



## ORIGINAL

## El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar



Luis Miguel Rondón García<sup>a,\*</sup>, Blanca Aranzazu Aguirre Arizala<sup>b</sup> y Francisco José García García<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Trabajo Social, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Residencia Toledo I, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Toledo, España

<sup>c</sup> Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 22 de febrero de 2017

Aceptado el 19 de enero de 2018

On-line el 24 de abril de 2018

#### Palabras clave:

Apoyo social  
Personas mayores  
Calidad de vida  
Relaciones sociales  
Contacto social

### R E S U M E N

**Introducción:** Este artículo analiza los efectos de las relaciones sociales positivas como determinantes en el estado de salud de las personas mayores, desde un punto de vista interdisciplinar.

**Materiales y métodos:** Se realizó en la provincia de Toledo un muestreo en el que participaron 2.332 sujetos, donde se aplicaron diversas escalas relacionadas. Para el análisis multivariable de los datos, se calculó la recta de regresión, junto a la bondad de ajuste con las pruebas de Cox, Snell y R-cuadrado de Nagelkerke, para averiguar la correlación entre las relaciones sociales, las redes y los contactos con la salud.

**Resultados:** Las buenas relaciones sociales redundan en un mejor estado de salud, porque permiten sentirse bien y añadir vida a los años. El tamaño de la red social, y la frecuencia de los contactos, aunque disminuyen con la edad, cobran vital importancia en esta etapa de la vida. Todos estos factores constituyen estímulos para mejorar la percepción de salud y proporcionar apoyo social tanto en actividades de la vida diaria como en las instrumentales o de gestión de la enfermedad.

**Conclusiones:** El principal resultado de este estudio es que las relaciones sociales positivas pueden considerarse como un determinante en la salud de las personas mayores, pero no todas estas interacciones influyen en la misma medida. El factor de la relación humana en cuanto a la proximidad emocional, junto con la frecuencia o cantidad de estos encuentros, también están correlacionados con la salud, debido al impacto emocional que implican.

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## The importance of social relationships as a mechanism to improve the health and quality of life of the elderly, from an interdisciplinary perspective

### A B S T R A C T

**Introduction:** This study presents an analysis on the effects of positive social relationships as determining factors on the health status of the elderly, from an interdisciplinary point of view.

**Materials and methods:** A survey was carried out on a total of 2,332 subjects in the province of Toledo, Spain, using several scales related to the study objectives. For the multivariable analysis of the data, the linear regression, along with goodness of fit, as well as the tests of Cox, Snell and R-squared of Nagelkerke, were calculated to determine the correlation between the networks and the social contacts with the health.

**Results:** Good social relationships result in better health, because they allow us to feel good and add life to the years. The size of the social network, and the frequency of contacts, although decreasing with age, become vitally important at this stage of life. All these factors constitute stimuli to improve the perception of health, to provide social support in activities of daily living, as well as for instrumental or disease management.

#### Keywords:

Social support  
Elderly people  
Quality of life  
Social relations  
Social contact

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lmrondon@ugr.es](mailto:lmrondon@ugr.es) (L.M. Rondón García).

*Conclusions:* The main outcome of this study is that positive social relationships can be considered as a determining factor in the health of the elderly, but not all these interactions influence the same extent. The factor of the human relationship in terms of emotional proximity, together with the frequency or quantity of these encounters, are also correlated with health, due to the emotional impact they imply.

© 2018 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las relaciones sociales junto con el apoyo social tienen una importancia central en el bienestar de las personas mayores, proporcionando empoderamiento, percepción de calidad de vida, que son elementos cruciales para desarrollar un envejecimiento positivo<sup>1</sup>. Como punto de partida, podemos definir el apoyo social desde el paradigma cuantitativo estructural, que analiza la cantidad de los vínculos o relaciones de la persona mayor en función de su red social. Este paradigma mide sobre todo la existencia de relaciones en sí y su frecuencia, como desarrollamos en adelante.

