

Fragilidad y redes sociales en personas no institucionalizadas mayores de 75 años: un estudio transversal

Frailty and social networks with non-institutionalized people over 75 years of age: a cross-sectional study

Autores/as:

Moles Julio, María Pilar¹
López Martínez, Antonia²
Esteve Clavero, Aurora³

1. Universidad Jaume I Castellón, Castellón de la Plana, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8954-480X>. Email: mjulio@uji.es.
2. Unión de Mutuas, España. Email: alopez@uniondemutuas.es.
3. Conselleria de Sanidad, Valencia, España. Universidad Jaume I Castellón, Castellón de la Plana, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7127-8478>. Email: estevea@uji.es.

Puede citar este artículo como: Moles Julio MP, López Martínez A, Esteve Clavero A. Fragilidad y redes sociales en personas no institucionalizadas mayores de 75 años: un estudio transversal. RECIEN. Revista Científica de Enfermería. 2020; 20: 3-20. <https://doi.org/10.14198/recien.2020.20.02>



Este trabajo se publica bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Moles Julio MP, López Martínez A, Esteve Clavero A.

Resumen

Objetivo: examinar la relación entre fragilidad y redes sociales en personas no institucionalizadas mayores de 75 años.

Fundamento: la fragilidad tiene un impacto negativo en el envejecimiento exitoso. La baja actividad física, la inactividad y la movilidad restringida son factores de riesgo que aumentan la fragilidad en las personas mayores. Las relaciones sociales de las personas mayores tienen un efecto en la salud a través de mecanismos psicosociales e influyen en los estados psicológicos o cognitivos.

Diseño: se realizó un estudio transversal utilizando un cuestionario en una muestra de 326 individuos mayores de 75 años en Castellón (España), durante 2015, y seleccionado mediante muestreo intencional.

Método: El estudio se realizó en el contexto de un programa de análisis y prevención de fragilidad. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario adaptado de una encuesta realizada por FRALLE.

Resultados: 12.9% de los encuestados no vieron a ninguno de sus hijos más de una vez al mes. El 42,6% no vio a ningún amigo más de una vez al mes. En términos de participación comunitaria, el 66.9% de la muestra no fue a ninguna asociación cultural o club; esta proporción fue mayor entre las mujeres (72.8%). El puntaje promedio para el índice de vínculos familiares es mayor entre los no frágiles ($\bar{x} = 2.64$) que los frágiles ($\bar{x} = 2.41$) ($p = 0,000$). Los resultados muestran una mayor posibilidad de fragilidad para las mujeres (OR = 2.128; IC 95% 1.179 - 3.840).

Conclusión: las redes familiares y la diversidad de las redes sociales fueron menores entre las personas frágiles.

Relevancia para la práctica clínica: conocer los factores que influyen en las redes sociales de los ancianos permitirá a las enfermeras implementar acciones que ayuden a reducir la fragilidad.

Palabras clave: redes sociales; cuidado de ancianos; envejecimiento; fragilidad.

Abstract

Objective: *To examine the relationship between frailty and social relations in non-institutionalized people over 75 years.*

Background: *Frailty has a negative impact on successful aging. Low physical activity, inactivity, and restricted mobility are risk factors that increase frailty in elderly people. Social relations of older people have an effect on health through psychosocial mechanisms and some influence on psychological or cognitive states.*

Design: *A cross-sectional study was conducted using a questionnaire in a sample of 326 individuals over 75 years of age in Castellón (Spain), during 2015, and selected through intentional sampling.*

Method: *The study took place within the context of a frailty analysis and prevention program. The data was collected through a questionnaire adapted from a survey by FRALLE.*

Results: *12.9% of those surveyed did not see any of their children more than once a month. 42.6% did not see any friend more than once a month. In terms of community participation 66.9% of the sample did not go to any cultural association or club; this proportion was higher among women (72.8%). The mean score for the family bonds index is higher among non-frail ($\bar{x}=2.64$) than frail ($\bar{x}=2.41$) ($p=0.000$). The results show a higher possibility of frailty for women (OR= 2.128; 95% CI 1.179 - 3.840).*

Conclusion: *Family networks and social network diversity were smaller among frail individuals.*

Relevance to clinical practice: Knowing factors that influence the social relations of the elderly will allow nurses to implement actions that help reduce the frailty.

