red familiar y social, con actividad en la comunidad protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional y la función cognitiva.

Entre los diversos modelos sobre el envejecimiento saludable, cabe destacar el de Rowe y Kahn (1997) sobre *successful aging* y el de Baltes y Bal-

tes (1990; Baltes y Carstensen, 1966) sobre la optimización selectiva y la compensación.

Rowe y Kahn afirman que un individuo debe cumplir tres criterios para envejecer con éxito: *a)* baja probabilidad de enfermar y de sufrir discapacidad por enfermedad; *b)* alta capacidad física y cognitiva; y *c)* compromiso con la vida, manifestado por las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Asumen que las personas que evitan comportamientos nocivos y adoptan comportamientos saludables pueden envejecer *con éxito*. El modelo de Rowe y Kahn tiene la ventaja de ser operativo, pero ha sido criticado por imponer criterios externos, enfatizar los comportamientos individuales y excluir a la mayoría de las personas mayores que por no cumplir criterios tan estrictos quedan clasificados como *no-éxitos*.

Baltes y Baltes (1990) proponen el modelo de optimización selectiva y compensación, que contempla la trayectoria de vida y considera que pueden envejecer con éxito las personas con capacidad de adaptación para conseguir sus metas. Según estos autores hay tres mecanismos por los que las personas pueden conseguir sus objetivos afrontando las pérdidas o deterioros que acompañan al envejecimiento. Estos mecanismos son la selección (evitar o restringir las actividades en algún dominio de la vida), la optimización (enriquecer las reservas y los recursos) y la compensación (utilización de medios alternativos para alcanzar la misma meta). La desventaja de este modelo es su dificultad para hacerlo operativo. A favor de su modelo está el hecho de que los discursos de las personas mayores sobre el envejecimiento saludable parecen poner énfasis en la capacidad de adaptación, el mantenimiento de actividades que dan un significado a la vida y el sentimiento de bienestar (Von Faber *et al.*, 2001; Bryant *et al.*, 2001).

Otros autores que trabajan en el campo de la epidemiología social han enlazado el tema del envejecimiento con el recorrido de vida (*lifecourse epidemiology*), a través de la cual se acumulan las exposiciones a factores de riesgo y donde existen periodos críticos durante los cuales aumenta la vulnerabilidad del organismo a los factores de riesgo (Marmot, 2001). Con frecuencia existe un periodo de latencia de varias décadas entre la acción de los factores tóxicos y la aparición de enfermedades crónicas que causan discapacidad. La evidencia acumulada demuestra que las condiciones de vida durante la infancia son determinantes de los riesgos cardiovasculares, de diabetes y de demencia (Ben-Shlomo y Kuh, 2002). Nuestro grupo ha publicado un trabajo sobre la educación y la ocupación como factores de riesgo para la deterioración cognitiva en los mayores de Leganés (Alvarado *et al.*, 2001).

Desde el campo de la ecoepidemiología (Susser, 1996) se puede realizar una aproximación a las distintas variables que intervienen en el envejeci-

miento saludable. Este modelo contempla que los factores de riesgo se pueden organizar en varios niveles: un nivel macrosocial donde se generan las desigualdades sociales y materiales asociadas a la posición socioeconómica, el género y la edad; un nivel intermedio, entorno inmediato donde influyen los servicios sanitarios y sociales y las redes de apoyo social; y un nivel micro donde influyen las características individuales, tales como la composición genética, los hábitos de vida y la salud física y mental. Los trabajos que demuestran que las redes y el apoyo social tienen un efecto sobre la mortalidad, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional de las personas mayores avalan este marco conceptual (Mendes de León, 2001; Everard, 2000; Seeman, 1996). Nuestro equipo ha publicado trabajos sobre la asociación entre redes y apoyo social y estado de salud física y mental (Zunzunegui, Béland y Otero, 2001; Béland *et al.*, 2005).

2.4. Indicadores de relaciones sociales utilizados en estudios poblacionales de salud

No existe un consenso en cuanto a cuál es el instrumento ideal para medir las relaciones sociales. O'Reilly (1988) y Berkman y Glass (2000) creen que no hay uno óptimo y que la elección dependerá de la hipótesis que el investigador tenga sobre qué aspectos de las relaciones sociales influyen sobre los resultados de salud concretos. Berkman y Glass clasifican las herramientas de medida disponibles en tres grupos:

En el primero se encuadrarían *los índices generales de lazos sociales e integración*, de los cuales el pionero y más utilizado en estudios poblacionales de mortalidad es el del condado de Alameda (Berkman y Syme, 1979). Estos índices están compuestos por un reducido número de ítems (de 9 a 18) que se responden rápidamente y recogen información sobre tamaño de la red, frecuencia de contacto y participación social. Dada su brevedad y la heterogeneidad de sus componentes, hay pocos datos de su consistencia interna, aunque sí tienen buenos resultados de fiabilidad test-retest, predicen bien la mortalidad y están moderadamente correlacionados en la forma esperable con otros constructos psicosociales. La facilidad con que se contestan y su capacidad de valorar de forma general las relaciones sociales de los individuos son su principal ventaja. Por el contrario, no proporcionan ninguna información sobre mecanismos psicosociales.

En el segundo grupo se encuentran los instrumentos que miden los *componentes estructurales de la red*, de los cuales un buen ejemplo es el creado también por Seeman y Berkman (1988). Incluyen información sobre el nú-

mero de miembros de la red, frecuencia de contacto cara a cara, frecuencia de contacto no visual, frecuencia de participación organizacional, reciprocidad, distancia física e intimidad. Tienen mayor longitud que los del grupo anterior (se tarda entre 20 y 60 minutos en contestarlos), también proporcionan medidas objetivas, pero tampoco ofrecen información sobre los mecanismos psicosociales que son de naturaleza mucho más subjetiva (Broadhead, 1983; Bowling, 1991). El instrumento de Seeman y Berkman ha ofrecido buenos datos de consistencia interna (Glass *et al.*, 1997), pero para la mayoría de las herramientas no se ofrece información sobre su validez y fiabilidad (O'Reilly, 1988).

El tercer grupo lo conforman las *medidas de apoyo social*. Incluyen entre 8 y 52 ítems, lo que supone entre minuto y medio y media hora para contestarlos (Orth-Gomer y Unden, 1987). Además de en su longitud, se diferencian entre sí en los tipos de apoyo sobre los que preguntan y en si hacen referencia al apoyo percibido o al recibido. Las que preguntan sobre el apoyo percibido suelen hacerlo en contextos hipotéticos, mientras que las que lo hacen sobre el apoyo recibido se refieren a situaciones reales acontecidas en un periodo de tiempo determinado (Berkman y Glass, 2000); hay diferencias respecto a si se pregunta por el apoyo diario o el necesario en tiempos de crisis (O'Reilly, 1988). Orth-Gomer y Unden (1987) y O'Reilly (1988) presentan un resumen muy completo sobre las propiedades de las herramientas disponibles. De su lectura podemos concluir que había pocos instrumentos basados en una definición clara de apoyo social, cuyas propiedades psicométricas hubieran sido analizadas, que se hubieran desarrollado en población general (lo que es relevante en cuanto a su validez externa) y que no requirieran un tiempo excesivo para ser contestados. Casi todos ellos presentan la limitación de que no refieren sus preguntas a cada uno de los vínculos de la red. Posteriormente a la revisión mencionada han aparecido otras escalas de medida que exploran distintos mecanismos psicosociales y tienen buenas características psicométricas. Sin embargo, tienen otras limitaciones. La de Hanson *et al.* (1989) fue validada en una población exclusivamente masculina. La de Silverstein y Bengtson (1991) se refiere sólo al apoyo emocional recibido de y dado a los hijos. Liang *et al.* (1999) mezclan apoyo emocional e instrumental. La de Kaplan *et al.* (1994) fue evaluada en población general pero, como las tres anteriores, tampoco desglosa el apoyo por vínculos.

En España se ha utilizado en varias encuestas de salud poblacionales el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC desarrollado en Estados Unidos. Según nuestro conocimiento es el único adaptado a nuestro país, con buenos resultados de validez y fiabilidad (De la Revilla, 1991; Lahuerta, 2004). Tiene 11 ítems, pero presenta los inconvenientes de mez-

clar entre sus contenidos aspectos de red social y de apoyo emocional, instrumental y valorativo, sin permitir obtener puntuaciones separadas para cada uno de estos componentes, y de no explorar por separado la relación con los distintos vínculos.

3. Características de las relaciones sociales en la población de estudio

EL ámbito sobre el que se ha realizado el análisis de las relaciones sociales que se presenta en este documento de trabajo ha sido la cohorte *Envejecer en Leganés* y la población del estudio europeo CLESA.

3.1. La cohorte *Envejecer en Leganés*

El análisis se ha realizado en el estudio longitudinal *Envejecer en Leganés*, una cohorte de 1.560 personas mayores de 65 años, representativa de la población de esa ciudad en 1993 (Béland y Zunzunegui, 1995), que ha sido seguida durante el periodo 1993-1999 (Otero *et al.*, 2004).

Leganés es un municipio de la corona metropolitana de Madrid cuya población en el censo de 1991 era de 171.400 habitantes. Según el padrón municipal del mismo año, 13.679 (8%) eran mayores de 65 años. La distribución de edad, sexo y estado civil de la población de mayores de Leganés era similar a la de la población mayor española según el censo de población de 1991 (INE, 1991). El porcentaje de analfabetismo en los mayores de 65 años en Leganés en 1993 (17%) era similar al de la media nacional según el censo de 1991 y al de las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Murcia, inferior al de Andalucía, Extremadura o Canarias y superior al de las Comunidades Autónomas de la mitad septentrional de España.

La distribución por edad y sexo de la muestra basal de la cohorte en Leganés se presenta en el cuadro 3.1.

Hasta el momento actual se han realizado cuatro oleadas de recogida de información, con una periodicidad de dos años. La primera recogida de información se realizó en el año 1993 y, posteriormente, en 1995, 1997 y 1999.

CUADRO 3.1: Distribución por edad y sexo de la muestra elegible de la cohorte *Envejecer en Leganés* (1993)

Estratos de edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
De 65 y 66 años	75	73	148
De 67 y 68 años	72	70	141
De 69 y 70 años	59	71	130
De 71 y 72 años	68	64	130
De 73 y 74 años	66	71	137
De 75 y 76 años	57	68	124
De 77 y 78 años	59	63	121
De 79 y 80 años	63	61	124
De 81 y 82 años	58	57	114
De 83 y 84 años	61	48	107
De 85 y 86 años	47	55	102
De 87 y 88 años	36	45	79
> De 89 años	42	51	93
Total	763	797	1.560

En 1993 se realizaron dos visitas separadas por pocos días al domicilio de cada individuo. En la primera, realizada por encuestadores entrenados, se recogieron datos sociodemográficos, de estado de salud, de autonomía en ABVD e instrumentales de la vida diaria, síntomas depresivos, uso de servicios sanitarios y sociales y relaciones sociales. La segunda, realizada por médicos, incluía un pequeño examen clínico (presión arterial, estatura, estado cognitivo, agudeza visual, audioscopía y examen de la boca) y preguntas sobre limitaciones funcionales, hábitos de vida, peso, accidentes, incontinencia, visión y audición. Cuando el paciente no podía contestar por deterioro cognitivo, enfermedad grave, afasia o problemas auditivos, se solicitaba a un acompañante que lo hiciera, siempre que las preguntas no estuvieran relacionadas con conocimientos o sentimientos.

Similar metodología se siguió en las oleadas de 1995 y 1999. En la tercera oleada de recogida de datos, 1977, ante dificultades presupuestarias, sólo se realizó una entrevista, excluyéndose la exploración médica.

Como se indica en el cuadro 3.2, más del 90% de los individuos elegibles participó en alguna de las cuatro oleadas (1406) y casi dos tercios lo hicieron en dos o más (1002).

CUADRO 3.2: Distribución de los individuos según número de veces en las que se recogió información en el periodo 1993-1999

Número de oleadas en las que ha participado	Número de individuos	Porcentaje
No participaron en ninguna	154	9,9
Participaron en una	404	25,9
Participaron en dos	316	20,3
Participaron en tres	314	20,1
Participaron en las cuatro	372	23,8
Total	1.560	100,0

3.2. El estudio europeo CLESA

La cohorte *Envejecer en Leganés* se integró en 1991 en el Proyecto CLESA, un estudio apoyado por la Unión Europea dentro de su V Programa Marco de Investigación, que tiene por objetivo identificar los determi-

CUADRO 3.3: Distribución de las personas incluidas en la base de datos común del Proyecto CLESA

Grupo de edad	Sexo	Tampere Finlandia	Israel	Italia	Holanda	Leganés España	Suecia	Total
65-74 años	H	165	—	1.408	452	282	190	2.497
	M	172	—	1.409	517	283	292	2.673
	Total	337	—	2.817	969	565	482	5.170
75-84 años	H	80	466	1.405	572	244	77	2.844
	M	116	420	1.406	563	233	156	2.894
	Total	196	886	2.811	1.135	477	233	5.738
85-89 años	H	19	215	—	—	76	6	316
	M	44	186	—	—	82	21	333
	Total	63	401	—	—	158	27	649
65-89 años	H	264	681	2.813	1.024	602	273	5.657
	M	332	606	2.815	1.080	598	469	5.900
	Total	596	1.287	5.658	2.104	1.200	742	11.557

(—) En el diseño del estudio original no se incluía este grupo de edad.

Fuente: Proyecto CLESA (Minicuci *et al.*, 2003).

nantes de la calidad de vida y de la utilización de servicios de las personas mayores de distintos lugares y que supuso la integración en una base de datos común de seis estudios longitudinales sobre personas mayores, cuatro de ellas representativas de sus respectivos países: Israel, Italia, Suecia y Holanda, y otras dos representativas de localidades concretas: Tampere (Finlandia) y Leganés (España). En el cuadro 3.3 se presenta la distribución de los 11.557 individuos mayores de 65 años, procedentes de los seis estudios longitudinales citados, cuyos datos se armonizaron en la base de datos común de CLESA (Minicuci *et al.*, 2003).

3.3. Indicadores utilizados para caracterizar las relaciones sociales

El análisis de las herramientas disponibles indica que para operacionalizar el modelo conceptual de Berkman y Glass es necesario combinar instrumentos que miden los componentes estructurales de la red con otros que valoren los mecanismos psicosociales; entre estos últimos ninguno de los existentes parece cumplir todos los requisitos de definición clara de dominios del apoyo social investigados, desglose por vínculos y validez interna y externa. Este planteamiento y el hecho de que sólo una de estas escalas ha sido validada en España (De la Revilla, 1991) nos animaron a desarrollar nuestro propio instrumento de medida en *Envejecer en Leganés*, partiendo de instrumentos previos y adaptándolos a la situación española.

La formulación de las preguntas sobre relaciones sociales utilizadas en Leganés se recogen en el cuadro 3.4.

El cuestionario recoge información sobre la estructura de la red social y sobre mecanismos psicosociales.

- a) En relación a la estructura de la red social se preguntaba si el individuo formaba parte de alguna asociación o club cultural (con carné de socio) y cuántas veces al mes el individuo acudía: *a*) a la plaza o lugar céntrico del barrio para hacer compras o pasear; *b*) al hogar del pensionista o centro de tercera edad; y *c*) a la parroquia, iglesia o culto. Se preguntaba después cuántos amigos, hijos, hermanos, nietos y sobrinos tenía; a cuántos de cada uno de estos vínculos veía al menos una vez al mes, con cuántos de ellos hablaba por teléfono por lo menos una vez al mes y, respecto a cada vínculo, a qué distancia vivía la persona más cercana. Las preguntas sobre contacto visual y telefónico

son modificaciones de las utilizadas en el Yale Health and Aging Project por Seeman y Berkman (1988).

b) Las preguntas sobre mecanismos psicosociales se formulaban para los cuatro tipos de vínculos fundamentales:

- amigos,
- hijos,
- familia extendida (hermanos-sobrinos-nietos),
- cónyuge.

Cada bloque de preguntas se refería a la frecuencia con que, respecto a los de ese vínculo, el individuo: a) se sentía querido y cuidado; b) se sentía escuchado; c) se sentía reprochado; d) desearía poder confiar más en ellos; e) les ayudaba; f) sentía que tenía un papel importante para ellos; y g) se sentía útil. Las respuestas posibles eran *nunca*, *a veces*, *con frecuencia*, *siempre*. La asignación de puntuación a cada respuesta era de 0 a 3 y se presenta en el citado cuadro 3.4.

También se preguntaba si el individuo tenía la sensación de que durante el año pasado había hecho más por los del vínculo que lo que los del vínculo habían hecho por él. Las respuestas posibles eran: *los otros hicieron más* (0 puntos), *yo hice más* (1 punto), *un poco más* (2 puntos), *aproximadamente lo mismo* (3 puntos). Por último se formulaba una pregunta sobre satisfacción con la relación con el vínculo que admitía las respuestas: *nada satisfecho* (0 puntos), *poco satisfecho* (1 punto), *algo satisfecho* (2 puntos), *satisfecho* (3 puntos), *muy satisfecho* (4 puntos). Algunas de las preguntas de esta batería se tomaron del MacArthur Community Study de Estados Unidos. (Seeman *et al.*, 1994).

c) Se preguntó a los individuos si tenían alguna persona especial con quien compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien sintiera que podían confiar (*confidente*). Las preguntas sobre contacto con el confidente son modificaciones de las utilizadas en el Yale Health and Aging Project por Seeman y Berkman (1988).

A partir de estas preguntas sobre relaciones sociales se construyeron las siguientes variables (entre paréntesis se identifica el nombre que se ha empleado en las publicaciones en inglés realizadas por el grupo y que no se corresponden con una traducción literal al español):

CUADRO 3.4: Preguntas del cuestionario de *Envejecer en Leganés* sobre relaciones sociales

Pregunta	Respuestas posibles y códigos
Participación social	
• ¿Forma parte de alguna asociación o club cultural?	0. No 1. Sí
• ¿Cuántas veces al mes acude usted a:	
• Plaza o lugar céntrico del barrio (para hacer compras o pasear)?	Número
• Hogar del pensionista o centro de tercera edad?	Número
• Parroquia, iglesia o culto?	Número
Amigos	
• En general, ¿cuántos amigos tiene (personas con las que se siente bien, puede hablarles de cosas que le interesan o puede llamarles para que le ayuden)?	Número
• ¿A cuántos amigos ve al menos una vez al mes?	Número
• ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes?	Número
• ¿Cuánto tarda en llegar a la casa del más cercano?	Horas y minutos
Bloque de mecanismos psicosociales (valoraciones y sentimientos)	
Amigos	
• ¿Con qué frecuencia sus amigos le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?	0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre
• ¿Con qué frecuencia sus amigos le escuchan cuando usted necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?	0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre
• ¿Con qué frecuencia siente que sus amigos le reprochan lo que hace?	3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre
• ¿Con qué frecuencia desearía poder confiar más en sus amigos?	3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre
• ¿Con qué frecuencia ayuda usted a sus amigos?	0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre
• ¿Con qué frecuencia siente usted que tiene un papel importante entre sus amigos?	0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre
• ¿Con qué frecuencia se siente usted útil para sus amigos?	0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre
• ¿En general, tiene usted la sensación de que durante el año pasado hizo más por sus amigos de lo que ellos hicieron por usted?	0. Los otros hicieron más 1. Yo hice más 2. Un poco más 3. Aproximadamente lo mismo
• Teniendo en cuenta todas las cosas, ¿cómo está de satisfecho de su relación con sus amigos?	0. Nada satisfecho 1. Poco satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Satisfecho 4. Muy satisfecho
Hijos	
• ¿Cuántos hijos tiene?	Número
• ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes?	Número
• ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes?	Número
• ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano?	Horas y minutos
• ¿Con cuántos de sus hijos cree usted que tiene una relación muy buena?	Número

CUADRO 3.4 (continuación): **Preguntas del cuestionario de *Envejecer en Leganés* sobre relaciones sociales**

Pregunta	Respuestas posibles y códigos
Bloque de mecanismos psicosociales	
Hijos	
• Bloque de valoraciones y sentimientos sustituyendo <i>amigos</i> por <i>hijos</i>	
Hermanos	
• ¿Cuántos hermanos tiene?	Número
• ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes?	Número
• ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes?	Número
• ¿Cuánto tarda en llegar a la casa del más cercano?	Horas y minutos
Sobrinos	
• ¿Cuántos sobrinos tiene?	Número
• ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes?	Número
• ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes?	Número
• ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano?	Horas y minutos
Nietos	
• ¿Cuántos nietos tiene?	Número
• ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes?	Número
• ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes?	Número
• ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano?	Horas y minutos
Bloque de mecanismos psicosociales	
Familia extendida	
• Bloque de valoraciones y sentimientos sustituyendo <i>amigos</i> por <i>hermanos, sobrinos o nietos</i>	
Bloque de mecanismos psicosociales	
Esposo/a-pareja	
• Bloque de valoraciones y sentimientos sustituyendo <i>amigos</i> por <i>esposo/a o pareja</i>	
Confidente	
• ¿Hay alguna persona especial con quien pueda usted compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien usted sienta que puede confiar?	Sí/no
• ¿Qué relación tiene usted con esa persona?	Esposo/a, hija, hijo, hermana, hermano, otro familiar (mujer), otro familiar (hombre), amiga, amigo, profesional, otro

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

- El *índice de vínculos familiares con contacto (family ties)*. Se construyó otorgando un punto por estar casado, otro por ver o hablar por teléfono con al menos uno de los hijos por lo menos una vez al mes, y otro por ver o hablar por teléfono al menos una vez al mes con un hermano, sobrino o nieto. El rango de puntuaciones va por tanto de 0 a 3.
- El *índice de actividades comunitarias (social participation) (social integration)*. Se construyó sumando las actividades a las que el individuo acudía por lo menos una vez al mes. Su rango de puntuación va de 0 a 3 (o de 0 a 4 cuando se incluye la pertenencia a un club o asociación).
- El *índice de diversidad de la red (social ties)*. Sumando los dos índices anteriores con la variable *contacto con los amigos*, que contiene la información de si se veía o hablaba por teléfono con un amigo por lo menos mensualmente, se obtuvo este índice cuyo rango es de 0 a 7.
- *Contactos visuales en un mes*. Se suma el número de hijos, hermanos, sobrinos, nietos y amigos que el individuo veía al menos una vez al mes.
- *Contactos telefónicos en un mes*. Se suma el número de hijos, hermanos, sobrinos, nietos y amigos o con los que hablaba por teléfono al menos una vez al mes.
- *Índice de apoyo emocional recibido (social support)*. Media de la puntuación de las escalas de apoyo emocional recibido de cada uno de los cuatro vínculos (se describen en el apartado siguiente):
 - apoyo emocional recibido de los hijos;
 - apoyo emocional recibido de la familia extendida;
 - apoyo emocional recibido de los amigos;
 - apoyo emocional recibido del cónyuge.
- *Índice de rol del individuo (en la vida de sus vínculos) (social engagement)*. Es la media de las cuatro escalas de rol del individuo en la vida de cada uno de los cuatro vínculos (se describen en el apartado siguiente):
 - rol del individuo en la vida de los hijos;
 - rol del individuo en la vida de la familia extendida;
 - rol del individuo en la vida de los amigos;
 - rol del individuo en la vida del cónyuge.

3.3.1. Construcción y validación de las escalas de apoyo emocional y rol del individuo

El análisis factorial del bloque de variables de mecanismos psicosociales para cada uno de los cuatro vínculos (hijos, familiares, amigos y cónyuge-

ge) detectó una estructura de dos factores en todos los vínculos que explicaban por encima del 62% de la varianza de la información proporcionada por los ítems (Rodríguez Laso, 2004). El primer factor está altamente relacionado con los ítems de sentirse querido, ser escuchado y satisfacción (excepto para el vínculo con los amigos) y por eso lo denominamos *Apoyo emocional recibido*. El segundo presenta buenos coeficientes de correlación con las variables de sentirse útil, prestar ayuda y tener un papel importante, por lo que lo llamamos *Rol que el individuo juega en la vida de sus vínculos*.

En el cuadro 3.5 se presenta el valor *alfa* de Cronbach que indica una consistencia interna moderada y alta de las distintas escalas obtenidas en el análisis factorial. En base a todos los resultados estadísticos obtenidos se construyeron cuatro escalas de apoyo emocional recibido (una por vínculo) y cuatro de rol que el individuo juega en la vida de sus vínculos.

Una vez seleccionados los ítems que constituyen cada una de las escalas se definió la puntuación en cada una de ellas como la media de las puntuaciones de los ítems siempre que se hubiera contestado al menos dos. En el caso de la única escala compuesta por dos ítems se admitió que la respuesta a uno solo de ellos fuera suficiente. Se prefirió este sistema de cálculo de la puntuación al de sumar la puntuación de los ítems debido a que la escala de apoyo emocional recibido de los amigos contaba con un ítem menos, con lo que las puntuaciones respecto a ese vínculo habrían sido sistemáticamente más bajas.

Para evaluar la validez convergente de las escalas se partió de la información proporcionada en varios artículos sobre escalas de apoyo emocional general (Sarason *et al.*, 1983, Lam y Power, 1991) y una escala que combina

CUADRO 3.5: Ítems y valores *alfa* de Cronbach de las distintas escalas de mecanismos psicosociales

Escalas	Ítems	Hijos	Familiares	Amigos	Cónyuge
Apoyo emocional recibido	Sentirse querido				
	Ser escuchado	0,72	0,65	0,61	0,70
	Satisfacción ¹				
Rol del individuo	Ayuda proporcionada				
	Sentimiento de utilidad	0,69	0,72	0,71	0,69
	Papel importante				

¹ No en la escala de amigos.

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

ítems de apoyo emocional recibido, ayuda proporcionada a otros y sentimiento de ser una parte importante en sus vidas (James y Davies, 1987) en los que mayores niveles de apoyo se asocian a menor sintomatología depresiva. Nuestra hipótesis por consiguiente era que nuestras escalas deberían mostrar asociaciones similares. Para comprobarlo, se comparó en cada una de las ocho escalas la sintomatología depresiva (CES-D) de los individuos en el cuartil más bajo de puntuación con la del resto. Los resultados del análisis de la varianza factorial (Rodríguez Laso, 2004), que se presentan en el cuadro 3.6, confirman nuestra hipótesis para siete de las ocho escalas (más síntomas depresivos entre los que reciben menos apoyo emocional o juegan un rol menos importante). Los tamaños de muestra varían en función de la disponibilidad del vínculo.

CUADRO 3.6: Aproximación a la validez convergente de las distintas escalas de mecanismos psicosociales

Escala	n	Diferencia en el log de síntomas depresivos ¹	Valor F	p
Apoyo emocional de los hijos	1.029	0,37	31,97	< 0,001
Apoyo emocional de los familiares	1.058	0,38	33,85	< 0,001
Apoyo emocional de los amigos	551	0,12	1,83	0,177
Apoyo emocional del cónyuge	681	0,27	9,08	0,003
Rol en la vida de los hijos	1.020	0,49	65,04	< 0,001
Rol en la vida de los familiares	1.058	0,45	56,70	< 0,001
Rol en la vida de los amigos	543	0,26	9,02	0,003
Rol en la vida del cónyuge	680	0,34	12,14	0,001

¹ Diferencias de síntomas depresivos entre los individuos del cuartil más bajo de las escalas y el resto (estimadas por ANOVA factorial, ajustado por edad y sexo).

