



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Carrera de Psicología

**Redes de apoyo social y funcionalidad en
adultos mayores. Una revisión sistemática.**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Cynthia Estefanía León Escobedo

Directora: Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano

Asesores: Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez

Dra. Wendy Daniella Rodríguez García

Sinodales: Dra. Mirna García Méndez

Lic. Alan Alexis Mercado Ruiz



Ciudad de México, 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

Agradezco a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM, Proyecto PAPIME PE203421, por la beca recibida para la realización de la presente tesis de licenciatura. También, a la Red Académica Asesora de Revisiones Sistemáticas (RAARS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, por la asesoría metodológica.

Dedicatoria:

Este trabajo está dedicado principalmente a mis padres, pues sin su amor y apoyo, nunca hubiera logrado llegar hasta donde estoy ni ser la persona que soy. Gracias por alentarme en todo momento, por inspirarme y hacerme creer en mí misma, en realidad, son tantas las cosas por las cuales les agradezco, que nunca podría terminar; son la mejor bendición y el regalo más hermoso que la vida y Dios me han dado. Siempre han sido mi ejemplo a seguir; los amo.

A mi hermano que, a su manera, siempre tuvo alguna palabra de aliento para mí cuando lo llegué a necesitar. Gracias por cuidarme, por secundar mis ocurrencias, por todas las enseñanzas que sólo un hermano menor puede brindar y por todo el cariño que me tienes. Recuerda que siempre tendrás en mí a alguien con quién contar, te quiero.

Le agradezco también a aquellos familiares y personas cercanas que me han apoyado en varios ámbitos de mi vida, por su calidez, ternura y cariño; gracias por preocuparse por mí y por celebrar conmigo mis triunfos. A pesar de la distancia, siempre los llevo conmigo pues son parte importante de mi vida.

De igual manera, le agradezco a mis amigas, amigos y personas que en algún momento llegaron a ser cercanos a mí, pues desde un inicio creyeron que lo lograría (incluso antes que yo) y siempre me dieron ánimos para seguir adelante y no rendirme. Gracias además por ser mi refugio y por regalarme tantos momentos hermosos, los amo infinitamente; soy tan afortunada de tenerlos y contar con su amistad. Esto tampoco hubiera sido posible sin su ayuda.

Al profesor Alan A. Mercado Ruiz, por hacerme la invitación para participar en este proyecto en el momento más oportuno, gracias por la confianza; fue de mucha ayuda.

Finalmente, le agradezco a mis asesores y directora de tesis por la asesoría metodológica y sus atenciones; pese a los obstáculos presentados, pudimos lograrlo. Gracias por la experiencia.

*“Y si te arrodillas, haré que el mundo sea más bajo, a tu medida,
pues a veces para seguir creciendo hay que agacharse”*

- El príncipe de la dulce pena.

Contenido

I. Resumen	6
II. Introducción	8
III. Marco teórico	10
III.1 Revisión Sistemática	10
III.2 Metaanálisis (MA).....	14
III.2.1 Modelos del efecto.....	14
III.2.2 Sesgos en los metaanálisis.....	15
III.2.3 Heterogeneidad	16
III.3 Envejecimiento	17
III.4 Redes de apoyo social	27
III.5 Funcionalidad física en el adulto mayor.....	37
III.6 Posibles escenarios y papeles desempeñados en torno a las redes de apoyo de los adultos mayores.....	43
III.7. Revisiones sistemáticas sobre la relación de las redes de apoyo social con la funcionalidad.....	48
IV. Planteamiento del problema	52
V. Objetivo	54
VI. Material y método	54
VI.1 Diseño de la investigación.....	54
VI.2 Tipos de estudio.....	55
VI.3 Definición de la población	55
VI.4 Criterios de elegibilidad.....	55
VI.5 Estrategia de búsqueda	55
VI.6 Selección de estudios	57
VI.7 Extracción de los datos	58
VI.8 Valoración de calidad.....	58
VI.9 Recursos.....	58
VI.10 Aspectos éticos.....	58
VII. Resultados	59
VII.1 Selección de estudios	59
VII.2 Características de los estudios incluidos.....	61
VII.3 Análisis cualitativo de los artículos (revisión sistemática).....	71
VII.3.1 Fragilidad social y funcionalidad física.....	71
VII.3.1 Soledad y funcionalidad física	72

VII.3.1 Redes de apoyo social y funcionalidad física.....	73
VIII. Discusión	74
IX. Conclusiones	82
X. Referencias	84
XI. Anexos	95
Anexo 1 Lineamientos PRISMA.....	95
Anexo 2 Criterios de elegibilidad para los artículos.....	98
98	
Anexo 3. Artículos excluidos en la revisión de texto completo	99
Anexo 4. Análisis de sesgo.....	101

I. Resumen

Introducción: Las redes sociales juegan un papel importante en la vida del ser humano, sin embargo, el mero contacto social no es suficiente para la adecuada adaptación del individuo al entorno, por ello, son necesarios elementos que ayuden a dicho fin, especialmente en los adultos mayores ya que se tiene el estigma que en esta etapa requieren apoyos materiales y psicológicos, de los cuales, se destacará el apoyo social. Las Redes de Apoyo Social (RAS) brindan a la persona ayuda de diferentes tipos que permiten el afrontamiento ante situaciones difíciles o cotidianas. Asimismo, las RAS tienen un efecto positivo sobre la funcionalidad física, lo cual ha sido reportado en algunos estudios y revisiones sistemáticas (RS). En este sentido, se encontraron tres RS sobre la temática, sin embargo, los resultados reportados son inconsistentes, de ahí la relevancia del presente estudio. **Objetivo:** Presentar una síntesis del conocimiento sobre la asociación de las redes de apoyo social y la funcionalidad física de los adultos mayores a través de una revisión sistemática. **Método:** Se realizó la búsqueda de artículos el 9 y 10 de enero de 2022 en español, inglés y portugués en las plataformas de documentos científicos PubMed, Scopus, Web of Science, PubPsych y TesiUNAM, utilizando las siguientes palabras clave y estrategia de búsqueda general para PubMed y con algunas adecuaciones para las demás plataformas: ("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("Social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability") AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status") NOT ("systematic Review") NOT (Depression). **Resultados:** Se encontraron 437 artículos, de los cuales 10 cumplieron con los criterios de elegibilidad para su análisis cualitativo, sin embargo, debido a la heterogeneidad de la metodología en instrumentos y datos reportados, no fue posible llevar a cabo un metaanálisis. De los estudios analizados 5 son de cohorte y 5 transversales analíticos. **Conclusiones:** Los hallazgos sugieren que sí existe una relación positiva y posible efecto de las RAS sobre la funcionalidad física, sin embargo, es necesario llevar a cabo más estudios, ya que la heterogeneidad en la metodología, sobre todo los instrumentos de medición y que en su mayoría son estudios transversales, no es posible determinar el tipo, frecuencia y motivos, del uso de las RAS para diferenciar los grados del efecto considerando modalidades de RAS diferenciadas.

Palabras clave: *Actividades básicas de la vida diaria, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, apoyo social, funcionalidad física, redes de apoyo social.*

Abstract

Introduction: Social networks play an important role in the life of the human being, however, the only social contact is not enough for the proper adaptation of the person to his environment, therefore, elements that help this purpose are necessary, especially in older adults since there is a stigma that at this stage they require material and psychological support, of which social support will be highlighted. The Social Support Networks (SSN) provide the person with different types of help that allow them to cope with difficult or everyday situations. Similarly, SSNs have a positive effect on physical functionality, which has been reported in some studies and systematic reviews (SR). In this sense, three SRs were found on the subject, however, the reported results are inconsistent, hence the relevance of this study. **Objective:** To present a synthesis of knowledge about the association of social support networks and physical functionality of older adults through a systematic review. **Method:** The search for articles was carried out on January 9 and 10, 2022 in Spanish, English and Portuguese on the scientific document platforms PubMed, Scopus, Web of Science, PubPsych and TesiUNAM, using the following keywords and general search strategy. for PubMed and with some adaptations for the other platforms: ("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("Social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability") AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status") NOT ("systematic Review") NOT (Depression). **Results:** 437 articles were found, of which 10 met the eligibility criteria for publication qualitative analysis, however, due to the heterogeneity of the methodology in instruments and data reported, it was not possible to carry out a meta-analysis. Of the studies analyzed, 5 are cohort studies and 5 are analytical cross-sectional. **Conclusions:** The findings suggest that there is a positive relationship and possible effect of the RAS on physical functionality, however, it is necessary to carry out more studies, since the heterogeneity in the methodology, especially the measurement instruments and that most of them are studies in cross-sectional studies, it is not possible to determine the type, frequency and reasons for the use of RAS to differentiate the degrees of effect considering different modalities of RAS.

Keywords: *Basic activities of daily living, activities of daily living, instrumental activities of daily living, social support, physical functionality, social support networks.*

II. Introducción

El ser humano es un ente biopsicosocial, a quien en su desarrollo no solo le basta con cumplir las necesidades básicas para subsistir, sino que también necesita pertenecer a un grupo de iguales para sentirse aceptado y seguro.

Por ello, es importante preguntarse cómo esta necesidad se manifiesta en aquellas personas que se encuentran en el proceso de envejecimiento y, además, cómo sus Redes de Apoyo Social (RAS) influyen en su funcionalidad, ya sea de manera positiva o negativa pues, en la sociedad mexicana, existen estigmas que se basan en las características físicas del adulto mayor y que, desafortunadamente, son desfavorables para la integración de los mayores en diversos grupos sociales.

Existe controversia en la relación de la RAS y funcionalidad en adultos mayores; algunos estudios han reportado una relación positiva entre las RAS y la funcionalidad física y mental, no obstante, también se ha observado una relación negativa entre las RAS con la funcionalidad, debido a las representaciones sociales de la vejez de tipo negativo, en la que se considera que todas las personas mayores de 50 años requieren apoyos materiales y psicológicos por el solo hecho de ser viejos, sin considerar su capacidad intrínseca. En este sentido, esta visión “viejista” de precariedad y dependencia generalizada, puede propiciar y fortalecer una dependencia física y cognitiva anticipada.

En este contexto de controversia es necesario tener un conocimiento preciso respecto a los diferentes estudios realizados sobre dicha temática, por lo que una de las mejores estrategias metodológicas para dicho objetivo es la realización de revisiones sistemáticas y metaanálisis, acorde con los lineamientos internacionales para ello (PRISMA, del inglés, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) [1], establecidos para dicho fin.

Al respecto, se encontraron dos revisiones sistemáticas completas sobre la relación de las RAS con la funcionalidad en adultos mayores; no obstante, es necesario presentar una actualización, además de incluir estudios publicados en español y resultados de literatura gris, para tener un conocimiento más amplio y

preciso, que permita identificar los factores asociados a las RAS vinculados con la funcionalidad física en la vejez.