Centrándonos en nuestro objeto de estudio, la interacción social toma una importancia central a la hora de evaluar la salud de las personas mayores, al actuar como amortiguador del estrés, mejorando la sensación de satisfacción social con la vida<sup>2,3</sup>. Como es obvio, el adulto conforme avanza en edad, también lo hace en enfermedades. Por ello, desde la perspectiva de este trabajo, sostenemos que unas adecuadas redes sociales que posibiliten la comunicación y las relaciones humanas de la persona mayor con su entorno pueden lograr un mayor equilibrio en el binomio salud-enfermedad<sup>4,5</sup>. De esta forma, se puede promover una óptima percepción de salud subjetiva, tomando como referencia el apoyo social percibido. Nos referimos al contacto con amigos, familiares y otros grupos sociales<sup>6,7</sup>.

A estos factores sociales, cabe añadir otras variables sociodemográficas como la edad o el género, que pueden ser también explicativas para evaluar el tipo de relación social y la percepción de salud<sup>8</sup>. Pero en nuestra investigación, nos adentramos en averiguar cómo las relaciones sociales son clave para que exista un soporte social efectivo y una percepción positiva de la calidad de vida. Es decir, las interacciones que se producen entre las personas mayores, con sus grupos sociales de referencia, donde la comunicación se convierte en un vehículo trascendental para compartir vivencias, para empatizar con otros la situación que se está viviendo. En palabras de Luong et al.: «Los adultos mayores suelen reportar mayores niveles de satisfacción con sus relaciones sociales que los adultos más jóvenes»<sup>9</sup>. También reportan emociones más positivas. A pesar de que se producen pérdidas de miembros cercanos de la red, para muchos adultos mayores, el número de confidentes cercanos y la cantidad de apoyo social permanecen durante la edad adulta. De hecho, con la edad, los adultos buscan activamente las relaciones que son más gratificantes y disuelven los lazos que lo son menos, al tener más libertad para generar los lazos sociales, una vez finalizados los compromisos de la vida laboral y adulta.

Por otra parte, en el tiempo y el espacio actuales, los adultos mayores viven más tiempo que en cualquier otro momento de la historia reciente, lo cual tiene implicaciones importantes para sus relaciones sociales. Generalmente disminuyen en tamaño a lo largo de la vida útil, pero hay un potencial considerable para expandir las redes sociales y formar nuevas relaciones en la vida posterior. En este sentido, las políticas sanitarias deben tener en cuenta el papel que juegan las redes sociales como vector de apoyo en los cuidados y apoyo a la salud<sup>10</sup>.

Continuando con el análisis anterior, los diversos estudios han evidenciado que las personas mayores se sienten mejor, más sanas, satisfechas con sus vidas, cuando tienen interrelaciones sociales

óptimas y a su vez se benefician de estas redes sociales. Desde el enfoque del soporte social, se ha consolidado en las últimas décadas de la pasada centuria una línea de investigación que correlaciona estos factores sociales con la calidad de vida, especialmente en las personas mayores<sup>11-16</sup>.

Además de los beneficios descritos, una adecuada gestión del apoyo social con la red social, familiar, implica también una ayuda emocional, instrumental, que resulta necesaria para la gestión de la enfermedad en estas edades (realización del seguimiento al tratamiento, visitas al centro de salud, etc.). Como deducimos de las distintas prácticas discursivas<sup>17,18</sup>, existen tres ámbitos en los que se desarrolla el apoyo social: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas o relaciones interpersonales. Cada una de estas esferas desarrolla diversas funciones sociales a modo de vínculos afectivos.

Por estas razones, en este artículo apuntamos los aspectos de nivel mesosocial de las redes sociales, que implica las relaciones sociales con los grupos de amigos, conocidos, vecinos. Pero también la red microsociedad, es decir, las relaciones íntimas y de compromiso, que aporta fundamentalmente la familia de primer o segundo grado. En estas redes, encontramos estímulos específicos que pueden influir en función de la proximidad, el número de miembros, la frecuencia y tipos de contactos sociales.