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

3.4. Descripción de las relaciones sociales en Leganés

En el cuadro 3.7 se describen las características sociodemográficas y las relaciones sociales de la población, dividido entre hombres y mujeres, obtenidas a partir de la recogida de datos basales en 1993 entre las 1.174 personas con capacidad para responder por sí mismas a todo el cuestionario (Rodríguez Laso, 2004).

Se trata de una población con bajo nivel de instrucción, principalmente casada o viuda y cuyas formas de convivencia demuestran gran con-

CUADRO 3.7: Características sociodemográficas y de las relaciones sociales de la población *Envejecer en Leganés*¹

	Total	Hombres (43,2%)	Mujeres (56,8%)
Edad	71,5 (71,0-72,0)	70,8 (69,9-71,4)	72,3 (71,6-73,1)
Educación			
Primaria completa	21,2 (19,0-23,4)	30,7 (26,9-34,4)	14,0 (11,6-16,5)
Primaria incompleta	63,3 (60,7-65,8)	61,1 (57,2-65,1)	64,9 (61,6-68,4)
Analfabeto	15,5 (13,6-17,5)	8,2 (5,9-10,4)	21,1 (18,2-24,0)
Estado civil			
Casado	63,7 (61,1-66,3)	85,3 (82,4-88,2)	47,3 (43,7-50,8)
Soltero	3,6 (2,5-4,5)	1,4 (0,4-2,3)	5,2 (3,6-6,7)
Viudo o separado	32,7 (30,2-35,3)	13,3 (10,5-16,0)	47,5 (44,0-51,1)
Cohabitación			
Solos	12,5 (10,7-14,3)	5,6 (3,7-7,5)	17,8 (15,0-20,5)
Solo con el cónyuge	42,7 (40,0-45,4)	56,4 (52,2-60,3)	32,4 (29,0-35,7)
Con los hijos sin el cónyuge	20,5 (18,3-22,7)	8,2 (5,9-10,4)	29,8 (26,6-33,1)
Con el cónyuge e hijos	20,3 (18,2-22,5)	27,9 (24,2-31,5)	14,6 (12,1-17,1)
Acompañado pero no por el conyuge ni hijos	3,9 (2,9-5,0)	1,9 (0,8-3,0)	5,4 (3,8-7,1)
Índice de diversidad de la red (0-7)²	4,7 (4,6-4,8)	5,1 (5,0-5,2)	4,4 (4,3-4,5)
Índice de vínculos familiares con contacto (0-3)	3 (3-3)	3 (3-3)	2 (2-2)
Índice de actividades comunitarias (0-3)	1,7 (1,6-1,7)	1,8 (1,7-1,9)	1,6 (1,6-1,7)
Contacto con los amigos (porcentaje)	48,0 (45,3-50,7)	55,7 (51,7-59,8)	42,0 (38,5-45,6)
Contactos visuales en un mes^a	9 (9-10)	10 (9-11)	9 (8-9)
Contactos telefónicos en un mes^a	7 (7-8)	7 (6-7)	7 (7-8)
Confidente	70,6 (68,2-73,1)	70,2 (66,5-74,0)	71,0 (67,7-74,2)
Índice de apoyo emocional recibido (0-3,5)²	2,9 (2,9-2,9)	2,9 (2,9-3,0)	2,9 (2,8-3,0)
Índice de rol del individuo (en la vida de sus vínculos) (0-3)²	2,2 (2,2-2,2)	2,3 (2,2-2,3)	2,2 (2,1-2,2)

¹ Población que contestó a las preguntas referidas a relaciones sociales en 1993 (n = 1.174).

² Las definiciones de estos índices empleados en *Envejecer en Leganés* se describen en el epígrafe 3.3.

Nota: Los resultados se presentan en porcentajes cuando las variables son categóricas y como media o mediana cuando son numéricas. Las cifras en negrita indican diferencias entre sexos ($p < 0,05$).

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

tacto con los hijos. El 41% de los mayores convive con sus hijos, ya sea con su pareja o después de enviudar.

El 12,5% del total de los mayores de Leganés vivía solo (6% de los hombres y 18% de las mujeres), prácticamente la misma proporción que la media española (Pérez Ortiz, 2002).

Estos datos indican una población con unas características socioeconómicas muy diferentes que las de otros países europeos. En los gráficos 3.1 y 3.2 se muestra que la proporción de la población de los mayores de Leganés con niveles de estudio de primaria o superiores es casi cinco veces menor que en Suecia o en Finlandia y la mitad que en Italia. Igual sucede con la proporción de personas mayores que viven solas, mucho mayor en los países del norte de Europa (45-47% en Suecia, Finlandia u Holanda frente al 12% en España o 19% en Italia).

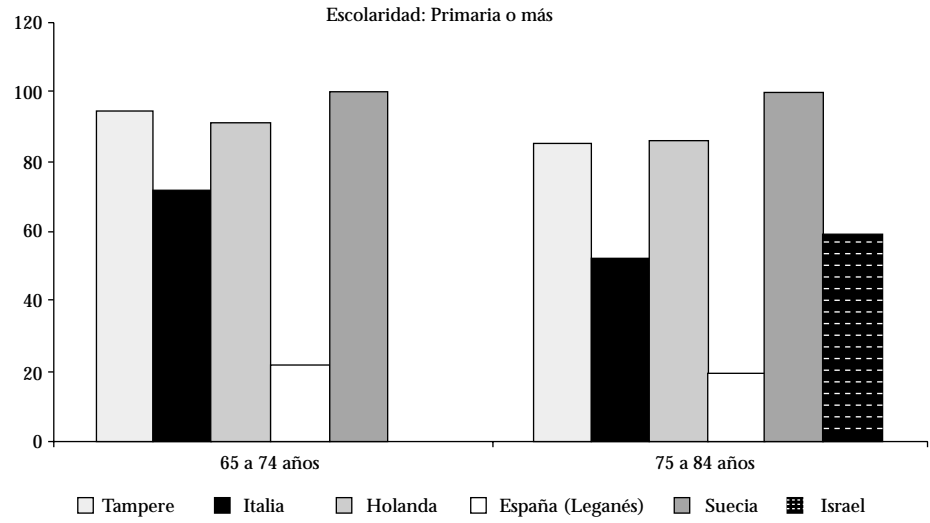
A pesar de que la población de mayores de Leganés es, desde este punto de vista, similar a la media española, es necesario señalar que en los grandes núcleos urbanos de nuestro país la proporción de mayores que viven solos es mucho mayor y se acerca a la media de los países europeos más desarrollados. Así, en base a los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona 2000, Lahuerta (2004) señala que la proporción de mayores de 65 años o más que viven solos es del 34,5% para las mujeres y del 9,8% para los hombres, alcanzando para las mujeres de 75 años o más el 44,7%.

La diversidad de la red es elevada ya que la casi totalidad tiene contactos con hijos y familia extendida. De las actividades comunitarias examinadas, la mayoría dice participar en al menos dos, aunque las mujeres tienden a visitar más la iglesia y los hombres el centro de tercera edad. Los hombres tienen mayor diversidad de contactos que las mujeres, en total y para cada componente del índice de diversidad: contactos familiares, comunitarios y amigos.

El apoyo emocional recibido y la importancia del rol del individuo (en la vida de sus vínculos) para las personas más cercanas obtienen puntuaciones elevadas en sus respectivas escalas y el rol es mayor para los hombres. El 70% dice tener una persona especial en la que poder confiar.

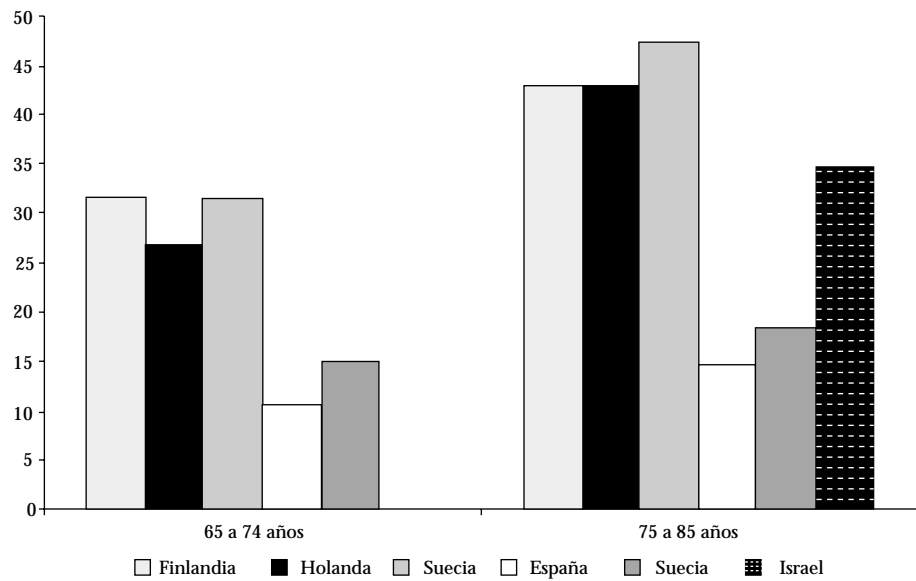
Todos estos datos muestran que la población de Leganés tiene una fuerte red de relaciones sociales centrada en la familia y con elevados intercambios generacionales e intrafamiliares de ayuda, como corresponde a una población mediterránea. De hecho, los resultados del Proyecto europeo CLESA muestran un claro gradiente en el que a medida que las comunidades viven más cerca del sur, sus ancianos tienen más hijos y nietos y disfrutan de una mayor compañía en casa. Sin embargo, este patrón no se aprecia de una manera tan clara en la participación en actividades sociales (Rodríguez Laso, Zunzunegui y Otero, 2004).

GRÁFICO 3.1: Proporción de personas mayores con nivel de instrucción de primaria o más en los estudios del Proyecto CLESA
(porcentajes)



Fuente: Proyecto CLESA (Minicuci *et al.*, 2003).

GRÁFICO 3.2: Proporción de personas mayores que viven solas en los estudios del Proyecto CLESA
(porcentajes)



Fuente: Proyecto CLESA (Minicuci *et al.*, 2003).

4. La influencia de las relaciones sociales en la longevidad

4.1. Evidencia en los estudios internacionales

Tras la revisión inicial de Cassel y Cobb en 1976 sobre apoyo social, el trabajo pionero sobre el efecto de las relaciones sociales sobre la supervivencia fue el realizado por Berkman y Syme en 1979 en población general de 30 a 69 años del condado de Alameda (Estados Unidos). Es de destacar, sin embargo, que el primer trabajo específico sobre población de 65 años o más lo publicó Blazer (1982) tan sólo tres años después.

El interés por circunscribir las investigaciones a este grupo de edad tiene su origen en varias razones: en primer lugar, se trata del segmento de la población que está alcanzando en los últimos tiempos un mayor nivel de crecimiento, sobre todo en países desarrollados. Además, es el que tiene unas tasas de mortalidad más altas, lo que justifica un mayor esfuerzo en estudiar los factores que las determinan y facilita el hallazgo de asociaciones significativas en menos tiempo de seguimiento en los estudios epidemiológicos. Por último, el proceso de envejecimiento supone pérdidas en la red social y en la salud que modifican la disponibilidad de recursos relacionales y hacen al individuo que quiere seguir viviendo en su comunidad más dependiente de ellos; es más, el envejecimiento de los elementos de la red del individuo puede transformarlos en factores estresantes en sí mismos porque demandan una mayor atención. Por el contrario en otros casos, especialmente entre las mujeres, el cambio de rol de proveedoras a receptoras de apoyo que se produce a esas edades puede disminuir el estrés al que se ven sometidas.

Estas consideraciones teóricas que sugieren que los efectos de las relaciones sociales pueden ser diferentes en función de la edad de los individuos ha recibido respaldo empírico. Schoenbach *et al.* (1986) encontraron que el efecto de un índice global de red social y el de alguna medida más específica como la participación en servicios religiosos se incrementaba en personas de mayor edad; Seeman *et al.* (1987) corroboraron este último

dato y añadieron que el efecto negativo de no estar casado sólo se observa en los menores de 60 años, mientras que el efecto positivo de los contactos con familiares y amigos sólo se advierte en los mayores de 60 años.

En el cuadro 4.1 se presenta una relación, ordenada cronológicamente, de los trabajos publicados hasta la fecha realizados en personas de 65 años o más. La comparación de resultados es difícil por la falta de consistencia en la forma de medir las relaciones sociales, las diferentes técnicas empleadas para el análisis, los distintos periodos de seguimiento y la inclusión en los ajustes de diferentes covariables medidas muchas veces de formas también distintas.

Gran parte de la evidencia se concentra en estudios estadounidenses, escandinavos y japoneses aunque también aparecen otros realizados en Hong Kong, Taiwán, Israel, Holanda, Francia y España.

CUADRO 4.1: Estudios sobre relaciones sociales y mortalidad en población de 65 años o más recogidos en la revisión bibliográfica

Lugar del estudio y autores	Población y muestra	Seguimiento y mortalidad
Durham County (Carolina del Norte, EE.UU.), Blazer, 1982	Comunidad n = 331	(30 meses) † 50
New Haven, Hartford y W Haven (EE.UU.), Zuckerman <i>et al.</i> , 1984	Comunidad n = 398	(2 años) † 47
Malmö (Suecia), Hanson <i>et al.</i> , 1989	No específica n = 500	(5 años) † 67
Tampere (Finlandia), Jylhä y Aro, 1989	Comunidad n = 1.060	(6,5 años) † 393
Francia (Suroeste), Grand <i>et al.</i> , 1990	No específica n = 645	(4 años) † 111
Hong Kong, Ho, 1991	Pensionistas n = 1.032	(2 años) † 89
Odense (Dinamarca) Olsen, <i>et al.</i> , 1991	Comunidas n = 1.752	(16 años) † 1.501
HMO de Los Ángeles (EE.UU.), Silverstein y Bengtson, 1991	Comunidad n = 439	(14 años) † 173
EE.UU., Sabin, 1993	Comunidad n = 7.527	(4 años) † 1.719
Tres comunidades (EE.UU.), Seeman <i>et al.</i> , 1994	Comunidad n = 2.761	(5 años)
Japón, Sugisawa <i>et al.</i> , 1994	No específica n = 2.200	(3 años) † 161
HMO del noroeste de (EE.UU.), Shye <i>et al.</i> , 1995	Comunidad n = 455	(15 años) † 261
Suecia, Ljungquist y Sundström, 1996	Comunidad n = 1.062	1954 a final
Iowa (EE.UU.), Cerhan y Wallace, 1997	Comunidad n = 2.575	8 años † 1.059
Mujeres ancianas negras (EE.UU.), La Veist <i>et al.</i> , 1997	Comunidad n = 726	5 años † 113
Holanda, Penninx <i>et al.</i> , 1997	Comunidad n = 2.829	(3 años) † 202
Baltimore (EE.UU.), Yasuda <i>et al.</i> , 1997	Comunidad n = 806	(5 años) † 149
Glostrup (Dinamarca), Avlund <i>et al.</i> , 1998	Comunidad n = 734	(11 años) † 315
Francia (Suroeste), Fuhrer <i>et al.</i> , 1999	Comunidad n = 3.421	(5 años) † 770
Taiwán, Liang <i>et al.</i> , 1999	No específica n = 4.049	(4 años) † 569
Japonés-americanos de Honolulu (EE.UU.), Ceria <i>et al.</i> , 2001	Comunidad n = 3.497	(4-6 años) † 790
Barcelona, Nebot, <i>et al.</i> , 2002	Comunidad n = 755	3 años † 55
Judíos en Israel, Walter-Ginzburg <i>et al.</i> , 2002	C. e insti. n = 1.340	5,3 años) † 812
Taiwán, Beckett <i>et al.</i> , 2002	C.e insti. n = 1.983	3 años † H 210
Detroit (EE.UU.), Brown <i>et al.</i> , 2003	Comunidad n = 846	5 años † 134

En todos ellos se aprecia un efecto de distintos componentes de las relaciones sociales sobre la mortalidad que se mantiene después de ajustar por variables de estado de salud y discapacidad y que, por la variedad cultural y geográfica de las investigaciones presentadas, parece generalizado en países desarrollados (no hemos encontrado ningún trabajo en países de baja renta). La persistencia del efecto tras los ajustes despeja la duda de que la asociación entre relaciones sociales y mortalidad pueda ser debida a que los individuos más enfermos, con mayor riesgo de mortalidad, son también los que disfrutaban de unas relaciones más limitadas.

Cinco trabajos en poblaciones mayores han utilizado índices globales de relaciones sociales (Cerhan y Wallace, 1997; Ceria *et al.*, 2001; Ho, 1991; Seeman *et al.*, 1993; Fuhrer *et al.*, 1999). Las razones de riesgo entre individuos con bajas y altas puntuaciones en los índices de relaciones sociales están, en algunos casos, por encima de dos, una relación mayor aún que las de otros factores de riesgo clásicos como el consumo de tabaco.

Todos los trabajos que han buscado la existencia de un gradiente de efectos de los índices en población anciana lo han encontrado (Seeman *et al.*, 1993, Ceria *et al.*, 2001, Fuhrer *et al.*, 1999).

El estar casado o cohabitar con la pareja ofrece resultados diferentes cuando se relacionan con la mortalidad según diferentes estudios: protector en unos casos (Hanson *et al.*, 1989; Ho, 1991; Liang *et al.*, 1999; Fuhrer *et al.*, 1999), pero no en otros (Sabin, 1993; Sugisawa *et al.*, 1994; Shye *et al.*, 1995; Ljungquist y Sundström, 1996; Penninx, *et al.*, 1997; Walter-Ginzburg *et al.*, 2002), sin que pueda detectarse un patrón geográfico. Jylhä y Aro no encuentran diferencias entre las mujeres en distintos estados civiles ni entre los hombres casados y viudos, pero sí una mayor mortalidad significativa entre los hombres solteros/divorciados (Jylhä y Aro, 1989).

Los resultados sobre el beneficio de tener hijos tampoco son concluyentes. Aparece como factor protector para toda la muestra en el artículo de Zuckerman *et al.* (1984), y para los hombres en el de Beckett, *et al.* (2002); no ejerce ningún efecto en ninguno de los sexos en los de Jylhä y Aro (1989), Sabin (1993), Ljungquist y Sundström (1996) y Walter-Ginzburg *et al.* (2002), ni en las mujeres de más de 75 años en el de Yasuda (1997), aunque este último autor identifica como factor de riesgo el tener tres o más hijos para las mujeres de menos de 75 años.

Los dos trabajos que han estudiado la asociación de la mortalidad con tener amigos refieren asociaciones no significativas, pero en los dos casos sólo se presentan los datos ya ajustados por variables de estado de salud y los tamaños de muestra son reducidos (Zuckerman *et al.*, 1984; Yasuda *et al.*, 1997).

La participación en organizaciones se identifica como protectora para todos los individuos en tres publicaciones (Sabin, 1993; Sugisawa *et al.*, 1994; y Fuhrer *et al.*, 1999), y para las mujeres mayores de 75 años en otra (Yasuda *et al.*, 1997). Grand (1990) encuentra una tendencia a la protección que quizá no alcance la significación estadística por problemas de potencia.

La asistencia a los servicios religiosos se ha demostrado beneficiosa en los artículos de Sabin (1993), Ljungquist y Sundström (1996) y en el de Zuckerman *et al.* (1984), pero en este último caso sólo en los individuos con mala salud.

La integración social en el barrio, medida en los diferentes trabajos como años que la persona lleva viviendo en él o por la existencia de una buena relación con los vecinos, ha ofrecido resultados protectores significativos en varios estudios (Ho, 1991; Yasuda *et al.*, 1997 —en mayores de 75 años—; Nebot *et al.*, 2002 —en mujeres—; Walter-Ginzburg *et al.*, 2002). En otras investigaciones los resultados van en la misma dirección aunque sin alcanzar la significación estadística (Hanson *et al.*, 1989; Yasuda *et al.*, 1997 —en menores de 75 años—; Nebot *et al.*, 2002 —en hombres).

El sentimiento de soledad no se relaciona con la mortalidad en el trabajo de Penninx *et al.* (1997), pero sí lo hace, incluso después de ajustar por edad, en el de Ljungquist y Sundström (1996) y por variables de estado de salud en los de Jylhä y Aro (1989) y Grand *et al.* (1990).

Todos estos resultados sugieren que, más allá de diferencias metodológicas, puede haber diferencias culturales en la asociación de relaciones sociales y mortalidad. Así lo confirmaron Seeman *et al.* (1993), en tres comunidades de Estados Unidos y nosotros mismos en el Proyecto CLESA (Rodríguez Laso, Zunzunegui y Otero, 2004).

Algunos estudios han examinado la posibilidad de que los efectos de las relaciones sociales sobre la mortalidad sean diferentes en hombres y en mujeres. La convivencia (Avlund *et al.*, 1998), las visitas a familiares y amigos (Fuhrer *et al.*, 1999), los contactos con amigos y vecinos o no tener hijos (Beckett *et al.*, 2002) tienen mayor influencia en la mortalidad de los hombres, mientras que el apoyo instrumental (Avlund *et al.*, 1998) y vecinal (Nebot *et al.*, 2002) y la participación social (Beckett *et al.*, 2002) son más relevantes en las mujeres. De nuevo, los datos procedentes de Finlandia no corroboran diferencias entre hombres y mujeres (Jylhä y Aro, 1989).

Dos de los trabajos que comparan los efectos por sexo permiten aventurar alguna hipótesis sobre cuál es el periodo de protección que confieren unas relaciones sociales amplias. Seeman *et al.* (1994) encuentran riesgos relativos mayores en mujeres que en hombres en las comunidades rurales de Iowa (riesgo relativo 3,00 y 2,18, respectivamente). Sin embargo, estos resul-

tados no se mantuvieron con el paso de los años. Cerhan y Wallace (1997) utilizaron los supervivientes de este estudio y los siguieron otros ocho años. Sus resultados fueron que el efecto de las relaciones sociales limitadas es sólo un poco mayor en hombres que en mujeres, pero continúa siendo importante en ambos sexos (1,6 frente a 1,3). Esto sugiere que las redes sociales predicen mejor la mortalidad en los mayores a corto plazo, bien porque los mecanismos mediante los que actúan sean rápidos o bien porque durante periodos de seguimiento más prolongados es más fácil que se produzcan cambios en la red.

Otros autores han examinado los efectos de las relaciones sociales sobre la mortalidad según el estado de salud basal. Por ejemplo, Jylhä y Aro (1989) obtienen que el efecto de la participación social es mayor en los que consideran su salud como buena, mientras que en otro trabajo (Fuhrer, 1999) los efectos son mayores en individuos deprimidos, y en otros tres (Sabin, 1993; Penninx *et al.*, 1997; Yasuda *et al.*, 1997) no se ha encontrado nada distinto en enfermos respecto a sanos. Beckett *et al.* (2002) no han encontrado diferencias entre individuos expuestos o no a sucesos estresantes, lo que va en contra de la teoría de Cassel y Cobb de una acción tamponadora de las relaciones sociales sobre el estrés.

4.2. Resultados de *Envejecer en Leganés*

4.2.1. La esperanza de vida en los mayores de Leganés comparada con otros estudios europeos

En el estudio CLESA se han analizado las tasas de mortalidad en las seis poblaciones participantes tras un periodo de seguimiento entre dos y cuatro años (Noale *et al.*, 2005).

Como se muestra en el cuadro 4.2 la tasa estandarizada de mortalidad entre la población de personas mayores de Leganés es de las más bajas de los distintos países estudiados. Destaca esta esperanza de vida superior en este grupo de población que, como ya se ha comentado, pertenece a un estrato social mayoritariamente medio-bajo, frente a las de países más ricos .

4.2.2. Análisis de la influencia de las relaciones sociales en la mortalidad. Aspectos metodológicos

Se ha determinado el estado vital de todos los individuos de la cohorte de Leganés en un periodo de algo más de seis años a partir de los registros oficiales de la Comunidad de Madrid, del Padrón Municipal y de los resultados de los seguimientos periódicos.

CUADRO 4.2: Tasa de mortalidad anual por grupos de edad y sexo calculada en los seis estudios del Proyecto CLESA

Grupos de edad y sexo	Tampere 1991 (Finlandia)	Israel 1991	Italia 1994	Holanda 1994	Leganés 1995	Suecia 1989
Hombres 65-74 años	45,90	—	36,11	30,07	32,86	45,98
Hombres 75-84 años	104,32	108,28	89,94	96,27	72,25	78,91
Hombres 75-89 años	146,73	106,45	—	—	107,45	122,49
Mujeres 65-74 años	26,52	—	20,13	18,34	12,17	—
Mujeres 75-84 años	98,66	67,00	72,83	44,64	45,47	52,03
Mujeres 75-89 años	115,15	83,45	—	—	69,38	62,86

(—) Este grupo de edad no estaba incluido en el estudio original.

Nota: Tasa de mortalidad estandarizada para cada grupo de edad y sexo.

Fuente: Proyecto CLESA (Noale *et al.*, 2005).

El análisis estadístico se ha realizado por medio de modelos de riesgos proporcionales jerárquicos (modelo de Cox), en los que las variables entran siguiendo el modelo conceptual propuesto por Berkman y Glass (2000) que se ha presentado en el capítulo 2. En primer lugar se incorporan al modelo las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo) y de red social: índice de diversidad de red, índice de vínculos familiares con contacto, índice de actividades comunitarias, existencia de contacto mensual con amigos, y contactos visuales y contactos telefónicos totales mensuales, variables descritas todas ellas en el capítulo 3. Posteriormente se añadieron las de mecanismos psicosociales: existencia de confidente, índice de apoyo emocional recibido e índice de rol del individuo (en la vida de sus vínculos). En los últimos pasos se incluyeron variables mediadoras entre las relaciones sociales y la mortalidad: hábitos de vida (fumar y actividad física); síntomas depresivos, *locus* de control, satisfacción con la vida, trastornos crónicos y función cognitiva. Se puede encontrar una descripción detallada en la tesis doctoral de Rodríguez Laso (2004).

El análisis bivariado muestra asociación estadísticamente significativa entre casi todas las variables que miden las relaciones sociales y la mortalidad a los seis años (cuadro 4.3).

Los resultados de los análisis multivariados que se presentan en el cuadro 4.4 muestran las razones de riesgo (HR) de las relaciones sociales sobre la mortalidad ajustadas por edad, sexo y nivel de instrucción. Los resultados son similares, aunque más imprecisos cuando se ajustan por variables intermedias de salud física, mental y hábitos de vida (Rodríguez Laso, 2004).