Aunque se considera que la vejez inicia a los 60 años, en la presente investigación se abordará desde los 50; esto con dos propósitos: ampliar el espectro de búsqueda para identificar si existe diferencia entre ambas poblaciones y, en caso de ser así, resaltar la importancia de generar y/o desarrollar programas que no sólo estén enfocados en la vejez.

Por tal motivo, el objetivo de la presente revisión sistemática es presentar una síntesis analítica cualitativa acorde con la metodología PRISMA.

III. Marco teórico

El presente estudio comenzará explicando qué es una revisión sistemática y metaanálisis, esto con el fin de proporcionar el enfoque con el cual se trabajó a lo largo de la investigación; posteriormente se abordará de manera general qué es la vejez y los cambios que repercuten a nivel biológico, psicológico y social; se explicará qué son las Redes de Apoyo Social y la diferencia que éstas tienen con las redes sociales; de igual modo se hablará sobre la funcionalidad física en los adultos mayores y cómo se evalúa y, finalmente, se hará mención de estudios que hayan abordado el mismo tema o similares.

III.1 Revisión Sistemática

El creciente número de artículos que se publican diariamente representa una limitación importante para aquellos profesionales que buscan mantenerse informados. Del mismo modo, frecuentemente al revisar un tema, se encuentra que, a pesar de la excesiva información, existen también estudios que se contradicen con sus resultados [2].

Por ello, las revisiones resultan de gran utilidad pues sintetizan y actualizan la información científica existente con respecto a un tema. Sin embargo, éstas deben ser evaluadas de manera crítica para poder determinar su validez. De manera general, existen dos tipos de revisiones:

- Revisiones narrativas: Son aquellas que revisan y sintetizan la información de manera relativamente exhaustiva, generalmente realizada por un experto en el tema. Entre otros aspectos, estas revisiones abarcarán puntos principalmente de carácter epidemiológico, etiológico, fisiopatológicos, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. Una característica que podría considerarse principal es que el autor no declara explícitamente los métodos que utilizó para obtener y seleccionar la información que presenta.
- Revisiones sistemáticas (RS): Son aquellas que resumen y analizan la evidencia con respecto a una pregunta específica de forma

estructurada, explícita y sistemática. A comparación de la revisión anterior, las revisiones sistemáticas sí explicitan el método que se empleó para encontrar, seleccionar y sintetizar la evidencia presentada. Dentro de ésta, se encuentran dos subtipos:

- a. RS cualitativas, que presentan la evidencia en forma descriptiva, sin análisis estadísticos.
- b. RS cuantitativas o Metaanálisis, la cual, mediante el uso de la estadística, combina de manera cuantitativa los resultados y forma una sola revisión.

Como se ha podido notar, las revisiones sistemáticas requieren de un proceso minucioso y metódico de modo que pueda llegar a ser replicable. Por ello, para poder elaborarla, se comenzará por plantear una pregunta específica y estructurada, de modo que determine los términos que se utilizarán en la búsqueda de artículos en plataformas de documentos científicos y su selección de modo que puedan ser útiles para la investigación. Un aspecto que debe resaltarse es que, en este tipo de revisiones, específicamente en la parte de la búsqueda y selección de artículos, se deben de realizar por dos autores de manera paralela e independiente. Una vez obtenida la información y seleccionar los artículos potencialmente útiles, se realizarán los análisis críticos y estadísticos para después finalmente, exponer los resultados del trabajo. Otra particularidad de las RS es evaluar el riesgo de sesgo de cada uno de los artículos seleccionados de modo de que no afecte en las conclusiones y éstas sean válidas.

Dicho de otra manera, la elaboración de una RS consiste en los siguientes pasos [3]:

1. Planteamiento de la pregunta estructurada, que surge con la aparición de una incógnita; dicha pregunta debe ser clara y precisa además de estar conformada por los siguientes elementos:
 - a. Población: en la que se plantea el grupo a estudiar y los factores a considerar como edad, sexo, raza o la presencia de una condición o factor de interés.

- b. Intervención: es decir, el procedimiento o factor de interés que se desea estudiar. Existe también otra variante en la que, en lugar de intervención, se considera la exposición (E) en la que ha estado inmersa la población como en ciertos contextos o situaciones y que el investigador, por ética, no puede aplicar en su estudio.
- c. Comparación: es la intervención misma o la ausencia de ésta con la que se comparará.
- d. Outcome o resultado: que representa el desenlace de la intervención de estudio.

En ocasiones, también se toma en cuenta un último punto que consiste principalmente en el tipo de estudio que se considerará para contestar a la pregunta como, por ejemplo, los ensayos clínicos aleatorizados.

Con lo mencionado, se forma el acrónimo PICO (o PECO, en caso de que se enfoque en la exposición) y permite estructurar de manera correcta la pregunta.

2. Búsqueda en bases de datos; una vez definidos los criterios de elegibilidad de acuerdo con el acrónimo, se debe de mencionar de manera detallada la estrategia de búsqueda que se ejecutará para la recolección de artículos, de modo de que se facilite la reproducibilidad del trabajo.
Para dicha búsqueda, se recomienda utilizar diferentes términos para referirse a un mismo fenómeno de modo que se pueda recabar el mayor número de estudios potencialmente elegibles e ingresar la estrategia en bases de datos confiables.
3. Selección de los artículos, que se elegirán si el título y resumen coinciden con lo que se desea encontrar. En caso de que exista una discrepancia entre los participantes, es necesario realizar un consenso o contar con la ayuda de otro investigador. Llegados a este paso, resulta de mucha utilidad la creación de un diagrama de flujo donde se especificará el número de

artículos encontrados inicialmente hasta los finalmente incluidos agregando además los motivos del porqué se excluyeron los otros.

4. Extracción de datos, en el que se obtendrá de los artículos finales información que responda a la pregunta: cómo se realizó el estudio, quiénes y cuántos participaron, cuál fue la intervención o exposición, cuáles fueron los resultados medidos, etcétera. Dichos datos deberán registrarse en un formulario o tabla.

Además de lo anterior, se debe evaluar el riesgo de sesgo de los artículos de modo que no afecte con las conclusiones que se obtendrán. Para ello, se utilizan herramientas como el programa RevMan o el formulario NewCastle Ottawa.

De esta manera se obtiene la parte cualitativa de una revisión sistemática, ahora bien, en el caso del análisis cuantitativo, se alimenta de cada artículo, los resultados que puedan compararse y resumirse por medio de análisis estadísticos, frecuentemente por medio de metaanálisis; en donde, por medio de los resultados de estudios independientes, se produce un resultado único del efecto de la intervención (o exposición) que se desea estudiar.

III.2 Metaanálisis (MA)

El término metaanálisis fue empleado por primera vez en 1976 por G.V. Glass en su artículo *Primaria, secundaria y metaanálisis de la investigación*, para hacer referencia al análisis estadístico que se emplea en un conjunto de resultados obtenidos de diferentes estudios sobre un mismo fenómeno con la finalidad de evaluarlos de manera conjunta [4].

Un MA, en otras palabras, ayuda a proporcionar un único resultado cuantitativo al combinar diferentes estudios que aborden el mismo tema con una misma metodología [5]. Además, contribuyen con el aumento del poder estadístico de una comparación, mejora la estimación con respecto al efecto de un tratamiento, combina los resultados de aquellos estudios que resulten contradictorios, analiza subgrupos de sujetos pertenecientes a diferentes estudios, analiza tendencias, define las áreas que necesiten de más investigación, entre otros [6].

Es importante mencionar, en primer lugar, que la decisión de realizar o no un metaanálisis dependerá del tipo y la calidad de los datos que se obtuvieron en la parte cualitativa, pues no siempre se recomienda su realización [3]. Es decir, una revisión sistemática, que se basa en resultados cualitativos, puede o no incluir un metaanálisis, que aborda datos cuantitativos [4] sin embargo, no puede existir un MA sin antes haber realizado su respectiva RS.

Después de concluir la RS, se realiza una tabla donde se incluyan los resultados de cada artículo seleccionado, los cuales pueden ser expresados como Odds Ratio (OR), Riesgo Relativo (RR) o diferencia de Riesgos (dR) [7].

III.2.1 Modelos del efecto

En términos sencillos, el tamaño del efecto es la medida de la fuerza en la que se presenta un fenómeno a partir de datos estadísticos y puede ser real u observado. El primero es obtenido a partir de la población en general, mientras que el segundo se obtiene de la muestra utilizada en el estudio [5].

Se encuentra también que los MA tradicionales se sustentan en dos tipos de modelos: de efectos fijos y el de efectos aleatorios [7, 8].

- Modelo de efectos fijos, donde se asume que todos los estudios incluidos en el MA comparten un mismo tamaño de efecto verdadero (o real, como se mencionó anteriormente).
- Modelo de efectos aleatorios, a diferencia del anterior, este tipo se basa en el hecho de que no existen dos estudios iguales y que, asumir el efecto verdadero en los estudios es imposible. Por ello, en el modelo aleatorio, se asume que los efectos verdaderos se encuentran bajo la distribución normal.

III.2.2 Sesgos en los metaanálisis

Existen diversas limitaciones que se deben de considerar al realizar y evaluar los resultados de un MA [4, 5, 7]:

- Calidad de los estudios: aunque existen notables diferencias entre los estudios observacionales con los ensayos clínicos aleatorizados, no significa que estos últimos sean inmunes a sufrir algún tipo de sesgo, pues éste se puede introducir si la calidad metodológica de los ensayos es deficiente. Por ello, existen guías frecuentemente utilizadas para evaluar su calidad, como el *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).
- Sesgo de publicación: Consiste básicamente en la publicación o no de los datos obtenidos de estudio científico. El no incluir todos los estudios en un metaanálisis, representa una principal crítica pues se asume que únicamente se han incluido aquellos trabajos que sólo reportaron resultados positivos y estadísticamente significativos, los cuales, tienen más probabilidad de ser aceptados y publicados a comparación de los que no arrojaron diferencias significativas y que, en el mejor de los casos, tardan más en ser aceptados.

Otra situación que se puede presentar es cuando el artículo ha sido publicado varias veces y que incluye a la misma muestra, pero con títulos diferentes; esto con el fin de aumentar el currículum del investigador.

Para lo anterior, el método más usado es el gráfico de Light y Pillemer (*funnel plot*) que utiliza los tamaños del efecto y los tamaños de la muestra de cada estudio. Cuando no existe sesgo, la gráfica adoptará una forma de embudo invertido simétrico.

- Sesgo de elección o selección: Surge cuando no se lleva a cabo de manera exhaustiva la búsqueda de los estudios, haberla limitado parcialmente o al eliminar inadecuadamente artículos. En este tipo de sesgo el propio autor del metaanálisis es quien lo crea, ya que su criterio puede verse influenciado al incluir o excluir estudios. Lo anterior puede manejarse por medio de pautas como PRISMA, STROBE, CONSORT o el Manual de Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.
- Estimación del efecto y análisis de homogeneidad: Antes de realizar el metaanálisis, es necesario que el investigador defina las medidas que se van a utilizar para describir y representar los resultados pues, como se ha mencionado, el objetivo principal de los MA es unir la información proveniente de diversas fuentes y unificarla mediante una medida estandarizada. Por ello, para presentar dichos resultados de manera homogénea, se construye un gráfico conocido como *forest plot*, en el que se representa la medida del efecto en cada uno de los estudios; en dicho gráfico también se representa el intervalo de confianza (IC).

