

Dimensiones interculturales de las redes sociales: necesidad de armonizar los conceptos y las medidas de las redes sociales en gerontología

M.V. Zunzunegui

Departamento de Medicina Social y Preventiva. Universidad de Montreal. Québec. Canadá.

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Desde que House et al¹ escribieron un artículo ya clásico en la revista *Science* hasta la fecha, la evidencia sobre los beneficios de las redes sociales en la salud no cesa de crecer. Las redes sociales reducen el riesgo de morir¹⁻⁶, disminuyen el riesgo de depresión^{7,8}, protegen del deterioro cognitivo en la vejez^{9,10}, mejoran la supervivencia después de un infarto de miocardio¹¹, disminuyen el riesgo de incapacidad funcional^{12,13} y aumentan la probabilidad de recuperación de la función^{14,15}. Las actividades de integración en la comunidad, tales como acudir a los centros de tercera edad, pertenecer a clubs u organizaciones comunitarias y asistir a actos religiosos, presentan consistentemente efectos positivos sobre la salud y la longevidad. Los estudios longitudinales han demostrado que la asociación entre redes sociales y salud no se explican sólo porque una mejor salud lleva a mantener una vida más activa socialmente, ya que la población con numerosos vínculos sociales mantiene un mejor estado de salud que la población con aislamiento social, independientemente de cuál sea su estado de salud al inicio del estudio.

Numerosas preguntas de investigación quedan por resolver. En particular, ¿cuáles son los mecanismos por los que la red social y el apoyo social influyen en la salud y el bienestar de las personas mayores, tanto en el nivel individual (esposo/a, hijos, familia y amigos y vecinos) como comunitario (organizaciones comunitarias, asociaciones profesionales, deportivas, religiosas, de ocio)? y ¿cómo evoluciona la red social a medida que se envejece, influida a su vez por la clase social, el sexo y la cultura?

Nuestra habilidad para responder a estas preguntas depende de: a) la claridad conceptual de los modelos teóricos que deseamos probar; b) la disponibilidad de datos de hombres y mujeres en diferentes culturas y clases sociales, y c) la armonización de conceptos e instrumentos de medida válidos y fiables.

MODELO CONCEPTUAL SOBRE LAS REDES SOCIALES Y LA SALUD

Basándose en la evidencia existente, en teorías sociológicas sobre la anomia y teorías psicológicas sobre la pertenencia, Berkman et al¹⁶ proponen un modelo conceptual para explicar los mecanismos por los que las redes sociales influyen en la salud y sugieren probar el modelo en diversas sociedades y culturas. El modelo propone una cascada de relaciones causales que va desde el medio social a los procesos psicológicos y fisiológicos del individuo por medio de los cuales las redes sociales influyen en la salud. Utilizando la metáfora del río para representar la vida, Berkman et al proponen la existencia de una conexión causal mediatizada por procesos río arriba y procesos río abajo, entre las redes sociales y la salud. Río arriba se encuentran mecanismos distales tales como la estratificación social (clase social, sexo) y las características del medio ambiente donde se vive (situación política, derechos ciudadanos). Río abajo operan los mecanismos psicosociales como el apoyo social y el acceso a los recursos materiales, así como aspectos más próximos a la salud tales como los hábitos saludables y caminos psicológicos (autoestima, control de la propia vida) y fisiológicos (respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipofisario, reactividad cardiovascular, respuesta del sistema inmunitario; fig. 1).

El modelo teórico de Berkman et al ha contribuido a la definición de conceptos tales como la participación social, las redes sociales y el apoyo social. La participación social se define como la participación en la comunidad a través de grupos de vecinos, asociaciones religiosas u organizaciones comunitarias. Las redes sociales se definen por su estructura (número de vínculos, proximidad fi-

Correspondencia: Dra. María Victoria Zunzunegui.
Departamento de Medicina Social y Preventiva.
Universidad de Montreal. Québec. Canadá.
Correo electrónico: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca

Recibido el 9-02-04; aceptado el 16-02-04.