Keywords: *social networks; elder care; ageing; frailty.*

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han producido cambios demográficos, sociales y científicos, que han modificado en profundidad la perspectiva sobre la vejez. Por lo general, la mayoría de mayores no sufren patologías graves y tienden a ser individuos autónomos, independientes y motivados hacia el aprendizaje. No obstante, conforme avanza la edad pueden aparecer problemas asociados al estado del ánimo y al deterioro cognitivo⁽¹⁾. Considerada la etapa más larga de la vida, en la vejez conviven el deterioro y problemas de salud con, estabilidad, ganancias y nuevos aprendizajes. Algunas investigaciones hablan de envejecimiento satisfactorio, al estado óptimo o una forma de envejecer mejor de la normalidad que se relaciona con modelos biológicos explicativos⁽²⁾.

Por otra parte, conceptos como discapacidad, fragilidad y comorbilidad intervendrán de forma negativa en un envejecimiento satisfactorio (success fulaging). Progresivamente se va incorporando en gerontología el concepto de fragilidad como un síndrome multifactorial con disminución de la capacidad adaptativa del individuo para compensar de manera efectiva factores estresantes, haciéndolo vulnerable. La fragilidad es diferente de comorbilidad y discapacidad⁽¹⁾.

El síndrome del anciano frágil no es una situación estática, las personas susceptibles de fragilidad incluyen diferentes grados de una escala continua que va desde un extremo donde existe un estado de energía, fuerza y vigor hasta la "fragilidad" en el otro. No todos los sujetos de edad avanzada son frágiles en la misma medida, y también es posible que una persona no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos períodos de tiempo⁽³⁾. Tener baja actividad física, inactividad, restricción a la movilidad, son factores de riesgo que aumentan la fragilidad en el anciano⁽¹⁾.

Las redes sociales de los mayores influyen sobre la salud a través de mecanismos psicosociales, como son el consumo del tabaco y alcohol, la dieta, prácticas sexuales o el ejercicio físico. Por otro lado, también influyen sobre estados psicológicos o cognitivos como son la autoestima, sensación de bienestar, depresión o capacidad de adaptación. Pueden influir también sobre otros problemas de salud relacionados con la respuesta al estrés como son las patologías del sistema neuroendocrino o inmunitario⁽⁴⁾.

Se entiende como redes o relaciones sociales, el conjunto de personas con las que interacciona el individuo, las características de los vínculos que se establecen entre ellas, y las interacciones que se producen a través de dichos vínculos⁽⁵⁾.

El estudio de los apoyos sociales a las personas mayores es relevante, porque en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también en esta etapa de la vida existen mayores probabilidades de verse afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, amigos y compañeros⁽⁶⁾. Por ello es importante implementar estudios multidisciplinares en el ámbito de la sociología de la vejez (Sánchez Martínez & López Doblas, 2017), para comprender mejor los mecanismos de deterioro de las redes sociales y su implicación en el proceso de fragilidad.

El objetivo de este estudio es analizar las relaciones entre fragilidad y relaciones sociales en personas mayores de 75 años que viven en el entorno de la ciudad de Castellón de la Plana.

MÉTODOLÓGÍA

Diseño y muestra

Estudio observacional de corte transversal analítico, realizado sobre la población mayor de 75 años no institucionalizada de Castellón de la Plana.

Se trata de una investigación incluida en el programa de análisis y prevención de la fragilidad en mayores de la Universitat Jaume I con distintos municipios. Los datos se recogen en un cuestionario adaptado de la encuesta FRALLE⁽⁷⁾ que se utilizó por vez primera en la ciudad de Lleida con el mismo objetivo. Esta encuesta mide entre otros, la fragilidad a través de los cinco criterios de Fried, las relaciones sociales mediante el cuestionario de Leganés que parte de instrumentos previos adaptados a la situación Española⁽⁸⁾.

Se realizó el cálculo del tamaño muestral para una población de 14.189 individuos, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y asumiendo la postura de máxima indeterminación ($p=0,5$) obteniendo tamaño muestral de 372. Se capturaron los individuos según protocolo establecido en las consultas de enfermería de los siete Centros de salud (CS) participantes en el estudio, obteniéndose una muestra final $n= 326$.