III.2.3 Heterogeneidad

Al realizar lo anterior, es importante identificar hasta qué punto los resultados de los diferentes estudios pueden combinarse en una sola medida, pues las diferencias en el diseño de estudio, las características de la población, entre otros aspectos, pueden interferir en los resultados obtenidos del MA. Para poder identificar la heterogeneidad, se realizan diversos tipos de análisis, como los intervalos de confianza, utilizar una prueba de *chi cuadrada* o evaluando el impacto de la heterogeneidad en el estimado agregado de inconsistencia (I^2) [5].

III.3 Envejecimiento

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento es un proceso complejo, en el que están relacionadas una gran variedad de daños celulares y moleculares, lo cual, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades y disminuir la capacidad del individuo. Sin embargo, lo anterior no significa que exista una causalidad entre estos factores, pues también existen otras variables que influyen, como el entorno, el estilo de vida y el comportamiento del individuo; además de que las personas que se encuentran en esta etapa realizan muchas contribuciones a la sociedad [9].

También, señala que se llevan a cabo una serie de cambios a nivel social, en sus roles y posiciones sociales; psicológico, al tener que enfrentarse a diferentes tipos de pérdidas; y físico, de modo que pueden recurrir al uso de tecnologías para compensar la deficiencia de algunas de sus habilidades, las cuales, resultan útiles para realizar actividades cotidianas.

Por otro lado, existen cuatro enfoques para definir el envejecimiento [10]:

- Enfoque biológico:

Define a la vejez como un proceso dirigido a la disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico y que termina en la muerte. Así, se puede identificar al envejecimiento con el deterioro orgánico y celular.

Dentro de este enfoque, se pueden encontrar dos vertientes: el primero llamado “envejecimiento primario”, que tiene como base la herencia, donde los cambios que son inevitables están relacionados con el tiempo, independientemente del estrés, los traumas o enfermedades. Es decir, existen cambios inexorables que surgen con el paso del tiempo, pero a ritmos diferentes entre personas.

Por otro lado, se encuentra el llamado “envejecimiento secundario”, que hace referencia a la falta de capacidades, resultado de traumas y enfermedades.

Además, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas y socioculturales, se plantea que existe una “tercera y cuarta edad”, en

la que la primera corresponde de la etapa de la jubilación (entre los 60 y 65 años, aproximadamente) y hasta que se pierde la autonomía e independencia. Mientras que la cuarta edad, se manifiesta una vez que se ha perdido totalmente dicha independencia y autonomía (alrededor de los 80 años).

- Enfoque demográfico:

Para el caso de México, existe un incremento acelerado de la población longeva, provocando de esta manera, una serie de ajustes sociales; sin embargo, estos cambios no se han desarrollado al mismo ritmo, lo cual, produce una problemática para el sistema económico, familiar y para los prestadores de servicios médicos y sociales.

Lo anterior, resulta preocupante pues la tendencia a envejecer de manera acelerada que existe en el país afectará a un mayor número de personas. Por ello, es necesario tomar medidas adecuadas para afrontar dicha problemática.

- Enfoque socioeconómico:

Idílicamente se pensaría que, una vez llegada la tercera edad, el adulto mayor ya se encontraría retirado de su trabajo y gozaría de algún tipo de pensión. Desafortunadamente, para el caso de México, sólo un bajo porcentaje está formalmente jubilado y la mayoría tiene que seguir trabajando para subsistir; o incluso, aunque la persona cuente con este derecho, el monto otorgado no es suficiente.

Ahora bien, la situación socioeconómica en la población anciana resulta un factor influyente en términos de salud, mantenimiento de vivienda e, incluso, en la continuidad de sus relaciones sociales, lo cual, a su vez, repercute en el mantenimiento de su propia estima [11].

- Enfoque sociocultural (sociológico y antropológico):

Existen posturas antropológicas que sostienen la existencia de una relación inversa entre la perspectiva y valor social del envejecimiento

y la proporción de adultos mayores, en otras palabras, sugiere que los ancianos adquieren una mayor relevancia si su número es escaso, mientras que su valor disminuye cuando la proporción de su población aumenta.

Existen diferentes teorías bajo este enfoque dirigidas al proceso de envejecimiento, de las cuales se destacarán solamente “la teoría de la actividad” y “la teoría de roles”.

La primera sostiene que el mantenimiento de la actividad diaria en los adultos mayores tiene un impacto positivo en su autoestima, seguridad e independencia, lo cual, conlleva a un estado saludable. La teoría de roles, por otra parte, destaca las dos vertientes con respecto a la concepción que se tiene acerca del envejecimiento: como un problema o como un proceso positivo. Esta última debería ser importante para recordar aquellos elementos favorables de la vejez y que normalmente se dejan de lado por aquellos que resultan ser problemáticos.

- Enfoque sociofamiliar:

Dentro de éste, se encuentran dos modelos de tipología familiar:

- Familia tradicional consanguínea, en la que el adulto mayor cuenta con todos los miembros que forman el grupo consanguíneo. Existe una vinculación intergeneracional que permite la implicación de las relaciones familiares para el adulto mayor.

El mantenimiento de este modelo se debe a que, al momento de la viudez (generalmente en el sector femenino), se traslada a la vivienda de alguno de los hijos. De esta manera, convive con los hijos e incluso los nietos.

- Modelo de familia nuclear, que ocurre cuando los hijos se separan de ellos para independizarse y el adulto mayor se queda con la pareja, con algún hermano soltero o separado, o solos (en el caso de la viudez). A pesar de que el sentido de

autonomía prevalezca en ellos, también es posible que presenten sentimientos de estar desprovistos de apoyo familiar y manifestar inseguridad.

- Enfoque psicológico:

Bajo la perspectiva del desarrollo humano, se define a la vejez como una situación existencial de crisis, provocado por el choque entre la aspiración de crecimiento y madurez, con el declive en el funcionamiento biológico y las relaciones sociales, consecuencia del avance de los años.

Erikson [12] en su teoría del desarrollo psicosocial, describe ocho estadios por las cuales todos los seres humanos pasan a lo largo de su vida. La última etapa a la que llamó “el ciclo completado”, está constituida por el significado real de su vida. En este estadio, el anciano se preocupa menos por su posición social y está menos enfocado en sus logros, pero presta mayor atención a sus sentimientos internos.

Por su parte, en México, el Instituto Nacional de Geriátrica define el envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo, que se caracteriza por la disminución de respuestas que permite el adecuado funcionamiento del organismo, debido a los cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y psicológicos [13].

Sin embargo, como se mencionó, dichas manifestaciones del envejecimiento no se desarrollan al mismo tiempo ni en la misma magnitud en todas las personas, pues si el individuo no toma en cuenta su proceso de envejecimiento y no ha planeado un programa de acción para la prevención y tratamiento de sus efectos, éstas se presentarán a edades más tempranas, más severas e, incluso, incapacitantes [14]:

- Sistema nervioso central: Existe deterioro progresivo de la memoria, con olvidos cada vez más frecuentes y mayor esfuerzo para adquirir y retener nuevos conocimientos.

- Sistema músculo esquelético: Aparición de dolores articulares en rodillas, cadera, columna y manos; generalmente por causa de osteoartropatía degenerativa o desgaste crónico de las articulaciones.

La masa muscular tiende a disminuir de manera progresiva y los tendones pierden elasticidad volviéndose más frágiles.

- Sistema cardiovascular: Que surgen como consecuencia de diversos factores de riesgo, como los genéticos, el sedentarismo, la mala alimentación, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo o hiperlipidemias.

Existe deterioro en el sistema ocasionando la obstrucción parcial o total en las arterias, lo que puede generar infartos o gangrena en los órganos afectados. El padecimiento más frecuente en los ancianos es la hipertensión arterial, el cual, se presenta generalmente en la cuarta década de vida.

- Sistema respiratorio: Se presenta como un deterioro en la capacidad ventilatoria a consecuencia del sedentarismo, problemas en el tórax, tabaquismo, bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

Debido a la deficiencia ventilatoria, se presentan limitaciones en la capacidad física del anciano y aumenta la dependencia al oxígeno.

- Sistema digestivo: Existe dificultad para masticar los alimentos por la disminución en la producción de saliva, pérdida de alguna pieza dental y el deterioro de las existentes por caries o falta de atención profesional. Disminuye la capacidad gástrica, los jugos digestivos y la superficie de absorción intestinal.

- Sistema genito-urinario: En el caso de los hombres se presenta crecimiento de la próstata, el cual puede provocar dificultades para orinar o micciones nocturnas frecuentes; se presenta goteo terminal, retención de orina y obstrucción en las vías urinarias.

En las mujeres, la disminución de secreciones genitales causa vaginitis atrófica y con frecuencia infecciones secundarias. En el

caso de aquellas que tienen embarazos, existe daño en el piso pélvico.

También se presenta la menopausia, que puede traer como consecuencia, entre otras cosas, la osteoporosis.

- **Visión:** El cristalino tiende a opacarse ocasionado cataratas; éstas junto con el glaucoma y la degeneración macular, son de las principales causas de ceguera.
- **Audición:** Existe disminución progresiva como consecuencia de la otosclerosis.
- **Piel:** Adelgazamiento y fragilidad debido a la pérdida de lubricación fisiológica.
- **Astenia y depresión:** Como consecuencia del deterioro orgánico y funcional del cuerpo, así como la deficiencia de las capacidades físicas e intelectuales, se presenta aislamiento y apatía, indiferencia y depresión que puede terminar incluso en el suicidio.
- **Accidentes:** Tomando en cuenta los deterioros fisiológicos antes mencionados, es importante la prevención y la prudencia al conducir el automóvil, usar alfombras antiderrapantes (especialmente en el baño), eliminar cables o juguetes sueltos en el piso que puedan representar un obstáculo y evitar el uso de escaleras portátiles.
- **Maltrato:** Al igual que en los niños o por razones de género, el adulto mayor también puede ser víctima de cualquier tipo de violencia, pues la probabilidad de que sea víctima de esto puede aumentar de acuerdo con la pérdida de autonomía hasta llegar a la dependencia.

Complementando con lo anterior, Mendoza y Martínez, mencionan que el envejecimiento está conformado por dos dimensiones: la fisiológica, que como se ha visto, se manifiesta con los cambios orgánicos, biológicos y sociales; y, por otro lado, está la cultural y subjetiva, que hacen referencia a la interpretación individual y colectiva con respecto a esta etapa además de cómo debería ser afrontada [15].

Asimismo, explican que la imagen del adulto mayor constituye una construcción social individual y colectiva, ya que dependerá del medio social y la cultura, las normas, valores, prácticas, saberes, e incluso, la época.