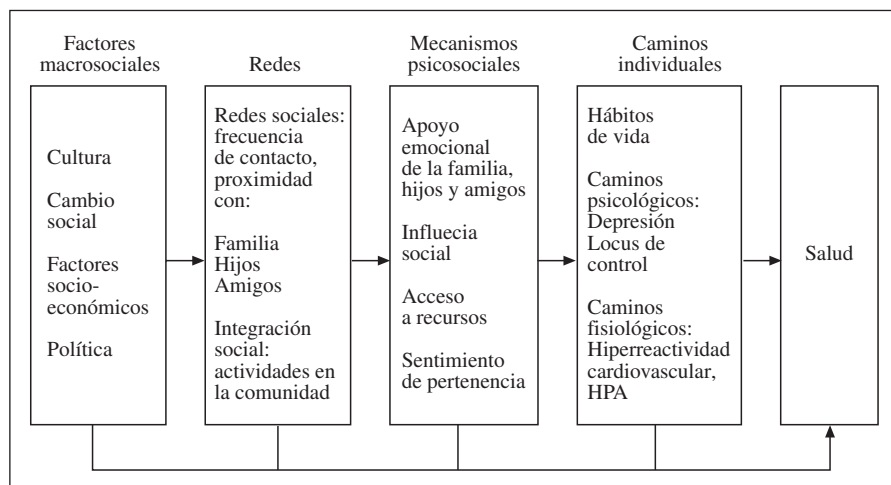


Figura 1. Redes sociales y salud.
Adaptado de Berkman et al¹⁶. HPA: eje hipotálamo-hipofisario.

sica) y función (frecuencia de contacto y reciprocidad). Las redes pueden también clasificarse según la naturaleza del vínculo o el papel social que se desempeña (amigos, familiares, hijos, esposo). Tanto las características estructurales de la red como la naturaleza de la relación, al actuar de forma sistémica sobre el envejecimiento, pueden producir efectos significativos en la salud y en el proceso de discapacidad de las personas mayores¹⁷. Las redes pueden generar apoyo y conflicto. El apoyo social es un factor mediador entre las redes sociales y la salud. El efecto de una red social puede depender parcial o totalmente en su capacidad para generar apoyo o conflicto. Los efectos de la participación social en la salud pueden estar mediatizados por mecanismos psicológicos y fisiológicos. Por ejemplo, sentirse involucrado en la comunidad donde se vive puede favorecer sentimientos positivos sobre uno mismo, sentimientos de adecuación y de coherencia.

Aunque el modelo de Berkman et al propone una relación general entre redes sociales y salud, estudios mas antiguos han demostrado que los patrones de interacción social son específicos de cada cultura, y dentro de una cultura suelen variar según el sexo y la clase social^{18,19}. Por tanto, su influencia sobre la salud también puede ser diferente. La mayor parte de los estudios realizados en Estados Unidos y en el norte de Europa se han concentrado en la integración social, las redes de amigos y el estado civil, mientras que los vínculos con los hijos y la familia extendida raramente han sido considerados. Los pocos estudios llevados a cabo en Estados Unidos que han considerado la asociación entre la salud de los mayores y el apoyo de sus hijos indican que el apoyo de los hijos no tiene ningún efecto⁷, o tiene un efecto negativo sobre la salud mental y la moral de los padres mayores²⁰⁻²². En una reciente publicación holandesa, los autores encuentran que ni el número de hijos ni el hecho de haberlos tenido afecta positivamente la experiencia del envejecimiento, mientras que el número de hijos se asocia a peor salud²³. Los autores sugieren que la disminución de la autoestima asociada a la pérdida de

autonomía y a la dependencia física y económica de los hijos puede explicar estos hallazgos. En contraste, los trabajos sobre minorías y poblaciones blancas de escasos ingresos en Estados Unidos^{24,25} y en otros países²⁶ sugieren que el apoyo de los hijos tiene un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico y la salud de los padres mayores.

DISPONIBILIDAD DE DATOS EN DIVERSAS CULTURAS

La variabilidad de los niveles de salud entre poblaciones suele ser mayor que la variabilidad entre los individuos de una sola población. Los factores que determinan diferencias de salud entre poblaciones pueden ser, y con frecuencia son, diferentes que los factores que determinan la salud de los individuos de una sola población. Sabemos que la naturaleza de las redes sociales varía en Europa. Los países del sur de Europa tienen una arraigada tradición familiar, y en ellos la familia ocupa un lugar central en las redes sociales de las personas mayores. Los hijos suelen ver a sus padres con mucha frecuencia, generalmente varias veces al mes. Las redes sociales de los mayores en los países nórdicos tienden a ser más diversificadas y las personas mayores tienden a tener un contacto menos frecuente con sus hijos²⁷. Se plantean preguntas de investigación que nos permiten probar el modelo conceptual propuesto por Berkman et al en varios países.