Aquellos que manifestaron el deseo de participar fueron citados para que la investigadora principal u otro miembro del equipo, se realizan las entrevistas de forma individual. La recogida de datos se realizó a lo largo del año 2015.

Criterios de inclusión y exclusión

Mayores de 75 residentes en viviendas familiares de la ciudad de Castellón, con tarjeta sanitaria, que acuden a los servicios de atención primaria de salud durante el periodo de estudio y que expresen su conformidad en participar.

Se excluyen del estudio las personas que encuentren en fase terminal y aquellas que presentan un deterioro cognitivo con un valor mayor o igual a 3 errores en el test de Pfeiffer.

La captación se realiza en los Centros de salud de Castellón, por las enfermeras implicadas en el estudio.

VARIABLES e instrumentos de medida

Las variables independientes son las que hacen referencia a las relaciones sociales y que se conforman en dos grupos⁽⁸⁾:

1. Redes sociales: Se estudian, los resultados de los siguientes índices:
 - Índice de vínculos familiares con contacto (Rango de puntuación de 0 a 3).
 - Índice de actividades comunitarias (Rango de puntuación de 0 a 4).
 - Índice de diversidad de la red: Incluye los dos anteriores y el contacto con amigos (rango de 0 a 7).
2. Mecanismos Psicosociales de las relaciones sociales:
 - Índice de apoyo emocional recibido (media de la puntuación de las escalas de apoyo emocional de los cuatro vínculos familiares).
 - Índice del rol del individuo (media de la puntuación de las escalas de rol del individuo en la vida de los vínculos familiares y amigos).

La variable dependiente estudiada es la Fragilidad⁽⁹⁾: Para el análisis se ha considerado la fragilidad como variable dicotómica, de manera que los pre-frágiles pertenecen a la categoría de los no frágiles.

Consideraciones éticas

Previamente al comienzo del estudio, el Comité Ético de Investigación Clínica del departamento de salud de Castellón informó favorablemente la solicitud del proyecto del estudio y las personas encuestadas firmaron el consentimiento informado. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos. Igualmente, para el tratamiento de datos, se mantiene el anonimato de los participantes y se cumple la ley de protección de datos.

Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de la muestra mediante medidas de distribución de frecuencias. Para el análisis bivariante de los factores asociados se utiliza la prueba de chi-cuadrado de Pearson o en su caso, el test exacto de Fisher para los datos cualitativos y la prueba t-Student para los datos cuantitativos. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante la regresión logística siguiendo el procedimiento “formadstepwise” de incorporación progresiva paso a paso de aquellas variables explicativas (posibles factores asociados) que había presentado en el análisis bivariado un grado de significación inferior a 0,25 en la asociación con la variable dependiente (fragilidad). Para el análisis de los datos se utilizó la versión 21.0 del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 326 individuos (48% hombres), con una media de edad de 81,32 en un rango de 75 a 96 años. Se observa una prevalencia de fragilidad del 13,7%. El análisis descriptivo muestra que el 65% de la muestra tiene pareja y los hombres en mayor proporción que las mujeres (79,6% y 51,5% respectivamente), el 86,3% tiene al menos un hijo/a, el 71,5% tiene hermanos, 79,8% tiene nietos y el 59,6% tiene sobrinos. En relación a los amigos el 75,9% de los individuos refiere no tener ninguno los hombres no tienen amigos en mayor proporción que las mujeres (75,9% frente a 59,5%) (Tabla 1). Un 82,5% tiene una persona confidente.

Al observar la frecuencia con la que ven a familiares/amigos los resultados muestran que 12,9% de los encuestados no ven a ningún hijo más de una vez al mes, y un 15% ven a sus nietos con menor frecuencia de una vez al mes. En el caso de hermanos y sobrinos esto sucede en el 62,9% y el 67,8% respectivamente. En el caso de los amigos el 42,6% no ve a ningún amigo más de una vez al mes.

En relación al contacto telefónico, el 18,1% refiere que habla menos de una vez al mes por teléfono con sus hijos, el 15% con los nietos, el 62,9% y 67,8% con los hermanos y sobrinos, y el 59,2% no habla con ningún amigo más de una vez al mes.