A lo anterior se le pueden añadir los mitos que existen en la sociedad actual (especialmente entre los jóvenes y adultos), la cual, concibe a la vejez con prejuicios y mitos que hacen de menos las reales capacidades de los adultos mayores y, desafortunadamente, también sus derechos. Además, estos ideales provocan que el adulto mayor distorsione su autopercepción incentivando de esta manera, la actitud negativa de la sociedad [16].

Entre los diferentes estereotipos existentes, se encuentran principalmente cuatro [17]:

1. Estereotipo en el que el adulto mayor es percibido como enfermo y con diferentes discapacidades. Con esta visión, se asocia que el anciano es frágil y dependiente, dejando así de lado a aquellas personas que son capaces de realizar sus tareas cotidianas de manera autónoma e independiente, a aquellos que viven solos y que, a pesar de sufrir ciertas enfermedades, refieren un estado de bienestar satisfactorio. De igual manera, la OMS [9] menciona que la mala salud no debería ser una característica inevitable de la vejez, pues la mayoría de los problemas de salud están asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales, pueden prevenirse o retrasarse si se adoptan hábitos saludables o si se detectan y tratan a tiempo. Además, afirma que aquellas personas con disminución en su capacidad pueden vivir una vida digna y de permanente crecimiento si éstas se encuentran en entornos favorables.
2. Estereotipo donde el adulto mayor carece de recursos sociales, lo que provoca que sientan tristeza por la soledad. Si bien es cierto que en esta etapa se presentan diferentes tipos de pérdidas (como el de la pareja, el trabajo o amigos), también es importante resaltar que existe un aumento en la participación de programas sociales por

parte de esta población, logrando así, se involucre en redes de amigos y vecinos. De esta manera, disminuye cada vez más la problemática de aislamiento, soledad y depresión.

3. Percepción de que el adulto mayor padece deterioros cognitivos y trastornos mentales. En este sentido, es importante resaltar que en dicha etapa existe un declive intelectual propio del envejecimiento, sin embargo, no hay que confundirlo con un deterioro patológico. Además, cabe señalar la capacidad de aprendizaje que se conserva, lo cual involucra que aún existe un desarrollo en las capacidades incluso en la vejez.
4. Percepción en el que el adulto mayor es psicológicamente rígido e incapaz de adaptarse a los cambios. Según el estudio de Sánchez, las personas mayores tienen la misma capacidad que un joven de ser flexibles y adaptativas. También, las experiencias y problemáticas que enfrentan provocan un aumento en la fortaleza psicológica, al igual que en su estabilidad emocional.

Ahora bien, para lograr retrasar las manifestaciones del envejecimiento, es necesario prestar atención y cuidado en los ámbitos físico, mental, emocional, intelectual y espiritual. Hábitos como el ejercicio programado y la buena alimentación; así como no fumar, evitar el sedentarismo, el sobrepeso y la ingesta excesiva de alcohol, ayudan al funcionamiento saludable del organismo [14].

Como se ha observado, existe una gran diversidad de definiciones entorno al envejecimiento, debido a ello, algunos organismos internacionales han declarado su propia definición [18]:

- Envejecimiento activo [19]: Propuesta por la OMS como un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. De esta manera, refiere al término “activo” como la participación continua en la sociedad, economía, cultura, espiritualidad y de manera cívica.

- Envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable [20]: Definida por el Banco Interamericano de Desarrollo y dirigido principalmente a que las personas mayores pobres también tengan acceso a la vejez activa y saludable.
- Envejecimiento saludable [21]: Promueve la salud en todas las etapas del ciclo vital para poder alcanzar una edad avanzada con habilidades para adaptarse, de modo que puedan seguir siendo productivos con buena salud y contando con redes de apoyo familiar y social. Además de la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles y el impulso de políticas favorables para el envejecimiento activo, este concepto, se explicará más a detalle a continuación.

Envejecimiento saludable

A pesar de que no existe un acuerdo sobre lo que el concepto comprende o cómo se puede medir, el envejecimiento saludable (ES) es considerado como uno de los principales objetivos en los programas comunitarios. Frecuentemente se utiliza para hacer referencia al estado positivo libre de enfermedad que distingue a los individuos sanos y enfermos [22].

Sin embargo, los autores refieren que dicha definición resulta ser conflictiva para aquellos adultos mayores que tienen una o más enfermedades crónicas controladas y que gracias a ello, pueden disfrutar de una vida independiente y autónoma.

Debido a lo anterior, para poder determinar la salud y el buen funcionamiento de la persona mayor, la OMS distingue dos conceptos importantes [9]: el primero es la *capacidad intrínseca* y consiste en la combinación de aquellas capacidades físicas y psicológicas que un individuo puede utilizar en determinados momentos. Sin embargo, también influirá el entorno (ya sea a nivel micro o macro) en el que habita y la interacción que tenga con él pues, puede ofrecer recursos u obstáculos que determinarán si la persona con un determinado nivel de capacidad puede hacer aquellas actividades que considera importantes. Por lo tanto, aún si el adulto mayor tiene capacidades limitadas, podrá hacer diversas actividades si cuenta con los recursos necesarios como un bastón, una silla de ruedas o si

cuenta con medios de transporte accesibles; esta relación entre el individuo y el entorno se le conoce como *capacidad funcional*.

Con ambos conceptos, se define el envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” [9].

Ahora bien, es importante tener en cuenta que ninguna de las dos capacidades se mantiene constante. Aunque ambas tienden a disminuir con el paso del tiempo, las opciones o las intervenciones en diferentes momentos del ciclo de vida, determinarán la trayectoria de cada individuo. Por tanto, el envejecimiento saludable es un proceso que dependerá de cada persona, de modo que algunos tendrán una experiencia más positiva o menos positiva.

Para fomentar el envejecimiento saludable no sólo basta con hacer más de lo que ya se hace, sino también es indispensable la creación de sistemas de salud que sean accesibles y enfocados en las necesidades del adulto mayor. De este modo, la OMS sugiere tres enfoques clave para adaptar los sistemas de salud a las necesidades que presenta este sector:

1. Crear servicios que proporcionen atención integrada y dirigida a las personas mayores con fácil acceso;
2. Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca;
3. Garantizar que se cuente con personal sanitario capacitado.

Con esto, se ha demostrado que los servicios de este tipo brindan mejores resultados y no son más caros que los servicios tradicionales.

Como se ha podido vislumbrar, existe diversidad respecto a la definición del envejecimiento, por ello, para fines del presente estudio, se tomará a éste como un proceso que, como indica la OMS, implica una serie de daños a nivel celular y molecular, lo cual aumenta el riesgo de que el individuo sufra de enfermedades y disminuya sus capacidades, sin embargo, lo anterior no implicará una causalidad entre ambos factores pues también interferirán una serie de variables. Además de constituir una interpretación individual y colectiva que dependerá del medio social [15].

III.4 Redes de apoyo social

En primera instancia, es importante aclarar que el término de “red social” surgió entre los años 1930 y 1940 para referirse a una metodología que ayudara en el estudio de las relaciones que se dan entre las personas, organizaciones, países o acontecimientos; así como un método que permitiera describir la estructura social de una manera más formal [23].

Con lo anterior, una red social es el conjunto bien definido de individuos, grupos, organizaciones o comunidades que están vinculados unos con otros a través de relaciones sociales que se representan de manera gráfica por medio de nodos o enlaces. Por ello, no hay que confundirlo con las “redes sociales (virtuales)” tales como Facebook, Twitter, Instagram, entre otras.

De manera general, las redes sociales se encuentran inmersas en un término aún más amplio llamado “capital social”, el cual, trata de entender cómo las relaciones compartidas entre los miembros de un grupo se pueden convertir en un factor productor (o inhibidor) de beneficios sociales. Por lo anterior, dicho concepto ha sido ampliamente relacionado con otros diferentes, tales como la cooperación, competencia, altruismo y reciprocidad, sin embargo, su diferencia radica principalmente en que el capital social parte del supuesto de que los sujetos, a pesar de formar parte de un grupo, son seres autónomos y que más bien, dichos integrantes pertenecen a redes de relaciones sociales; de este modo, gracias a las interacciones que surgen de dichas redes, se forma como resultado (ya sea intencional o no) “capital” en el que hay que invertir para mantenerlo vivo y volverlo productivo [24].

Para Coleman y Bourdieu el capital social aparece como un conjunto de bienes morales o culturales que surge de las relaciones que posee un individuo o actor social. Ambos afirman que puede transformarse en capitales humano y económico y viceversa [25].

Ahora bien, es importante saber identificar la diferencia entre las redes sociales en las que está inmerso el individuo, y las redes de apoyo social de las cuales se puede auxiliar.

Sluzki [26], define que la red social personal es la suma de aquellas relaciones que el individuo toma como significativas o diferentes a la generalidad de la sociedad. También, explica que puede ser representada como un mapa (Figura 1) que incluye a todos los individuos con los que interactúa la persona. Dicho mapa puede dividirse en cuatro cuadrantes:

- Familia
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares
- Relaciones comunitarias, de servicio o de credo.

A su vez, estos cuadrantes, se dividen en tres áreas:

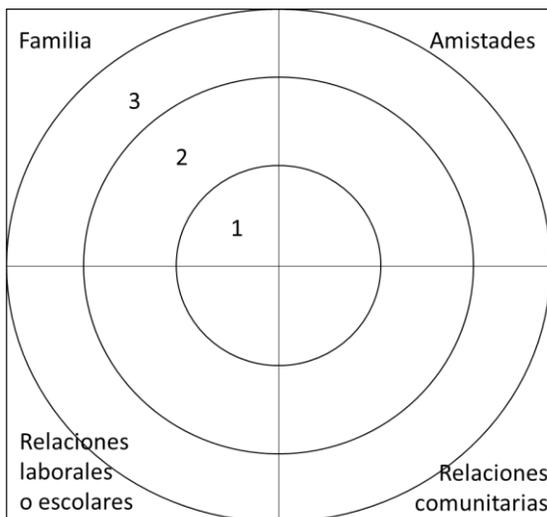


Figura III.1: Mapa de redes sociales de Sluzki.

1. Círculo interior de relaciones íntimas, como los familiares de contacto directo y los amigos cercanos.

2. Círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso, como las relaciones sociales y profesionales en las que se tiene contacto, pero no de manera cercana.

3. Círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales, como los conocidos de la escuela o trabajo, vecinos, familia lejana, etc.

Con respecto a su estructura, las redes sociales presentan las siguientes características

- Tamaño: Es el número de personas que forman parte de la red. Según la autora, las redes que resultan ser efectivas son las de tamaño mediano, más que las pequeñas o muy numerosas.
- Densidad: Es el grado de conexión entre los miembros de la red independientemente del individuo “central”. Una densidad muy alta provoca el conformismo entre sus integrantes, ya que los individuos

se sienten presionados por adaptarse a las reglas del grupo; mientras que un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad pues no existe confrontación. Por otro lado, el nivel medio favorece el debate de ideas o juicios.