Las publicaciones más recientes apuntan que ciertas características de la red social, como el tamaño, la composición, y la satisfacción con la vida, pueden ser determinantes. Una red social mayor, consolidada, puede aumentar la satisfacción con la vida, puesto que facilita el hecho de relacionarse y construir lazos sociales. Estas características pueden considerarse como una forma de seguro informal contra los choques negativos, como los problemas de salud, y complementar la actuación de los servicios institucionales<sup>19</sup>.

Por otra parte, queremos constatar que, para el adecuado abordaje de estos elementos, es fundamental interpretarlos desde la perspectiva interdisciplinar. El envejecimiento, y el hecho de envejecer bien, conlleva aspectos psicológicos, sociales, de salud, competencia cognitiva, emocionalidad positiva y participación social. Ante este cambio que se produce en sus vidas<sup>20</sup>, las personas mayores a menudo sienten que el mundo les resulta extraño, que las interacciones sociales, el modo de vida, han cambiado, lo cual dificulta el sentimiento de pertenencia comunitaria. Este puede aumentar si la persona no tiene adecuadas relaciones humanas; si no se siente ser social, que recibe afecto, apoyo, reciprocidad, donde pueda compartir los aspectos vitales con otras personas.

Si profundizamos en la dimensión social de la salud en los mayores, las relaciones sociales se convierten en el colchón de apoyo necesario que estas personas necesitan para adaptarse a los cambios propios del proceso de envejecimiento. En estas interacciones, la familia, al tratarse del grupo primario más cercano y al ser el que mejor satisface las necesidades afectivas, se convierte en una referencia trascendental. Este rol de la familia también ha sido estudiado en las recientes publicaciones de Tomini et al. Estos investigadores determinan que la población relativamente mayor obtiene más satisfacción de tener más miembros de la familia en la red social que de tener más amigos.

No podemos restar importancia al refuerzo que pueden suponer los grupos secundarios, la participación en actividades comunitarias, que mejoran significativamente el bienestar, aumentan los niveles de autoestima y de autonomía de la persona mayor. Unido a factores tradicionales como la edad o el grado de dependencia, todas las características de la red social influyen sobre la probabilidad de recibir cuidados informales<sup>21</sup>.

Pero las circunstancias descritas deben interpretarse también en clave de género, analizando el impacto de las diferencias en el contacto, el tipo de relaciones sociales de mujeres y hombres, al tener por razones culturales unos estilos de vida diferentes, que en ocasiones implican una percepción del apoyo distinta. Algunos autores<sup>22</sup> han señalado que «las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación, el apoyo mutuo».

Las diferencias de género también implican que los hombres puedan tener una red social más reducida que las mujeres, con unos significados distintos. Algunos estudios que han profundizado en la amistad de las mujeres en edades avanzadas han señalado que las mujeres mayores suelen ser más flexibles y capaces de formar nuevos grupos con la edad, al tener un abanico de recursos de ocio y tiempo libre más amplio<sup>23</sup>.

Como decimos, hombres y mujeres conciben el apoyo social de diferente forma, dependiendo de su trayectoria de género. Las mujeres tradicionalmente cuentan con más apoyo de la red primaria, el apoyo percibido de la familia y los amigos<sup>24</sup>. La explicación de estas diferencias parece estar en el hecho de la naturaleza de los lazos sociales, en el aprendizaje social<sup>25</sup>. En contraste, los hombres suelen tener una estructura de red de apoyo primaria más limitada, consistente principalmente en la mujer o pareja, que es quien se ocupa de las cuestiones domésticas y de gestión de la salud de los esposos. Aunque cabe destacar que las prácticas discursivas no tienen un consenso al respecto. Las investigaciones en cuanto al apoyo social de las personas mayores aún están por desarrollar e investigar con mayor minuciosidad en cuestiones de género.