Al preguntar cómo se encuentra de satisfecho con las relaciones con los hijos y nietos el 97,5% y 98,2% se encuentran satisfechos. Con la pareja se encuentran satisfechos el 96,1% y con los amigos el 97,8%.

| Variables: vínculos familiares/amigos | | | Sexo | | | | P |
|---------------------------------------|------------|-----------|--------|------|-------|------|--------|
| | | | Hombre | | Mujer | | |
| | | | n | % | n | % | |
| Esposo/a | Con pareja | | 125 | 79,6 | 87 | 51,5 | <0,001 |
| | Sin pareja | | 32 | 20,4 | 82 | 48,5 | |
| ¿Cuántos tiene? | Amigos | Ninguno | 60 | 75,9 | 72 | 59,5 | 0,016 |
| | | Uno o más | 19 | 24,1 | 49 | 40,5 | |
| | Hijos | Ninguno | 18 | 13,7 | 13 | 9,4 | 0,258 |
| | | Uno o más | 113 | 86,3 | 126 | 90,6 | |
| | Hermanos | Ninguno | 37 | 28,5 | 50 | 35,5 | 0,218 |
| | | Uno o más | 93 | 71,5 | 91 | 64,5 | |

| | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|------|------|------|-------|-------|
| | Sobrinos | Ninguno | 23 | 40,4 | 15 | 22,1 | 0,027 |
| | | Uno o más | 34 | 59,6 | 53 | 77,9 | |
| | Nietos | Ninguno | 17 | 20,2 | 15 | 18,3 | 0,751 |
| | | Uno o más | 67 | 79,8 | 67 | 81,7 | |
| Contacto > 1 vez al mes | Amigos | Ninguno | 62 | 39,5 | 77 | 45,6 | 0,268 |
| | | Uno o más | 95 | 60,5 | 92 | 54,4 | |
| | Hijos | Ninguno | 24 | 15,3 | 18 | 10,7 | 0,212 |
| | | Uno o más | 133 | 84,7 | 151 | 89,3 | |
| | Hermanos | Ninguno | 97 | 61,8 | 108 | 63,9 | 0,692 |
| | | Uno o más | 60 | 38,2 | 61 | 36,1 | |
| | Sobrinos | Ninguno | 107 | 68,2 | 114 | 67,5 | 0,893 |
| | | Uno o más | 50 | 31,8 | 55 | 32,5 | |
| | Nietos | Ninguno | 24 | 15,3 | 25 | 14,8 | 0,901 |
| | | Uno o más | 133 | 84,7 | 144 | 85,2 | |
| Contacto telefónico > 1 vez al mes | Amigos | Ninguno | 96 | 61,1 | 97 | 57,4 | 0,491 |
| | | Uno o más | 61 | 38,9 | 72 | 42,6 | |
| | Hijos | Ninguno | 36 | 22,9 | 23 | 13,6 | 0,029 |
| | | Uno o más | 121 | 77,1 | 146 | 86,4 | |
| | Hermanos | Ninguno | 60 | 38,2 | 66 | 39,1 | 0,877 |
| | | Uno o más | 97 | 61,8 | 103 | 60,9 | |
| | Sobrinos | Ninguno | 109 | 69,4 | 91 | 53,8 | 0,004 |
| | | Uno o más | 48 | 30,6 | 78 | 46,2 | |
| | Nietos | Ninguno | 49 | 31,2 | 38 | 22,5 | 0,075 |
| | | Uno o más | 108 | 68,8 | 131 | 77,5 | |
| Satisfacción | Amigos | Insatisfecho | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0,999 |
| | | Poco sat. | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | |
| | | Satisfecho | 89 | 97,8 | 93 | 97,9 | |
| | Hijos | Insatisfecho | 2 | 1,6 | 2 | 1,4 | 0,893 |
| | | Poco sat. | 1 | 0,8 | 2 | 1,4 | |
| | | Satisfecho | 125 | 97,7 | 144 | 97,3 | |
| | Hermanos | Insatisfecho | 4 | 3,6 | 5 | 4,4 | 0,143 |
| | | Poco sat. | 5 | 4,5 | 13 | 11,4 | |
| | | Satisfecho | 103 | 92 | 96 | 84,2 | |
| | Sobrinos | Insatisfecho | 2 | 1,8 | 4 | 2,9 | 0,806 |
| | | Poco sat. | 13 | 11,8 | 18 | 13,1 | |
| | | Satisfecho | 95 | 86,4 | 115 | 83,9 | |
| | Nietos | Insatisfecho | 1 | 0,8 | 1 | 0,7 | 0,785 |
| | | Poco sat. | 2 | 1,6 | 1 | 0,7 | |
| | | Satisfecho | 126 | 97,7 | 144 | 98,6 | |
| Esposo/a | Insatisfecho | 1 | 0,8 | 2 | 2,4 | 0,475 | |
| | Poco sat. | 2 | 1,7 | 3 | 3,5 | | |
| | Satisfecho | 115 | 97,5 | 80 | 94,1 | | |
| Confidente | Sí | | 128 | 81,5 | 141 | 83,4 | 0,706 |
| | No | | 16 | 10,2 | 18 | 10,7 | |