La mayor parte de la evidencia sobre la asociación de las redes sociales con la salud procede de Estados Unidos y de algunos países del norte de Europa. Los estudios sobre los efectos de las redes sociales en la salud se completarían con comparaciones interculturales a partir de estudios multicéntricos realizados en varios países.

A continuación presentamos los principales resultados de 2 estudios que utilizaron los mismos conceptos y me-

didas en 3 poblaciones mayores de 65 años. El primer estudio se realizó en Leganés (Madrid) en 1993²⁸. El segundo se realizó en Canadá en 1995 en 2 poblaciones: Hochelaga Maisonneuve (antiguo barrio obrero de Montreal [Québec], actualmente fuertemente afectado por el desempleo) y Moncton (ciudad de Nuevo Brunswick, con una minoría considerable [30%] de habla francesa con fuerte cohesión social e identificación nacional)²⁹.

En el estudio de Leganés, los hijos ocupan un papel central y el 45% de los mayores de Leganés que tienen hijos viven con ellos. El 90% de los mayores entrevistados declara tener hijos. Prácticamente la totalidad de las personas mayores con hijos tienen alguno de ellos viviendo en la vecindad. Cuando se estudió la asociación entre la salud de los mayores y el apoyo emocional e instrumental recibido de los hijos, se encontró que los mayores que recibían apoyo emocional se encontraban mejor de salud y estaban menos deprimidos que los que no recibían este apoyo, y este efecto era más fuerte para los viudos que para los mayores que vivían en pareja. Sólo el 50% de los mayores entrevistados manifestaba tener amigos, y en muchos casos se trataba de los vecinos²⁸.

Los hallazgos de las poblaciones canadienses son muy diferentes. En Moncton el hecho de tener hijos muestra asociaciones negativas con la salud. En Hochelaga Maisonneuve, los mayores que refieren tener una relación muy buena con sus hijos tienen niveles similares de salud que los mayores que no tienen hijos, pero los mayores que afirman que la relación es simplemente buena o regular manifiestan peor estado de salud que los que no tienen hijos. Tanto en Moncton como en Hochelaga Maisonneuve, la presencia de amigos estaba asociada a una mejor salud²⁹.

Los resultados de estos 2 estudios refutan la hipótesis de que las redes y el apoyo emocional recibido de los hijos tienen efectos beneficiosos independientemente de la sociedad donde se vive. Los resultados sugieren que la naturaleza de las redes sociales relevantes para la salud puede variar según las culturas, aunque los efectos beneficiosos de los contactos sociales en la salud se confirman en los 3 estudios.

ARMONIZACIÓN DE CONCEPTOS Y MEDIDAS DE LAS REDES SOCIALES

La armonización de conceptos e instrumentos de medida que sean válidos y fiables para probar hipótesis en el estudio de las asociaciones entre las redes sociales y la salud era la tercera condición para obtener respuestas a nuestra pregunta de investigación planteada en la introducción.

Vamos a ilustrar este punto con el trabajo realizado en el estudio CLESA, que ha brindado la oportunidad para armonizar las medidas de red social en Europa.

CLESA es un estudio multicéntrico europeo que tiene como objetivo identificar determinantes de mortalidad e incapacidad funcional en Europa utilizando 5 bases de datos longitudinales europeas y una base de datos adicional procedente de Israel. Los datos han sido armonizados, y actualmente se dispone de una base de datos con información sobre más de 10.000 personas mayores³⁰.

En CLESA se plantearon 2 serias dificultades en la armonización de medidas de redes sociales:

- Por ser un área de trabajo reciente en epidemiología, las definiciones conceptuales varían en la bibliografía y hay una carencia de estandarización en los instrumentos de medida en los diversos estudios realizados.