En síntesis, el objetivo del estudio es conocer cómo las relaciones sociales, la interacción, el apoyo, pueden influir en un mejor estado de salud y calidad de vida de las personas mayores.

## Materiales y método

Los sujetos participantes son residentes en Toledo provincia, de ambos géneros. Los requisitos de elección han sido tener 65 años de edad o más y residir en la citada provincia. Se ha seleccionado por ser el lugar de residencia del equipo interdisciplinar y porque existe un amplio universo que responde a los objetivos de nuestra investigación. De la muestra original se descartaron más de 300 sujetos que no cumplían estos requisitos, o bien porque su estado de salud psíquica no permitía responder adecuadamente a las cuestiones planteadas. La selección de los sujetos se llevó a cabo por el muestreo estratificado en dos etapas. El procedimiento de muestreo estratificado consiste en una asignación proporcional, tomando como referencia el censo oficial de Toledo, para adaptarse a las cuotas de representación por género y edad. Esta reducción muestral no afectó significativamente a la configuración de partida. Los sujetos fueron seleccionados al azar utilizando un mapa por zonas, según los datos censales proporcionados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

La primera fase de la encuesta de prevalencia se realizó en el mes de mayo de 2016 con 2.415 sujetos mayores de 65 años de edad, los cuales fueron seleccionados e invitados a participar. En la segunda fase, participaron 2.332 sujetos durante los meses de septiembre-octubre de 2016, teniendo en cuenta que la aplicación de cada encuesta dura en torno a 30 min, para analizar las variables

más significativas vinculadas a la interacción y relaciones personales, así como al contacto social, en relación con la percepción de salud y calidad de vida. Para el presente trabajo se utilizaron los sujetos entrevistados en la segunda oleada del estudio.

Los cuestionarios contienen datos sociodemográficos, de apoyo social (OARS), la calidad de vida relacionada con la salud (QL-Índice), tomando como referencia las escalas de Kat & Ford; la escala de actividades instrumentales y de la vida diaria de Lawton, y de las relaciones sociales de García<sup>1,5,26</sup>. Estas escalas fueron diseñadas para evaluar la frecuencia, el grado de satisfacción con el apoyo social y las relaciones sociales. Este estudio puso a prueba la fiabilidad del cuestionario y su validez estructural. En el análisis correlacional se mostraron asociaciones significativas entre las variables analizadas. Se estudió la magnitud y significación de la asociación entre las variables dependientes y cada una de las variables independientes estratificadas por edad y género (Chi-cuadrado de Mantel-Haenszel). En hipótesis de contrastes con respecto a variables cuantitativas se utilizaron técnicas como la *t* de Student y el análisis de varianza si se cumplían las condiciones necesarias. El análisis se realizó con la herramienta estadística SPSS versión 21. También se realizó un análisis descriptivo de la muestra, y de la magnitud de la asociación entre las variables dependientes con cada una de las variables independientes (Chi-cuadrado de Mantel-Haenszel). En el análisis multivariable, las variables independientes estudiadas son analizadas desde el modelo de regresión, como puede observarse en la [tabla 1](#) de contingencia. Con el fin de conocer la bondad de ajuste de los resultados del modelo se utilizaron técnicas de análisis de regresión de Cox, Snell y R-cuadrado de Nagelkerke, para averiguar la correlación entre las redes y contactos sociales con la calidad de vida.

## Resultados

Los datos sociodemográficos indican que el 52,4% de los encuestados son mujeres y el 47,6% hombres. La edad media es de 72,4 años, ligeramente mayor en mujeres (73,2). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). El nivel de instrucción es bajo, solo el 29,5% tenía finalizada la educación primaria o equivalente.