CUADRO 4.3: Análisis bivariado entre las distintas variables de relaciones sociales y la mortalidad en el estudio *Envejecer en Leganés*

	Hombres (51,2%)			Mujeres (48,8%)		
	Vivos n = 387	Fallecidos n = 214	p	Vivos n = 435	Fallecidas n = 138	p
Estado civil ¹			< 0,001			< 0,001
Casado		29,8			14,7	
Soltero		12,5			23,3	
Viudo o separado		60,0			31,2	
Cohabitación			< 0,001			< 0,001
Solos		47,2			16,0	
Solo con el cónyuge		27,1			16,0	
Con otros		45,0			31,0	
Índice diversidad de red (0-7)[†]	5,1 (1,2)	4,6 (1,3)	< 0,001	4,4 (1,3)	3,5 (1,3)	< 0,001
Índice vínculos familiares (0-3)*	3 (2-3)	3 (1-3)	< 0,001	2 (1-3)	2 (1-3)	< 0,001
Índice actividades comunitarias[†]	1,8 (0,8)	1,6 (0,9)	< 0,001	1,7 (0,8)	1,1 (0,9)	< 0,001
Contactos visuales en un mes*	10 (2-30)	9,5 (2,0-24,3)	0,115	9 (2-23)	7 (2-21)	0,002
Contactos telefónicos en un mes*	7 (0-22)	4,5 (0-22,3)	< 0,001	8 (0-25)	4 (0-23,1)	< 0,001
Apoyo emocional recibido (0-3,5)*	2,9 (2,0-3,3)	2,9 (2,0-3,3)	0,146	2,9 (1,7-3,3)	3,0 (1,5-3,3)	0,747
Tipos de vínculos de los que recibe apoyo (0-4)*	3 (1-4)	3 (1-4)	< 0,001	3 (1-4)	2 (1-4)	< 0,001
Índice rol medio del individuo (0-3)*	2,3 (1,2-3,0)	2,0 (0,8-3,0)	< 0,001	2,2 (1,1-3,0)	1,9 (0,5-3,0)	< 0,001
Núm. de tipos de vínculos donde el individuo juega un rol (0-4)*	3 (0-4)	2 (0-4)	< 0,001	2 (0-4)	1 (0-3)	< 0,001
Contacto con los amigos¹			0,241			0,011
Sí		33,4			18,5	
No		38,0			27,7	
Confidente¹			0,002			< 0,001
Sí		31,4			19,5	
No		44,6			34,1	
Índice de rol medio¹			< 0,001			0,001
Quintil 1		52,0			38,8	
Quintil 2		42,9			22,2	
Quintil 3		28,4			19,7	
Quintil 4		30,5			18,8	
Quintil 5		30,2			19,1	

¹ En las variables cualitativas se presenta el porcentaje de fallecidos en cada categoría.

Q1: quintil con menor rol. Q5: quintil con mayor rol.

Nota: En las variables cuantitativas se presenta la media [†] (y su desviación) o la mediana* (y los percentiles 9, 95).

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

CUADRO 4.4: Las asociaciones de las relaciones sociales en la mortalidad. Análisis multivariante

	Modelo de red	Modelo de mecanismos psicosociales
Edad	1,10 (1,08-1,11)	1,09 (1,08-1,11)
Sexo (ref. mujer): Hombre	1,83 (1,44-2,32)	1,85 (1,45-2,35)
Educación (ref. Primaria completa):		
Primaria incompleta	1,12 (0,85-1,47)	1,12 (0,85-1,48)
Analfabeto	1,32 (0,93-1,87)	1,35 (0,95-1,92)
Índice de diversidad de red	0,87 (0,80-0,96)	0,90 (0,82-0,99)
Log contactos visuales en un mes	1,00 (0,84-1,19)	1,03 (0,87-1,23)
Log contactos telefónicos en un mes	0,90 (0,81-1,01)	0,94 (0,83-1,05)
Confidente (ref. número): Sí		0,74 (0,60-0,93)
Índice de apoyo emocional recibido		0,96 (0,76-1,21)
Índice de rol del individuo en la vida de sus vínculos (ref. quintil más bajo):		
Quintil 2		0,74 (0,53-1,03)
Quintil 3		0,62 (0,44-0,86)
Quintil 4		0,71 (0, 51-0,98)
Quintil 5		0,75 (0,53-1,07)

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

4.2.3. Principales hallazgos del estudio *Envejecer en Leganés*

A continuación organizamos la discusión de estos resultados según los cuatro hallazgos principales que relacionan aspectos de las relaciones sociales y la longevidad:

- a) el efecto beneficioso de la diversidad de la red social;
- b) los beneficios de las actividades comunitarias;
- c) el carácter protector de la disponibilidad de un confidente; y
- d) los efectos de sentirse importante y útil para las personas allegadas.

En otro apartado se presentan los comentarios sobre otras variables de las relaciones sociales para las que no se ha podido demostrar que estén asociadas a la mortalidad en las personas mayores.

4.2.3.1. *El efecto beneficioso de la diversidad de la red social*

Por cada aumento de una unidad en el índice de diversidad de red se produce una reducción del 13% en el riesgo de mortalidad (intervalo de confianza del 95% —IC95— de 4 a 20%). Este resultado es compatible con el de todos los trabajos que han empleado este tipo de índices-resumen en poblaciones envejecidas y que demuestran un efecto beneficioso de la mayor diversidad de la red social sobre la mortalidad (Ho, 1991, Seeman *et al.*, 1993; Cerhan y Wallace, 1997; Ceria *et al.*, 1999; Fuhrer *et al.*, 1999).

En el estudio *Envejecer en Leganés* tras seis años de seguimiento (1993-1999) se confirma que el 82% de aquellas personas con una buena red social continuaban vivas, mientras que entre las personas socialmente aisladas esta proporción bajaba al 68%.

A pesar de que el índice de actividades comunitarias, que mide la participación social, es el único componente del índice de diversidad de red que muestra en nuestros análisis una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad, sería un error considerar que el efecto sea debido sólo a él (los otros componentes del índice se refieren a la familia y a los amigos). El índice de diversidad de red responde a un concepto global: el de la variedad de fuentes de socialización de que disfruta un individuo; aquellos con puntuaciones bajas están más aislados socialmente mientras que los que ofrecen puntuaciones más altas tienen mayor oportunidad de poner en juego los mecanismos psicosociales que se recogen en el esquema conceptual de Berkman y Glass.

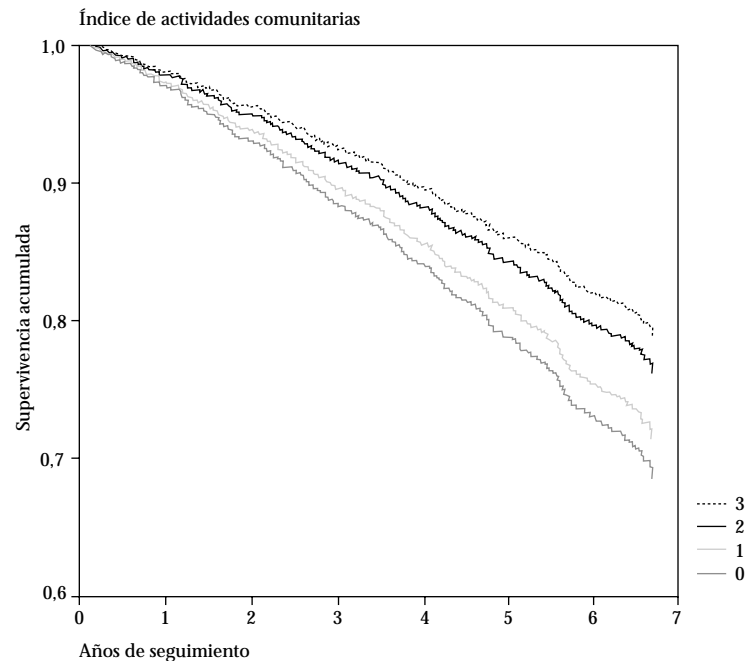
4.2.3.2. *El efecto beneficioso de las actividades comunitarias*

Las actividades comunitarias están entre los elementos de la red que más consistentemente se han encontrado asociados con la supervivencia en estudios en población envejecida (Jylhä y Aro, 1989; Ho, 1991; Sabin, 1993; Sugisawa *et al.*, 1994; Walter-Ginzburg, 2002) y población general (House *et al.*, 1982 —sólo en hombres—; Welin *et al.*, 1985; Kawachi *et al.*, 1996; Dalgard y Håheim 1998; Iwasaki *et al.*, 2002 —sólo en hombres).

El gráfico 4.1 presenta la probabilidad de supervivencia. Por cada unidad de aumento del índice de actividades comunitarias se reduce el riesgo de muerte en un 19% (IC95 de 8 a 28%), por término medio, ajustando sólo por variables sociodemográficas y en un 12% (IC95 de 0 a 22%) en el modelo completo, incluyendo hábitos de vida y salud.

La investigación cualitativa (Conde y Marinas, 1997; Santamarina *et al.*, 2002) aporta razones que explican el origen del efecto de las actividades comunitarias. Los mayores de hoy en día construyen su identidad social en

GRÁFICO 4.1: Supervivencia estimada de los individuos con distintos niveles de índice de actividades comunitarias



Nota: Después de ajustar por otras variables sociodemográficas, de relaciones sociales, de hábitos de vida, psicológicas, de enfermedad y de discapacidad.

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

parte por oposición al estereotipo presente en España que asimila vejez con inutilidad, pasividad, dependencia y muerte social. La vinculación y participación en actividades sociales es una muestra de esa capacidad de persistencia en el entramado social. Por otro lado estas actividades, que precisan de una cierta movilidad física y de la capacidad de salir de casa, tienen para este colectivo un valor simbólico de salud, de posibilidad de mover el propio cuerpo. Además, permiten organizar en torno a ellas una rutina que es muy necesaria en una época en la que ya han desaparecido otros elementos organizadores del tiempo como el trabajo y el cuidado de los hijos. Por último, favorecen la relación con otras personas.

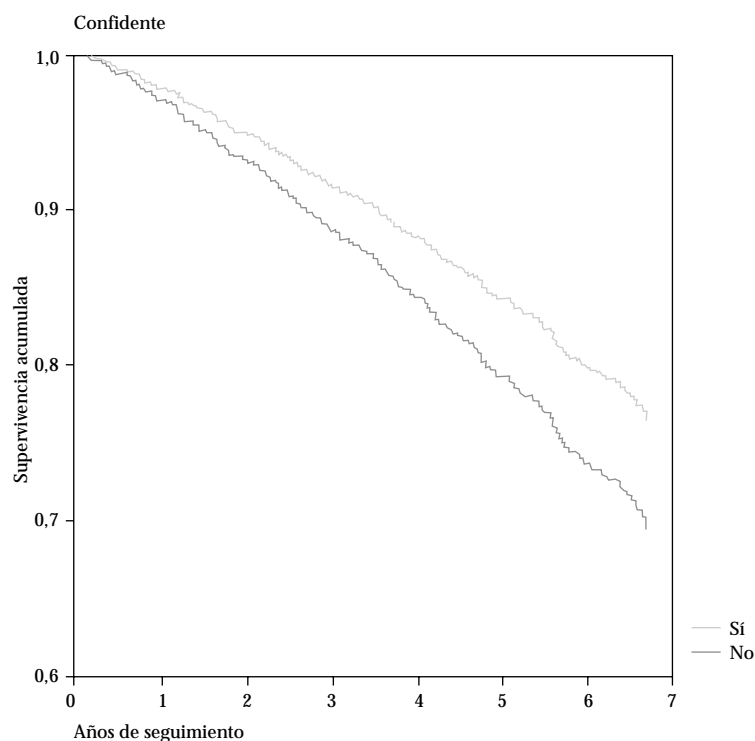
Ni para el índice de actividades comunitarias ni para el de diversidad de red, descrito en el apartado anterior, hemos encontrado pruebas en contra de que se comporten siguiendo un gradiente lineal. A mayor participación en actividades sociales menor mortalidad, sin que exista un efecto umbral o techo.

4.2.3.3. *El carácter protector de la disponibilidad de un confidente*

A pesar de la extensa red social y la frecuencia de contactos, más de un tercio de los mayores de Leganés dicen no tener un confidente, una persona en la que puedan confiar y a la que le puedan contar los problemas personales. Cuando existe, el confidente de los hombres suele ser su esposa mientras que el confidente de las mujeres suele ser otra mujer (hija, amiga) y en segundo lugar el esposo. Creemos que este tema debe ser objeto de futuras investigaciones.

La disponibilidad de un confidente se demuestra como un fuerte protector de mortalidad (gráfico 4.2). Esta asociación no ha sido muy estudiada en la bibliografía consultada, pero es importante en la población de Leganés. Reduce el riesgo de muerte en un 26% por término medio (IC95 de 7 a 40%) en el modelo ajustado por variables sociodemográficas y en un 22% (IC95 de 2 a 38%) en el modelo completo. Se trata de un resultado sorprendente teniendo en cuenta la poca atención que ha

GRÁFICO 4.2: Supervivencia estimada de los individuos con confidente



Nota: Supervivencia estimada de los individuos con y sin confidente después de ajustar por otras variables sociodemográficas, de relaciones sociales, de hábitos de vida, psicológicas y de enfermedad.

recibido este aspecto de las relaciones sociales en los estudios sobre mortalidad realizados hasta la fecha. De los trabajos revisados, sólo uno en población anciana lo ha incorporado como variable aislada (Zuckerman *et al.*, 1984) y no ha encontrado relación con la supervivencia, aunque es un trabajo con una muestra reducida y, por lo tanto, con problemas de potencia.

Se ha descrito la asociación de esta variable con otros resultados de salud como el número de síntomas depresivos (Goldberg *et al.*, 1985; Oxman *et al.*, 1992) y la función física (Michael *et al.*, 1999) en los mayores, y la patología coronaria en la población general (Williams *et al.*, 1992; Dickens *et al.*, 2004). Se explican estos hallazgos y el nuestro por el hecho de que el concepto de confidente, según lo definíamos en la pregunta de nuestro estudio, combina los de intimidad, escucha y confianza, elementos propios de la red y de sus mecanismos psicosociales.

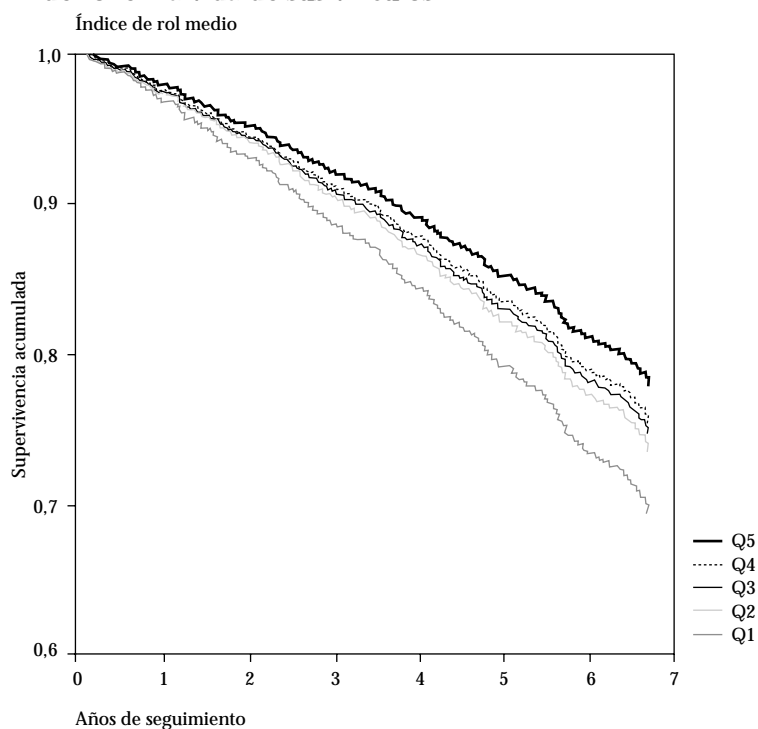
4.2.3.4. *El hecho de sentirse importante y útil para las personas allegadas*

Los resultados de este índice que hemos definido como índice de rol del individuo (en la vida de sus vínculos) son sorprendentes por su falta de linealidad. En el gráfico 4.3 se representa la supervivencia a lo largo de los seis años de estudio en relación a distintos valores de dicho índice expresado en quintiles (Q1: quintil con menor rol y Q5: quintil con mayor rol).

La relación entre la importancia del rol y la mortalidad es curvilínea. El hecho de considerarse útil e importante para las personas allegadas está asociado con una mayor longevidad sólo cuando las demandas no son excesivamente elevadas (quintil 3). El considerarse útil e importante en todos los vínculos sociales (quintil 5) —para los hijos, para el resto de la familia, para los amigos, para el esposo— puede llegar a ser perjudicial y aumentar el riesgo de mortalidad, que llega a ser cercano al de las personas que se sienten poco útiles (quintil 2). Éste es el único indicio que hemos encontrado en nuestro trabajo de un posible efecto negativo de una red social excesivamente demandante. Podemos formular la hipótesis de que los mayores que siempre juegan un papel importante, se sienten útiles y ayudan a todos sus vínculos están expuestos a un estrés que disminuye su supervivencia.

No hemos encontrado ninguna investigación que haya utilizado una variable igual a la nuestra de rol jugado con respecto a los vínculos que representa un concepto relacionado pero distinto al del apoyo prestado por el individuo, que sí se ha visto asociado con la mortalidad (Kaplan *et al.*, 1994; Avlund, *et al.*, 1998; Brown *et al.*, 2003) y con la felicidad (Antonucci y Akiyama, 1987).

GRÁFICO 4.3: Supervivencia estimada de los individuos con distintos niveles de rol en la vida de sus vínculos



Nota: Después de ajustar por otras variables sociodemográficas, de relaciones sociales, de hábitos de vida, psicológicas, de enfermedad y de discapacidad.

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Rodríguez Laso, 2004).

4.2.4. Hallazgos no esperados

La ausencia de relación con la mortalidad de los contactos con la familia y amigos y del apoyo emocional recibido, así como el que no se hayan demostrado diferencias entre hombres y mujeres en el papel protector de las relaciones sociales en la población de Leganés merece también un comentario.

La frecuencia de contactos, telefónicos o personales, con la familia no parece estar asociada con la longevidad. Este resultado contrasta con otros estudios y puede estar influido por la escasa variabilidad en la muestra estudiada ya que existe un número muy pequeño de personas que carecen de este tipo de contactos y la mayor parte de la población estudiada refiere tener contactos semanales con varios miembros de la familia. Esto hace difícil detectar un dintel por debajo del cual los individuos tendrían un mayor riesgo de morir. En esta línea, la ausencia de asociación entre la frecuencia

de contactos y la mortalidad encontrada en una población de funcionarios franceses ha sido explicada por Berkman por el elevado contacto con la red familiar, que hace difícil el estudio de esta característica en una población que carece de un grupo aislado suficientemente grande que permita su estudio (2004).

El contacto con los amigos no se asocia significativamente con la mortalidad. Este resultado es concordante con el de otros trabajos (Zuckerman *et al.*, 1984; Yasuda *et al.*, 1997), lo que puede estar relacionado con el hecho de que las pérdidas en la red de amigos con el envejecimiento pueden llevar a los mayores a contar menos con ellos.

Resulta muy llamativo que el apoyo emocional recibido no prediga la mortalidad y sí lo haga el rol que el individuo siente que juega en la vida de sus vínculos. La contraposición entre uno y otro estriba en el papel que el individuo mayor juega en los dos mecanismos: receptor pasivo en el primero, agente en el segundo. Parece que es la tarea que el sujeto realiza hacia los otros la que le produce beneficios de salud y no el apoyo emocional recibido.

Los datos de Leganés no apoyan el modelo de Berkman en el sentido de que al introducir en el análisis el apoyo social, las variables psicológicas y los hábitos de vida, no se modifica la fuerza de la asociación entre las redes sociales y la mortalidad, como demuestra la coincidencia de los modelos multivariantes con los análisis bivariados (Rodríguez Laso, 2004).

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las asociaciones entre relaciones sociales y mortalidad. Esto ya fue descrito en el estudio finlandés (Jylhä y Aro, 1989) y en el estudio francés (Berkman *et al.*, 2004). Por el contrario, el trabajo de Beckett *et al.* (2002) ha encontrado que los contactos personales o telefónicos escasos semanales con amigos y vecinos eran factor de riesgo de mortalidad sólo para los hombres, mientras que la poca participación en actividades sociales lo era sólo para las mujeres. La investigación cualitativa aporta razones que pueden justificar la inexistencia de diferencias de efectos entre sexos con el envejecimiento. En un trabajo realizado con grupos focales con personas de 55 a 75 años de la Comunidad de Madrid, Conde y Marinas (1997) han apreciado un proceso de convergencia en la tradicional separación de roles por género a estas edades, que puede producir una mayor similitud en la forma en que se valoran distintos aspectos de la vida, entre ellos las relaciones sociales. La jubilación y la emancipación de los hijos hace que las tareas y la distribución de tiempos de la pareja sea más parecida, mientras que el mundo afectivo y emotivo, tradicionalmente poco relevante para los hombres, toma para ellos una mayor importancia. Para ambos géneros la participación en actividades sociales se asocia a vivir en buena salud.

5. Volumen y tendencias de la discapacidad en las personas mayores

5.1. Evidencias en los estudios internacionales

Algunos autores habían vaticinado que la sociedad actual podría estar encaminándose a una epidemia de discapacidad, asociada al aumento de la longevidad con una fuerte carga de morbilidad (Gruenberg, 1977), mientras otros predecían un futuro en el que la esperanza de vida libre de discapacidad iría aumentando (Fries, 1980; Manton, 1982).

Los resultados de los estudios sobre las tendencias de la prevalencia de la discapacidad no coinciden. En Australia y Reino Unido la disminución de la discapacidad es pequeña; en Holanda y Finlandia no se detecta un descenso apreciable; Suecia y Canadá experimentan reducciones moderadas en la prevalencia de discapacidad; y en Alemania, Francia, Japón y Estados Unidos se observan disminuciones considerables (Jacobzone, 1999; Winblad, 2001; Freedman *et al.* 2002). La reducción del riesgo es mayor en hombres que en mujeres y es menor en edades avanzadas (Jacobzone, 2000; Manton, 1997). Santos-Eggiman (2002) subraya que no existe evidencia científica suficiente que sugiera que esta tendencia a la disminución de la discapacidad observada en algunos países continuará en los próximos años.

Los datos sobre tendencias de la discapacidad y del estado funcional en países del sur de Europa son muy escasos. Un estudio reciente ha encontrado una mayor esperanza de vida unida a una menor esperanza de vida libre de discapacidad en las personas mayores de países del sur de Europa (Italia y España) que en países del norte (Finlandia, Suecia y Holanda) (Mincucci *et al.*, 2004).

En este marco de resultados divergentes, Robine y Michel (2004) han propuesto, desde una perspectiva demográfica, un modelo conceptual de transición a la discapacidad para entender la dinámica entre longevidad,

morbilidad y discapacidad. De acuerdo con este modelo, en la etapa inicial de esa transición la mayor supervivencia de las personas mayores se asocia a enfermedades más graves, especialmente enfermedades crónicas, que originan un aumento de la prevalencia de la discapacidad. En una segunda etapa se produce una compresión de la morbilidad (hipótesis introducida por Fries en 1980), achacable a una mejora de las condiciones de vida y de la atención sanitaria. Distintos trabajos ya venían apuntando que la disminución de la discapacidad está asociada a una mejora en el diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades crónicas en estas edades (Freedman y Martin, 2000) que, si no producen una disminución de su prevalencia, sí reducirían su grado de severidad.

La propuesta conceptual de Robine y Michel incluye que ambas etapas en esta transición a la discapacidad no se dan de forma sincronizada en los distintos países debido a los diferentes contextos socioeconómicos y culturales.

Guralnik (2004) señala que, aunque el modelo de Robine y Michel es interesante e intelectualmente provocador, todavía pertenece al campo de la teoría y se requieren más evidencias empíricas. Por otra parte, es necesario tener presente que a pesar de la mejora de la salud entre las personas mayores en los últimos veinte años es probable que las necesidades de cuidados sanitarios aumenten en el futuro, ya que el número total de años de discapacidad (no el de personas con discapacidad) también puede aumentar porque el número de personas que alcancen una edad muy avanzada va a ser muy alto (Guralnik, 2002).

5.2. La situación de la discapacidad en España

En los últimos años los estudios de base poblacional de la discapacidad ligada al envejecimiento han sido un tema objeto de estudio frecuente en distintos grupos de investigadores españoles.

Se han realizado muchos trabajos seleccionando muestras representativas de personas mayores en distintos ámbitos de la geografía española (Eiroa Patiño, 1996; López-Torres *et al.*, 1997; Martínez de la Iglesia *et al.*, 1997; Valderrama Gama *et al.*, 1998; Suárez García *et al.*, 2000; Tomás Aznar *et al.*, 2002; Valderrama Gama, 2002; Graciani *et al.*, 2004). A pesar de las dificultades en comparar los resultados debido a que la medida de la discapacidad no ha sido homogénea en los distintos estudios, describen un panorama muy semejante: la discapacidad para las ABVD oscila para la población mayor de 65 años entre el 15 y el 25%, y cuando se refieren a los mayores de 75 estas cifras se elevan hasta el 25 y el 35% con un clara diferencia en las

mujeres, cuya prevalencia de discapacidad es mucho mayor que la de los hombres.

La disponibilidad de las diferentes encuestas sobre discapacidad y apoyo informal a las personas mayores realizadas en las últimas décadas en España:

- encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (EDDM) de 1986 (INE, 1987);
- la encuesta sobre apoyo informal a las personas mayores, CIS 1994
- encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDES), 1999 (INE, 2001);
- encuestas nacionales de salud realizadas entre 1987 y 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997, 2003).

Estas encuestas han permitido a otros autores estimar la evolución del número de personas dependientes (Morán Aláez, 1999; Antares, 2000; Casado y López-Casasnovas, 2002; Puga, 2002; Puga y Abellán; 2004; Sagarduy-Villamor *et al.*, 2005).

La proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad severa o discapacidad en las ABVD oscila entre el 12 y el 25% según estos autores. Al comparar los resultados de estos estudios, en algunos casos dispares, hay que tener presente que se basan en metodologías diferentes, sobre todo en la medida de los diferentes tipos de discapacidad, obligados, entre otros motivos, por los cambios en la formulación de las preguntas en las sucesivas encuestas.

Según Puga y Abellán (2004), los valores absolutos y las tasas globales de discapacidades medidas con las categorías de cuidado personal, actividades de la vida cotidiana, andar o salir de casa aumentaron en el periodo 1986-1999, debido al proceso de envejecimiento de la población española.

Sagarduy-Villamor *et al.* (2005), refiriéndose a las discapacidades severas en su conjunto, señalan un descenso sustancial, especialmente evidente en los hombres (3,7% de descenso anual relativo entre 1986 y 1999 cuando se ajustan las prevalencias por edad) y menos pronunciado para las mujeres y para los mayores de 75 años. Cuando se tiene en cuenta sólo la discapacidad en el cuidado de uno mismo, detectan un ligero aumento a lo largo del periodo en las prevalencias ajustadas tanto para hombres (0,5% anual) como para mujeres (1,8% anual).

Cuando se han comunicado proyecciones sobre el número total de personas mayores discapacitadas, los distintos autores contabilizan un aumento en el número absoluto, aunque oscila según los distintos escenarios planteados (véase cuadro 5.1).

CUADRO 5.1: Comparación de los resultados de los estudios sobre previsión de la prevalencia de discapacidad en España en mayores de 64 años

Autor	Fuente de datos	Año de la proyección y resultados
Morán Aláez (1999)	ENS, 1993	2005/1.359.757
Antares (2000)	Varias encuestas hasta 1998	1998/1.267.953 ¹ 2026/1.500.000 ¹
Casado y López-Casasnovas (2002)	ESAI, 1993 & ESPM, 1998	1999/2.000.000 2026/2.200.000
Puga (Informe Pfizer) (2002)	ENS, 1997 CIS, 1994	2010/1.123.382 ¹

¹ Se recogen resultados elaborados por los autores empleando criterios de máximos.