- Composición o distribución: Es la proporción total de los miembros localizados en cada cuadrante y círculo. Aquellas que son demasiado concentradas resultan ser menos flexibles y efectivas pues generan menos opciones que las que son más amplias.
- Dispersión: Representa la distancia geográfica entre los miembros. Si existe un alto grado de dispersión, se verá afectada la facilidad de acceso por parte de y hacia la persona, lo que perjudicará la eficacia y velocidad de respuesta en situaciones de crisis.
- Homogeneidad y heterogeneidad: Hace referencia a aspectos demográficos y socioculturales, como la edad, sexo, cultura, nivel socioeconómico, etc.
- Atributos de vínculos específicos: Son aquellos aspectos referentes al compromiso y fuerza de la relación, durabilidad e historia en común con la persona.
- Tipo de funciones: Son las desempeñadas por cada vínculo, por ejemplo, algunas redes servirán como guía, otras como apoyo material, regulación, entre otras.

Debido a lo anterior, las redes sociales no son un fenómeno que resulte fácil de comprender, pues representan un conjunto de factores que interactúan entre sí. Por ello, es dinámico y cambiante de acuerdo con la situación, además de que sus características varían con el tiempo [27]. Sin embargo, se puede decir que las redes sociales juegan un papel importante para el bienestar y la moral [28].

Ahora bien, retomando el hecho de que en las redes sociales existen interconexiones entre el individuo con otros miembros del entorno, según el grado de esta interconexión pueden identificarse dos tipos de redes que resultan ser complementarios [29]:

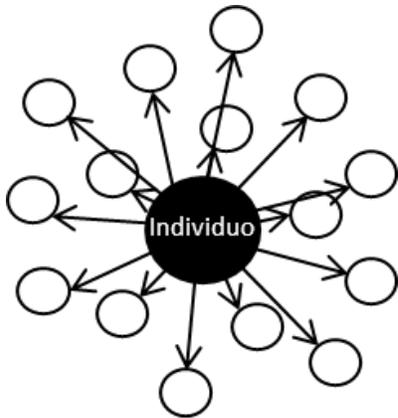


Figura III.2: Red egocéntrica, en ésta, los integrantes de la red tienen relación con el individuo, pero no entre sí.

- Redes basadas en contactos personales o también llamada red egocéntrica, en las que cada persona se relaciona con otros individuos separados dentro de una gama de posibilidades. Se llama también egocéntrica porque se basa en las relaciones personales de cada persona, de esta manera, se favorecen también las relaciones diádicas, como la formación de un matrimonio o los amigos íntimos. Dicha red puede quedar representada como se muestra en la figura 2.

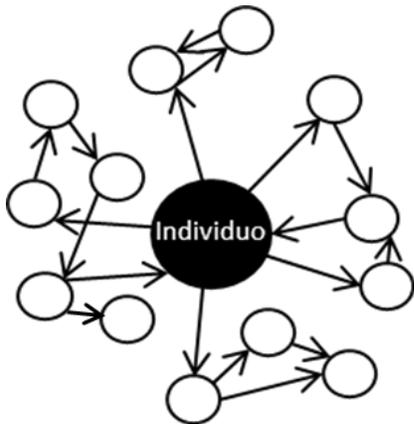


Figura III.3: Red basada en contactos grupales, en la que los miembros se relacionan entre sí independientemente de si el individuo se encuentra presente o no.

- Redes basadas en contactos grupales (Figura 3), en las que la persona se relaciona con miembros de grupos estructurados, los cuales forman parte de organizaciones o agrupaciones más grandes. Favorece las relaciones polidiádicas y, a diferencia de la anterior, en este tipo existe un intercambio entre todos los participantes de la red. Pueden ser democráticas en las que todos los integrantes “valen” lo mismo o pueden ser redes en las que existan uno o más dirigentes.

Cabe resaltar que, independientemente del tipo de red, si uno de los miembros que la conforman desaparece, física o simbólicamente, entonces habrá efectos muy distintos en su funcionamiento. Para el caso de las redes basadas en contactos personales, si un integrante se pierde, la red seguirá existiendo y eventualmente podría sustituirse el miembro después de cierto tiempo. Por otro lado, para el caso de las redes colectivas, la pérdida de uno de los miembros podría ocasionar la desaparición de la red en caso de que dicho miembro haya desempeñado un papel articulador.

Un concepto que está íntimamente inmerso en las redes sociales es el apoyo social, el cual se refiere a las interacciones que surgen dentro de la

estructura de las redes sociales y se puede mostrar de manera instrumental, emocional, desarrollo de roles o influencia sociales [30].

Si bien se pensaría que las redes sociales son un indicador automático de apoyo, de acuerdo con Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca [29] existe evidencia científica que desmiente este supuesto, pues el hecho de que un individuo pertenezca a una red de este tipo, no garantiza que goce de apoyo constante ya que puede variar con el tiempo y en el curso de la vida de los individuos; de esta manera, surge la preocupación por analizar de manera más detallada la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos.

Es por lo anterior que surgen las llamadas redes de apoyo social (RAS), que son un sistema de apoyo mutuo que se crea y multiplica entre los sectores de la población, de modo que forman un sistema de seguridad social, por lo cual, son importantes para la salud y bienestar de las personas, independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentren [31].

También, se define como aquellos lazos que las personas establecen entre sí para brindarse ayuda, de entre las cuales destacan las redes familiares corresidentes, las familiares no corresidentes, las de amigos y vecinos, las comunitarias y un tipo de vinculación entre ellas con ayuda de las institucionales. Estas redes constituyen una fuente de recursos ya sean materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que pueden utilizarse para hacer frente a situaciones de riesgo. Por ello, es considerado como un factor protector contra el estrés y la depresión [32, 33].

A su vez, Litwin explica que se encuentran diferentes definiciones en torno a este concepto, por lo cual, a pesar de que existe el acuerdo en que las redes de apoyo social son importantes para las personas mayores, se observan variaciones con respecto a los factores que se correlacionan con esta variable, pues esto dependerá de la delimitación que le den y el método de análisis utilizado [28]. Sin embargo, las define como el conjunto de vínculos interpersonales que ayudan a la persona a establecer relaciones sociales, las cuales, servirán para el bienestar y la satisfacción de ciertas necesidades.

Así, las RAS se definen como conexiones y contactos con personas a través de las cuales se recibe apoyo emocional, instrumental e informativo. Las redes informales, que están formadas por familiares, parientes y amigos, se consideran un vínculo emocional que determina el apoyo mutuo y la reciprocidad [34]. Por otro lado, las redes formales incluyen grupos comunitarios y asociaciones organizadas de la sociedad civil cuyos miembros se adhieren a la conciencia grupal a través de una membresía que establece compromisos, pautas, reglas de trabajo y una organización jerárquica que es establecida por los propios miembros.

Al respecto, se conocen siete mecanismos psicosociales para explicar el efecto positivo de las redes de apoyo social en la salud física y mental: (i) influencia social/comparación social; (ii) control social; (iii) orientación conductual, propósito y significado; (iv) autoestima; (v) sentido de control o dominio; (vi) pertenencia y compañerismo; y (vii) apoyo social percibido [35, 36].

Es por lo anterior que se definirá a las redes de apoyo social como un sistema o conjunto de vínculos interpersonales (formales o informales) que brindan apoyo mutuo y seguridad social al individuo (en este caso al adulto mayor), proveyéndole de recursos materiales, afectivos, psicológicos o de servicios, los cuales, contribuirán en su bienestar pues le servirán para la satisfacción de ciertas necesidades o para hacer frente a situaciones de riesgo. Del mismo modo, está conformado por factores que interactúan entre sí y los cuales cambiarán dependiendo de la situación o etapa de la vida.

Ahora bien, dentro de las RAS existen dos tipos de apoyo: el llamado apoyo intradoméstico, que busca identificar si en el interior del hogar se cuenta con algún tipo de apoyo, que podría provenir de la misma familia, aunque no necesariamente sea así. Esto quiere decir que no es lo mismo vivir en compañía que contar con ella como una forma de ayuda. Por otro lado, existe también el apoyo extradoméstico, que busca conocer si el individuo, en este caso el adulto mayor, cuenta con apoyo fuera de su familia nuclear como parientes, familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo [37].

A su vez, se identifican cuatro subtipos, los cuales se explicarán a continuación [29]:

- Monetarios, que implican un flujo de recursos pecuniarios (dinero en efectivo, ya sea de manera regular o no, remesas, regalos, entre otros) y no pecuniarios, representados en diversas formas de apoyo material (comida, ropa, pago de servicios, etcétera).
- Apoyos instrumentales, que pueden ser el transporte, ayuda en las labores domésticas, el cuidado y el acompañamiento.
- Apoyo emocional, que pueden ser representadas como las expresiones de cariño, la confianza, empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación del otro.
- Apoyo cognitivo, dirigidas al intercambio de experiencias, la transmisión de información, consejos que permiten comprender una situación, entre otros.

Situados en este contexto, Polanyi y Dalton [38] explican que dentro de estas redes existen tres diferentes tipos de intercambios que ayudarán para la supervivencia del individuo:

- Reciprocidad: intercambio igualitario de bienes y servicios como base fundamental para una relación social duradera.
- Redistribución: los bienes y servicios son concentrados primeramente en un individuo o institución para después ser distribuidos entre la comunidad.
- Bienes y servicios: tiene como base la oferta y demanda, sin implicaciones sociales a largo plazo.

Sin embargo, aunque en diferentes contextos predominen unas u otras, Polanyi destaca el hecho de que la existencia de las tres debe mantenerse para su existencia en conjunto.

También se dice que las redes sociales de apoyo cuentan con las siguientes características [39]:

1. Hay un sentido de solidaridad entre sus integrantes.
2. Son heterogéneas e incluyentes, ya que pueden ser conformadas independientemente de la edad, sexo, condición económica, creencias, etc.
3. Actúan según el criterio de las propias redes (autónomamente).
4. Buscan alcanzar objetivos concretos según sus necesidades.
5. Existe reciprocidad, se da y recibe en proporción a las circunstancias de cada persona o grupo.
6. Existe interacción entre sus integrantes.
7. Se renuevan y adaptan a las necesidades del entorno a través del tiempo.
8. Son resolutivas, generan una respuesta y/o solución ante diversas situaciones.

De igual manera, también existen diversos factores que influyen, ya sea de manera positiva o negativa, en las redes de apoyo, como las características sociales y económicas, los rasgos de personalidad, los recursos dentro de las redes, la calidad de las relaciones interpersonales y la reciprocidad de apoyo entre los integrantes [32].

Con lo anterior, en términos generales, las RAS sirven para [26]:

- Compañía social: La realización de actividades en conjunto o en compañía de alguien.
- Apoyo emocional: Manifiestan una actitud emocional positiva, un clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo. La diferencia con la anterior radica en que en la primera existen “interacciones frecuentes” mientras que en la segunda hay “relaciones de intimidad”.
- Guía cognitiva y consejos: Interacciones que sirven para compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.