Tabla 1. Características de las relaciones sociales por sexo: recuento (n) y frecuencia (%).

En cuanto a la participación comunitaria (Tabla 1 bis) el 66,9% de la muestra no acude a ninguna asociación o club cultural, y son las mujeres quienes no acuden en mayor proporción (72,8 %) que los hombres 60,5%. El 40,2% de no acude a la plaza o lugar céntrico. A centros de la tercera edad acuden el 25% y a la parroquia o iglesia acuden el 36%.

| Variables: relaciones comunidad | | Sexo | | | | P |
|--|----|--------|------|-------|------|-------|
| | | Hombre | | Mujer | | |
| | | n | % | n | % | |
| | No | 16 | 10,2 | 18 | 10,7 | |
| ¿Forma parte de alguna asociación o club cultural? | Sí | 61 | 38,9 | 45 | 26,6 | 0,062 |
| | No | 95 | 60,5 | 123 | 72,8 | |
| ¿Acude a la plaza o lugar céntrico? | Sí | 98 | 62,4 | 97 | 57,4 | 0,355 |
| | No | 59 | 37,6 | 72 | 42,6 | |
| ¿Acude al hogar del pensionista o centro tercera edad? | Sí | 47 | 29,9 | 36 | 21,3 | 0,074 |
| | No | 110 | 70,1 | 133 | 78,7 | |
| ¿Acude a la iglesia o parroquia? | Sí | 42 | 26,8 | 76 | 45 | 0,001 |
| | No | 115 | 73,2 | 93 | 55 | |

Tabla 1bis. Características de las relaciones sociales por sexo: recuento (n) y frecuencia (%).

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos al analizar la relación entre los índices globales de las relaciones sociales y de los mecanismos psicosociales y fragilidad. En ella se puede observar que la puntuación media obtenida para el índice de vínculos familiares es mayor en las personas no frágiles ($\bar{x}=2,64$) que en las frágiles ($\bar{x}=2,41$), alcanzando estas diferencias significación estadística. Para índice de actividades comunitarias no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En cuanto al índice de diversidad de la red los resultados muestran que existen diferencias, obteniendo una puntuación media menor en este índice las personas frágiles ($\bar{x}=4,39$) frente a ($\bar{x}=5,01$) a las no frágiles. Así mismo se observan diferencias estadísticamente significativas para los índices que valoran los mecanismos psicosociales de las relaciones, obteniendo mejores puntuaciones medias los individuos no frágiles, en el índice de apoyo emocional recibido por los vínculos familiares, y en el índice de rol del individuo en la vida de los vínculos familiares y amigos ($\bar{x}=1,22$) y ($\bar{x}=1,19$) respectivamente, frente a los frágiles que obtienen puntuaciones menores ($\bar{x}=0,95$) y ($\bar{x}=0,93$) en estos dos índices.

| Relaciones sociales | Fragilidad | | | | P |
|---------------------------------------|------------|------|--------|------|--------|
| | No Frágil | | Frágil | | |
| | Media | DE | Media | DE | |
| Índice de vínculos familiares (0-3) | 2,64 | 0,54 | 2,41 | 0,67 | <0,001 |
| Índice actividades comunitarias (0-4) | 1,66 | 1,04 | 1,45 | 1,14 | 0,283 |
| Índice diversidad de la red (0-8) | 5,01 | 1,34 | 4,39 | 1,51 | 0,020 |
| Í. de apoyo emocional recibido (0-3) | 1,22 | 0,27 | 0,95 | 0,45 | <0,001 |
| Índice del rol del individuo (0-3) | 1,19 | 0,29 | 0,93 | 0,44 | <0,001 |

Tabla 2. Índices globales de las relaciones sociales y mecanismos psicosociales según la fragilidad: media y desviación estándar (DE).