5.3. Aportación de *Envejecer en Leganés* al estudio de la tendencia de la discapacidad

5.3.1. Aspectos metodológicos

El seguimiento de los individuos de la cohorte *Envejecer en Leganés* durante seis años (1993-1999) nos ha permitido modelizar la evolución de la prevalencia de discapacidad observada en función de la edad, el sexo, el nivel de instrucción y el año de estudio (Otero *et al.*, 2004), evitando los sesgos que pudieran surgir al comparar datos de estudios transversales realizados sobre una misma población en momentos distintos.

La variable estudiada ha sido la discapacidad para las ABVD. La discapacidad en ABVD se definió como la necesidad de ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades: caminar por una habitación, ducharse o bañarse, asearse, levantarse de la cama, levantarse del sillón, usar el váter, vestirse y comer.

La estimación de la prevalencia de discapacidad en las ABVD, según sexo, edad, nivel de instrucción y año de encuesta, se llevó a cabo mediante modelos multinivel para medidas repetidas (Hierarchical Linear Models, HLM) (Zunzunegui *et al.*, 2004). Se utiliza una función logística para representar la variable de respuesta dicotómica, presencia o ausencia de discapacidad en al menos una de las ABVD consideradas. En esta aplicación de los modelos multinivel a las medidas repetidas, la edad y el año de encuesta son variables de nivel 1, mientras que el sexo y el nivel de instrucción son varia-

bles de nivel 2 que pueden tener efecto sobre las asociaciones entre la discapacidad en ABVD y los predictores de nivel 1. El análisis se realizó en tres etapas. Primero, se ajustó un modelo de discapacidad según la edad y el año de encuesta para estimar los cambios en la prevalencia global introduciendo la edad centrada en 65 años (edad-65), su término cuadrático y tres indicadores, uno para cada año de encuesta, considerando el año 1993 como referencia, y se probaron interacciones entre la edad y el año de encuesta. Segundo, se estudió el efecto del sexo sobre la intersección y sobre la pendiente de la edad. Por último, se evaluó el papel del nivel de instrucción tanto sobre la intersección como sobre la pendiente de la edad (Otero *et al.*, 2004).

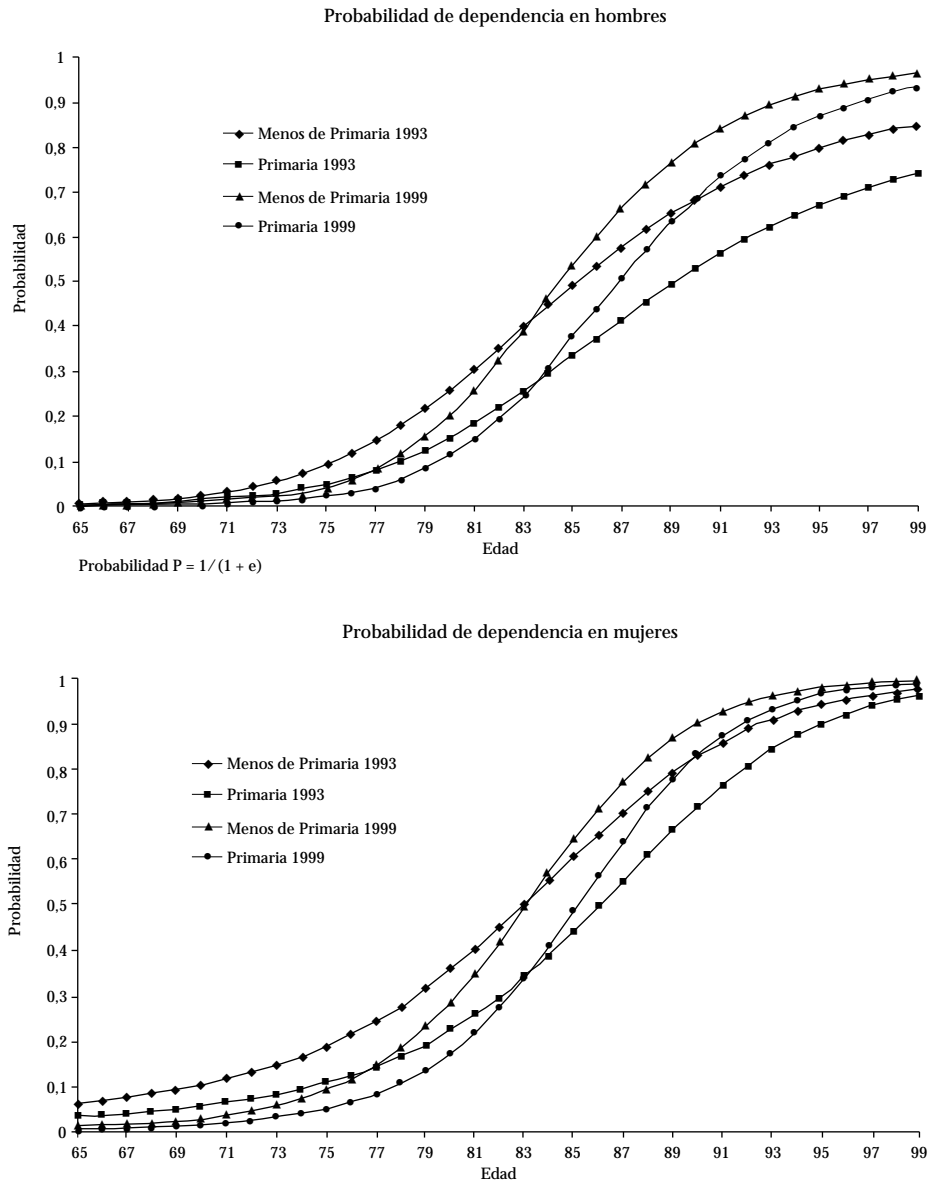
5.3.2. Tendencia estimada de la prevalencia de discapacidad en Leganés

El análisis multinivel en la cohorte *Envejecer en Leganés* muestra efectos significativos de la edad, del año de encuesta e interacciones de la edad con el año de encuesta sobre la prevalencia de discapacidad, la cual disminuye en los sucesivos años de seguimiento de la encuesta entre 1993 y 1999. También es significativa la influencia del sexo, demostrándose una prevalencia mayor de discapacidad en mujeres a partir de los 65 años y una mayor velocidad de adquisición de la misma a medida que avanza la edad en comparación con los hombres. El nivel de instrucción muestra, igualmente, una influencia significativa, con mayor prevalencia de discapacidad en las ABVD en las personas que no han finalizado los estudios primarios con respecto a las que sí lo han hecho.

En el gráfico 5.1 se presentan, para ambos sexos, las curvas de prevalencia de discapacidad obtenidas, en 1993 y en 1999, según edad y nivel de instrucción, que reflejan la función logística obtenida en los modelos anteriores.

La prevalencia de discapacidad es superior en los individuos sin estudios primarios en todas las edades y en ambos sexos tanto en 1993 como en 1999; del mismo modo, se observa una disminución de la prevalencia entre 1993 y 1999 en los menores de 83 años para ambos sexos. A edades más avanzadas esta tendencia se invierte aumentando la discapacidad en 1999 respecto a 1993. Para las mujeres de 80 años sin educación primaria, la prevalencia de discapacidad era del 36% en 1993 y del 29% en el 1999 mientras que para los hombres de la misma edad y educación el cambio fue del 26 a 20%. Para las mujeres de 90 años que no habían completado la primaria la prevalencia era del 83% en 1993 y del 90% en 1999; las cifras respectivas para los hombres fueron del 68 y del 80%.

GRÁFICO 5.1: Probabilidad de discapacidad en las ABVD (1993-1999), por edad y nivel de instrucción. Datos de la cohorte *Envejecer en Leganés*



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Otero et al., 2004).

Para explicar estos cambios han de tenerse en cuenta los grandes cambios sociales y económicos que se han producido en España durante el siglo xx, especialmente en su última mitad, como el aumento del Producto Interior Bruto, la urbanización y el acceso universal al agua potable, la reducción de las enfermedades infecciosas, la cobertura universal del Sistema Nacional de Salud y los avances conseguidos en el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades. Leganés ofrece un excelente escenario para estudiar el efecto de estos cambios en el estado de salud.

Como se señalaba en el capítulo 2, además de los avances sociales y económicos que han tenido lugar de forma global en España, la población de Leganés ha experimentado otros cambios asociados al proceso migratorio del ámbito rural a una zona urbana con mejor acceso y mayor diversidad de bienes y servicios. Otro factor fundamental a tener en cuenta en Leganés es el mantenimiento de la estructura familiar, mediante la agregación de familias en el vecindario, lo que ha permitido conservar los estrechos lazos familiares que son tan importantes en la provisión de red y apoyo social.

Estos resultados iniciales de nuestro trabajo estarían en línea con la hipótesis de Robine y Michel de una disminución de la discapacidad grave.

5.3.3. Aplicación del modelo de la evolución de la discapacidad a la población española

Si se aplican las probabilidades pronosticadas en la cohorte *Envejecer en Leganés* a la población española mayor de 65 años en 1991 y 2001, obtenida a partir del censo poblacional de esos años, distribuida por edad (en años), sexo y dos niveles de instrucción: estudios primarios finalizados o no finalizados, se obtiene una aproximación al cálculo del número de personas dependientes en la población española.

En el gráfico 5.2 se presenta la estimación de la prevalencia total y por grupos de edad y sexo en 1991 y 2001, considerando los resultados del análisis multinivel en el estudio de Leganés. La prevalencia de discapacidad para ABVD en la población mayor de 65 años sería del 16,8% en 1991 y del 14,3% en 2001. Para las mujeres sería del 21,5 y del 18,1% en 1991 y 2001. En los hombres esta prevalencia es la mitad (10,2 y 9,0%, respectivamente).

La estimación muestra que el volumen total de personas dependientes (gráfico 5.3) sería de 903.276 personas en 1991 y de 995.338 personas en el año 2001, lo que supone un aumento proporcional del 10% aunque con un cambio en los grupos de edad: en 1991, el 68% de los dependientes eran personas menores de 85 años (614.22) y en 2001 esta proporción bajó al 48% (477.772 personas).

La discapacidad para ABVD se concentra en las mujeres: tres de cada cuatro personas dependientes son mujeres. La reducción en el volumen de personas dependientes se produce fundamentalmente en los individuos de ambos sexos que no habían finalizado los estudios primarios, y no se observa este efecto en los que disponían de estudios primarios completos.

Nuestras estimaciones muestran un ascenso en el número total de personas dependientes, muy inferior al previamente estimado del 25% con datos de la Encuesta Nacional de Salud y con supuestos de prevalencia de discapacidad estáticos.

A pesar de que en nuestros cálculos hemos empleado los coeficientes estimados en el modelo multinivel, en el que se ajusta por la edad, el sexo, el nivel de instrucción y el año de medida, somos conscientes de que se trata sólo de una aproximación a la realidad española ya que las características sociodemográficas de Leganés no son extrapolables al resto de la nación, por lo que es necesario mantener cierta cautela a la hora de examinar los resultados obtenidos y al extrapolar las probabilidades de discapacidad en Leganés a toda la población española.

GRÁFICO 5.2: Estimación de la prevalencia de discapacidad para las ABVD en la población de mayores españoles con los datos de *Envejecer en Leganés*

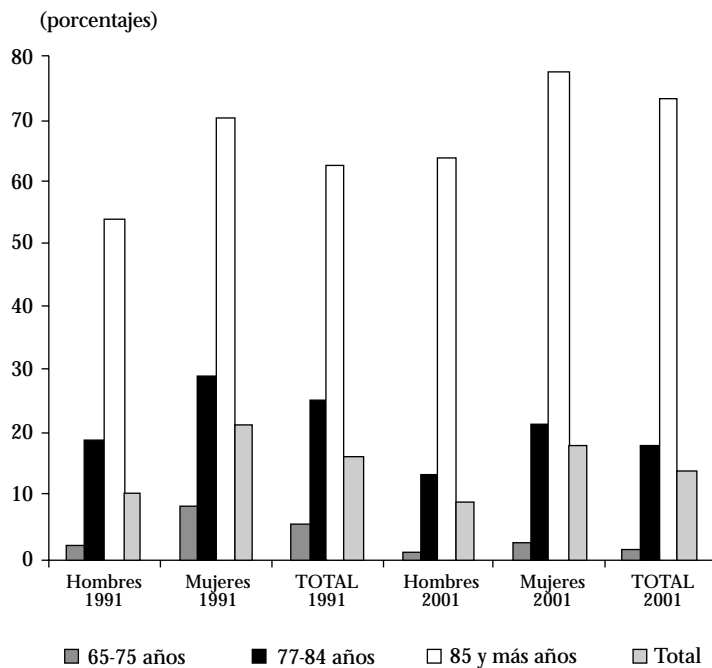
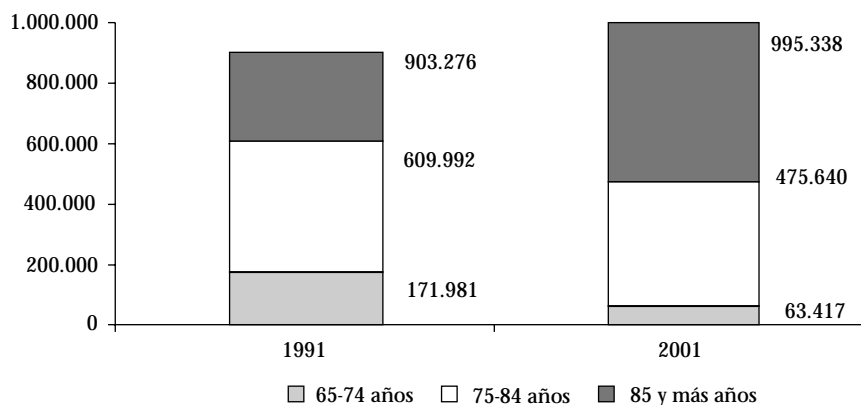


GRÁFICO 5.3: Número total de personas mayores dependientes que viven en la comunidad, según grupos de edad



Ya se señaló que la estructura etaria de los mayores de Leganés era similar a la de la población media española mayor de 65 años. En referencia al nivel de instrucción, los mayores de Leganés son similares a los de algunas comunidades autónomas, pero no a otras. Las personas mayores de Leganés son más parecidas a la media de mayores españoles que a los que viven en las grandes ciudades de Madrid, Barcelona o la zona norte de España.

Otro aspecto que nos lleva a recomendar prudencia en la interpretación de estos resultados es el de la proporción de personas que viven solas en Leganés, mucho menor que las reportadas en grandes ciudades, como ya se ha señalado en el capítulo 3.

5.3.4. Implicaciones para la política sociosanitaria de atención a la población dependiente

Los resultados de nuestro trabajo, en coherencia con otros, muestran un retraso en la edad de aparición de la discapacidad asociada al envejecimiento. Por una parte se observa una clara reducción de la prevalencia de discapacidad en edades inferiores a 83 años. A edades más avanzadas se produce una inversión de esta tendencia tanto en hombres como en mujeres, aunque en todos los grupos de edad la prevalencia de la discapacidad es siempre superior en mujeres que en hombres y en personas que no han completado la primaria que las que sí lo han hecho.

La composición etaria de las personas dependientes ha variado mucho entre 1991 y 2001; en el año 2001, más de la mitad de las personas dependientes tenían más de 85 años mientras que en 1991 esta proporción no

alcanzaba a ser de un tercio. Las personas dependientes de edad avanzada presentan mayor complejidad ya que su carga de morbilidad es más elevada y con frecuencia está acompañada de deterioro cognitivo, lo que hace más difícil la rehabilitación.

La discapacidad en ABVD está fuertemente asociada al sexo femenino. Algunos autores han demostrado que el mayor riesgo de discapacidad para estas actividades en las mujeres tiene raíces sociales y biológicas. El estilo de vida de las mujeres, con frecuencia restringido a la esfera doméstica, conlleva mayor sedentarismo, aislamiento y depresión que el de los hombres. Además, las mujeres tienen mayor riesgo biológico de padecer enfermedades crónicas que producen limitaciones de movilidad y aumentan el riesgo de discapacidad (Wray y Blaum, 2001; Gold *et al.*, 2002).

En conclusión, podemos afirmar que la población dependiente en las ABVD está envejeciendo y está constituida principalmente por mujeres. La edad avanzada y el hecho de ser mujer están asociados a una probabilidad de recuperación de la función más baja, como hemos informado en un trabajo previo sobre transiciones funcionales entre 1993 y 1995. Por tanto, los servicios sociales y de salud deberían tener una orientación de género y los sistemas de pensiones deberían reformarse para no penalizar a las mujeres por los años de trabajo no productivo.

A pesar de la mejora en las condiciones de vida, las desigualdades sociales siguen traducéndose en una mayor probabilidad de discapacidad. Por ello una política que consolide y desarrolle los servicios sanitarios y sociales públicos de atención a la dependencia, sin olvidar el apoyo directo a la red informal de cuidados a los mayores, es un elemento imprescindible en la reducción de las desigualdades en cuanto a la salud durante la vejez.

Otra consideración a la que nos enfrentan los datos del retraso en la aparición de la discapacidad junto con el aumento de la esperanza de vida es la necesidad de apostar por cambiar la inercia en la política de jubilación, facilitando que las personas que lo deseen puedan permanecer activas laboralmente durante más tiempo, a pesar de que la reivindicación de las organizaciones sindicales esté presidida por la urgencia que provoca la tasa de desempleo en la población activa. Se requiere una política social que aumente la capacidad de empleo de las personas mayores, tal y como proponen organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y las Naciones Unidas.

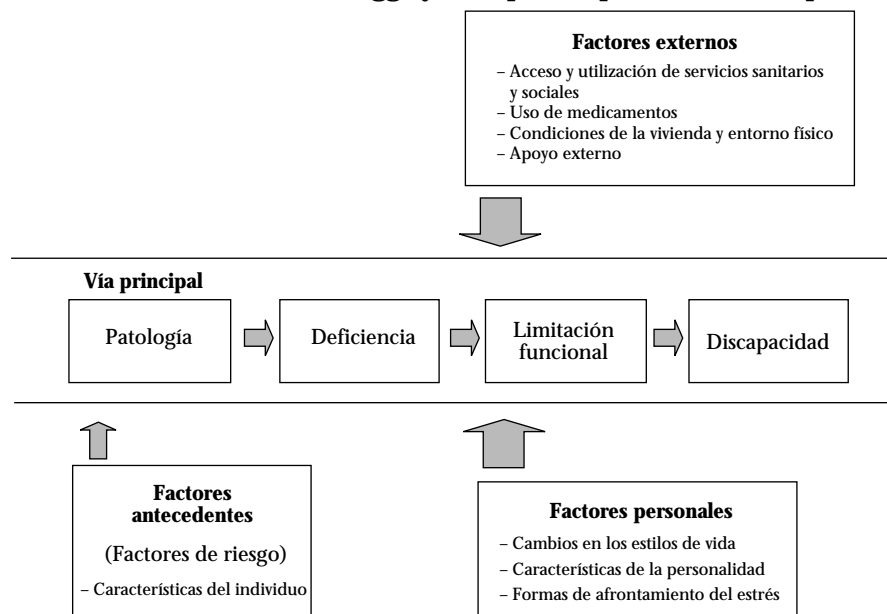
6. Influencia de las relaciones sociales en la discapacidad

6.1. Modelo conceptual

En 1994 apareció publicado el modelo médico-social de Verbrugge y Jette sobre el proceso de discapacidad, hoy mayoritariamente seguido en los estudios sobre discapacidad y que es muy útil para estudiar y analizar cómo las relaciones sociales pueden influir en la discapacidad.

En este modelo (esquema 6.1), se presenta cómo el proceso de discapacidad tiene una vía principal de cuatro pasos: patología-deficiencia-limita-

ESQUEMA 6.1: Modelo de Verbrugge y Jette para el proceso de discapacidad



Fuente: Verbrugge y Jette, 1994.

ción funcional-discapacidad. Este proceso en las personas mayores está modulado por factores antecedentes y por factores personales y externos que influyen en el proceso de discapacidad.

Los factores antecedentes o predisponentes (factores de riesgo) existen antes o en el momento de iniciarse el proceso y por eso, en el esquema, se sitúan en el inicio de la vía principal. Son las características demográficas, sociales, de estilos de vida, psicológicas, medioambientales y biológicas del individuo.

Los factores personales (intraindividuales) y los factores externos (extraindividuales) intervienen como retardadores o aceleradores del proceso de discapacidad y en el esquema se sitúan en medio de la vía principal.

Con posterioridad apareció el ya comentado modelo de Berkman y Glass (2000) sobre relaciones sociales y salud. Las características de las redes y del apoyo social se incorporarían en este esquema de Verbrugge y Jette (1994) como características medioambientales del individuo, que actuarían como antecedentes en el proceso de discapacidad y como factores externos que modularían ese proceso.

6.2. Los resultados internacionales

El estudio longitudinal Established Populations for Epidemiology Studies of the Elderly (EPESE) en New Haven (Connecticut) fue de los primeros en demostrar que las redes sociales protegían de la discapacidad y ayudaban a recuperar la función. En este trabajo realizado en una población de mayores que vivían en casas de protección social, las redes constituidas por amigos y familiares estaban significativamente asociadas con una reducción de riesgo mientras que las redes constituidas por los hijos no generaban ningún efecto (Mendes de León *et al.*, 1999).

Los resultados en Duke (Carolina del Norte, otra población integrada en EPESE, con una composición sociodemográfica diferente, mostraron algo diferente: el tamaño de la red y la interacción social seguían estando relacionados con una reducción del riesgo de discapacidad, pero la red de familiares e hijos no presentaba asociaciones con el riesgo de discapacidad (Mendes de León *et al.*, 2001).

Las actividades de ocio que implican un contacto con la gente reducen el riesgo de discapacidad (Mendes de León *et al.*, 2003).

Más recientemente, dos estudios realizados en el norte de Europa (Dinamarca y Finlandia) describen que la diversidad de contactos sociales y

la alta participación social predecía el mantenimiento de las ABVD (Avlund *et al.*, 2004a, 2004b). La asociación entre apoyo emocional recibido (*social support*) y el riesgo de discapacidad es menos significativo (Unget *et al.*, 1997, 1999; Mendes de León *et al.*, 1999; Bisschop *et al.*, 2003; Peek *et al.*, 2003).

En cuanto a la recuperación de la función, un estudio en la población mayor de Japón indicaba que los mayores que tenían un rol social y que participaban en la vida social se recuperaban con mayor frecuencia que los mayores con menos participación social (Liu *et al.*, 1995).

Las maneras en que las personas mayores participan de la vida social, ya sea mediante relaciones formales (por ejemplo participación comunitaria) o informales (más ligadas a los contactos familiares), dependen de la cultura, siendo diferente en las sociedades con una cohesión social alta que en las sociedades más individualistas (Seeman *et al.*, 1994; Liu *et al.*, 1995; Berkman *et al.*, 2004). Pocos estudios han examinado los efectos de las actividades centradas en la vida familiar, que son las más comunes para los mayores de sociedades centradas en la familia, tales como las del sur de Europa, África, Asia y América Latina. La evidencia internacional sugiere que independientemente de que la vida social de la persona mayor incluya contactos con hijos, nietos o hermanos o esté centrada en los amigos y las organizaciones comunitarias, el contacto frecuente con la gente lleva a una vida activa y con sensación de protagonismo que protege ante la discapacidad.

Dos recientes estudios europeos han examinado si los efectos beneficiosos de las redes sociales difieren para los hombres y las mujeres (Avlund *et al.*, 2004a, 2004b). Se encontró que la frecuencia de contacto y la participación social estaban más directamente relacionadas con la incidencia de discapacidad en las mujeres que en los hombres. Estos resultados se oponen a los encontrados por Seeman *et al.* (1994), en poblaciones norteamericanas donde los efectos protectores de las redes sociales en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria eran mayores en hombres que en mujeres. Sin embargo, el pequeño tamaño de esta muestra finlandesa y danesa limita la precisión de los resultados.

No existen muchos estudios sobre el mantenimiento del efecto beneficioso de las redes sociales en la capacidad funcional a medida que se envejece. La evidencia sobre este tema es muy escasa y parece que los beneficios disminuyen en aquellas personas con más de 80 años (Fabrigoule *et al.*, 1995; Bassuk, *et al.*, 1999). Avlund y sus colegas informan de que los efectos de las redes sociales sobre la discapacidad no son significativos después de los 80 años (Avlund *et al.*, 2004b).

6.3. Resultados del Proyecto CLESA

6.3.1. Aspectos metodológicos

Se ha realizado un estudio para examinar la influencia de las relaciones sociales en el riesgo de discapacidad y en la recuperación de la capacidad para realizar AVD en el marco del Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

Se pretendía contestar a las siguientes preguntas:

¿Existen asociaciones entre la prevalencia, la incidencia de la discapacidad en ABVD y en la recuperación de esta capacidad con los vínculos sociales? ¿Varían estas asociaciones según la naturaleza del vínculo? ¿Son diferentes estas asociaciones según el país? ¿Varían estas asociaciones según el género y la edad de la persona mayor?

Los datos provienen de los tres estudios europeos integrados en CLESA: LASA (Amsterdam) con un seguimiento de tres años, Tampere (Finlandia) con diez años de seguimiento y Leganés (España) con los datos de cuatro años de seguimiento. La muestra total para este estudio estaba formada por 3.488 personas mayores entre 65 y 84 años que disponía de datos sobre relaciones sociales y discapacidad.

Se midió la discapacidad en ABVD como la incapacidad para llevar a cabo alguna de las cuatro AVD: vestirse, ducharse, asearse y salir de la cama (Pluijm *et al.*, 2005). Se definió la prevalencia de discapacidad en AVD mediante las personas que requerían ayuda para realizar estas actividades al inicio del estudio, la incidencia como la necesidad de ayuda al finalizar el seguimiento entre aquellos que iniciaron el estudio con completa capacidad y la recuperación como el hecho de no necesitar ayuda en ninguna de las cuatro actividades entre los que la necesitaban al inicio del estudio.

Se utilizaron tres índices de relaciones sociales:

- el índice de actividades comunitarias (participación social): miembros de club, visita al centro de tercera edad, participación en actividades religiosas;
- índice de de vínculos familiares (esposo, hijos o hermanos); y
- tener amigos.

Para obtener una medida de diversidad de la red (*social ties*) se sumaron todos los anteriores, obteniéndose un índice con rango de 0 a 7.

Para el análisis se ha utilizado el modelo conceptual de Verbrugge y Jette. Se han ajustado modelos de regresión logística dicotómica (para el

análisis de factores asociados a la discapacidad en ABVD) y nominal (para el análisis de factores asociados a la incidencia y a la recuperación de la función, ya que se debe controlar por las pérdidas al seguimiento y la mortalidad) para estimar las razones de ventajas (aproximaciones a las razones de prevalencia y a los riesgos relativos) asociadas a un incremento en una unidad del índice de diversidad social. Así, por ejemplo, una razón de ventaja de 0,80 para la prevalencia de discapacidad indicaría que un aumento de una unidad en el índice de diversidad de relaciones sociales está asociada aproximadamente a una reducción en la prevalencia de discapacidad del 20% (1-0,80). Análogamente, una razón de ventaja de 1,3 en la recuperación de la función indica que un aumento en una unidad en el índice de diversidad de relaciones sociales está asociado aproximadamente a un aumento del 30% en la probabilidad de recuperación de la función.

Por último, se han probado las modificaciones de estas asociaciones según país y por separado en hombres y mujeres. Mientras que no se han observado diferencias de género en las asociaciones entre redes sociales y discapacidad, sí se han observado algunas diferencias entre países que comentaremos más adelante.