Como podemos concluir de los datos, la interacción social y las relaciones humanas y sociales están relacionadas con la calidad de vida, pero con diferencias en función del género y la edad. De forma específica, se puede apreciar que los contactos sociales disminuyen con la edad ( $p < 0,002$ ). Pero la calidad de las relaciones sociales, es decir, tener a alguien de confianza, es menor en los hombres ( $p = 0,02$ ).

El apoyo social directo de los participantes estudiados en general es muy bueno; más del 81% de las personas de la muestra tienen a alguien que podría ayudarles o apoyarles si fuera necesario en caso de encontrarse con alguna situación de salud que lo requiera o de dependencia. Sin embargo, disminuye con la edad en ambos grupos. En la [tabla 2](#) aparece la muestra desglosada por género y edad según las diferentes variables sociodemográficas comentadas anteriormente.

En esta tabla puede apreciarse la relación de factores sociales como el estado civil, la itinerancia y la cohabitación, con las variables independientes de género y edad. En ambos grupos tienen una relación más directa los familiares de primer grado básicamente (hijos y hermanos). En cuanto a la cohabitación, pueden apreciarse diferencias de género, ya que el 14,4% de los hombres viven solos frente al triple de las mujeres (48,8%). Esto puede interpretarse desde la construcción cultural del género. Tradicionalmente, las mujeres son educadas para la autonomía y aprenden a vivir solas en cuanto a las funciones de cuidado y convivencia se refiere. Los hombres, en este caso, precisan más apoyo familiar para su vida

**Tabla 1**  
Análisis de regresión logística en relación con el tamaño de la red y los contactos sociales

Variable	N	Beta	p	OR	IC 95% de OR	
					Límite inferior	Límite superior
<i>Cohabitación</i>	2.217					
Solo				1		
Pareja		-0,539	0,004	0,584	0,406	0,839
Hijo/a		-0,643	0,001	0,526	0,357	0,773
Hermanos/as		0,173	0,565	1,189	0,660	2,140
Otros		0,274	0,407	1,135	0,600	2,511
<i>Miembros redes sociales</i>	2.089					
3-4		0,402	0,166	1,494	0,847	2,636
1-2		0,974	0,001	2,649	1,861	2,801
0		0,696	0,001	2,806	1,861	2,801
<i>Número de contactos</i>	2.071					
2-6 por semana		0,274	0,186	1,135	0,876	1,972
1 por semana		0,401	0,004	2,016	1,253	3,245
0		1,077	0,001	2,937	1,888	4,569

-2 log de la verosimilitud: 33, 425.

R-cuadrado de Cox y Snell: 0,641.

R-cuadrado de Nagelkerke: 0,758.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2**  
Variables sociodemográficas asociadas a salud y bienestar social

Variable	Género			
	Hombre		Mujer	
	Años (%)			
	65-74	75 o más	65-74	75 o más
<i>Estado civil</i>				
Soltero	8,3	7,9	8,1	11,1
Casado	83	67,1	61,5	33
Viudo	8,3	24,6	30	55,4
Otros	0,4	0,4	0,4	0,5
<i>Residencia</i>				
Propia	89,3	71,4	84,1	61,3
Con otra persona	8,8	21	11,6	26,2
Residencia	1,4	7,5	4,2	12,3
Otras	0,5	0,1	0,1	0,2
<i>Itinerante</i>				
Sí	2	8,4	4,2	12,3
No	98	91,6	95,8	87,7
<i>Cohabitación</i>				
Solo/a	6,2	8,2	20,8	28
Con cónyuge	61	54,1	47,3	28,1
Hijo/a	28	31,2	27,5	34,3
Hermanos/as	4,5	3,6	4,6	5,8
Otros	0,3	2,9	3,5	3,8

Fuente: elaboración propia.

diaria y para la atención a su situación de salud. En lo referente a la edad, a medida que aumenta la edad tiende a disminuir la autonomía, y a reducirse el núcleo. En el caso concreto de las mujeres, la tendencia es ligeramente superior en septuagenarias y edades sucesivas respecto a ingresar en una residencia.