En el análisis del efecto de las relaciones sociales sobre la situación de fragilidad (Tabla 3) los resultados muestran los modelos construidos sucesivamente introduciendo las variables de control.

En el modelo 1, constituido por las variables independientes que constituyen los índices globales de las relaciones sociales y de mecanismos psicosociales de las relaciones; el índice más destacado y que obtuvo significación estadística fue el índice de apoyo emocional recibido (OR=0,073; IC95% 0,006 - 0,841).

En el modelo 2 en el que se introdujeron las variables sociodemográficas (sexo y estar casado) persiste la significación estadística en el índice de apoyo emocional recibido (OR=0,074; IC95% 0,006 - 0,904). La posibilidad de ser frágil para las mujeres se multiplicaba por (OR= 2,128; IC95% 1,179 - 3,840).

| Variable | Fragilidad | | |
|--|------------|----------------|------------------|
| | OR | IC 95% | P |
| Modelo 1 | | | |
| I. de Vínculos Familiares contacto (0-3) | 1,152 | 0,607 - 2,186 | NS |
| Índice actividades Comunitarias (0-4) | 1,073 | 0,559 - 2,057 | NS |
| Índice de diversidad de la red | 0,856 | 0,480 - 1,527 | NS |
| Índice de apoyo emocional recibido | 0,073 | 0,006 - 0,841 | 0,036 |
| Índice de rol del individuo (0-3) | 2,053 | 0,195 - 21,611 | NS |
| Modelo 2 | | | |
| Í. de Vínculos Familiares contacto (0-3) | 1,424 | 0,580 - 3,497 | NS |
| Índice actividades comunitarias (0-4) | 1,023 | 0,526 - 1,990 | NS |
| Índice diversidad de la red | 0,907 | 0,502 - 1,637 | NS |
| Índice de apoyo emocional recibido | 0,074 | 0,006 - 0,904 | 0,041 |
| Índice de rol del individuo (0-3) | 1,628 | 0,148 - 17,934 | NS |
| Sexo (Mujer) | 2,583 | 1,563 - 4,268 | <0,001 |
| Casado | 0,918 | 0,362 - 2,328 | NS |

Tabla 3. Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) del modelo de regresión logística binaria que analiza la posibilidad de presentar fragilidad.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que un alto porcentaje de las personas mayores tienen una buena red familiar y un alto porcentaje no tiene una red de amigos.

El 81,5% dice tener una persona especial en quien confiar (confidente), cifras algo más elevadas al estudio de Nuin y Stevens^(10,11) en nuestro estudio es la esposa/o la personas que más confían, seguida de las hijas y amigos.

Al analizar la relación de las redes sociales con la fragilidad, a pesar de que los mayores frágiles obtienen puntuaciones por encima de la media en los ítems globales de los vínculos familiares, los resultados muestran que las puntuaciones medias en este ítem son mayores para los individuos no frágiles, resultados similares al estudio Envejecer en Leganés⁽⁸⁾, al de Lleida⁽¹⁰⁾ y el estudio de Escobar et al.⁽¹²⁾ esto concordante con las recomendaciones de fomentar las relaciones sociales y familiares para la prevención de la fragilidad⁽¹³⁾.

Destaca la escasa participación en actividades comunitarias esto sugiere una pobre vinculación social, y podría sugerir dificultad para desarrollar roles sociales y ocupacionales que les proporcionen sentimientos de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad. Al analizar con mayor detalle la participación en actividades comunitarias se aprecia cómo el 66,9% de las personas mayores no acude a ninguna asociación o club cultural, y son las mujeres quienes no acuden en mayor proporción. Acuden más a la plaza o lugar céntrico y a los centros de tercera edad acuden en un porcentaje bajo, posiblemente estos resultados se deban a la edad avanzada de la muestra y las mujeres siguen acudiendo más a la iglesia, resultados similares al estudio de Leganés y al estudio de Nuin^(8,10). En nuestro estudio los resultados no muestran relación estadísticamente significativa entre el índice de actividades comunitarias y la presencia o no de fragilidad, esto podría deberse a que en la muestra estudiada la participación comunitaria como se ha visto anteriormente es baja.