6.3.2. Las características basales en los tres países del Proyecto CLESA

La descripción de las tres muestras estudiadas se presenta en el cuadro 6.1. Los mayores españoles tenían menor escolaridad que los finlandeses y que los holandeses. La prevalencia de discapacidad por ABVD fue del 12% en Finlandia, 5,5% en Holanda y 27% en Leganés. El número de trastornos crónicos también fue superior en los mayores españoles. Los finlandeses informaban tener peor salud y los holandeses eran los más sanos de acuerdo con ambos indicadores.

El valor medio del índice de vínculos familiares fue de 2,3 frente a un máximo de 3. La mitad de la muestra demostró tener amigos, el 62% pertenecía a una organización comunitaria, el 32% acudía al centro de tercera edad y el 37% a un centro religioso al menos una vez al mes. El valor medio para el índice global de diversidad de red (cuyo rango es de 1 a 7) fue de 4,1. Sin embargo, estos valores medios esconden importantes diferencias entre países. Mientras que en Finlandia el 86% decía tener amigos, sólo el 43% en Holanda y el 47% en España decía tenerlos. En Finlandia, 25% de los mayores decía tener sólo uno o ningún vínculo familiar, mientras que en Holanda y España el 14 y el 13%, respectivamente se encontraban en esta situación. La pertenencia a un club era más común en Holanda (74%) y en Finlandia (66%) que en España (41%). La frecuentación de servicios

religiosos era más frecuente en España (45%) y Holanda (38%) que en Finlandia (19%). Una mayor proporción de mayores en España acudía al centro de tercera edad (34%) que en Holanda (30%) y en Finlandia (24%). Todas estas diferencias eran estadísticamente significativas.

CUADRO 6.1: Estadísticas descriptivas en el análisis de discapacidad en las AVD y los vínculos sociales: Finlandia (Tampere), Holanda y España (Leganés)

	Medias (desviaciones estándar) o porcentajes			
	Totales (n = 3,488)	Finlandia (n = 515)	Holanda (n = 1,838)	España (n = 1,135)
Edad***a	74,8 (6,3)	73,5 (6,6)	74,4 (5,7)	75,5 (6,8)
Sexo**				
Mujeres	51,7%	58,1%	50,9%	50,1%
Educación***				
Menos que Primaria	33,3%	16,1%	11,4%	79,9%
Primaria	36,2%	75,0%	36,5%	18,0%
Más que Primaria	30,5%	8,9%	52,1%	2,1%
Número de trastornos crónicos ***	1,4 (1,2)	1,3 (0,9)	1,1 (1,0)	2,1 (1,3)
Salud autopercebida ***				
Muy buena o buena	47,1%	34,8%	61,4%	29,6%
Regular	34,3%	37,5%	25,5%	47,0%
Mala o muy mala	16,2%	26,4%	13,0%	16,7%
Desconocida	2,4%	1,4%	0,1%	6,7%
Diversidad de la red (social ties)				
Índice de diversidad de la red	4,1 (1,4)	4,0 (1,3)	4,2 (1,3)	4,0 (1,5)
Índice de vínculos familiares ***	2,3 (0,8)	2,1 (0,8)	2,3 (0,7)	2,4 (0,7)
Amigos ***				
Sí	51,0%	86,0%	43,1%	48,6%
Índice de actividades comunitarias (participación social) **	1,3 (1,0)	1,1 (0,9)	1,4 (1,0)	1,2 (1,0)
Pertenece a un club o a una organización ***				
Sí	62,2%	66,2%	74,3%	40,8%
Acude a un centro de tercera edad al menos una vez al mes***				
Sí	30,7%	24,3%	30,3%	34,3%
Acude a un centro religioso al menos una vez al mes***				
Sí	37,4%	19,4%	37,9%	44,8%

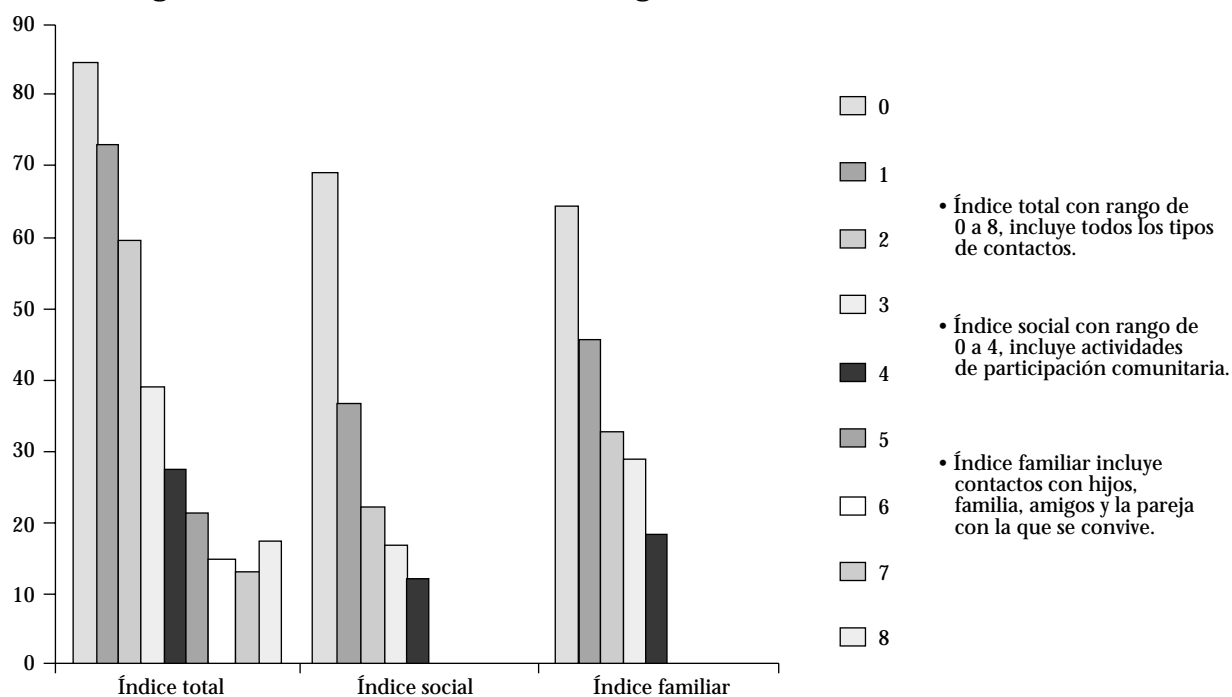
a**, p < 0,01; ***, p < 0,001.

Fuente: Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

6.3.3. Redes sociales y prevalencia de discapacidad en las AVD

El gráfico 6.1 muestra cómo varía la prevalencia en las ABVD según el índice de diversidad de la red social y según el componente social y el componente familiar en la muestra de Leganés. Ahora bien, éstas son las prevalencias observadas y deben ser interpretadas después de ajustar por edad y estado de salud antes de interpretar la fuerte asociación que sugiere la figura.

GRÁFICO 6.1: Prevalencia de discapacidad en ABVD según la diversidad de la red social en Leganés



Para ello, se ha procedido a realizar un análisis de regresión logística para estimar las razones de ventajas de la prevalencia de discapacidad en dos modelos:

- según el índice de diversidad de la red y
- según sus componentes familiar, de actividades comunitarias y el hecho de tener amigos.

Se ha controlado por edad, sexo, educación, salud percibida y comorbilidad. Los valores de referencia son: no tiene vínculos familiares, no tiene amigos, no tiene actividades comunitarias (participación social).

Las razones de ventaja se refieren al incremento de ventajas de prevalencia con un aumento de una unidad en la medida de los vínculos sociales.

En el modelo 1 (cuadro 6.2) se observa que la diversidad de la red social, considerada como un índice resumen que integra a los otros tres, está significativamente asociada a una menor discapacidad en las AVD, en cada país y para todos los países. El modelo 2 muestra que los vínculos familiares por sí solos no parecen estar asociados a la prevalencia de discapacidad, pero los amigos y el índice de participación social sí lo están.

CUADRO 6.2: Razones de ventaja de prevalencia de discapacidad en las ABVD para los vínculos sociales, estimadas mediante regresión logística múltiple

(intervalos de confianza del 95%)

	Finlandia	Holanda	España	Todos
Modelo 1: todos los vínculos (0-7)				
	0,62 (0,46, 0,83)	0,77 (0,65, 0,92)	0,80 (0,71, 0,90)	0,79 (0,72, 0,87)
Modelo 2: incluyendo cada tipo de vínculo				
Familiares (0-3)	0,91 (0,57, 1,44)	0,80 (0,58, 1,11)	0,99 (0,78, 1,25)	0,94 (0,79, 1,13)
Amigos (0-1)	0,40 (0,17, 0,96)	0,50 (0,29, 0,86)	0,87 (0,63, 1,21)	0,74 (0,57, 0,96)
Participación social (0-3)	0,49 (0,28, 0,84)	0,79 (0,63, 0,99)	0,67 (0,57, 0,80)	0,75 (0,65, 0,85)

Nota: Países del Proyecto CLESA: Finlandia, Holanda, España.

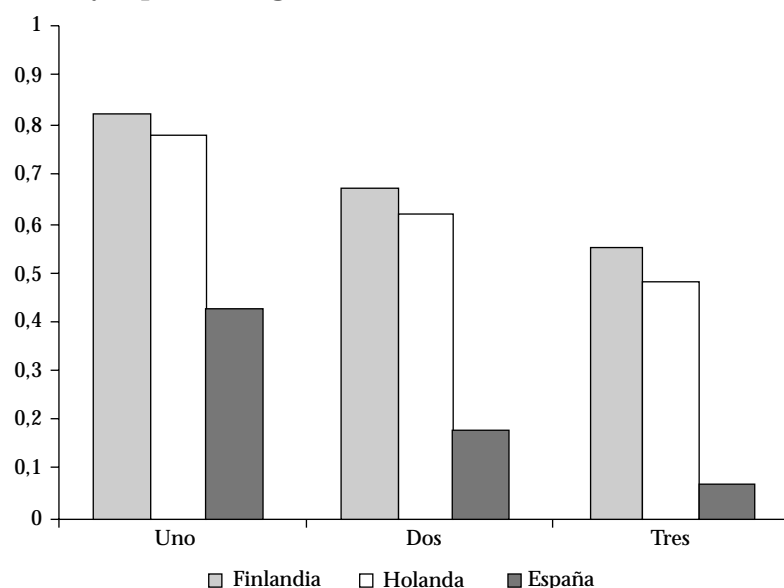
Fuente: Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

El sentido que las relaciones sociales dan a la vida puede estar mediando los efectos de la actividad social y la discapacidad (Sagy and Antonovsky, 2000). Además, el sentimiento de pertenencia a una comunidad puede aumentar la confianza del individuo en su capacidad mediante una percepción elevada de control sobre lo que le rodea (Mendes de León *et al.*, 1999). Sin embargo, la naturaleza transversal de estas asociaciones no descarta la explicación opuesta de que sea precisamente una mala capacidad funcional la que ha llevado a una reducción del tamaño de la red de contactos poco íntimos y a una reducción del tiempo que se pasa fuera de casa y por consiguiente de su participación social.

6.3.4. Incidencia de discapacidad y vínculos sociales

El número de vínculos familiares protegía de la discapacidad en AVD. Además, esta protección difería según los países, siendo más fuerte en España que en Holanda y que en Finlandia. En España las personas sin vínculos familiares tenían 12 veces mayor riesgo de desarrollar una discapacidad en las AVD que las personas con tres tipos de vínculos ($OR = 12,5 = 1/0,08$). En Holanda aquéllos sin vínculos familiares tenían casi dos veces la incidencia de discapacidad en actividades de la vida diaria que aquéllos con tres tipos de vínculos ($OR = 1,8 = 1/0,56$). Las asociaciones de los vínculos familiares con la incidencia de discapacidad en las ABVD eran fuertes y similares a las de Finlandia.

GRÁFICO 6.2: Razones de ventaja para la incidencia de la incapacidad para realizar las AVD según los vínculos familiares y el país de origen



Nota: Categoría de referencia, ningún vínculo familiar.

Fuente: Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

Los resultados sobre la incidencia de discapacidad sugieren una imagen diferente. De hecho, se alinean con la segunda interpretación de los resultados de los estudios transversales: sólo los vínculos familiares protegen de la discapacidad, mientras que ni los amigos ni los vínculos con la

comunidad parecen generar efectos significativos. Puede ser que las personas que están involucradas en las vidas de otros miembros de la familia tengan mayor probabilidad de mantener su capacidad funcional que los que no lo están.

Mientras que en los tres países se encontró este fuerte efecto protector de la familia, en Leganés la fuerza de la asociación es llamativa —aquellos que no cuentan con vínculos familiares están en un riesgo mucho mayor de discapacidad que los que cuentan con ellos—. Este resultado debe interpretarse a la luz de la importancia que tiene la vida familiar para los mayores españoles, donde la persona mayor participa activamente en la vida de los miembros de la familia, prestando y recibiendo ayuda. Mendes de León y sus colegas informaron de resultados contrarios a éstos de Leganés en New Haven y Duke, donde los vínculos con los hijos no se asociaban significativamente al riesgo de discapacidad (Mendes de León *et al.*, 1999, 2001). En un análisis previo del deterioro funcional del estudio LASA de Amsterdam, el tamaño total y particularmente el número de hijos de la red generaba un efecto positivo en las personas con trastornos crónicos (Bisschop *et al.*, 2003).

6.3.5. Vínculos sociales y recuperación de la capacidad para realizar las AVD

En este subanálisis, sólo se incluyeron las muestras de Holanda y España puesto que un número muy pequeño de personas había recuperado la capacidad funcional en Finlandia en el largo periodo de seguimiento (diez años) en la cohorte de este país.

Las personas que disfrutaban de una gran diversidad en su red social (vínculos sociales) tenían mayor posibilidad de recuperar la capacidad de realizar las AVD (OR = 1,37; 95% CI 1,08, 1,78; véase gráfico 6.3). En los análisis por la naturaleza de los vínculos (social, familiar, amistad) los intervalos de confianza son amplios y se pierde la significación estadística.

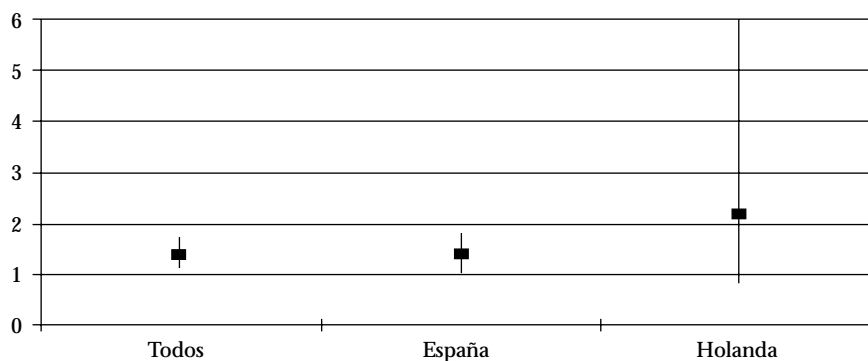
La diversidad de las redes sociales predice la recuperación de la función, pero nuestro estudio carece de potencia estadística para estudiar los efectos separados de los tres componentes de la red: contactos familiares, amigos y actividades de participación social. Aunque los resultados sugieren que los vínculos pueden conferir el apoyo necesario para generar la fuerza que permita la recuperación, se necesitan más investigaciones para comprender los efectos específicos según la naturaleza del vínculo y los mecanismos por los que las redes sociales actúan.

Las diferencias culturales pueden explicar, al menos parcialmente, por qué las prevalencias de discapacidad son mucho mayores en España

que en Holanda o en Finlandia, incluso después de ajustarlas por las diferencias en educación y en co-morbilidad. La habilidad para desarrollar de forma independiente las AVD puede tener distinto valor en los tres países. Mientras que en el norte de Europa la autonomía es muy valorada, en el sur de Europa la disponibilidad de ayuda de la parte de los miembros de la familia tiene gran valor. Para una persona del sur de Europa, tener un hijo o una hija que está dispuesto a prestar ayuda es motivo de orgullo y felicidad, y también de amargura y tristeza en el caso contrario. Una persona mayor del sur de Europa está dispuesta a solicitar ayuda antes que un persona del norte de Europa. Actualmente en España es frecuente escuchar la queja «Mis hijos no me tienen en cuenta o no me ayudan tanto como necesito», puesto que las personas mayores de hoy crecieron en un mundo donde la obligación filial era ampliamente aceptada y los hijos se responsabilizaban del bienestar de sus padres como intercambio por la ayuda recibida durante toda la vida. Hoy, en una sociedad que cambia rápidamente, donde las mujeres trabajan fuera de casa y la sociedad no tiene ya una orientación colectivista y vira al individualismo, los hijos no cumplen con todas las expectativas de los padres (Valderrama-Gama *et al.*, 2002). A pesar de estas diferencias culturales, las asociaciones observadas entre los vínculos sociales y la discapacidad son sorprendentemente similares en los tres países.

GRÁFICO 6.3: Razones de ventaja para la recuperación de la función según la red de diversidad social

(intervalos de confianza del 95%)



Nota: Regresión logística nominal controlada por las defunciones, pérdidas al seguimiento y co-variables: edad, sexo, país, educación, salud percibida y co-morbilidad. Los valores de referencia son: sin vínculos, sin vínculos familiares, sin amigos y sin participación social. Las razones de ventaja se refieren a un aumento de una unidad en la medida de diversidad de vínculos.

Fuente: Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

7. Las relaciones sociales y la salud mental de las personas mayores

EN este capítulo examinaremos la evidencia científica sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud mental de las personas mayores. En primer lugar, trataremos de los síntomas depresivos, cuya importancia para la longevidad y la calidad de vida está siendo crecientemente reconocida. Se entiende que uno de los más fuertes determinantes de la sintomatología depresiva es la carencia de apoyo social, pero se necesita comprender mejor cuál es el papel de las relaciones sociales y la integración social en el estado de ánimo de las personas mayores y hasta qué punto estas relaciones sociales pueden condicionar la calidad de vida para los hombres y las mujeres de mayor edad. En segundo lugar, examinaremos los vínculos entre las relaciones sociales y el mantenimiento de la función cognitiva. ¿Pueden las relaciones sociales ser un estímulo para el mantenimiento de la función cognitiva? ¿Puede una buena integración social proteger a las personas mayores frente al deterioro cognitivo que se cree ineluctablemente asociado al proceso de envejecimiento?

En España se estima en más de un millón el número de personas que se encuentran cuidando de una persona mayor dependiente en las ABVD (Puga y Abellán, 2004; Llácer *et al.*, 2002a). Gran parte de estos cuidadores familiares son a su vez personas mayores, generalmente esposas, esposos y hermanos de las personas cuidadas. Estos cuidados suponen un esfuerzo diario que tiene consecuencias para la salud de los cuidadores. En la tercera parte de este capítulo, presentaremos la evidencia de estas consecuencias para la salud en el estudio *Envejecer en Leganés*.

7.1. La influencia de las relaciones sociales en la sintomatología depresiva de las personas mayores

7.1.1. Estado actual del tema

La depresión y la sintomatología depresiva elevadas tienen un fuerte impacto en la capacidad funcional de las personas mayores. Numerosos estudios han demostrado una fuerte asociación entre depresión e incapacidad funcional. Si bien es cierto que la discapacidad lleva a la depresión, se ha comprobado igualmente que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad en las ABVD (Penninx *et al.*, 1999). Día a día se acumula la evidencia de que no sólo la depresión mayor, sino también la presencia de una fuerte sintomatología depresiva son factores de un mal pronóstico en muchas enfermedades graves tales como el infarto de miocardio (Berkman, 2003) y los accidentes cerebrovasculares (Glass, 2000), aumentando el riesgo de sus peores consecuencias: la incapacidad funcional y la mortalidad. También los síntomas depresivos son factores de riesgo para la demencia y el deterioro cognitivo en la vejez (Zunzunegui *et al.*, 1999a). Por todo ello, la prevención de la depresión en la vejez ha sido reconocida como una estrategia de prevención de discapacidad y de un envejecimiento saludable.

Es bien sabido que para prevenir un fenómeno, es necesario comprender sus causas. ¿Cuáles son los determinantes de la depresión y de la elevada sintomatología depresiva en las personas mayores?

Se sabe que las mujeres tienen mayor prevalencia de depresión y síntomas depresivos que los hombres en la casi totalidad de los estudios publicados (Vázquez Barquero, 1992; Bebbington, 1998). Tanto es así que se da por un hecho establecido y deja de despertar curiosidad para pasar a considerar que las mujeres son consustancialmente más propensas que los hombres a mostrar un ánimo depresivo. Algunos investigadores nos hemos detenido en este hecho y concluimos, casi con unanimidad, que las mujeres están más expuestas a todos los factores que aumentan el riesgo de depresión a lo largo de la vida, sin que, por otra parte, sean más vulnerables a estos factores de lo que lo son los hombres (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998). Sin embargo, el exceso de síntomas depresivos en las mujeres mayores en comparación con los hombres se mantiene después de ajustar por todos los factores de riesgo recogidos en los diversos estudios.

Así por ejemplo, en el estudio CLESA, hemos examinado las diferencias en síntomas depresivos entre hombres y mujeres de cinco países euro-

peos e Israel y hemos encontrado que en los seis países del estudio CLESA se comprueba que la prevalencia de síntomas depresivos es doble en mujeres que en hombres, aun después de controlar por la educación, la comorbilidad, el déficit cognitivo y las discapacidades (publicación en preparación). Este resultado nos lleva a concluir que hay aspectos del género (sexo social) y del sexo (biológico) que producen un mayor riesgo de mostrar síntomas depresivos elevados en las mujeres y que no están captados por las variables que consideramos en los estudios actuales.

Además del género, numerosos estudios han demostrado que los principales determinantes de una elevada sintomatología depresiva en las personas mayores son una mala situación económica o social, la mala salud y la discapacidad y escasos recursos sociales, incluyendo bajo apoyo social (Barefoot *et al.*, 2001; Krause *et al.*, 1998; Berkman *et al.*, 1986).

7.1.2. Relaciones sociales y síntomas depresivos en *Envejecer en Leganés*

7.1.2.1. Aspectos metodológicos

En este trabajo presentamos la evidencia sobre las asociaciones entre la depresión y las relaciones sociales, incluyendo las redes sociales, las formas de convivencia, el apoyo social y las relaciones conflictivas en los hombres y las mujeres mayores, presentando con mayor detalle los resultados del estudio *Envejecer en Leganés* y comentándolos en el marco de la bibliografía internacional sobre el tema.

La mayor parte de los trabajos que aquí se presentan utilizan como instrumento de medida la prueba, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), que recoge una lista de 20 síntomas que pueden haber ocurrido en la última semana con diferente frecuencia: nunca, a veces, con frecuencia, siempre (Radloff, 1977). Este instrumento ha sido utilizado ampliamente en estudios poblacionales de personas mayores y su estructura factorial y eficacia diagnóstica han sido verificadas en muchos países del mundo.

En el estudio basal de *Envejecer en Leganés* se administró el CES-D en una población de 1.116 personas mayores que fueron capaces de completar la prueba de un total de 1.284 participantes en la primera oleada de 1993. La prevalencia de alta sintomatología depresiva, indicativa de depresión clínica, era del 19% en los hombres y del 45% en las mujeres. Esta prevalencia es muy superior a la encontrada en estudios del norte de Europa o de Estados Unidos pero, sin embargo, es inferior a la detectada en Italia (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998, Minicuci *et al.*, 2002).

Nuestro primer pensamiento, al analizar estos datos que arrojaban prevalencias tan elevadas, fue que el instrumento elegido para la medida de la sintomatología depresiva no era válido en nuestra población. Para verificar su validez, verificamos que el punto de corte recomendado internacionalmente (16 y más) era el más adecuado (mayor área bajo la curva ROC, confrontando los resultados del CES-D con un diagnóstico por entrevista psiquiátrica realizada de forma independiente) en una población de personas mayores de características similares a las de la Leganés. Una vez verificada la bondad de la prueba CES-D para discriminar personas con depresión y distimia según un diagnóstico DSM-III, procedimos al análisis de factores asociados a la alta sintomatología depresiva, examinando por separado a los hombres y a las mujeres (riesgos demográficos, socioeconómicos y referentes al estado de salud) (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998). En este capítulo se presentan únicamente los resultados referentes a las relaciones sociales.

7.1.2.2. Principales resultados del estudio

Se comprobó que las mujeres referían recibir menor apoyo emocional de parte de los hijos y el esposo y participaban menos en actividades comunitarias que los hombres. Aproximadamente, la misma proporción de mujeres y hombres, un 30%, decía no tener un confidente o persona especial en quien pudieran confiar y con la que pudieran hablar de cosas íntimas y problemas personales.

La prevalencia de sintomatología depresiva está fuertemente asociada a la disponibilidad de apoyo emocional recibido por parte de la familia extendida y de los hijos tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, ni el hecho de tener amigos ni el apoyo emocional recibido de los amigos se asociaban significativamente a la presencia de síntomas depresivos (gráfico 7.1a).

El hecho de estar casado se asoció a una menor sintomatología depresiva en los hombres, pero no en las mujeres. Igualmente, los hombres divorciados (muy pocos en nuestra muestra) manifestaban altas prevalencias de síntomas depresivos, no así las mujeres divorciadas que parecían estar de mejor ánimo que las demás (gráfico 7.2b).

Sin embargo, el apoyo emocional del cónyuge estuvo muy asociado a los síntomas depresivos tanto en hombres como en mujeres (gráfico 7.3c).

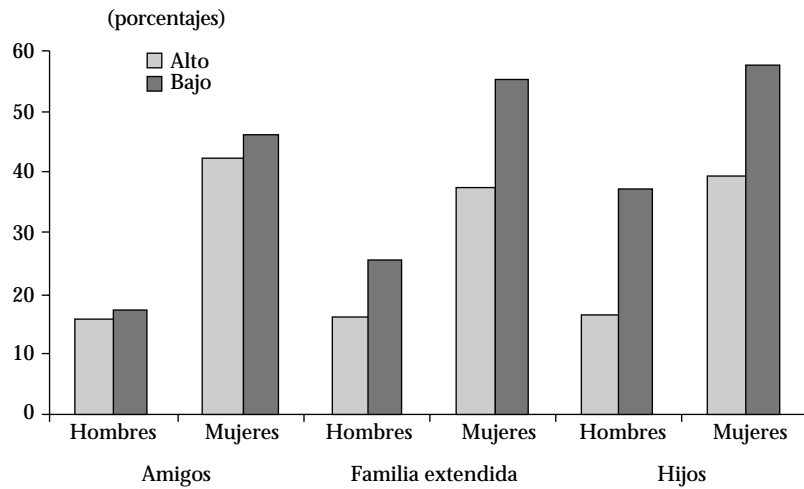
Por último, la participación en las actividades comunitarias (centro de tercera edad, iglesia o lugar de culto, plaza, etc.) estaba fuertemente asociada a un menor número de síntomas (gráfico 7.4d).

En los análisis multivariantes, las asociaciones con el apoyo de los hijos y la participación en las actividades comunitarias contribuían de forma independiente a manifestar una baja sintomatología depresiva, ajustando

por las variables socioeconómicas y relacionadas con el estado de salud (Zunzunegui, Béland y Gutiérrez-Cuadra, 2001).