- Regulación o control social: Interacciones que recuerdan y reafirman roles y las responsabilidades que estos conllevan. Permiten el desvanecimiento de la frustración y de la violencia, así como la resolución de conflictos.
- Ayuda material y de servicios: Es la colaboración en aquellas áreas que requieren el conocimiento de un experto o ayuda física.
- Acceso a nuevos contactos: Permite la conexión con otras personas o redes que no eran parte de la red del individuo.

Ahora bien, para el caso de los adultos mayores, existen dos fuentes de apoyo o soporte, por un lado, está el llamado soporte social formal, el cual, es proporcionado de manera regular por profesionales con el objetivo de ayudar al anciano a mantenerse en la comunidad mientras sea posible. Además, esto puede ser proporcionado por entidades privadas u organismos comunitarios y gubernamentales por eso, este tipo de apoyo tiene una organización burocrática, contempla objetivos específicos en áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para lograrlos. Por otra parte, se encuentra el apoyo dado por la familia, los amigos y vecinos. Debido a ello, el llamado apoyo informal puede tomar una variedad de formas. Además de que es una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores [27, 29, 40]

Asimismo, Wenger (1997), identificó cinco tipos de redes las cuales, explica, tienen diferentes fortalezas y debilidades [41]:

- Red de apoyo integrada localmente: Es la más común y extensa. Es un soporte informal proporcionado por la familia, amigos y vecinos.
- Red de apoyo enfocada en una comunidad más amplia: En esta red existe ausencia de parientes locales, pues para el autor en esta red la familia se encuentra a más de 50 millas (80 kilómetros, aproximadamente) del adulto mayor, pero se mantiene en contacto con ella. Por ello, el apoyo que recibe proviene principalmente de amigos y en menor proporción de los vecinos. En esta red el adulto mayor tiene un alto nivel de implicación en grupos comunitarios.

- Red de apoyo autónoma local: Existe mayor dependencia hacia los vecinos, sin embargo, también existe participación por parte de la familia que se encuentra lejos (más de 50 millas de distancia). Existe participación con grupos comunitarios de bajo perfil.
- Red local de apoyo a familiares dependientes: Existe confianza en la familia local; establece contacto con algunos vecinos. Manifiesta niveles bajos de participación en grupos comunitarios.
- Red de apoyo privada restringida: Ausencia de familia local, tampoco existe alguna fuente de apoyo informal (ya sean vecinos o amigos). Tiene poco contacto con su comunidad. Puede depender de parientes lejanos.

Con lo anterior, el autor concluye que un adecuado apoyo social informal reduce el riesgo de aislamiento social, soledad y depresión en el adulto mayor. Por ello, conocer sus redes de apoyo resulta de vital importancia en la evaluación de riesgos, la predicción de resultados y la toma de decisiones en la práctica al elegir alguna intervención. Del mismo modo, reitera el hecho de que, si bien todas las redes tienen su probabilidad de riesgo, existen algunas que lo reducen considerablemente.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que, aunque existe un impacto positivo en la salud del adulto mayor, es necesario mencionar que la efectividad del apoyo dependerá de la situación en la que se proporcione, del individuo y sus necesidades, pues un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aún si es bienintencionado, puede provocar consecuencias negativas como producir dependencia y dañar la autoestima [37].

III.5 Funcionalidad física en el adulto mayor

Según indica la OMS [9], la detección de necesidades de salud en una persona mayor no solo implica identificar las enfermedades que puede llegar a presentar, sino también en cómo éstas se relacionan con su entorno y repercuten en su funcionamiento.

Por ello, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, se entiende como funcionalidad a “una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales”. Esto es, que existe una estrecha relación entre las condiciones de salud, las funciones y estructuras corporales, la participación y los factores ambientales y personales con las actividades que puede realizar el individuo [34].

Las influencias del entorno en la salud de los adultos mayores abarcan diferentes ámbitos, como lo son la economía, las actitudes o normas de la comunidad, el entorno físico que les rodean, los dispositivos de apoyo que tienen a su disposición y, por supuesto, las redes sociales a las que incurren [42].

Con ello se entiende a la funcionalidad como un concepto holístico y que, además, su evaluación tiene que ser realizable en todos los individuos en intervalos determinados, los cuales dependerán de la edad del sujeto [43].

Por lo anterior, un adulto mayor sano (y funcional) es aquel que realiza de manera autónoma sus actividades cotidianas y toma sus propias decisiones independientemente de sus padecimientos. Mientras que un adulto mayor enfermo es todo lo contrario: ha dejado de moverse, es dependiente y, en consecuencia, requiere de mayor atención. Lo cual quiere decir, que el debilitamiento de su salud provoca el riesgo de perder su autonomía [43,44].

Además, el término de funcionalidad geriátrica hace referencia a cuando el adulto mayor realiza de manera independiente sus actividades cotidianas en dos ámbitos [45]:

- Básicas: alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido y bañado.
- Instrumentales: cocinar, realizar sus compras, labores domésticas, utilización del teléfono y administración de gastos personales.

También, la funcionalidad gira entorno a diferentes ámbitos [43], los cuales permitirán su mejor evaluación:

- Estado de salud: Sano o enfermo.
- Estado mental: Lúcido, confuso o demente.
- Integración familiar: Integrado o desintegrado.
- Productividad: Productivo o improductivo.
- Economía: Independiente, dependiente, asimilado o desasimilado.
- Sociedad: Integrado o desintegrado.

Por ello, para evaluar correctamente la funcionalidad, es necesario utilizar escalas que tomen en cuenta las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que se refiere al conjunto de acciones que una persona ejecuta diariamente o de manera frecuente, las cuales le permiten vivir con autonomía y cumplir su rol social [46].

La valoración funcional permite saber la capacidad que tiene el adulto mayor para llevar a cabo sus actividades cotidianas manteniendo su autonomía, puede valorarse mediante el uso de escalas internacionalmente validadas aplicadas por personal entrenado. Para ello, existen dos áreas de evaluación: las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) y las instrumentales (AIVD).

Las ABVD se encargan de medir los aspectos más básicos de la funcionalidad. Es decir, evalúa las actividades más primordiales, cotidianas y sencillas, necesarias para el mantenimiento de la vida y, por tanto, son las últimas en alterarse pues se ejecutan con un alto grado de automatismo. Las escalas más comunes son [47, 48]:

- El índice de Katz, que evalúa la dependencia o independencia de 6 ABVD: baño, vestido, uso del retrete, transferencias, continencia y alimentación. La prueba se divide en siete grados que van desde la independencia total (grado A) hasta dependencia total (grado G).
- Índice de Barthel, el cual, evalúa 10 ABVD: comida, baño, aseo, vestido, uso del retrete, continencia urinaria y fecal, transferencias, deambulación y subir y bajar escaleras. Su clasificación va desde 0, que significa dependencia total a 100 (independencia total). Estas puntuaciones se dividen en tres categorías de dependencia: grave

(menor de 45 puntos), moderada (entre 45 y 60 puntos) y leve (mayor o igual a 65 puntos).

Por otro lado, las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) son aquellas actividades más complejas que implican un mayor grado de organización, planificación, realización y la capacidad previa de realizar las ABVD. Su evaluación resulta ser más útil para la detección de los primeros grados de deterioro en el adulto mayor [43, 49]. El instrumento más utilizado en el ámbito gerontológico es la “Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody” [49], publicada en 1969 y desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia con el objetivo de evaluar la autonomía física en los adultos mayores mediante la valoración de ocho ítems (capacidad de usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad con su medicación y la administración de su dinero) asignándoles un valor numérico donde 1 significa “independiente” y 0 “dependiente”. Su traducción al español fue publicada en 1993.

Por otro lado, también existe “*The Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence (TMIG-IC)*”, que evalúa la capacidad funcional a nivel superior de los adultos mayores, el cual se desarrolló tomando como base el modelo de competencia de Lawton. Es un índice ampliamente utilizado en Japón de 13 ítems; los primeros cinco se clasifican como AIVD, del ítem 6 al 9 se clasifican como eficacia y el resto, como rol social. Sus respuestas son dicotómicas que incluyen “sí”, es decir, que es capaz de realizar la actividad (la cual se puntúa con un 1) y “no”, que significa que es incapaz de hacerlo (puntuado con un 0), de modo que, aquellos que obtengan la máxima puntuación, se les considera como independientes [50].

Existe también otra clasificación denominada Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) y son las que permiten a la persona tenga una integración social satisfactoria a través de conductas más complejas.

Son actividades dirigidas al cuidado de otros, educativas, de ejecución laboral y productivas, exploración del ocio, tareas de voluntariado, planificación de la jubilación, entre otras. Dichas actividades exigen un amplio rango de

funcionamiento, entonces, cuando el adulto mayor presenta dificultades para realizarlas, se puede tomar esto como un indicativo de declive funcional. Sin embargo, al estar muy influenciadas por factores culturales, hábitos cotidianos, e incluso el nivel económico, es difícil diseñar cuestionarios o escalas que cuenten con validez y confiabilidad, eso sin mencionar la complejidad que conlleva la validación de un escala en sí misma [51].

Ahora bien, para tener una evaluación más completa, también es necesario contemplar la movilidad, que dependerá del equilibrio, la coordinación y los sistemas nervioso y osteoarticular. Entre las escalas para evaluar se encuentran [47]:

- *Functional Ambulation Classification (FAC)*, que clasifica en función de la ayuda requerida al subir y bajar escaleras.
- Escala Tinetti, valora el equilibrio y la marcha, también indica el riesgo de caídas si al realizar la actividad se tarda más de 20 segundos.
- De igual manera, también se encuentra el cuestionario de Actividades Físicas de NAGI. El objetivo de este instrumento es evaluar la capacidad funcional física del individuo a través de nueve actividades que valoran la flexibilidad, elasticidad, fuerza y resistencia musculoesquelética. Cada actividad se puntúa del 1 al 3 donde 1 significa que la actividad no fue realizada, 2 la actividad fue realizada, pero con dificultad y 3 donde la actividad fue completada sin dificultad [52].

La valoración sensorial es otro de los elementos a considerar, incluye la evaluación de la agudeza visual y auditiva. Entre las causas más frecuentes que se encuentran en el déficit visual están las cataratas, degeneración macular relacionada con la edad, la retinopatía diabética y glaucoma. Por otro lado, las causas de dificultad para escuchar son más complejas y pueden ser por el mismo envejecimiento, la exposición al ruido, las enfermedades sistémicas, los tapones de cerumen, los fármacos y el tabaco [35].

Finalmente, es importante tomar en cuenta la valoración nutricional para determinar si existe malnutrición o riesgo de ésta. Una de las escalas más utilizadas es el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), que evalúa la disminución de apetito y peso, identifica la existencia de enfermedades agudas físicas y mentales, así como el índice de masa corporal.

Respecto al índice de vejez en México, se estima que para el 2030 la esperanza de vida de las personas mayores sea de 23.7 años después de cumplir los 60 [53]. Sin embargo, este aumento no siempre resulta ser prometedor para la salud de este sector de la población, pues el deterioro en su salud está relacionado con la multimorbilidad, lo cual, quiere decir que gran cantidad de los adultos mayores no padecen de sólo una enfermedad [54].