Para el rol del individuo en la vida de familiares y amigos, el valor medio del índice está por debajo de la media tanto para frágiles como no frágiles y se observa relación estadísticamente significativa en el sentido que obtienen mayor puntuación media en este índice las personas no frágiles, esto podría explicarse por la dificultad de las persona más frágiles para establecer relaciones y participar en actividades comunitarias, lo que puede hacer que los datos muestren

que la menor fortaleza de relaciones sociales se correspondan con fragilidad según se apunta en los estudios de Sánchez⁽¹⁴⁾ y Nuin⁽¹⁰⁾.

El hecho de que el sujeto juegue un papel activo le proporciona sentido y significado y le ayuda a permanecer activo mental y físicamente previniendo situaciones de fragilidad. Si observamos los diferentes componentes del índice de diversidad de la red como es el estar casado o con pareja, variable que se relaciona con la fragilidad se corresponde con resultados señalados en otros trabajos^(15,16).

Respecto a la participación en actividades comunitarias se aprecia como las personas frágiles acuden menos a la plaza o a un lugar céntrico, no es el caso de nuestro estudio que la mitad de la muestra acuden la plaza y donde menos acuden es a las asociaciones o clubs, teniendo un índice de fragilidad de un 74% y al hogar del pensionista, y las mujeres siguen acudiendo más a la iglesia, similar a los trabajos de Leganés y Nuin^(8,10).

En relación a la presencia o no de fragilidad según el rol del individuo se obtienen resultados significativos, con una media de frágiles de 0,9. Se observa una relación inversa para todos los vínculos, aunque resulta más significativa para el rol del individuo en la vida de los amigos ya que, personas más frágiles tienen una mayor dificultad para establecer relaciones y participar en actividades comunitarias, lo que puede hacer que los datos muestren que a menor fortaleza de las relaciones sociales corresponda mayores índices de fragilidad como ya se ha observado en los estudios de Sánchez⁽¹⁴⁾, los estudios de Nuin⁽¹⁰⁾.

Respecto a las redes sociales y los índices globales según la fragilidad en la población mayor de Castellón se puede apreciar que hay una prevalencia de fragilidad de un 13,7%, más elevada que las obtenidas por Fried de un 6,9%⁽⁹⁾ y Ávila-Funes de un 7%⁽¹⁷⁾.

La prevalencia de fragilidad en el estudio de Santos-Eggimann⁽¹⁸⁾ realizado en diez países europeos fue del 17% y en uno español, en la ciudad de Albacete la prevalencia fue superior 16,9%⁽¹⁹⁾. En España todavía son pocos los estudios que han aplicado los criterios de fragilidad, destacando en Madrid⁽¹⁵⁾, Lérida⁽¹⁰⁾ y Toledo⁽²⁰⁾ en los que la prevalencia resultó ser del 10,3%, 9,6% y 8,4% respectivamente, comparable a estos está el estudio Europeo de Syddall et al.⁽²¹⁾ cuya prevalencia es de 6,5%.

Estudios realizados América del Sur, Alvarado y Varela^(16,22) la prevalencia de fragilidad es 11,0% y 14,9% respectivamente y en el estudio de Taiwan⁽²³⁾ con una prevalencia 11%. Otro de los aspectos a considerar es el porcentaje de pacientes pre-frágiles que en nuestro estudio es 52,7% y frágiles 13,7% y el sexo predominante es el femenino, similar al del estudio de Ávila-Funes⁽¹⁷⁾. Esta cifra es importante ya que probablemente dichos participantes en poco tiempo serán frágiles.

El único componente de las relaciones sociales que se relaciona con la fragilidad es, el Índice de apoyo emocional recibido y después de ajustar el modelo de análisis por sexo y estado permanece significativamente asociado. Si bien es cierto, que un corte transversal puede llevar a cierta confusión y sería recomendable llevar a cabo otros estudios de carácter longitudinal para confirmar dichos resultados^(24,25).

Limitaciones del estudio

La captura de la muestra se realizó a partir de los datos incluidos en la red del sistema de salud y en los centros de salud por lo que es posible una mínima pérdida de población.