- Armonización retrospectiva: los datos del CLESA ya estaban recogidos cuando se llevó a cabo el intento de armonización. Otras dificultades menores fueron la diferente formulación de preguntas en los cuestionarios y la escasez de variables sobre redes sociales en 3 de los 6 estudios. Algunas variables, tales como el estado civil y la forma de convivencia, estaban disponibles en los 6 países y confirmaban la gran variabilidad existente (fig. 2). Finalmente, sólo Finlandia, Países Bajos y España contaban con suficiente información para elaborar algunos indicadores con significado en el modelo conceptual y se calcularon 3 índices: participación social, número de vínculos familiares y presencia de amigos. La participación social se midió por el hecho de ser miembro de un club u organización, la asistencia a un centro de tercera edad y la asistencia a actividades religiosas, y varía de 0 a 3. En el número de vínculos familiares cuenta estar casado, tener hijos y tener hermanos, y también varía de 0 a 3. Finalmente, se obtuvo un índice global de redes sociales sumando la integración social, los vínculos familiares y la presencia de amigos; varía de 0 a 7, con una me-

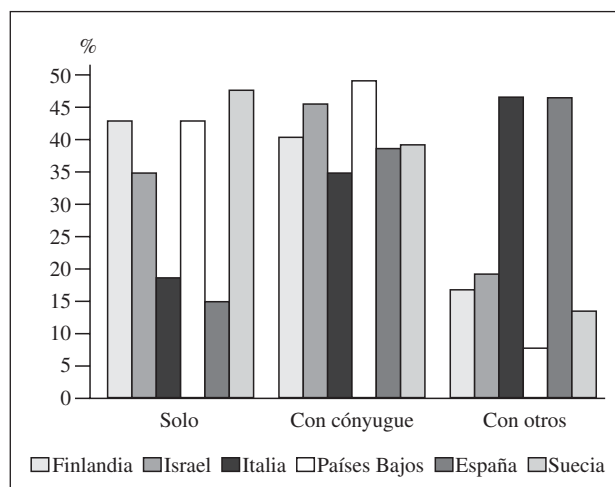


Figura 2. Condiciones de convivencia entre personas de más de 75 años en el estudio CLESA.

TABLA 1. Estadísticas descriptivas del índice de red social y sus componentes en Finlandia (Tampere), Países Bajos y España (Leganés)

	<i>Medias (desviaciones estándar)</i>		
	<i>Finlandia</i>	<i>Países Bajos</i>	<i>España</i>
Índice de red social	4,05 (1,25)	4,16 (1,35)	4,01 (1,50)
Vínculos familiares	2,10 (0,84)	2,32 (0,74)	2,36 (0,74)
Amigos	85%	43%	49%
Participación social	1,10 (0,85)	1,42 (1,03)	1,19 (1,0)
Club o asociación comunitaria	68%	74%	41%
Centro social de la tercera edad	24%	30%	34%
Centro religioso o iglesia	18%	38%	45%

dia de 4,1. Los resultados se presentan en la tabla 1. Los índices esconden variaciones importantes. Mientras que en Finlandia la casi totalidad de los mayores refiere tener amigos, en España y en los Países Bajos sólo la mitad los tienen. Los vínculos familiares son más numerosos en España y en los Países Bajos que en Finlandia. En Finlandia y en los Países Bajos la participación en asociaciones es elevada. En España es más frecuente la participación en actos religiosos.

El índice global de redes sociales es conceptualmente sencillo y su construcción ha sido condicionada por la disponibilidad de la información disponible. A pesar de estas limitaciones, este índice ha demostrado tener validez predictiva en la mortalidad y en el riesgo de incapacidad funcional en los análisis de datos del CLESA (trabajos en preparación). Éste es sólo un primer paso en el camino de elaboración de medidas válidas y fiables que se puede llevar a cabo en estudios multicéntricos europeos.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE REDES SOCIALES Y SALUD

Los efectos de las redes sociales sobre la salud son generales. Su fuerza sobre la mortalidad es similar a la del tabaco o a la del sedentarismo. Las personas con escasa red social tienen doble riesgo de mortalidad comparadas con las de buena red social. Los conocimientos existentes justifican las políticas de integración de las personas mayores en sus familias y en su medio social. La promoción de la salud y el funcionamiento de los mayores deben incorporar las actividades que favorezcan el contacto social.

Desde el punto de vista del investigador, quedan todavía muchas preguntas por resolver. ¿Qué tipo de redes sociales son beneficiosas? ¿Son los efectos de las redes sociales similares para los varones y para las mujeres? Los efectos de una buena red social, ¿aumentan o disminuyen a medida que se envejece?