En la [tabla 1](#) se presenta el análisis multivariable. El interés primero fue la cohabitación, el tamaño de la red social y el número de contactos sociales, que se asocia con la calidad de vida y la percepción del estado de salud, medidos según la escala OARS, excluyendo los efectos que las variables sociodemográficas tienen en ellos. Se muestra, en el análisis de regresión logística no condicional, la asociación en el tamaño de la red social y los contactos sociales y la coexistencia. La fuerza de asociación se expresa en *odds ratios*.

Se puede deducir de los datos, en sintonía con el marco teórico de la introducción, que con los años la frecuencia y la cantidad de las relaciones sociales disminuyen paulatinamente. Como consensúan las prácticas discursivas, la escasez de relaciones sociales, de apoyo

social y familiar, pueden ser determinantes en la salud, porque el hecho de vivir solos, de tener escaso apoyo e interacción social, disminuye la percepción de salud subjetiva y calidad de vida. Estos aspectos son necesarios para sentirse mejor, o para gestionar la enfermedad de forma adecuada.

Con el objeto de comprobar que el modelo calculado se ajusta a los datos usados para estimarlo y expresar la bondad de ajuste, hemos aplicado la prueba R-cuadrado de Cox y Snell, y R-cuadrado de Nagelkerke ([tabla 1](#)). Como evidencian los resultados, el 64% de la variable dependiente es explicada por las variables correlacionadas con el contacto social y las redes sociales (interacción social), lo cual confirma la correlación de estos factores con la salud y calidad de vida.

En la regresión logística, se muestra la fuerza de asociación expresada en *odds ratios* entre las variables de interés y el riesgo de tener peor percepción del estado de salud y calidad de vida. Si el valor es superior a 1, la asociación tiene riesgo, es decir, que el nivel de factor a analizar aumenta el riesgo de tener un apoyo social deficiente. Si, por el contrario, el valor es inferior a 1, el nivel del factor es protector. Se observa que el hecho de vivir con un cónyuge o hijos disminuye el riesgo de tener percepción de salud, en comparación a las personas que viven solas. Cuando analizamos nuestras variables de interés, observamos que el hecho de tener redes sociales escasas y pocos contactos sociales aumenta el riesgo de tener una buena percepción de la salud, al contar con menos soporte social para gestionar su calidad de vida. No obstante, es el contacto social el factor más importante para predecir la salud y calidad de vida, siendo además una variable significativa. Por ello, los contactos sociales y la frecuencia de las relaciones son un vector determinante en todos los aspectos sociales de la salud y la enfermedad de las personas mayores. Aunque, por otro lado, al disminuir con la edad la calidad e intensidad, cobra importancia no solo la frecuencia de la relación social, sino el tipo de relación que se establece. Es decir, se valora el tiempo que duran, y las necesidades que se satisfacen en estas relaciones, con independencia del tipo de parentesco de la persona que los proporciona. Alrededor del 80% de los sujetos se sienten tristes debido al escaso contacto social.

Si analizamos el apoyo social directo, entendiendo que esto implica que alguien proporcionaría ayuda en caso de estar enfermo, encontramos que en general el soporte es muy bueno. Más del 90% de las personas de la muestra tienen a alguien que podría ayudarles si fuera necesario. En la [figura 1](#) podemos ver la frecuencia de sentimientos de soledad en función del género y la edad. En la figura, apreciamos que la frecuencia se reduce con la edad, con

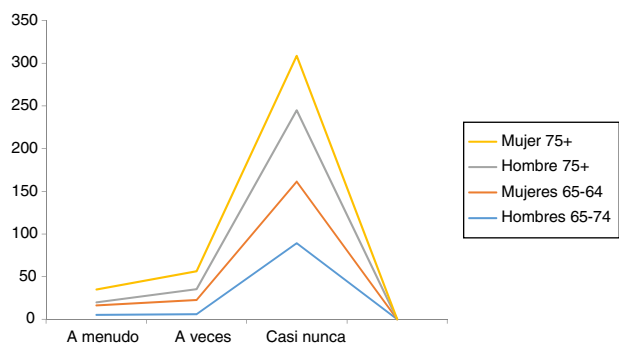


Figura 1. Frecuencia de los sentimientos de soledad en función del género y la edad.