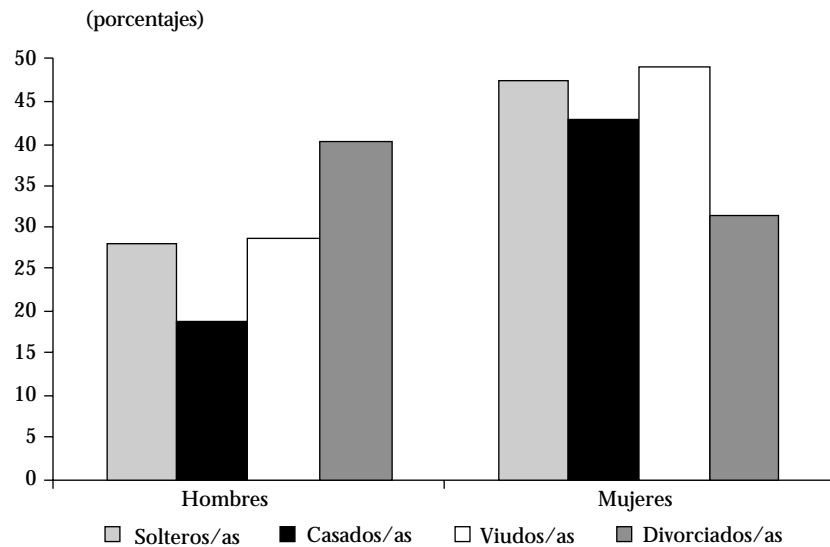
Mientras que los resultados sobre las asociaciones positivas entre la participación en actividades comunitarias coinciden con la bibliografía inter-

GRÁFICO 7.1a: Sintomatología depresiva elevada según apoyo emocional recibido



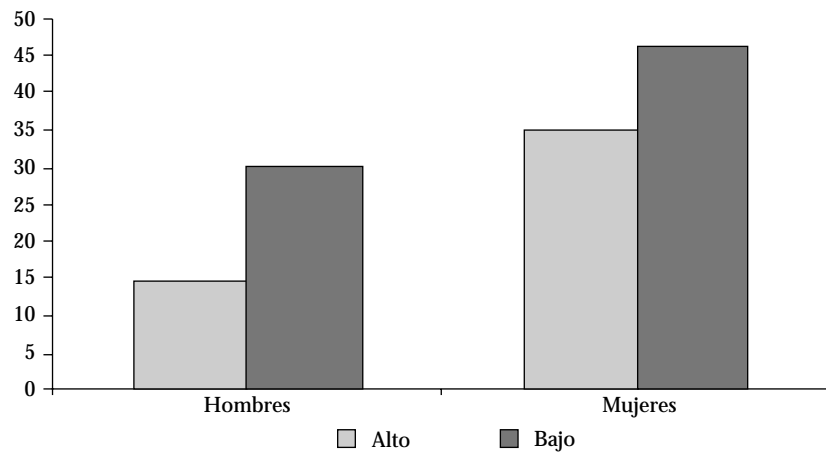
Fuente: *Envejecer en Leganés* (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998).

GRÁFICO 7.1b: Sintomatología depresiva elevada según estado civil



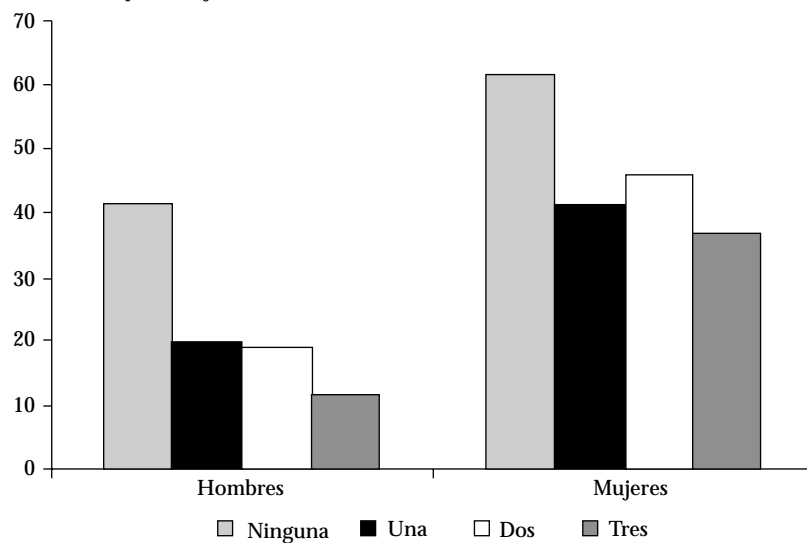
Fuente: *Envejecer en Leganés* (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998).

GRÁFICO 7.3c: Sintomatología depresiva elevada según apoyo del cónyuge
(porcentajes)



Fuente: Proyecto CLESA (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005).

GRÁFICO 7.4d: Sintomatología depresiva elevada según número de actividades comunitarias (participación social)
(porcentajes)



nacional, los resultados sobre la importancia de los hijos en la salud mental de los padres mayores contrastan con los resultados de la bibliografía europea y norteamericana, donde el apoyo de los hijos no está asociado a la salud mental de los padres o puede llegar a ser incluso perjudicial para ella, puesto que puede asociarse a una relación de dependencia fuertemente rechazada

en sociedades que valoran primordialmente la autonomía individual. Por ello, se realizó un análisis específico sobre la influencia del apoyo emocional y la forma de convivencia con los hijos en los síntomas depresivos de los padres (Zunzunegui, Béland y Gutiérrez-Cuadra, 2001). En este trabajo se comprobó que las personas mayores que recibían apoyo emocional de sus hijos manifestaban menos síntomas de depresión que los que no disfrutaban de este apoyo. Además, entre los viudos, la convivencia con los hijos estaba asociada a menor depresión. De nuevo, estos resultados contrastan poderosamente con los resultados encontrados en dos poblaciones canadienses, donde se utilizaron los mismos métodos de encuesta e instrumentos (Zunzunegui *et al.*, 2004).

Todo lo anterior pone de manifiesto la especificidad de la familia mediterránea y la disponibilidad de fuertes lazos y tradiciones de apoyo intrafamiliar que podrían ser utilizadas por los responsables de las políticas socio-sanitarias para establecer servicios de ayuda para aquellas familias que deseen mantener la convivencia y el apoyo a los mayores con pérdidas de autonomía.

La escasa importancia de los amigos sobre los síntomas depresivos de los mayores de Leganés no ha sido confirmada en un reciente estudio realizado en Barcelona sobre la asociación de las redes sociales con la salud mental, medida aquí con otro instrumento de malestar psicológico, GHQ 12, que tiene dos componentes: la depresión y la disfunción social (Lahuerta *et al.*, 2004). En ese estudio, el malestar psicológico está asociado a las escasas relaciones con los amigos, pero sólo entre los mayores de 75 años mientras que el malestar psicológico no está asociado con la frecuencia de contacto con los familiares. Esta diferencia de resultados puede explicarse por el elevado porcentaje de población mayor que vive sola en Barcelona (10% de los hombres y 34% de las mujeres), casi el doble que en Leganés (6% en hombres y 19% en mujeres) y quizás una menor frecuencia de contactos con los hijos, que ya no se distinguen en este estudio de otro tipo de familia extendida. Podríamos atrevernos a suponer que la situación de Barcelona refleja una situación intermedia entre lo que ocurre en las zonas rurales o en las zonas más tradicionales de España y lo que quizás empieza a ocurrir en los grandes centros urbanos donde hay menor contacto intergeneracional y menor dependencia intrafamiliar.

Las relaciones sociales pueden prestar apoyo, pero también pueden ser fuente de conflicto. Trabajos recientes demuestran que las relaciones conflictivas son particularmente nefastas para la salud mental de las mujeres. En Leganés no hemos podido detectar el conflicto en nuestro cuestionario. Las personas mayores reaccionaban mal a preguntas como: ¿Siente que sus amigos (o hijos, familiares, esposo) le critican o reprochan lo que hace?

Por ello, en las olas sucesivas modificamos la pregunta: ¿Siente que sus amigos (o hijos, familiares, esposo) aprueban lo que hace? E invertimos el sentido de las categorías de respuesta. Este cambio mejoró la aceptabilidad de la pregunta pero aun así las escalas construidas no tenían fiabilidad aceptable.

7.2. La influencia de las redes sociales en el deterioro cognitivo de las personas mayores

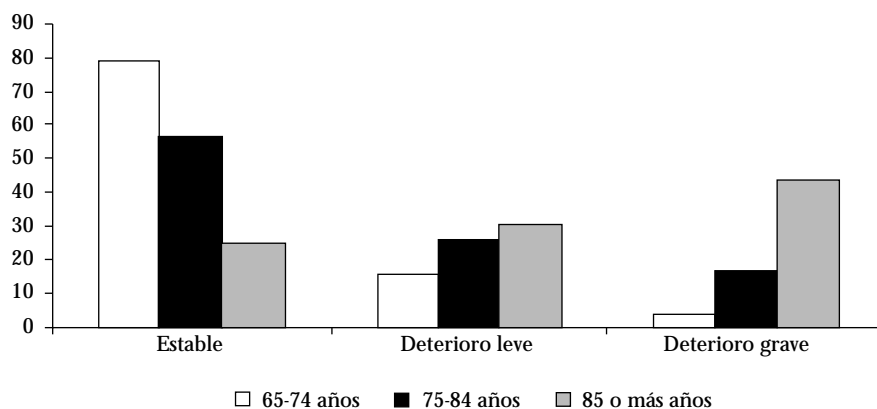
7.2.1. Estado actual del tema

La función cognitiva empeora a medida que se envejece, pero este deterioro es lento en la mayoría de las personas, y en las personas que se deterioran de forma perceptible existe una gran variabilidad en el ritmo de deterioro.

Todo ello hace suponer que existen factores genéticos y ambientales que gobiernan el deterioro cognitivo. Entre ellos se conocen ciertos marcadores genéticos de los que se sabe que no son causas suficientes ni necesarias. El factor ambiental más establecido y aceptado por la mayoría de los investigadores sobre el tema es la escolaridad (Alvarado *et al.*, 2002). Una baja escolaridad y probablemente las condiciones desfavorables en la infancia que la suelen acompañar tienen una influencia perjudicial en el deterioro cognitivo y en el riesgo de demencia (White *et al.*, 1994; Alvarado *et al.*, 2002). Aparte de la escolaridad, se han identificado muy pocos factores ambientales que influyan en el deterioro cognitivo en la vejez.

GRÁFICO 7.2: Deterioro cognitivo entre 1993 y 1997 según edad en la cohorte *Envejecer en Leganés*

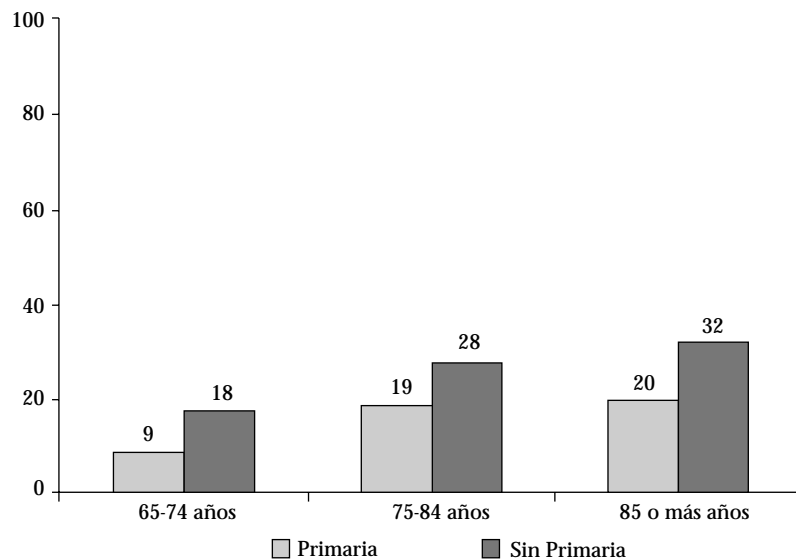
(porcentajes)



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Alvarado *et al.*, 2002).

Algunos estudios han demostrado que el aislamiento social es un factor de riesgo para la demencia, y trabajos realizados en los últimos años han sugerido que las relaciones sociales protegen la función cognitiva (Bassuk *et al.*, 1999; Fratiglioni *et al.*, 2000; Seeman *et al.*, 2001; Holtzman *et al.*, 2004). Entre los mecanismos invocados se favorece la hipótesis de la utilización de los circuitos neuronales que se vería favorecida por el estímulo intelectual originado por las interacciones sociales, sean éstas afectivas o conflictivas e independientemente del apoyo recibido. Otros autores sugieren que las relaciones sociales facilitan la adopción de buenos hábitos de vida, mejor nutrición, mayor ejercicio físico y menor abuso de sustancias nocivas. Aun otros sugieren que las relaciones sociales mejoran el acceso a los recursos materiales y sociales, facilitando la búsqueda de servicios médicos cuando éstos se necesitan y la adherencia a los tratamientos, y todo ello llevaría a un mejor manejo clínico de los trastornos crónicos que producen deterioro cognitivo.

GRÁFICO 7.3: Deterioro cognitivo entre 1993 y 1997 según la escolaridad
(porcentajes)



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Alvarado *et al.*, 2002).

Quedan muchas preguntas por responder. En particular, ¿los beneficios de las redes sociales sobre la función cognitiva se mantienen a medida que se envejece? En otras palabras, ¿el hecho de tener actividades familiares y de involucrarse de forma activa en la comunidad donde se vive continúa protegiendo la función cognitiva incluso a edades muy avanzadas? ¿Qué

tipo de relaciones sociales son beneficiosas para los hombres y para las mujeres?

La primera pregunta tiene particular interés ya que es precisamente a edades avanzadas cuando la probabilidad de deterioro cognitivo aumenta de forma acusada. La segunda pregunta se justifica por motivos biológicos y por motivos antropológicos (Taylor *et al.*, 2000). Se sabe que la respuesta al estrés es diferente en los machos y en las hembras. Los machos tienden a luchar y huir, las hembras tienden a esconderse y proteger a las crías. Estas respuestas están mediadas por diferentes hormonas, el cortisol y la oxitocina. Se piensa que existen efectos hormonales y culturales que dan forma a las redes sociales de ambos sexos y que a su vez pueden tener efectos biológicos diferentes sobre el deterioro de la función cognitiva. Se observa que los hombres tienden a organizarse en grandes grupos con objetivos claros mientras que las mujeres tienden a buscar relaciones íntimas formando diadas. Esto nos podría llevar a pensar que los hombres se benefician más de participar en grandes redes sociales donde tienen objetivos que cumplir, mientras que las mujeres se benefician de relaciones más íntimas. En otras palabras, los hombres podrían verse perjudicados por no participar en acciones colectivas mientras que las mujeres podrían perjudicarse de carecer de un círculo limitado de confidentes.

También en este tema se acumula la evidencia científica sobre los beneficios de las redes sociales principalmente procedente de Norteamérica y Europa (Bassuk *et al.*, 1999; Fratiglioni *et al.*, 2000, Seeman *et al.*, 2001, Holzman *et al.*, 2004). Si los resultados de estas investigaciones son válidos, las estrategias de intervención para prevenir el deterioro cognitivo de las personas mayores deberían incluir actividades de integración social de los mayores y promocionar los intercambios en las familias y entre generaciones.

7.2.2. Relaciones sociales y deterioro cognitivo en *Envejecer en Leganés*

7.2.2.1. Aspectos metodológicos

En Leganés hemos estudiado tres aspectos de las relaciones sociales sobre la función cognitiva: la frecuencia de contacto con hijos y familiares y amigos, la participación en actividades comunitarias y el grado de compromiso con los hijos, la familia y los amigos (índice del rol del individuo en la vida de sus vínculos). Hasta la fecha hemos producido resultados del seguimiento a los cuatro y a los seis años (Zunzunegui *et al.*, 2003; Béland *et al.*, 2005).

Se utilizó una medida de la función cognitiva desarrollada y validada por nuestro equipo para poblaciones con bajo nivel de instrucción: la Prueba Cognitiva de Leganés (PCL). La PCL contiene 32 ítems que incluyen dos puntuaciones de memoria y orientación y una puntuación global con un rango de 0 a 32. Su validación clínica demostró una sensibilidad del 93,9% y una especificidad del 94,7% en el diagnóstico con un punto de corte de ≤ 22 (García de Yébenes *et al.*, 2003). Su validación psicométrica demostró un buen acuerdo entre examinadores (coeficiente de correlación entre clases de 0,79), un alto grado de validez de constructo y consistencia interna (Zunzunegui *et al.*, 2000).

7.2.2.2. Principales resultados del estudio

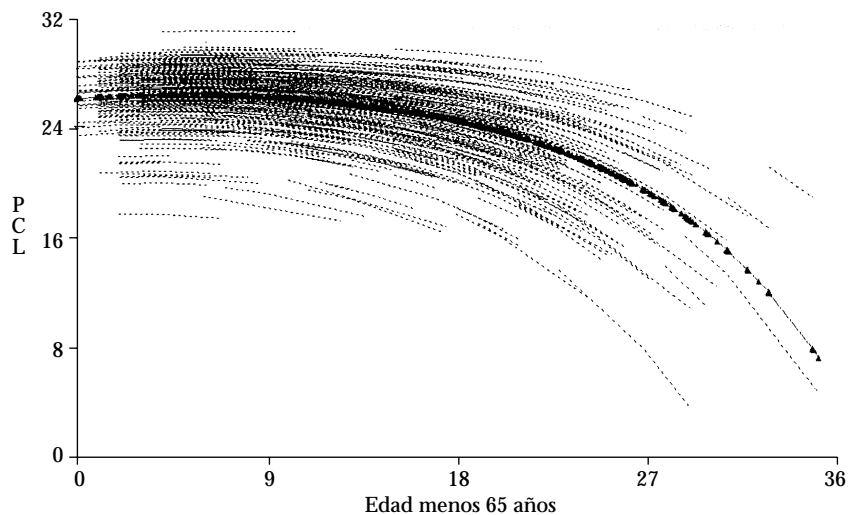
Los factores predictores del deterioro cognitivo observado en cuatro años fueron:

- índice de actividades comunitarias (participación social) (ir a la iglesia, ir al centro de tercera edad, pertenecer a una organización);
- frecuencia de contacto con la familia extendida;
- compromiso con las amigas (sólo en mujeres).

El compromiso con los hijos, o la importancia atribuida al rol de padre, parecía proteger la función cognitiva en los hombres mayores, pero estos resultados eran imprecisos debido al escaso número de sujetos observados que limitaba la capacidad de detectar influencias en los cambios cognitivos (Zunzunegui *et al.*, 2003).

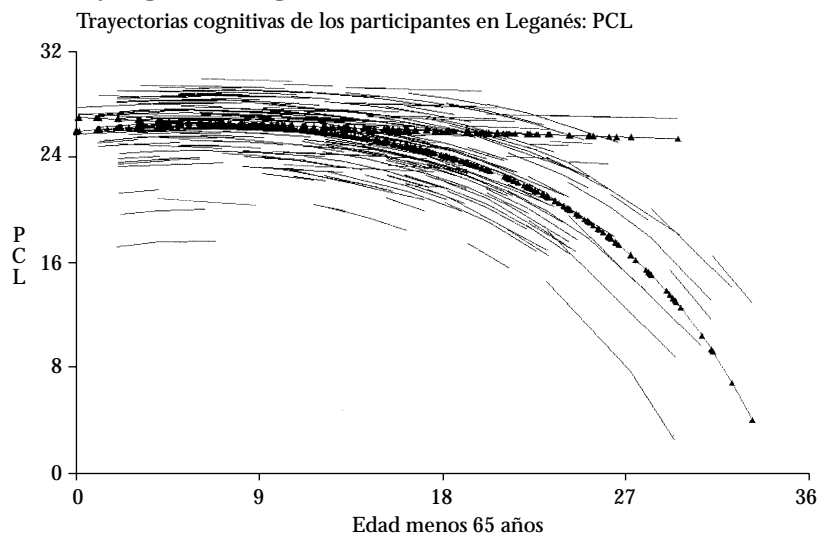
En un análisis posterior con métodos estadísticos más avanzados, los modelos multiniveles aplicados a las medidas repetidas de seis años, hemos confirmado los resultados previos y hemos podido analizar la pregunta adicional sobre el mantenimiento del beneficio de las relaciones sociales a edades avanzadas. Estos análisis nos han permitido dibujar las trayectorias cognitivas en el periodo 1993-1999 para las personas que participan en la cohorte según sus características y en particular según sus relaciones sociales (gráficos 7.4 y 7.5) (Béland *et al.*, 2005). Como se observa en el gráfico 7.4, las personas mayores que mantienen un alto nivel de participación social a través de las actividades que realizan en su comunidad no experimentan un deterioro cognitivo apreciable con la edad, mientras que aquellas personas que no participan en la vida comunitaria se deterioran especialmente a partir de los 80 años.

GRÁFICO 7.4: Evolución de la función cognitiva con la edad



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Béland et al., 2005).

GRÁFICO 7.5: Evolución de la función cognitiva con la edad y según la integración social



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Béland et al., 2005).

7.3. El apoyo social en la salud mental de los cuidadores familiares: evidencia de un estudio transversal y de un seguimiento longitudinal en Leganés

7.3.1. La problemática social de la persona mayor dependiente en España

La problemática social de la persona mayor dependiente en España es diferente a la de otros países desarrollados, debido a la fuerte presencia de la familia en la red social de nuestros mayores y al tardío y escaso desarrollo de los servicios sociales de ayuda a las personas mayores con pérdidas de autonomía. Por otro lado, el Estado español está compuesto por comunidades autónomas con variaciones culturales y sociales que influyen en las formas de participación comunitaria, las relaciones entre instituciones e individuos y los sistemas de servicios sociales y sanitarios. En el periodo 1993-2000, mientras que la proporción de mayores de 65 años ha pasado del 13 al 17,5% en la población española, la proporción de personas mayores que viven en residencias ha subido ligeramente del 2,3 al 2,9%. Los servicios comunitarios han aumentado también ligeramente, pero el aumento es muy inferior al marcado en los objetivos del Plan gerontológico de 1993 donde se fijaba que el 8% de los mayores de 65 años deberían recibir ayuda a domicilio para las tareas del hogar y para los cuidados personales. La ayuda del entorno familiar a los ancianos españoles es inmensa, a pesar del poco apoyo recibido del Estado.

La ayuda familiar proviene de pocas fuentes; esencialmente, de la esposa y de la hija y de aquellos que comparten el domicilio (Béland *et al.*, en prensa; IMSERSO, 2000). Esta observación es particularmente cierta en el caso de las actividades de higiene corporal que suponen las tareas más pesadas. Ni las otras personas cercanas, ni las agencias del Estado ni las empresas privadas tienen verdaderamente peso. Para las actividades domésticas, la esposa y la hija, y en menor medida el esposo, son las fuentes de ayuda más importantes. Sin embargo, aparecen aquí los hijos varones y las fuentes de ayuda pagadas. Las instituciones estatales están prácticamente ausentes.

El estudio de las fuentes de ayuda demuestra una conjunción de dos factores muy característicos de la sociedad española (Béland *et al.*, 2005): *a)* la responsabilidad de las mujeres (esposas e hijas) de las que depende el bienestar de las personas mayores vulnerables; *b)* la cohabitación como requisito para recibir ayuda. Esto hace que las personas sin hijos que viven solas son el grupo en mayor riesgo. Esta situación puede todavía mantenerse

hoy, pero con las transformaciones demográficas y los cambios de valores, será inviable en el futuro. En efecto, la disminución del número de hijos por familia, las necesidades económicas para mantener el nivel de vida de la familia, el trabajo de las mujeres y su deseo de participar en el mundo profesional, la penetración cada vez mayor de los valores de autonomía e independencia en las personas mayores disminuirán fuertemente en las próximas generaciones la disponibilidad de ayuda femenina y la cohabitación.

Recientemente, la inmigración parece ser la principal fuente de recursos humanos para el cuidado de las personas mayores que desean continuar en sus domicilios pero carecemos de estudios sobre las condiciones de vida y trabajo de estos cuidadores, así como de su formación. Lo que sí conocemos es que hay necesidades de ayuda no cubiertas y que estas necesidades se concentran precisamente en los mayores con las discapacidades más graves y con escasos recursos económicos y sociales (Otero *et al.*, 2004).

7.3.2. Cuidar como un proceso de estrés

Cuidar a una persona mayor con discapacidades es un proceso estresante (Pearlin, 1990). El estrés de cuidar aumenta el riesgo de problemas mentales y tiende a restringir la vida social del cuidador a la relación cuidador-cuidado (Zarit *et al.*, 1986). Puede tener consecuencias graves para la salud física (Kielcott-Glaser *et al.*, 1991; Schultz y Williamson, 1991). Numerosas publicaciones han examinado la influencia de cuidar a una persona dependiente en la mortalidad y en los problemas físicos y mentales de los cuidadores (Moritz *et al.*, 1989; Baumgarten *et al.*, 1995).

Según Pearlin, en este proceso intervienen las características y recursos de los cuidadores y los estresantes primarios y secundarios a los que están expuestos. Los estresantes primarios son las dificultades relacionadas con el hecho de cuidar, los secundarios son la pérdida del sentimiento de identidad y las tensiones externas al hecho de cuidar inmersas en la vida diaria. Para nuestro trabajo sobre una muestra de cuidadores familiares en Leganés hemos adoptado el modelo de Pearlin centrando nuestra atención en el papel del apoyo social como recurso que puede modificar los efectos de cuidar sobre la salud física y mental del cuidador.

7.3.3. La influencia de los cuidados prestados en la salud de los cuidadores

En España son muy escasos los estudios sobre este tema y en su mayoría utilizan metodologías cualitativas (IMSERSO, 1995; Bazo, 1998; García Calvente *et al.*, 2004) o muestras específicas de cuidadores de personas afectadas por patologías específicas, en especial demencia.

En la segunda fase del estudio longitudinal *Envejecer en Leganés*, en 1996 y de nuevo un año más tarde, todos los cuidadores familiares fueron entrevistados con el objeto de conocer sus condiciones de vida y su salud, así como su relación con el sistema de servicios sanitarios y sociales.

Los cuidadores principales fueron identificados preguntando a cada uno de los mayores con incapacidades en el cuidado personal, por el nombre y dirección de la persona que más le ayudaba en seis actividades de cuidado personal: levantarse de la cama, aseo personal, baño, ir al retrete, vestirse y comer. Todos los cuidadores identificados en 1995 que aceptaron participar se localizaron entre marzo y junio de 1996 fueron entrevistados en sus domicilios por un encuestador adiestrado siguiendo un cuestionario estructurado. Se recogieron sus características sociodemográficas, el vínculo con la persona incapacitada, el estado de salud, incluyendo la sintomatología depresiva, los recursos psicológicos, el tipo de cuidados prestados, el apoyo instrumental y emocional recibido y sus actividades de ocio. Se recogieron también los problemas de conducta e incontinencia de la persona cuidada y el uso de servicios sanitarios y sociales por parte de ambos (Zunzunegui *et al.*, 1999a).

La muestra de cuidadores incluyó finalmente a 194 sujetos, 68 de la misma generación que la persona cuidada (66 esposos y 2 hermanas) y 126 de una generación más joven (99 hijas, 6 hijos y 21 nueras, sobrinas o nietas). La media de edad de los cuidadores de la misma generación fue de 75,7 años (DE 6,6) y de los más jóvenes de 60,7 años (DE 7,7). El 58,5% no había completado la enseñanza primaria, el 88,2% estaba casado y el 82,1% tenía un ingreso mensual familiar superior a 500 euros. Solamente dos de estos 194 cuidadores manifestaron contar con la ayuda de los servicios sociales.