Lo anterior podría deberse a que la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son más comunes en esta etapa con una prevalencia de más de 50% para el caso de la hipertensión arterial y más del 20% en el de la Diabetes Mellitus tipo 2, las cuales, son las principales causas de muerte y discapacidad en los adultos mayores [55], además de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades hipertensivas que, en conjunto con las dos anteriores, forman parte de las cinco principales causas de muerte [54].

Hay que mencionar, además, que otro de los síndromes que contribuyen a la morbilidad y mortalidad, son las caídas. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) [56], indicó que uno de cada tres adultos mayores había sufrido de una caída en los últimos 12 meses en el año 2012, las cuales, de igual manera afectan en la funcionalidad e incrementan el riesgo de muerte prematura.

Sin embargo, a pesar de los datos anteriores, en la misma encuesta se encuentra que el nivel de funcionalidad en esta edad parece ser positivo, pues más del 70% de los adultos mayores de 60 años son totalmente independientes, mientras que el 26.9% presenta dificultad para realizar al menos una Actividad Básica de la Vida Diaria (ABVD) que incluye caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse.

Por otro lado, sólo el 24.6% de esta población presenta dificultades para realizar al menos una de las cuatro Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que incluye la compra de alimentos, preparación de comida, administración de medicamentos y manejo de dinero. Aunque se ha observado que dichas limitaciones prevalecen e incrementan con el tiempo.

III.6 Posibles escenarios y papeles desempeñados en torno a las redes de apoyo de los adultos mayores.

Como ya se ha mencionado, las redes de apoyo social son un fenómeno de gran importancia en la intervención gerontológica y constituyen una mediación entre los individuos y su contexto, además de que ayudan a superar y/o complementar el papel que desempeñan las familias y los hogares.

Además, existen investigaciones cualitativas que permiten ver su utilidad gracias al papel que desempeñan la compañía social, el apoyo emocional e incluso, la función a nivel cognoscitivo; todo lo anterior contribuye al bienestar del adulto mayor de la siguiente manera [33]:

- Brindan apoyos que la persona requiere.
- Estructuran y dan sentido al desempeño de roles sociales significativos.
- Incentivan la sensación de pertenencia.
- Promueven la integración social
- Validan a la persona como un ser capaz, valioso e importante.
- Dentro de éstas se comparte información acerca de comportamientos saludables.
- Permiten enfrentar eventos críticos de la vida con mayor fortaleza.
- Disminuyen la percepción de soledad y aislamiento, por lo que reduce la incidencia de enfermedades mentales.
- Reducen los riesgos de morbilidad y mortalidad al promover mayor proximidad entre las personas.
- Genera sentimientos de seguridad y utilidad, lo cual, resulta benéfico para su funcionalidad.

Montes de Oca (1999) realizó una propuesta de política pública para tratar de entender y actuar sobre la heterogeneidad de situaciones en las personas mayores, de modo que se pueda garantizar su bienestar [37]:

La primera consiste en reforzar los apoyos sociales según la situación residencial del adulto mayor, analizando en primera instancia la relación entre la situación residencial y los tipos de apoyo social. De esta manera, plantea cuatro

vertientes (formadas bajo la premisa de que existe cierta homogeneidad interna básica) en las que sitúa a los adultos mayores de acuerdo con sus situaciones para facilitar la formulación de líneas de acción y tratando de ser lo más incluyente posible, tal y como se muestra (Cuadro III.1):

Cuadro III.1: Situación residencial del adulto mayor y el tipo de apoyo social recibido.

Ancianos según el tipo de situación residencial	Tipos de apoyos sociales recibidos		
	Intradoméstico	Extradoméstico	Institucional
Ancianos con compañía	✓	✓	✓
Ancianos solos		✓	✓
Institucionalizados			✓
Indigentes	-----	-----	-----

Mientras que la segunda propuesta que hace está dirigida a las diferentes políticas que deben crearse de acuerdo con las diversas situaciones del adulto mayor, tomando como base la clasificación antes mencionada:

1. Adultos mayores que viven con familiares y otras personas:

La característica más destacada de este grupo es que sus principales problemáticas son derivadas de la convivencia cotidiana con sus cohabitantes. En este grupo se encuentran aquellos ancianos que viven sólo en compañía del cónyuge o que enviudaron, se separaron o divorciaron y tienen compañía de hijos aún solteros. También se encuentran aquellos que viven en hogares ampliados, por ejemplo, los que conviven con dos o más generaciones subsecuentes (nietos o bisnietos). Puede ser considerado como jefe(a) del hogar o ser encontrado como un pariente cercano al núcleo familiar.

Sin embargo, aunque el adulto mayor resida con sus familiares, esto no garantiza su bienestar pues, aunque idílicamente se considera que es el grupo más “privilegiado” por contar con todos los tipos de

apoyo, surgen conflictos que varían sustancialmente por diversas situaciones de tensión derivadas del trato diario, la educación de las generaciones más jóvenes, la distribución de recursos entre la familia que provocan malestar familiar y, en casos más graves, el despojo paulatino de las propiedades del anciano por parte de sus cohabitantes.

En consecuencia, sugiere la creación de programas orientados que alienten la participación familiar y en el interior de los hogares, así como propiciar el acercamiento y la realización de actividades con personas de diferente sexo y generación, con el propósito de que el anciano amplíe su red social.

2. Adultos mayores que viven solos:

Aunque la autora refiere que el porcentaje en la actualidad no es tan grande en México, se estima que esto puede aumentar en las próximas décadas; esto incluso se puede notar en las generaciones que prefieren ya no tener hijos. En este grupo están incluidas las personas cuya situación económica y de salud son buenas y por ello, prefieren vivir de esta manera, los que no tuvieron la oportunidad de formar su propia familia o porque no tuvieron hijos, los que enviudaron y cuya descendencia está en proceso de formar su propia familia; o en todo caso, personas cuya única alternativa sea vivir solas.

Si bien es cierto que este estilo de vida puede llegar a traer varias ventajas, también es importante señalar que existe la preocupación de los riesgos que se pueden presentar cuando la salud del adulto mayor se deteriore o la existencia de accidentes domésticos.

Por tanto, los programas dirigidos a este sector de la población deberán dirigirse a los familiares de estas personas, así como a la comunidad que pueden conocer la existencia de este tipo de situaciones de una manera más cercana. De esta manera, se pretende realizar un proceso de sensibilización institucional y social

acompañado de programas de apoyo que permitan el fortalecimiento de vínculos con familiares, vecinos, amigos y conocidos del anciano.

3. Adultos mayores institucionalizados:

Se refiere a aquellos que viven ya sea en asilos, reclusorios o cualquier otra institución de índole pública o privada. Sin embargo, a pesar de esto, ha sido un sector relativamente olvidado de la reflexión política y académica pues se cuenta con muy poca información sobre el perfil sociodemográfico de este segmento; aunque se sabe que la mayoría de ellos son mujeres.

Es evidente que un anciano institucionalizado goza de diferentes tipos de apoyo, en contraste con aquellos que viven solos o en compañía. En el mejor de los casos, contarán con servicios que resulten fundamentales para su desarrollo como, por ejemplo, atención médica, de personal, alimentación, entre otros. Sin embargo, existen evaluaciones que refieren que muchas de estas instituciones no cuentan con las mínimas condiciones para dar una atención adecuada a su población, especialmente para aquellos que necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias o con enfermedades limitantes.

Desafortunadamente no se puede obtener información sobre los ancianos que residen en estas instituciones debido a los conductos burocráticos que obstaculizan el conocimiento de esta población. Además de que no cuentan con apoyos intra y extradomésticos que traen como consecuencia la deficiencia de relaciones afectivas.

Debido a lo anterior, se recomiendan programas dirigidos a la orientación de las familias y recuperar el sentido de responsabilidad social; la realización de estudios objetivos incluyentes y científicos; y finalmente, una mayor supervisión en la atención que brindan este tipo de instituciones.

4. Adultos mayores indigentes:

Probablemente el sector más olvidado o “invisible” en la sociedad, carecen de cualquier posesión básica y por lo general no cuenta con ningún tipo de apoyo social. Aunque existen programas dirigidos a ayudar a esta población, éstos solo se concentran en temporadas determinadas y solamente con el fin de asistir a la persona. Debido a eso, enfatiza el hecho de continuar con este tipo de apoyo, sin dejar fuera acciones orientadas a la reconstrucción social, como la rehabilitación y construcción de una vida mejor.

Ahora bien, Bravo, Puga y Martín [57] encontraron en su investigación que la red social se hace más fuerte y amplia cuando el individuo cuenta con mayores recursos socioeconómicos y se fortalece ante la ocurrencia de eventos biográficos negativos. Sin embargo, es necesario aclarar que ambos factores no deben considerarse como determinantes de una red social “sana” o adecuada, pues más bien lo anterior, explican, puede deberse a la diversidad de la red social, específicamente por el hecho de que tienen mayor participación social, el cual, resulta además un protector ante la aparición de discapacidades. Entonces, el gozar de una buena posición económica o el tener que atravesar eventos negativos no garantiza el hecho de que se pueda formar parte de una red social fuerte y amplia, sino más bien es la participación social que ejerce en su entorno.

Por el lado contrario, aquellas redes que son más homogéneas en sus características (y que comparten similitudes con el adulto mayor, especialmente la edad), resultan ser las más erosionadas con la edad debido a su mayor vulnerabilidad en cuestiones de morbilidad y mortalidad.

III.7. Revisiones sistemáticas sobre la relación de las redes de apoyo social con la funcionalidad

En la búsqueda de revisiones sistemáticas que abordan estas variables, se encontraron dos revisiones completas [58, 59], y una más que seguía en desarrollo [60], para ello, se utilizaron las palabras clave *social network*, *social support*, *social contact*, *social relationships*, *social networking* y *personal networks* con *older adults*, *older people*, *older persons*; y *functional*, *functional status* y *functional content*. Las bases de datos consultadas fueron Social Care Online, Pubmed y Web of Science (Cuadro III.2).

Cuadro III.2 Revisiones sistemáticas sobre la relación de las redes de apoyo social con la funcionalidad física en adultos mayores

Autor y año	Objetivo	Palabras clave	Estrategias de búsqueda	Número de estudios analizados	Conclusiones
Kelly <i>et al.</i> (2017) [58]	Evaluar la asociación entre los diferentes aspectos de las relaciones sociales (actividad social, redes sociales y apoyo social) con el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores sanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Social activity • Social engagement • Social intervention • Leisure intervention <p>Combinado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognition • Cognitive performance • Cognitive decline • Cognitive function <p>Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Healthy elderly</i> • <i>Older adults</i> 	<p>Utilizaron las bases de datos PubMed, Medline y PsycInfo para buscar Ensayos Controlados Aleatorios, estudios observacionales y genéticos (realizados en gemelos) escritos en inglés y publicados entre enero de 2000 y enero de 2017.</p> <p>Utilizaron como criterio de inclusión los estudios que hablaran acerca del impacto de la participación en actividades sociales, redes sociales o apoyo social en la función cognitiva en adultos mayores de 50 años sanos.</p> <p>Examinaron los títulos y resúmenes para excluir aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión.</p>	17, 959 quedando con un final de 39 artículos.	Existe asociación entre las relaciones sociales y la función cognitiva, aunque la naturaleza exacta de dicha asociación sigue sin ser clara.