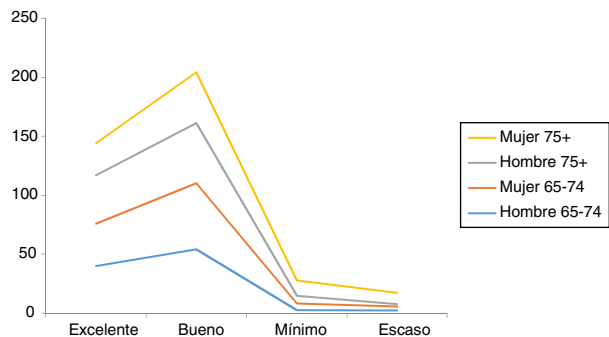


Figura 2. Tener personas que ayudan y proporcionan apoyo social.

una ligera mayor tendencia en el caso de las mujeres. Sin embargo, tener a alguien que les ayuda es importante en ambos géneros. Para profundizar en esta cuestión, en la figura 2 podemos analizar qué personas cuentan con ayuda o apoyo social y cómo lo perciben. Como se visualiza en la representación gráfica, la valoración del apoyo es mayor, entre excelente y bueno, conforme avanza la edad, con mayor énfasis en el caso de las mujeres.

A modo de síntesis, el tamaño de la red social de referencia está vinculado con la calidad de vida, siendo esta más probable cuando aumenta su tamaño. Según el análisis estadístico inferencial, las relaciones sociales, la interacción social, el contacto, son claros estímulos que mejoran el bienestar, la calidad de vida de las personas mayores y la percepción que tienen de su nivel de salud: entendiéndolo la salud como concepto social, integral, más allá de la enfermedad. También mejoran el empoderamiento de los hombres y las mujeres mayores. Esto es importante, porque conforme se cumplen años, existen necesidades sociales alrededor del estado de salud, que deben tenerse en cuenta en los análisis e interpretaciones.

## Conclusiones

El principal resultado de este estudio es que las relaciones sociales positivas pueden considerarse como un determinante en la salud de las personas mayores, pero no todas estas interacciones influyen en la misma medida. El factor de la relación humana en cuanto a la proximidad emocional, y la frecuencia o cantidad de estos encuentros, están correlacionados. Esto se consigue, no solo por las mejorías de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos tanto materiales como instrumentales, sino también por el impacto del apoyo en el ámbito emocional de nuestra conducta y en la percepción de la realidad. Desde que nacemos, estamos inmersos en múltiples redes sociales, pero hay que prestar atención a sus transformaciones y al deterioro o reducción que pueda producirse en las mismas por el paso del tiempo. Aquí en consecuencia

lo importante no es solo la red en sí: es, más bien, la función que cumplen, las necesidades que cubren a la persona mayor.

El resultado es concluyente, la interacción social funciona como vector de la buena salud. También puede considerarse como una estimación de la calidad de vida, porque las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar social, entendidas como un estímulo que satisface necesidades y el hecho de sentirse bien. El presente estudio también sugiere que el apoyo afectivo es tan importante como el instrumental o físico, en la medida en que cumplen funciones sociales específicas en estas edades.

Según podemos interpretar de los datos, junto con los familiares que aún son el principal apoyo de los mayores, un ambiente social positivo que contemple la ayuda de amigos, compañeros, etc., es fundamental para la consecución de un envejecimiento saludable.