La medida de la sintomatología depresiva se realizó mediante el CES-D. Otras variables de interés sobre el cuidador fueron la satisfacción con la vida, la salud percibida y los dolores y molestias experimentados.

Los principales resultados se resumen a continuación. Casi la mitad (45%) de las personas que cuidan a un esposo o esposa presenta una alta sintomatología depresiva y el 26% de las hijas (y algunos hijos, sólo había seis hijos en nuestra muestra) que cuidan a un padre.

Los síntomas depresivos aumentan con la edad del cuidador, son mayores entre los cuidadores de bajos ingresos y en aquellos que padecen varias enfermedades crónicas o se encuentran discapacitados. El apoyo emocional está asociado a menor depresión y esta asociación es fuerte y estadísticamente significativa aun después de controlar por las variables socioeconómicas y la salud del cuidador en un modelo multivariante (Zunzunegui *et al.*, 1999b).

CUADRO 7.1: Prevalencia de sintomatología depresiva elevada según las características socioeconómicas y de salud del cuidador

	N	Porcentaje CESD = >16		N	Porcentaje CESD = >16
Género			Co-morbilidad		
Hombres	35	42,9	0-1	43	11,6
Mujeres	159	30,8	2-3	44	20,5
			4-5	62	32,3
			6 +	45	66,7
Edad			Molestias y dolores		
< 54	54	25,9	0-1	60	11,7
55-64	34	38,2	2-3	48	20,8
65-74	37	51,4	4-5	40	45,0
75 +			6 +	46	63,0
Vínculo			Limitaciones físicas		
Cuidador esposo/esposa	66	45,6	Ninguna dificultad	91	16,5
Cuidador hija/mujer familia/hijo	128	25,8	Alguna dificultad	80	46,3
			Mucha dificultad	23	52,2
Ingresos mensuales			Discapacidad ABVD		
< 500 euros	34	61,8	Ninguna dificultad	141	23,4
> 500 euros	160	26,9	Alguna dificultad	35	57,1
			Incapaz	18	61,1
Educación			Discapacidad AIVD		
Primaria incompleta	114	39,5	Ninguna dificultad	140	26,2
Primaria completa	80	23,8	Alguna dificultad	34	50,0
			Incapaz	11	72,7

CESD = >16 equivale a la alta sintomatología depresiva indicativa de depresión.

Fuente: *Envejecer en Leganés* (Zunzunegui *et al.*, 1999b).

La religiosidad es un recurso para los cuidadores-esposos ya que entre ellos está asociada a menor depresión. Sin embargo, para las hijas cuidadoras, la religiosidad elevada está asociada al ánimo depresivo (Zunzunegui *et al.*, 1999b). Este diferente papel de la religión puede interpretarse a la luz del cambio en el papel de la religión en las mujeres españolas. Para las mujeres mayores, la religión puede representar una forma de afrontamiento activo: frente al estrés de prestar cuidados se busca apoyo en la religión mientras que, para las mujeres más jóvenes que cuidan de una familiar mayor, la religión puede ser un consuelo cuando ya se experimenta un ánimo

depresivo. Las situaciones de incontinencia y de comportamiento conflictivo en la persona cuidada están asociadas a mayores síntomas depresivos en el cuidador. Sin embargo, la carga de cuidados, medida por el número de tareas que debe realizar el cuidador, no parece tener un fuerte efecto sobre los síntomas depresivos. La realización de actividades de apoyo que implican salir al exterior del domicilio parece proteger de los síntomas depresivos al cuidador.

Otros indicadores de bienestar, como la satisfacción con la vida y los dolores y molestias, estaban moderadamente correlacionados con la depresión del cuidador al indicar la existencia de un concepto de bienestar subyacente a las cuatro medidas (Llácer *et al.*, 2002). Los esposos cuidadores tenían peor estado de salud, peor situación socioeconómica que los hijos cuidadores, pero soportaban menor carga de cuidados que éstos. En el análisis multivariante, las similitudes entre los cuidadores esposos y los cuidadores hijos son mayores que las diferencias. Se observa que los cuidadores que se encuentran peor en los cuatro indicadores de bienestar son aquellos que no cuentan con el apoyo emocional de su familia, mientras que las asociaciones de la religiosidad y el apoyo instrumental con el bienestar de los cuidadores no parecen muy importantes. El comportamiento conflictivo y la incontinencia de la persona mayor dependiente parece tener mayores consecuencias sobre la satisfacción en la vida de las cuidadoras hijas que de los cuidadores esposos.

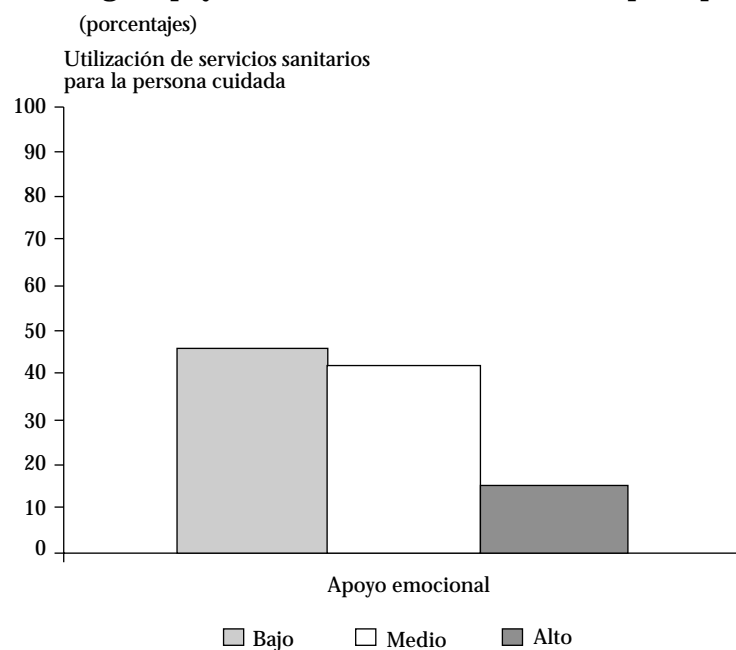
Quizás el hallazgo más interesante del estudio longitudinal de estos cuidadores (Zunzunegui, Llácer y Béland, 2002) sea que su bienestar mental está fuertemente asociado al hecho de recibir apoyo emocional de su familia. Aun así, el efecto del apoyo de la familia se reduce con el tiempo cuando la carga de cuidados es muy intensa. Los cuidadores están a su vez enfermos y discapacitados, siendo a veces difícil distinguir quién cuida a quién, especialmente en parejas de personas donde ambos son dependientes. Citamos el caso de una pareja, ambos de 85 años, funcional a causa de su complementariedad: la mujer padecía la enfermedad de Alzheimer, pero mantenía una buena función física y el hombre tenía problemas para realizar las actividades que requieren movilidad de las extremidades inferiores. Todos estos problemas no le impedían dirigir a su mujer en las tareas de la casa y, con sus propias palabras, *ser complementarios*, recibiendo la ayuda de sus hijos y una asistenta privada cinco días por semana.

El estudio longitudinal pone de manifiesto que el estado depresivo o no depresivo de los cuidadores tiende a mantenerse en el periodo de seguimiento. Los cuidadores con trastornos crónicos o con discapacidades presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos. El perfil de un cuidador

con problemas depresivos crónicos es el de una persona mayor que cuida a su esposo, esposa o hermano sin contar con apoyo familiar y que tiene mala salud o discapacidad. Aun así, algunos se recuperan del ánimo depresivo, aunque la alta proporción de pérdidas o rechazos al seguimiento (39% de los cuidadores que presentaban síntomas elevados de depresión al inicio del estudio y 24% de los que no los presentaban) nos impide extraer conclusiones más precisas (Zunzunegui, Llácer y Béland, 2002). La recuperación de la depresión aparece con mayor frecuencia en los cuidadores que tienen apoyo familiar, tienen buena situación económica y no tienen problemas de discapacidad.

Por último, se examinó la relación entre el apoyo emocional que recibe el cuidador con la utilización que el cuidador realiza de las consultas del médico y la enfermera a domicilio y se observó que cuando el cuidador recibe apoyo familiar de su familia, la utilización de estos servicios sanitarios de apoyo es mucho más baja (Llácer *et al.*, 2002; gráfico 7.6). La actitud receptiva en relación a la posible institucionalización del anciano se presenta en casi un tercio de los cuidadores. Se asocian la precariedad de recursos, la

GRÁFICO 7.6: Utilización de servicios sanitarios a domicilio según apoyo emocional familiar al cuidador principal



Fuente: *Envejecer en Leganés* (Llácer *et al.*, 2002).

conflictividad del cuidado y la depresión del cuidador. Sin embargo, la actitud positiva respecto a la búsqueda de plaza en una residencia es más frecuente en aquellos cuidadores que cuentan con alto apoyo de su familia. La presentan más los cuidadores que conocen los servicios sociales y los que utilizan los servicios sanitarios a domicilio para el anciano. Las actitudes de búsqueda y reserva de plaza de residencia están asociadas a situaciones límite, donde la persona conoce la existencia de los servicios sociales y cuenta con apoyo familiar. Todo parece indicar que, siendo la institucionalización un suceso raro en nuestro medio, su aceptabilidad puede ser alta ya que el 29% reconoce haber considerado esta opción (Llácer *et al.*, 2002).

8. Conclusiones

8.1. Principales resultados del estudio

En el logro de un envejecimiento saludable en nuestro contexto cultural las relaciones sociales juegan un importante papel.

Los resultados demuestran que la longevidad de las personas mayores de Leganés depende fuertemente de sus relaciones sociales. En concreto, se aportan evidencias de que los siguientes indicadores protegen de la mortalidad:

- su integración en actividades en la comunidad donde viven;
- el sentimiento de utilidad en los roles que les ha tocado vivir, siempre y cuando no experimenten demandas excesivas; y
- la disponibilidad de un confidente.

Los datos del estudio de Leganés sugieren que se está produciendo un retraso en la edad de inicio de la discapacidad para las ABVD. Este retraso supone que las personas mayores tienen una buena capacidad funcional hasta, aproximadamente, los 85 años que les permite participar plenamente en la vida social.

Los resultados de este trabajo confirman que las redes sociales protegen y ayudan a mantener la capacidad de realizar las actividades cotidianas necesarias para una vida independiente. Este estudio contribuye a aumentar los conocimientos sobre los efectos beneficiosos de las redes sociales en el mantenimiento y la recuperación de la capacidad para realizar las ABVD en las personas mayores de países europeos que representan tres culturas diferentes. Algunos efectos parecen ser específicos de la naturaleza del vínculo social (familiares, amigos o participación en actividades comunitarias). La participación comunitaria es muy beneficiosa y los vínculos familiares juegan un papel significativo en la reducción de la incidencia de la discapacidad.

Las relaciones sociales tienen una asociación positiva con la salud mental de las personas mayores. En particular, las relaciones con los hijos, el

apoyo emocional de la familia y la participación en actividades comunitarias parecen beneficiar a los mayores españoles. Las personas viudas que conviven con los hijos y aquellas que sin llegar a convivir manifiestan recibir apoyo emocional de los hijos tienen menos síntomas depresivos que aquellas que no conviven o no reciben apoyo de sus hijos. Hay indicios de que la presencia de amigos puede ser importante en edades avanzadas y de que, en las nuevas generaciones de personas mayores, las relaciones de amistad cobren un papel más importante del que tienen actualmente en la salud mental de las personas mayores.

La participación en actividades comunitarias, la frecuencia de contactos con la familia y la importancia otorgada por la propia persona al rol jugado en estas relaciones están asociados con un buen mantenimiento de la función cognitiva. Además, el efecto de la participación en actividades comunitarias aumenta con la edad. El efecto protector de tener amigos es significativo, en nuestro estudio, sólo en las mujeres.

Los cuidadores familiares de personas mayores con discapacidades son a su vez personas mayores con problemas de salud física y mental. El apoyo emocional de la familia juega un papel importante en la salud mental de los cuidadores españoles. Más específicamente, las consecuencias del estrés asociado a los cuidados son mediatizadas por las relaciones familiares en ausencia de fuentes formales de cuidados en el domicilio.

8.2. Validez externa de nuestros resultados

¿Son nuestros resultados generalizables?

El trabajo se ha realizado sobre la población de una ciudad determinada. Aunque el sector más envejecido de esta población está constituido casi completamente por inmigrantes de Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura y su edad, sexo, nivel educativo y salud autopercebida reproducen los de la población española del momento en que se recogió la información, resulta arriesgado extrapolar nuestros resultados al resto de España. Estando las relaciones sociales tan determinadas por patrones socio-culturales y económicos, y siendo la diversidad de nuestro país en este ámbito tan amplia, es necesaria la máxima cautela en la generalización de las conclusiones. No obstante, todas las poblaciones de nuestro país tienen en común su pertenencia al ámbito mediterráneo que se caracteriza por un gran peso de la familia en las relaciones sociales de los individuos. La familia está más cerca y se cuenta con ella antes que con elementos externos para satisfacer las necesidades de socialización.

8.3. Implicaciones de esta investigación

Los resultados de nuestra investigación demuestran el efecto beneficioso sobre la salud de los mayores de las redes y mecanismos psicosociales construidos por ellos mismos a lo largo de su vida. Concretamente la relaciones familiares, la participación en su comunidad y la continuidad de su papel de miembro activo de la vida familiar.

En coherencia con esta conclusión principal de nuestro trabajo, las recomendaciones han de orientarse al mantenimiento de la persona mayor en su comunidad.

Somos conscientes de que esta recomendación general plantea muchas preguntas a la hora de formular acciones concretas sobre la promoción de la integración social y de las relaciones intrafamiliares e intergeneracionales, en el marco de las políticas sociosanitarias.

- ¿Cómo se pueden concretar las intervenciones para proteger la longevidad, la capacidad funcional, la función cognitiva y la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cómo se podrían poner en marcha y evaluar estas intervenciones?
- ¿Cómo se puede hacer de la familia un lugar de intervención en las condiciones de vida actuales, con la incorporación de las mujeres a la vida laboral, la carestía de las viviendas, su tamaño reducido?
- ¿Cómo conseguir que los mayores sigan participando en la vida comunitaria sin las condiciones de exclusión social en que con relativa frecuencia se los mantiene?

Las respuestas han de ser variadas y desde distintos sectores: desde las administraciones públicas, desde el ámbito científico y profesional, desde los medios de comunicación, entre otros.

El papel de las administraciones públicas, en este ámbito, debería ser el de potenciar estas redes y relaciones sociales más que el sustituirlas. Esto se puede conseguir por medio de políticas públicas que, entre otras iniciativas, actúen facilitando la prestación de servicios domiciliarios que permitan a los mayores vivir más tiempo en su entorno, potenciando el desarrollo de la sociedad civil para que surjan espacios donde se pueda producir la interacción comunitaria, regulando el mercado de trabajo y la fiscalidad con el fin de que se pueda conciliar la vida laboral y familiar, favoreciendo el poder disponer de viviendas de mayor tamaño donde puedan convivir los mayores con sus familiares o la utilización de viviendas específicas para los mayores (modulares, tuteladas, asistidas...), cercanas al lugar de residencia

habitual de la familia, promoviendo y evaluando experiencias pioneras en el logro de una vejez activa en el lugar de vida habitual. Se requiere de la planificación, gestión y evaluación de las políticas y servicios dirigidos a los mayores.

A medida que los cuidados formales se desarrollan en España, se puede cuestionar su habilidad para interaccionar de forma positiva con la ayuda familiar. Se deberían realizar investigaciones sobre las modalidades de apoyo formal a las redes naturales de apoyo de la familia. La reciente aparición del Libro Blanco de la Dependencia en España es prueba de un aumento de la conciencia social y de que los poderes públicos se proponen la elaboración de una ley de dependencia que ha de tener en cuenta la existencia de la red de servicios informales de la familia y ha de garantizar la equidad en el acceso y la calidad de servicios públicos y privados complementarios que se necesiten.

Nos encontramos ante un gran desafío: la necesidad de un progresivo desarrollo socioeconómico del país hasta situarnos en un nivel de riqueza, instrucción y calidad de vida similar al de las naciones más avanzadas de la Unión Europea, sin perder lo que de saludable hay en nuestra cultura mediterránea en lo que a las relaciones sociales se refiere. El estudio *Envejecer en Leganés* nos ha enseñado que la vida social y el apoyo que reciben las personas mayores están centrados en la familia.

Bibliografía

- ALBERDI, I. (1999): «La nueva familia española», Madrid, Tecnos.
- ALVARADO, B. E. *et al.* (2002): «Cognitive Decline is Related to Education and Occupation in a Spanish Elderly Cohort», *Aging-Clinical & Experimental Research*, 14(2), págs. 132-142.
- ANTARES CONSULTING (2000): «Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro», Barcelona, Unespa.
- ANTONUCCI, T. y H. AKIYAMA (1987): «Social Networks in Adult Life and a Preliminary Examination of the Convoy Model», *Journal of Gerontology*, 42, págs. 519-527.
- AVLUND, K. (2004a): «The Impact of Structural and Functional Characteristics of Social Relations as Determinants of Functional Decline», *Journals of Gerontology: Series B. Psychological Sciences Social Sciences*, 59, págs. 44-51.
- (2004b): «Social Relations as Determinant of Onset of Disability in Aging», *Archives Gerontology and Geriatrics*, 38, págs. 85-99.
- *et al.* (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, págs. 635-643.
- BALTES, P. B. y M. M. BALTES (1990): «Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization With Compensation», en P. B. Baltes, M. M. Baltes (eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, Cambridge University Press, Nueva York, págs. 1-34.
- BALTES, M. M. y L. L. CARTENSEN (1996): «The Process of Successful Ageing» *Ageing and Society*, 16, págs. 397-422.
- BAREFOOT, J. C. *et al.* (2001): «A Longitudinal Study of Gender Differences in Depressive Symptoms from Age 50 to 80», *Psychology & Aging*, 16, págs. 342-345.
- BARNES, J. A. (1954): «Class and Committees in a Norwegian Island Parish», *Human Relations*, 7, págs. 39-58, citado en Berkman y Kawachi (2000), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- BASSUK, S. S., L. F. BERKMAN y T. A. GLASS (1999): «Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community Dwelling Elderly Persons», *Annals of Internal Medicine*, 131, págs. 165-173.
- BAUMEISTER, R. F. y K. L. SOMMER (1997): «What do Men Want? Gender Differences and Two Spheres of Belongingness: Comment on Cross and Madson», *Psychological Bulletin*, 122, págs. 38-44.
- BAZO, M. T. (1990): *La sociedad anciana*, Madrid, CIS.
- (1998): «El cuidador familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer», *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 33, págs. 49-56.

- BEBBINGTON, P. E. (1998): «Sex and Depression», *Psychological medicine*, 28, págs. 1-8.
- BECKETT, L. A. *et al.* (1996): «Analysis of Change in Self-reported Physical function Among Older Persons in Four Population Studies», *American Journal of Epidemiology*, 143, págs. 766-778.
- BECKMAN, A. T. *et al.* (1995): The Association of Physical Health and Depressive Symptoms in the Older Population: Age and Sex Differences, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 30, págs. 32-38.
- BÉLAND, F. y M. V. ZUNZUNEGUI (1995): «Presentación del estudio *Envejecer en Leganés*», *Revista de Gerontología*, 5, págs. 207-214.
- y M. V. ZUNZUNEGUI (1995): «El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores», *Revista de Gerontología*, 5, págs. 232-244.
- y M. V. ZUNZUNEGUI (1996): «The Elderly in Spain. The Dominance of Family And the Wherewithal of the State», en *The social networks of older people*, Nueva York, Praeger Publishers.
- y M. V. ZUNZUNEGUI (1999): «Predictors of Functional Status in Community Dwelling Elderly», *Age and Ageing*, 28, págs. 153-159.
- *et al.* (2005): «Trajectories of Cognitive Function and Social Tiers», *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 60(6), págs. 320-330.
- BEN-SHLOMO, Y. y D. A. KUH (2002): «Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives», *International Journal of Epidemiology*, 31, págs. 285-293.
- BERGER, A. K. *et al.* (1999): «The Occurrence of Depressive Symptoms in the Preclinical Phase of AD», *Neurology*, 53, págs. 1998-2002.
- BERGER, P. y T. LUKCMANN (1991): «La construcción social de la realidad», Buenos Aires, Amorrortu.
- BERKMAN, L. F. y S. L. SYME (1979): «Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine-year Follow-up Study of Alameda County Residents», *American Journal of Epidemiology*, 109, págs. 186-204.
- y T. GLASS (2000): «Social Integration, Social Networks, Social Support and Health», en Berkman y Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*, Nueva York, Oxford University Press, págs. 137-173.
- *et al.* (1986): «Depressive Symptoms in Relation to Physical Health and Functioning in the Elderly», *American Journal of Epidemiology*, 124, págs. 372-388.
- *et al.* (2000): «From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium», *Social Science and Medicine*, 51, págs. 843-857.
- *et al.* (2004): «Social Integration and Mortality: a Prospective Study of French Employers of Electricity of France-Gas of France: the Gazel Cohort», *American Journal of Epidemiology*, 159, págs. 167-174.
- BISSCHOP, M. I. *et al.* (2003): «The Influence of Differing Social Ties on Decline in Physical Functioning Among Older People with and Without Chronic Diseases», *Aging Clinical Experimental Research*, 15, págs. 164-173.
- *et al.* (2004a), «Chronic Diseases and Depression: The Modifying Role of Psychosocial Resources», *Social Science Medicine*, 59, págs. 721-733.

- BISSCHOP, M. I. *et al.* (2004b): «The Longitudinal Relation Between Chronic Diseases and Depression in Older Persons in the cCommunity: the Longitudinal Aging Study Amsterdam», *Journal Clinical Epidemiology*, 57, págs. 187-194.
- BLAZER, D. G. (1982): «Social Support and Mortality in an Elderly Community Population», *American Journal Epidemiology*, 115, págs. 684-694.
- BLUMSTEIN, T. *et al.* (2004), «The Effect of Communal Lifestyle Depressive Symptoms in Late Life», *Journal of Aging and Health*, 16, págs. 151-174.
- BOWLY, J. (1969): «Attachment and Loss», vol. 1, *Attachment*, Londres, Hogarth Press.
- (1973): vol. 2, «Separation-anxiety and Anger», *Attachment and loss*, Londres, Hogarth Press.
- (1980): vol. 3, «Loss-sadness and Depression», *Attachment and loss*, Londres, Hogarth Press.
- BROADHEAD, W. E. *et al.* (1983): «The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health», *American Journal of epidemiology*, 117, págs. 521-537.
- BROWN, S. L. *et al.* (2003): «Providing Social Support may be More Beneficial than Receiving it: Results from a Retrospective Study of Mortality», *Psychological Sciences*, 14, págs. 320-327.
- BRYANT, L. L., K. K. CORBETT y J. S. KUTNER (2001): «In Their own Words: a Model of Healthy Aging», *Social Science and Medicine*, 53, págs. 927-941.
- CASADO, D. y G. LÓPEZ-CASASNOVAS (2002): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Barcelona, Fundación la Caixa, Disponible en <http://www.estudis.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos_esp>.
- CASSEL, J. (1976): «The Contribution of the Social Environment to Host Resistance», *American Journal of Epidemiology*, 104, págs. 107-203.
- CERHAN, J. R. y R. B. WALLACE (1997): «Change in Social Ties and Subsequent Mortality in Rural Elders», *Epidemiology*, 8, págs. 475-481.
- CERIA, C. D. *et al.* (2001): «The Relationship of Psychosocial Factors to Total Mortality Among Older Japanese-American men: The Honolulu Heart Program», *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, págs. 725-731.
- CIS (1994): *Encuesta de apoyo informal a las personas mayores 2.^a fase*, estudio 2.117, Madrid.
- CONDE, F. y J. M. MARINAS (1997): «Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños», *Documentos técnicos de Salud Pública*, 80, Madrid, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- DALGARD, O. S. y L. L. HÅGEIM (1998): «Psychosocial Risk Factors and Mortality: A Prospective Study with Special Focus on Social Support, Social Participation, and Locus of Control in Norway», *Journal Community Health*, L52, págs. 476-481.
- DICKENS, C. M. *et al.* (2004): «Lack of Close Confidant, but no Depression, Predicts Further Cardiac Events After Myocardial Infarction», *Heart*, 90L, págs. 518-522.
- DURKHEIM, E. (1951) [1897]: *Suicide. A Study in Sociology*, Glencoe, il Freepress.
- EIROA PATIÑO, P., F. L. VÁZQUEZ-VIZOSO y R. VERAS CASTRO (1996): «Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo», *Medicina clínica*, 106, págs. 641-648.

- EVERARD, K. M. *et al.* (2000): «Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults», *Journals of Gerontology, Series B Psychological and Social Sciences*, 55S, págs. 208-212.
- FABRIGOULE, C. *et al.* (1995): «Social and Leisure Activities and Risk of Dementia: a Prospective Longitudinal Study», *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, págs. 485-490.
- FRATIGLIONI, L. *et al.* (2000): «Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: a Community Based Longitudinal Study», *Lancet*, 355, págs. 1315-1319.
- FREEDMAN, V. A. *et al.* (2002): «The Role of Education in Explaining and Forecasting Trends in Functional Limitations Among Older Americans», *Demography*, 36(4), págs. 461-473.
- FRIES, J. F. (1980): «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity», *New England Journal Medicine*, 303(3), 17 de julio, págs. 130-135.
- FUHRER, R. *et al.* (1999): «Gender, Social Relations and Mental Health: Prospective Findings from an Occupational Cohort (Whitehall II study)», *Social Science and Medicine*, 48, págs. 77-87.
- GARCÍA DE YÉBENES, M. J. *et al.* (2003): «Validation of a Screening Test for Cognitive Function in Elderly Populations with a Low Level of Education», *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, págs. 925-936.
- GLASER, B. y A. STRAUSS (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine Guyter.
- GLASS, T. A. *et al.* (1997): «Beyond Single Indicators of Social Networks: A LISREL Analysis of Social Ties Among the Elderly», *Social Science and Medicine*, 44, págs. 1503-1517.
- *et al.* (1999): «Population Based Study of Social and Productive Activities as Predictors of Survival Among Elderly Americans», *British Medical Journal*, 319, págs. 478-483.
- GOLD, CH. *et al.* (2002): «Gender and Health: a Study of Older Unlike-sex Twins», *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 57B(3), págs. S168-S176.
- GOLDBERG, E. L. *et al.* (1985): «Depressive Symptoms, Social Networks and Social Support of Elderly Women», *American Journal Epidemiology*, 121, págs. 448-456.
- GRACIANI, A. *et al.* (2004): «Prevalence of Disability and Associated Social and Health —Related Factors Among the Elderly in Spain: a Population based Study», *Maturitas*, 48, págs. 381-392.
- GRAND, A. *et al.* (1990): «Disability, Psychosocial Factors and Mortality Among the Elderly in a Rural French Population», *Journal Clinical Epidemiology*, 43, págs. 773-782.
- GRUENBERG, E. M. (1977): «The Failures of Success», *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Soc. Winter*, 55(1), págs. 3-24.
- GURALNIK, J. M. (2002): «Medical and Long Term Care Costs when Older Persons Become More Dependent», *American Journal Public Health*, 92, págs. 244-245.
- (2004): «Population Aging Across Time and Cultures: Can we Move From Theory to Evidence», *Journals of Gerontology: Series A Biological Science Medical Sciences*, 59A, págs. 606-608.
- *et al.* (1993): «Educational Status and Active Life Expectancy Among Older Blacks and Whites», *New England Journal of Medicine*, 329, págs. 126-127.
- HANSON, B. S. *et al.* (1989): «Social Network and Social Support Influence Mortality in Elderly men. The Prospective Population Study of “Men Born in 1914”», *American Journal of Epidemiology*, 130, Malmö, Sweden, págs. 100-111.