CONCLUSIONES

Los mayores que viven en su domicilio tienen una buena red social familiar y la red social de amigos es baja.

El sexo influye en las relaciones sociales y en las actividades comunitarias.

Las redes familiares y la diversidad de la red social son menores en las personas frágiles.

En cuanto a la participación en actividades comunitarias de las personas mayores de Castellón, no se relaciona con fragilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2007 [cited 2015 May 19]; 33(1):0–0. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000100010>
2. Lemos Giraldez S, Fernandez Hermida JR. Redes de soporte social y salud. *Psicothema* [Internet]. 1990; 2(2):113–35. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=671>
3. Salado Morales L. La Fragilidad en el anciano [Internet]. Universidad de Cantabria; 2014. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10902/5126>
4. Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: *Social epidemiology* New Yor. 2000. p. 137–73.
5. Pellegrino A. La migración internacional en América latina y el Caribe. Tendencias y perfiles migrantes [Internet]. Santiago de Chile: United Nations Publications; 2003. 39 p. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7172/S033146_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Varela Pinedo L, Saavedra Ortiz P, Chavez Jimeno H. Características de los trabajos científicos en geriatría y gerontología. *Rev Med Hered* [Internet]. 2003; 14(1):18–25. Recuperado de: <https://doi.org/10.20453/rmh.v14i1.767>
7. Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar M, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 55(3):625–31. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.07.002>
8. Otero Puime Á, Zunzunegui Pastor M, Béland F, Rodríguez Laso Á, García de Yébenes y Prous M. Relaciones sociales y envejecimiento saludable [Internet]. BBVA F, editor. España; 2006 [cited 2015 May 22]. Recuperado de: <https://www.fbbva.es/publicaciones/relaciones-sociales-y-envejecimiento-saludable/>

9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 Mar [cited 2017 Feb 9]; 56(3):M146-56. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
10. Nuin Orrio C. Asociación entre las relaciones sociales y la fragilidad en personas mayores de 75 años que viven en la comunidad [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 6]. 207 p. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255362>
11. Stevens N, Tilburg T Van. Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *J Soc Pers.* 2011; 28(1):24-43. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0265407510386191>
12. Escobar Bravo MA, Puga D MM. 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* [Internet]. 2008; 82(6):637-51. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272008000600005>
13. Soler P, Gómez-Pavón J, Lesende I. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(15):713-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.028>
14. Sánchez Jurado P. Prevalencia y atributos de la fragilidad en una cohorte española mayor de 70 años [Internet]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2013 [cited 2017 Sep 7]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10578/3262>
15. Castell Alcalá M, Otero Puime Á, Sánchez Santos M, Garrido Barral A, González Montalvo J, Zunzunegui M. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención primaria*. 2010; 42(10):520-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.024>
16. Alvarado BE, Zunzunegui M-V, Béland F, Bamvita J-M. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Dec; 63(12):1399-406. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399>
17. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Ritchie K, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Oct; 63(10):1089-96. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/gerona/63.10.1089>

18. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun 1; 64(6):675–81. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>
19. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo JD, Romero Rizos L, López Jiménez M, Sánchez Jurado PM, Atienzar Núñez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(2):81–8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004>
20. García-García F, Larrión Zugasti J, Rodríguez Manas L. Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gac Sanit [Internet]*. 2011 [cited 2017 Sep 7]; 25(5):51–8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.001>
21. Syddall H, Roberts HC, Evandrou M, Cooper C, Bergman H, Sayer AA. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing*. 2010 Mar 1; 39(2):197–203. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp204>
22. Varela-Pinedo L, Ortiz-Saavedra P. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med [Internet]*. 2008 [cited 2017 Sep 7]; 21(1):11–5. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v21n1/pdf/a03v21n1.pdf>
23. Chang CI, Chan DC, Kuo KN, Hsiung CA, Chen CY. Prevalence and Correlates of Geriatric Frailty in a Northern Taiwan Community. *J Formos Med Assoc*. 2011 Apr; 110(4):247–57. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(11\)60037-5](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(11)60037-5)
24. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter psicológica*. 2012 Jul; 30(2):23–9. Recuperado de: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
25. Weyers S, Dragano N, Richter M, Bosma H. How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion. *Glob Health Promot*. 2010 Jun 29; 17(2):25–33. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1757975910365232>