Aunque la satisfacción que expresan los mayores por sus relaciones sociales es elevada, es importante que entre los mayores prestemos una atención especial a las mujeres y a los mayores más añosos para evitar que pierdan su vida social. Respecto a las mujeres, se debe fomentar las relaciones principalmente fuera del área familiar. En cuanto a los mayores de más edad, sobre todo se debe evitar el deterioro de su calidad de vida. Conocer cuál es la situación real de los mayores en cuanto a sus relaciones sociales y familiares, y la valoración de sus actividades, sus hábitos y su salud, es deseable para cualquier sociedad, ante el aumento de longevidad, de las nuevas perspectivas que se vislumbran con la situación de crisis económica y social.

Por último, el estudio realizado verifica la importancia de las variables sociales apuntadas, al ser factores protectores, permitiendo el desarrollo funcional de las personas mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad. Asimismo, sería importante trabajar en programas de atención social desde los distintos sistemas de protección social que aborden estas cuestiones. Por lo cual se requerirá aumentar y diversificar los servicios sociales y de salud gerontológicos, porque las personas mayores siguen en aumento y presentan nuevas necesidades en el contexto actual.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1996;9:179–86.
- Aguerre C, Bouffard I, Curcio CL. Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista ACGG*. 2008;22:1146–62.
- Fernández N, Clúa A, Báez R, Ramírez M, Prieto V. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16:6–12.
- Azpiazu M, Jentoft A, Villagrana J, Abanades J, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:683–99.
- García García FJ, Sanchez Ayala MI, Pérez Martín A, Martín Correa E, Marsal Alonso C, Rodríguez Ferrer G, et al. The prevalence of dementia and its main subtypes in subjects older than 65 years: Impact of occupation and education. *The Toledo Study*. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:401–7.
- Escobar MA, Puga D, Martín M. Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:637–51.
- Barra E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 2004;14:237–43.
- Hicks J, Epperly L, Barnes K. Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*. 2001;45:14–30.
- Luong G, Charles ST, Fingerhman KL. Better with age: Social relationships across adulthood. *J Soc Pers Relat*. 2011;28:9–23.
- Bearmann LF, Glass TA, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the New Millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51:843–57.
- Caplan G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publications; 1974.
- Fung HH, Carstensen LL, Lang FR. Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *Int J Aging Hum Dev*. 2001;52:185–206.
- Khan RL. Aging and social support. En: Riley MW, editor. *Aging from birth to death*. Boulder: Westview; 1993.



14. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol*. 1976;104:107–23.
15. Krassoievitch M. Redes sociales y vejez. Séptimo simposio Macaraia: que hablen los ancianos. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998.
16. Gottlieb BH. Assessing and strengthening the impact of social support on mental health. *Social Work*. 1985;30:293–300.
17. Lin N, Ensel W. Life stress and health: Stressors and resources. *Am Sociol Rev*. 1989;54:382–99.
18. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Invest Educ Enferm*. 2003;21:80–9.
19. Tomini F, Tomini SM, Groot W. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: A comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics*. 2016;16:203, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7>
20. Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et de vieillissement*. Paris: Armand Colin; 2001.
21. Rodríguez M, Minguela Recover MÁ, Camacho Ballesta JA. The importance of the size of the social network and residential proximity in the reception of informal care in the European Union. *EJSW*. 2017;0:1–10, <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2017.1320523>
22. Wenger G, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A. Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing Soc*. 1996;16:333–58, <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>
23. McCrae RR. Social consequences of experiential openness. *Psychol Bull*. 1996;120:323–37.
24. Burda P Jr, Vaux A, Schill T. Social support resources in college students: Variations across sex and sex-role. *Pers Soc Psychol Bull*. 1984;10:119–26.
25. Troll LE. *Family issues in current gerontology*. New York: Springer; 1986.
26. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the age. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914–9.