- HO, S. C. (1991): «Health and Social Predictors of Mortality in an Elderly Chinese Cohort», *American Journal of Epidemiology*, 133, págs. 907-921.
- HOLTZMAN, R. E. *et al.* (2004): «Social Network Characteristics and Cognition in Middle-Aged and Older Adults», *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 59B, págs. P278-P284.
- HOUSE, J. S., K. R. LANDIS y D. UMBERSON (1988): «Social Relationships and Health», *Science*, 241, págs. 540-545.
- IMSERSO (1995): «Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar», Madrid.
— Colectivo IOE (1995): «Cuidados en la vejez. El apoyo informal», Madrid.
— (2000): «Las personas mayores en España. Informe 2000», Madrid.
— (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco de la Dependencia*, disponible en <http://www.seg-social.es/imserso/mayores/may_libroblanco.html>.
- INE (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías 1986*, Madrid.
— (1991): *Censos de población y vivienda*, Madrid, disponible, en <<http://www.ine.es>>.
— (1999): *Anuario Estadístico 1998*, Madrid.
— (2001): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*, Madrid.
— (2002): *Proyecciones demográficas*, disponible en <<http://www.ine.es>>.
- IWASAKI, M. *et al.* (2002): «Social Networks and Mortality Based on the Komo-Ise Cohort Study in Japan», *International Journal of Epidemiology*, 31, págs 1208-1218.
- JACOBZONE, S. (1999): «The Health of Older Persons in OECD Countries: Is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?», *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, 37.
— (2000): «Coping with Aging: International Challenges», *Health Affairs*, 19, págs. 213-225.
— (2000): «Is the Health of Older Persons in OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Aging», *OECD Economic Studies*, 30.
- JYLHÄ, M. (1989): «Social Ties and Survival Among the Elderly in Tampere, Finland», *International Journal of Epidemiology*, 18, págs. 158-164.
— *et al.* (1992): «The Tampere Longitudinal Study on Ageing. Description of the Study. Basic Results on Health and Functional Ability», *Scandinavian Journal Social Medicine*, 47, págs. 1-58.
- KAWACHI, I. y L. BERKMAN (2000): *Social Cohesion, Social Capital and Health. In Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, págs. 174-190.
- KIELCOT-GLASER, J. K. *et al.* (1991): «Spousal Caregivers of Dementia Victims: Longitudinal changes in immunity and health», *Psychosomatic Medicine*, 53, págs. 345-362.
- KRAUSE, N. *et al.* (1998): «Financial Strain, Received Support, Anticipated Support and Depressive Symptoms in the People's Republic of China», *Psychology Aging*, 13, págs. 58-68.
- LAHUERTA, C. *et al.* (2005): «La influencia de la red social en la salud mental de las personas mayores», *Gaceta Sanitaria*, 18(2), marzo-abril de 2004, págs. 83-91.
- LEÓN, V., M. V. ZUNZUNEGUI y F. BÉLAND (1995): «El diseño y la ejecución de la encuesta *Envejecer en Leganés*», *Revista de Gerontología*, 5, págs. 215-231.

- LIU, X. *et al.* (1995): «Transitions in Functional Status and Active Life Expectancy Among Older People in Japan», *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 50B, págs. S383-S394.
- LJUNGQUIST, B. y SUNDSTRÖM (1996): «Health and Social Networks as Predictors of Survival in Old Age», *Scandinavian Journal Social Medicine. Jun*, 24(2), págs. 90-101.
- LÓPEZ-TORRES HIDALGO, J. *et al.* (1997): «Características sociosanitarias de los ancianos con déficit cognitivo», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32, págs. 144-150.
- LLÁCER, A., M. V. ZUNZUNEGUI y F. BÉLAND (1999): «Conocimiento, uso y previsión de servicios sanitarios y sociales de apoyo al cuidador principal de personas mayores con incapacidades», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, págs. 34-43.
- *et al.* (2002): «Correlates of Wellbeing of Spousal and Children Carers of Disabled People Over 65 in Spain», *European Journal of Public Health*, 12(1), págs. 3-9.
- MANTON, K. G., E. CORDER y E. STALLARD (1982): «Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population», *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Society. Spring*, 60(2), págs. 183-244.
- *et al.* (2001): «Changes in the Relevance of Chronic Disability in the United States Black and Non-black Populations Above Age 65 from 1982 to 1999», *Proceedings National Academy of Sciences USA*, 98, págs. 6354-6639.
- MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. *et al.* (1997): «Evaluación funcional de las personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO», *Atención Primaria*, 20, págs. 475-484.
- MENDES DE LEÓN, C. F., T. A. GLASS y L. F. BERKMAN (2003): «Social Engagement and Disability in a Community Population of Older People. The New Haven EPESE», *American Journal Epidemiology*, 157, págs. 633-642.
- *et al.* (1999): «Social Networks and Disability Transitions Across Eight Intervals of Yearly Data in the New Haven EPESE», *Journal of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, págs. S162-172.
- *et al.* (2001): «Disability as a Function of Social Networks and Support in Elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1896-1992», *Journals of Gerontology B Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, págs. S179-190.
- MINICUCI, N. *et al.* (2002): «Prevalence Rate and Correlates of Depressive Symptoms in Older Individuals: the Veneto Study», *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences Medical Sciences*, 57, págs. M155-161.
- *et al.* (2003): «Cross-national Determinants of Quality of Life From Six Longitudinal Studies on Aging: "the CLESA project"», *Aging Clinical Experimental Research*, 15, págs. 187-202.
- *et al.* (2004): «For the CLESA Working Group. Disability-free Life Expectancy: a Cross-national Comparison of Six Longitudinal Study on Aging. The CLESA Project», *European Journal of Aging*, 1, págs. 37-44.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1987): *Encuesta nacional de salud*, Madrid.
- (2003): *Encuesta nacional de salud*, Madrid.

- MORÁN ALÁEZ, E. (1999): «Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas», en Gregorio Rodríguez Cabrero, *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO, págs. 111-162.
- MORITZ, D. J., L. F. BERKMAN y S. V. KASL (1989): «The Health Impact of Living With a Cognitively Impaired Elderly Spouse: Depressive Symptoms and Social Functioning», *Journal of Gerontology*, 44, págs. S17-S27.
- NACIONES UNIDAS (2002): «World Aging 1950-2050», disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/worldaging19502050/index.html>>.
- NEBOT, M. *et al.* (2002): «Efecto preventivo del apoyo social sobre la mortalidad de la población mayor: un estudio longitudinal», *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), págs. 673-682.
- NOALE, M. *et al.* (2005): «Predictors of Mortality: an International Comparison of Socio-demographic and Health Characteristics from Six Longitudinal Studies on Aging: the CLESA Project», *Experimental Gerontology. Jan-Feb*, 40(1-2), págs. 89-99.
- ORTH-GOMER, K. y A. L. UNDEN (1987): «The Measurement of Social Support in Population Surveys», *Social Science and Medicine*, 24, págs. 83-94.
- OTERO, A. *et al.* (2003): «Unmet Home Care Needs of Older People in Spain», *Aging Clinical Experimental Research*, 15, págs. 234-242.
- *et al.* (2004): «Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española», *Revista Española de Salud Pública*, 78, págs. 201-211.
- OXMAN, T. E. *et al.* (1992): «Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly», *American Journal of Epidemiology*, 135, págs. 356-368.
- PEARLIN, L. I. *et al.* (1990): «Caregiving and the Stress Process: “an Overview of Concepts and their Measure”», *The Gerontologist*, 30, págs. 583-591.
- PEEK, M. K. *et al.* (2003): «Examining the Disablement Process Among Older Mexican American Adults», *Social Science Medicine*, 57, págs. 413-425.
- PENNINX, B. W. *et al.* (1997): «Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam», *American Journal of Epidemiology*, 146, págs. 510-519.
- (1999): «Exploring the Effect of Depression on Physical Disability: Longitudinal Evidence from The Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly», *American Journal of Public Health*, 89, págs. 1346-1352.
- PLUJM, S. M. F. *et al.* (2005): «For the CLESA Study Working Group. Harmonising a Measure of ADL Disability Across Six Countries», *Journal of Clinical Epidemiology* (en prensa).
- PUGA GONZÁLEZ, M. D. (2002): «Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010», Madrid, Alcobendas, Fundación Pfizer, 209 págs.
- y A. ABELLÁN GARCÍA (2004): «El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud», Madrid, Alcobendas, Fundación Pfizer, 216 págs.
- RADLOFF, L. S. (1977): «The CESD Scale: a Self-report Depression Scale for Research in the General Population», *Applied Psychological Measurement*, 1, págs. 385-401.

- REVILLA AHUMADA DE LA, L. *et al.* (1991): «Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia», *Atención Primaria*, 8, págs. 688-692.
- ROBINE, J. M. y J. P. MICHEL (2004): «Looking Forward to a General Theory of Population Aging», *Journals Gerontology Series A Biological Science Medical Sciences*, 59(6), págs. M590-597.
- RODRÍGUEZ LASO, A. (2004): «El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores: El Estudio *Envejecer en Leganés*», Universidad Autónoma de Madrid, [tesis doctoral].
- M. V. ZUNZUNEGUI y A. OTERO (2004): «CLESA Project n.º QLK6-CT-2000-00664. Deliverable 5: Report on Cross-national Comparison of the Impact of Social Networks on the Health Status of the Elderly (Work Package 4)», *Vth Framework Programme for Research*, Bruselas, Unión Europea.
- ROWE, J. W. y R. L. KAHN (1997): «Successful Aging», *Gerontologist*, 37(4), págs. 433-440.
- SABIN, E. P. (1993): «Social Relationships and Mortality Among the Elderly», *Journal Applied Gerontology*, 12, págs. 44-60.
- SAGARDUI-VILLAMOR, J. *et al.* (2005): «Trends in Disability and Disability-free Life Expectancy Among the Elderly in Spain 1986-1999», *Journals Gerontology Series A Biological Science Medical Sciences* (en prensa).
- SAGY, S. *et al.* (2000): «The Development of The Sense of Coherence: a Retrospective Study of Early life Experiences in the Family», *International Journal Aging Human Development*, 51, págs. 155-166.
- SANTAMARINA, C. *et al.* (2002): «La percepción que los mayores tienen de sí mismos», en *Percepciones sociales sobre las personas mayores*, Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), págs. 403-435.
- SANTOS-EGGIMAN, B. (2002): «Evolution of the Needs of Older Persons», *Aging Clinical Experimental Research*, 14, págs. 287-292.
- SCHOENBACH, V. J. *et al.* (1986): «Social Ties and Mortality in Evans County, Georgia», *American Journal Epidemiology*, 123(4), págs. 577-591.
- SCHULZ, R. y G. M. WILLIAMSON (1991): «A 2-year Longitudinal Study of Depression Among Alzheimer's Caregivers», *Psychology and Aging*, 6, págs. 569-578.
- SEEMAN, T. E. (2000): «Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcome in Older Adults», *American Journal of Health Promotion*, 14, págs. 362-370.
- y L. F. BERKMAN (1988): «Structural Characteristics of Social Networks and their Relations with Social Support in the Elderly: who Provides Support», *Social Science and Medicine*, 26, págs. 737-749.
- M. L. BRUCE y G. J. MCAVAY (1996): «Social Networks Characteristics and Onset of ADL Disability: MacArthur Studies of Successful Aging», *Journal of Gerontology B Psychological and Social Sciences*, 51, págs. S191-200.
- *et al.* (1987): «Social Network ties and Mortality Among the Elderly in the Alameda County Study», *American Journal of Epidemiology*, 126, págs. 714-723.
- *et al.* (1994): «Social Ties and Support and Neuroendocrine Function: The MacArthur Studies of Successful Aging», *Annals Behaviour Medicine*, 16, págs. 95-106.

- SEEMAN, T. E. *et al.* (2001): «Social Relationships, Social Support, and Patterns of Cognitive Aging in Healthy, High-Functioning Older Adults: MacArthur Studies of Successful Aging», *Health Psychology*, 20, págs. 243-255.
- SHYE, D. *et al.* (1995): «Gender Differences in the Relationship between Social Network Support and Mortality: A Longitudinal Study of an Elderly Cohort», *Social Science Medicine*, 41, págs. 935-947.
- SILVERSTEIN, M. *et al.* (1991): «Do Close Parent-Child Relations Reduce Mortality Risk of Older Parents?», *Journal Health Social Behavioral*, 32, págs. 382-395.
- SUÁREZ GARCÍA, F. *et al.* (2000): «Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio Poblacional en Toledo», *Revista Española de Salud Pública*, 74, págs. 149-161.
- SUGISAWA, H. *et al.* (1994): «Social Networks, Social Support and Mortality Among Older People in Japan», *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 49, págs. S3-S13.
- TAYLOR, S. E. *et al.* (2000): «Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend and Befriend, Not Fight or Flight», *Psychological Reviews*, 107, págs. 411-429.
- TOMÁS-AZÑAR, C. *et al.* (2002): «Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas en una zona de salud de Zaragoza», *Revista Española de Salud Pública*, 76, págs. 215-226.
- VALDERRAMA-GAMA, E. *et al.* (1998): «Dependencia en actividades de autocuidado y movilidad en mayores de una comunidad rural», *Atención Primaria*, 21, págs. 213-218.
- *et al.* (2002): «Chronic Disease, Functional Status, and Self-Ascribed Causes of Disabilities Among Noninstitutionalized Older People in Spain», *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences Medical Sciences*, 57A, págs. M716-M721.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L. *et al.* (1992): «Sex Differences in Mental Illness: a Community Study of the Influence of Physical Health and Sociodemographic Factors», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, págs. 62-68.
- VERBRUGGE, L. M. y A. M. JETTE (1994): «The Disablement Process», *Social Science and Medicine*, 38, págs. 1-14.
- VITA, A. J. *et al.* (1998): «Aging, Health Risks, and Cumulative Disability», *New England Journal of Medicine*, 338, págs. 1035-1041.
- VON FABER, T. *et al.* (2001): «Successful Aging in the Oldest Old: Who Can be Characterized as Successfully Aged», *Archives of Internal Medicine*, 161, págs. 2694-2700.
- WALTER-GINZBURG, A. *et al.* (2002): «Social Factors and Mortality in the Old-old in Israel: The CALAS Study», *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 57B, págs. S308-S318.
- WHITE, L. R. *et al.* (1994): «Association of Education With incidence of Cognitive Impairment in Three Established Populations for Epidemiological Studies of the elderly», *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, págs. 363-374.
- WILLIAMS, R. B. *et al.* (1992): «Prognostic Importance of Social and Economic Resources Among Medically Treated Patients With Angiographically Documented Coronary Artery Disease», *JAMA*, 267, págs. 520-524.

- WINBLAD, I. *et al.* (2001): «Prevalence of Disability in Three Birth Cohorts at old Age Over Time Spans of 10 and 20 Years», *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, págs. 1019-1024.
- WRAY, L. A. y C. S. BLAUN (2001): «Explaining the Role of Sex on Disability: a Population-based Study», *The Gerontologist*, 41, págs. 499-510.
- YASUDA, N. *et al.* (1997): «Relation of Social Network Characteristics to 5-year Mortality Among Young-old Versus Old-old White Women in an Urban Community», *American Journal Epidemiology*, 145, págs. 516-523.
- ZARIT, S. H., P. A. TODD y J. M. ZARIT (1986): «Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study», *The Gerontologist*, 26, págs. 260-266.
- ZUCKERMAN, D. M. *et al.* (1984): «Psychosocial Predictors of Mortality Among the Elderly Poor», *American Journal Epidemiology*, 119, págs. 410-423.
- ZUNZUNEGUI, M. V. (2001): «Support from Children, Living Arrangements, Self Rated Health and Depression of the Elderly in Spain», *International Journal Epidemiology*, 30, págs. 1090-1099.
- (2004): «Dimensiones interculturales de las redes sociales», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(4), págs. 255-259, 510.
- F. BÉLAND y P. GUTIÉRREZ-CUADRA (2001): «Losses to Follow up in a Longitudinal Study of a Community Dwelling Elderly Population», *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, pág. 501.
- F. BÉLAND y A. LLÁCER (1998): «Gender Differences in Depressive Symptomatology Among Spanish Elderly», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, págs. 195-205.
- F. BÉLAND y A. OTERO (2005): «Social Ties and Disability: Cross Cultural Comparisons in European Elderly Populations», *European Journal of Aging*, 2, págs. 40-47.
- A. LLÁCER y F. BÉLAND (2002): «The Role of Social and Psychological Resources in the Evolution of Depression in Caregivers», *Revue canadienne du vieillissement*, 21, págs. 357-370.
- *et al.* (1999a): «La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, págs. 125-134.
- *et al.* (1999b): «Family, Religion and Depression Among Caregivers of Disabled Elderly», *Journal Epidemiology and Community Health*, 1999, 53, págs. 364-369.
- *et al.* (2000): «Development of Simple Cognitive Function Measures in a Community Dwelling Population of Elderly in Spain», *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, págs. 130-140.
- *et al.* (2003): «Social Networks, Social Integration and Social Engagement are risk Factors for Cognitive Deterioration Among Spanish Elderly», *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 58(2), págs. S93-S100.
- *et al.* (2004): «Social Networks and Self-reported Health in Two French-speaking Canadian Community-Dwelling Populations over 65», *Social Science and Medicine*, 58, págs. 2069-2081.

NOTA SOBRE LOS AUTORES*

ÁNGEL OTERO PUIME es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Medicina de Familia y Comunitaria. Actualmente es profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), con plaza vinculada en el Hospital La Paz. Su actividad docente e investigadora ha estado influida por su vinculación con el programa MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Desde 1989 es el coordinador de la Unidad Docente de Atención Primaria de la UAM y desde 2004 director de la Cátedra UAM/Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria. En 1997 se incorpora al estudio *Envejecer en Leganés*, al que da continuidad como investigador principal y en 2001 incorpora este estudio al Proyecto CLESA (Comparison Longitudinal European Studies on Aging). Su línea de investigación se centra en la identificación de las necesidades de salud y utilización de servicios sociosanitarios en las personas mayores.

Correo electrónico: angel.otero@uam.es

MARÍA VICTORIA ZUNZUNEGUI PASTOR se doctoró en epidemiología en el Departamento de Ciencias Biomédicas de la Salud Medioambiental de la Universidad de California en Berkeley en 1985. Es profesora en el Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montreal desde 1999 y miembro del Grupo de Investigación Interdisciplinar en Salud (GRIS), del Centro de Investi-

Cualquier comentario sobre los contenidos recogidos en esta publicación puede dirigirse a Ángel Otero Puime a través de angel.otero@uam.es.

* Nuestro agradecimiento a las personas mayores de Leganés, a su Ayuntamiento y a sus instituciones sanitarias y de servicios sociales; al Fondo de Investigaciones Científicas del Instituto de Salud Carlos III, a la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid, a la Unión Europea, a través del V Programa Marco de Ayuda a la Investigación, a la Fundación La Caixa y a la Fundación BBVA. Asimismo, agradecemos la colaboración de instituciones y departamentos universitarios y de los investigadores, becarios y estudiantes que han participado.

gación Lea Rohback del Observatorio Montrealés sobre Desigualdades Sociales en Salud, del grupo de investigación en servicios integrados para personas mayores (SOLIDAGE) y del grupo de investigación Metrópolis sobre la salud de los inmigrantes. Fue profesora de Epidemiología en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid (1989-1994) y en la Escuela Andaluza de Salud Pública (1995-1999) e impulsora del estudio *Envejecer en Leganés* del que ha sido investigadora principal en su primera etapa, 1993-1997. Continúa siendo miembro de este equipo de investigación. Sus intereses de investigación se centran en los aspectos sociales del envejecimiento saludable y en el impacto de la inmigración en la salud.

Correo electrónico: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca

FRANÇOIS BÉLAND, doctor en Sociología por la Universidad de Laval en 1978, es profesor titular del Departamento de Administración de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Montreal y profesor asociado del Servicio de Geriatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de McGill. Codirector del grupo de investigación de la Universidad de Montreal-Universidad de McGill en servicios integrados para personas mayores (SOLIDAGE) así como miembro del GRIS. Consultor y experto ante diferentes gobiernos y organismos internacionales, participó activamente en el diseño y desarrollo del estudio *Envejecer en Leganés* en 1992-1993 y ha continuado ligado a este equipo de investigación. Sus líneas de investigación se refieren a la gerontología social, a la utilización de servicios sociales y de salud y a la evaluación de programas.

Correo electrónico: francois.beland@umontreal.ca

ANGEL RODRÍGUEZ LASO es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Salud Pública por la London School of Hygiene and Tropical Medicine con una beca de La Caixa-British Council y doctor en Medicina y Cirugía por la UAM. Desde noviembre de 2000 a abril de 2004 ha trabajado como profesor asociado e investigador de la UAM, adscrito al Proyecto de la Unión Europea CLESA, como miembro del equipo investigador de *Envejecer en Leganés*. Desde abril de 2004 es técnico superior de Salud Pública en el Servicio de Análisis e Intervención de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: angel.rodriguez@salud.madrid.org

MARÍA JESÚS GARCÍA DE YÉBENES Y PROUS es doctora en Medicina y máster en Salud Pública por la UAM. Ha trabajado como colaboradora de investigación predoctoral y posdoctoral de la UAM, adscrita del Proyecto europeo CLESA dentro del equipo del estudio *Envejecer en Leganés*. En la actualidad trabaja en Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS) y colabora en proyectos sobre la dependencia de las personas y el deterioro cognitivo.
Correo electrónico: mjgyebenes@taiss.com

Fundación **BBVA**

DOCUMENTOS DE TRABAJO

NÚMEROS PUBLICADOS

- DT 01/02 *Trampa del desempleo y educación: un análisis de las relaciones entre los efectos desincentivadores de las prestaciones en el Estado del Bienestar y la educación*
Jorge Calero Martínez y Mónica Madrigal Bajo
- DT 02/02 *Un instrumento de contratación externa: los vales o cheques. Análisis teórico y evidencias empíricas*
Ivan Planas Miret
- DT 03/02 *Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*
Vicente Ortún-Rubio y Guillem López-Casasnovas
- DT 04/02 *La reforma del IRPF y los determinantes de la oferta laboral en la familia española*
Santiago Álvarez García y Juan Prieto Rodríguez
- DT 05/02 *The Use of Correspondence Analysis in the Exploration of Health Survey Data*
Michael Greenacre
- DT 01/03 *¿Quiénes se beneficiaron de la reforma del IRPF de 1999?*
José Manuel González-Páramo y José Félix Sanz Sanz
- DT 02/03 *La imagen ciudadana de la Justicia*
José Juan Toharia Cortés
- DT 03/03 *Para medir la calidad de la Justicia (I): Abogados*
Juan José García de la Cruz Herrero
- DT 04/03 *Para medir la calidad de la Justicia (II): Procuradores*
Juan José García de la Cruz Herrero
- DT 05/03 *Dilación, eficiencia y costes: ¿Cómo ayudar a que la imagen de la Justicia se corresponda mejor con la realidad?*
Santos Pastor Prieto
- DT 06/03 *Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles*
Jaume Puig-Junoy y Pol Pérez Sust
- DT 07/03 *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*
Namkee Ahn, Javier Alonso Meseguer y José A. Herce San Miguel

- DT 01/04 ***Métodos de solución de problemas de asignación de recursos sanitarios***
Helena Ramalhinho Dias Lourenço y Daniel Serra de la Figuera
- DT 01/05 ***Licensing of University Inventions: The Role of a Technology Transfer Office***
Inés Macho-Stadler, David Pérez-Castrillo y Reinhilde Veugelers
- DT 02/05 ***Estimating the Intensity of Price and Non-price Competition in Banking: An Application to the Spanish Case***
Santiago Carbó Valverde, Juan Fernández de Guevara Radoselovics, David Humphrey y Joaquín Maudos Villarroya
- DT 03/05 ***Sistemas de pensiones y fecundidad. Un enfoque de generaciones solapadas***
Gemma Abió Roig y Concepció Patxot Cardoner
- DT 04/05 ***Análisis de los factores de exclusión social***
Joan Subirats i Humet (Dir.), Ricard Gomà Carmona y Joaquim Brugué Torruella (Coords.)
- DT 05/05 ***Riesgos de exclusión social en las Comunidades Autónomas***
Joan Subirats i Humet (Dir.), Ricard Gomà Carmona y Joaquim Brugué Torruella (Coords.)
- DT 06/05 ***A Dynamic Stochastic Approach to Fisheries Management Assessment: An Application to some European Fisheries***
José M. Da-Rocha Álvarez y María-José Gutiérrez Huerta
- DT 07/05 ***The New Keynesian Monetary Model: Does it Show the Comovement between Output and Inflation in the U.S. and the Euro Area?***
Ramón María-Dolores Pedrero y Jesús Vázquez Pérez
- DT 08/05 ***The Relationship between Risk and Expected Return in Europe***
Ángel León Valle, Juan Nave Pineda y Gonzalo Rubio Irigoyen
- DT 09/05 ***License Allocation and Performance in Telecommunications Markets***
Roberto Burguet Verde
- DT 10/05 ***Procurement with Downward Sloping Demand: More Simple Economics***
Roberto Burguet Verde
- DT 11/05 ***Technological and Physical Obsolescence and the Timing of Adoption***
Ramón Caminal Echevarría
- DT 01/06 ***El efecto de la inmigración en las oportunidades de empleo de los trabajadores nacionales: Evidencia para España***
Raquel Carrasco Perea, Juan Francisco Jimeno Serrano y Ana Carolina Ortega Masagué
- DT 02/06 ***Inmigración y pensiones: ¿Qué sabemos?***
José Ignacio Conde-Ruiz, Juan Francisco Jimeno Serrano y Guadalupe Valera Blanes
- DT 03/06 ***A Survey Study of Factors Influencing Risk Taking Behavior in Real World Decisions under Uncertainty***
Manel Baucells Alibés y Cristina Rata
- DT 04/06 ***Measurement of Social Capital and Growth: An Economic Methodology***
Francisco Pérez García, Lorenzo Serrano Martínez, Vicente Montesinos Santalucía y Juan Fernández de Guevara Radoselovics

- DT 05/06 *The Role of ICT in the Spanish Productivity Slowdown*
Matilde Mas Ivars y Javier Quesada Ibáñez
- DT 06/06 *Cross-Country Comparisons of Competition and Pricing Power
in European Banking*
David Humphrey, Santiago Carbó Valverde, Joaquín Maudos Villarroya y Philip Molyneux
- DT 07/06 *The Design of Syndicates in Venture Capital*
Giacinta Cestone, Josh Lerner y Lucy White
- DT 08/06 *Efectos de la confianza en la información contable sobre el coste de la deuda*
Belén Gill de Albornoz Noguera y Manuel Illueca Muñoz

Fundación **BBVA**

Gran Vía, 12
48001 Bilbao
Tel.: 94 487 52 52
Fax: 94 424 46 21

Paseo de Recoletos, 10
28001 Madrid
Tel.: 91 374 54 00
Fax: 91 374 85 22

informacion@bbva.es
www.bbva.es