También se contemplan preguntas sobre los determinantes de las redes sociales. Concretamente nos pre-

guntamos qué factores individuales y culturales favorecen las redes sociales en la vejez. Por último, para poder diseñar intervenciones será necesario aumentar nuestro conocimiento sobre el proceso de actuación de las redes sociales en el individuo por caminos conductuales, psicológicos y fisiológicos.

La investigación internacional y la comparación de resultados de estudios realizados en distintos países permitirán responder a muchas de estas preguntas. El estudio CLESA brinda la oportunidad de realizar parte de este trabajo, pero las hipótesis que pueden ser puestas a prueba con CLESA están limitadas porque el esfuerzo de armonización de variables se ha realizado mucho después del diseño de los estudios incluidos en CLESA.

BIBLIOGRAFÍA

- House JS, Landis KR, Umberson D. Social relations and health. *Science* 1988;241:540-5.
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204.
- Liang J, Benett JM, Krause NM, Chang MC, Lin HS, Chuang YL, et al. Stress, social relations, and old age mortality in Taiwan. *J Clin Epidemiol* 1999;52:983-95.
- Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *J Gerontol* 1994;49:S3-13.
- Dalgaard OS, Häheim LL. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation and locus of control in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:476-81.
- Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med* 1998;47:635-43.
- Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc Behav* 1990;31:148-61.
- Krause N, Liang J, Gu S. Financial strain, received support, anticipated support and depressive symptoms in the People's Republic of China. *Psychol Aging* 1998;13:58-68.
- Bassuk S, Glass T, Berkman L. Social disengagement, and incidence of cognitive decline in the community dwelling elderly. *Ann Intern Med* 1999;131:165-73.
- Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration and social engagement are risk factors for cognitive deterioration among Spanish elderly. *J Gerontol Series B Psy Sci Soc Sci* 2003; 58:S93-100.
- Williams RB, Barefoot JC, Califf RM, Haney TL, Saunders WB, Pryor DB, et al. Prognostic importance of social and economic resources among me-

- dically treated patients with angiographically documental coronary artery disease. *JAMA* 1992;267:520-4.
12. Unger JB, Johnson CA, Marks G. Functional decline in the elderly: evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical health. *Ann Behav Med* 1997;19:152-60.
13. Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman LF, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol Series B Psych Sci Soc Sci* 1999;55:S245-51.
14. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1896-1992. *J Gerontol Series B Psych Sci Soc Sci* 2001;56:S179-90.
15. Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LE. Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *J Gerontol* 1999;54B:S162-72.
16. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;51:843-57.
17. Glass TA, Mendes de Leon C, Seeman TE, Berkman LF. Beyond single indicators of social networks: a LISREL analysis of social ties among the elderly. *Soc Sci Med* 1997;44:1503-17.
18. Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav* 1994;35:193-212.
19. Grundy E, Slogett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2003;56:935-47.
20. Silverstein M, Bengtson VL. Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood. *Soc Sci Med* 1994;38:943-57.
21. Mutran E, Reitzes DC. Intergenerational support activities and well-being. *Am Soc Rev* 1984;49:117-30.
22. Markides KS, Kraus N. Intergenerational solidarity and psychological well-being among older Mexican-Americans: a three generations study. *J Gerontol* 1985;40:390-2.
23. Bisschop MJ, Kriegsman DMW, Van Tilburg T, Penninx BWJH, Van Eijk JTM, Deeg DJH. The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:164-73.
24. Ulbrich PM, Warheit GJ. Social support, stress and psychological distress among older black and white adults. *J Aging Health* 1989;1:286-305.
25. Lawrence RH, Bennett JM, Markides KS. Perceived intergenerational solidarity and psychological distress among older Mexican Americans. *J Gerontol* 1992;47:S55-65.
26. Liu X, Liang J, Gu S. Flows of social support and health status among older people in China. *Soc Sci Med* 1995;41:1175-84.
27. Béland F, Zunzunegui MV. The elderly in Spain: the dominance of the family and the wherewithal of the State. En: Litwin H. *The social networks of older people*. Greenwood: Publiher Group, Praeger Pub, 1996.
28. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depression of the elderly in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30:1090-9.
29. Zunzunegui MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman, H. Social Networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med*, 2004;58:2069-81.
30. Minicuci N, Noale M, Bardage C, Blumstein T, Deeg DJH, Gindin J, et al. CLESA Working Group. Cross-national determinants of quality of life from six longitudinal studies on aging: the CLESA project. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:187-202.