Autor y año	Objetivo	Palabras clave	Estrategias de búsqueda	Número de estudios analizados	Conclusiones
Cappelli <i>et al.</i> (2019) [59]	Explorar sistemáticamente la literatura sobre la vulnerabilidad social y su asociación con la actividad de declive funcional de la vida diaria/actividades instrumentales de la vida diaria como criterio de evaluación en adultos mayores.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Social vulnerability</i> • <i>core social needs</i> • <i>Affection</i> • <i>Behavioral confirmation</i> • <i>Social status</i> <p>Relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Old age</i> • <i>Aged</i> • <i>Older adults</i> • <i>Older persons</i> • <i>Mortality</i> <p>Y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Activities of daily living</i> • <i>Basic activities of daily living</i> • <i>Instrumental activities of daily life</i> • <i>Functional declines</i> • <i>Functional status</i> <p>Con</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Prospective cohort studies”</i>. 	<p>Se usó la base de datos MEDLINE, PubMed, Ovid Medline y PsycInfo; tomando en cuenta artículos en inglés, italiano, francés y español, publicados hasta finales de marzo de 2018.</p> <p>Utilizaron como criterio de exclusión aquellos estudios de cohortes transversales, retrospectivos, resúmenes, editoriales, estudios de caso, estudios de creación de reglas de predicción, estudios sin un enfoque específico en adultos mayores (edad media <65 años o sin datos sobre los participantes), estudios enfocados en poblaciones específicas o afectadas por solo una enfermedad y estudios donde la muestra es parte de un asilo de ancianos o hospitalizados.</p>	5,635 quedando con un final de 65 artículos.	La calidad, en lugar de solo la estructura y el tipo de relación social, representa la característica central de la vulnerabilidad social que predice el deterioro funcional en los adultos mayores. De esta manera, al definir este concepto junto con su medición y evaluación, se podrán identificar intervenciones sociales para prevenir o retrasar el deterioro funcional o la muerte.

Autor y año	Objetivo	Palabras clave	Estrategias de búsqueda	Número de estudios analizados	Conclusiones
Rutter et al. (2020) [60]	Identificar si el apoyo social está asociado con la funcionalidad cognitiva y estados y si dicha asociación difiere entre los subtipos de apoyo social.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outcome: Cognitive function</i> Cognition, Dementia, Alzheimer disease, Cognitive dysfunction, Executive function, Neuropsychological tests, Cognitive aging, Intellectual functioning, Language processing, Visuospatial processing, Verbal learning, Processing speed, Cognition, Cognitive function, Cognitive functions, Cognitive functioning, Memory, Cognitive ability, Cognitive abilities, Cognitive decline, Cognition disorders, Cognitive impairment, Cognitive impairments, Dementia, Alzheimer Disease, Alzheimer's disease, Cognitive dysfunction, Cognitive dysfunctions, Executive function, Executive functions, Cognitive aging, Cognitive ageing • <i>Exposure: Functional social support (and subtypes)</i> Social support survey, Medical Outcome Study Social Support Survey, MOS-SSS, MOSSSS, Functional social support, Social support availability, Perceived social support, Social isolation, Perceived social isolation, Social support, Social vulnerability, Social resources, Emotional support, Emotional social support, Informational social support, Instrumental support, Instrumental social support, Tangible social support, Tangible support, Positive social interactions, Positive social support, negative social interactions, Affection social support, Affectionate support • <i>Age:</i> Aged, Middle aged, Aged, 80 and over, Aging, Ageing, Older adult, Older adults, Mid-life, Late-life, late life, Later life, Later-life, elderly, Cognitive aging, Cognitive ageing, Older. 	Consideraron aquellos estudios con participantes de edad media o avanzada (40 años o más) y que contengan un grupo de comparación (transversal, de cohorte, de casos y controles y ensayos controlados aleatorios). Excluyendo los resúmenes, editoriales, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, protocolos y cartas al editor. Incluyeron artículos que informaran sobre la función cognitiva con dominio a nivel mundial, por prueba, o por diagnóstico de estados cognitivos. Búsqueda en las bases de datos PsycINFO, Social Abstracts, CINAHL y Scopus además de búsqueda en bases de datos de literatura gris.	Aún no exponen.	Es un protocolo

IV. Planteamiento del problema

En las últimas décadas se ha presentado un incremento gradual de personas mayores en el mundo, en lo que respecta a México, información censal de 1990 y 2020 indica que esta parte de la población (adultos de 60 años y más) pasó de 5 a 15.1 millones, lo cual representa el 6% y 12% de la población respectivamente [61]. La OMS explica que este fenómeno sucede por dos factores: el primero tiene que ver con la disminución de la mortalidad, lo cual, a su vez da paso a un incremento considerable en la esperanza de vida; y el segundo, está relacionado con la disminución del número de nacimientos. Sin embargo, a pesar de que el número de personas mayores va en aumento, esto no significa que su calidad de vida avance de la misma manera [9].

La vejez es la última etapa del ciclo vital de los seres vivos, y para el caso de la sociedad mexicana, existen ideas ambiguas que se basan en las características de las personas y la percepción social que se tienen de ellas: puede ser considerada como un periodo en el que prevalece la experiencia, la cual, ayudará para instruir y guiar a los más jóvenes y, por otro lado, está la idea de que la vejez es un sinónimo de enfermedad así como una fase de pérdidas [62]. Desafortunadamente, esta idea es la más popular, ya que es reforzada por la disfuncionalidad que llegan a presentar algunas personas mayores.

Lo anterior puede quedar explicado porque en dicha sociedad, predominan ideas que están orientadas a que la fuerza y agilidad son indispensables para alcanzar el éxito [62]. Esto a su vez crea una visión despectiva y prejuiciosa, lo cual, puede provocar que exista una falta de apoyo ya sea por parte de familiares o conocidos.

Esto puede ser preocupante, pues las redes de apoyo social (RAS) resultan un factor importante para los adultos mayores, ya que previenen el riesgo de sufrir depresión o aislamiento, promueven una imagen social positiva de modo que ayuda a mitigar estereotipos y representan un aspecto importante para su bienestar puesto que, además de permitir el sentido de pertenencia al ser integrados y valorados en un grupo, también ayuda a mantener la independencia y autonomía en sus actividades diarias [37].

En la búsqueda realizada se encontró un protocolo de revisión sistemática que intenta abordar si existe asociación entre el apoyo social con la funcionalidad cognitiva de los adultos mayores de 40 años, dicha búsqueda se efectuaría en las plataformas PsycINFO, Social Abstracts, CINAHL y Scopus además de búsqueda en bases de datos de literatura gris. Sin embargo, al ser aún un protocolo, aún no se han obtenido los hallazgos referentes a su investigación.

Por otro lado, se encontró una revisión sistemática que abordó como variables las RAS y la función cognitiva de los adultos mayores sanos. Los autores tomaron como criterios de inclusión aquellos artículos que relacionaron el impacto que tiene la participación en actividades sociales, redes sociales o apoyo social en la función cognitiva de los adultos mayores de 50 años.

Por medio de tres plataformas de documentos científicos (PubMed, Medline y PsycINFO) lograron recabar 17, 959 artículos, sin embargo, la muestra final de artículos fue de 39 debido a los filtros utilizados. Cabe señalar, además, que el método utilizado fue el PRISMA. Con ello, llegaron a la conclusión de que existe asociación entre las RAS y el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores sanos, aunque, como mencionan los autores, siguen sin ser claros los factores específicos que intervienen.

También se encontró otra revisión que tuvo por objetivo explorar en la literatura sobre la vulnerabilidad social y su asociación con la actividad de declive funcional de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria como criterio de evaluación en adultos mayores.

Mediante las plataformas MEDLINE, PubMed, Ovid Medline y PsycINFO; buscaron artículos en inglés, italiano, francés y español, publicados hasta finales de marzo de 2018, teniendo como criterio de exclusión aquellos estudios de cohortes transversales, retrospectivos, resúmenes, editoriales, estudios de caso, estudios de creación de reglas de predicción, estudios sin un enfoque específico en adultos mayores (edad >65 años o sin datos sobre los participantes), estudios enfocados en poblaciones específicas o afectadas por solo una enfermedad y estudios donde la muestra es parte de un asilo de ancianos o pacientes hospitalizados.

De esta manera, encontraron que la calidad de la red, en lugar de solo la estructura y el tipo de relación social, representa la característica central de la vulnerabilidad social que predice el deterioro funcional en los adultos mayores. Además de resaltar la importancia de definir el concepto de las relaciones sociales junto con su medición y evaluación para poder identificar intervenciones sociales para prevenir o retrasar el deterioro funcional o la muerte.

Si bien es cierto que existen revisiones sistemáticas que analizan la funcionalidad física y cognitiva de la vejez, es necesario presentar una actualización; además, incluir los estudios publicados en español y de la literatura gris para tener un conocimiento más amplio y preciso respecto al efecto de las RAS sobre la funcionalidad física en la vejez.

En este contexto acorde con el acrónimo PECO, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

P: Adultos mayores de 50 años

E: Redes de apoyo social

C: Sin o redes de apoyo social bajas

O: Funcionalidad física

¿Cuál es la relación entre las redes de apoyo social con la funcionalidad física en adultos mayores de 50 años?

V. Objetivo

Presentar una síntesis del conocimiento sobre la asociación de las redes de apoyo y la funcionalidad física de los adultos mayores, a través de una revisión sistemática y metaanálisis.

VI. Material y método

VI.1 Diseño de la investigación

Se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, 2009) [1] verificando la metodología con su lista de cotejo (Anexo 1).

VI.2 Tipos de estudio

Se consideraron aquellos estudios de cohorte, casos y controles y transversales analíticos, publicados en revistas indizadas en idioma inglés, español y portugués.

VI.3 Definición de la población

Se incluyeron estudios que tenían como participantes a adultos mayores de 50 años en adelante y aparentemente sanos.

VI.4 Criterios de elegibilidad

Las revisoras OARA y CELE localizaron de forma independiente aquellos estudios que pudiesen responder a la pregunta de investigación y que además cumplieran con los criterios de inclusión (Anexo 2):

- Tipos de estudio transversal analítico, cohorte y, casos y controles.
- Artículos en inglés, español y portugués.
- Estudios realizados en adultos de 50 y más años y aparentemente sanos.
- Disponibilidad de texto completo.
- Utilicen un método de medición para funcionalidad física y redes de apoyo.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

- Revisiones sistemáticas o metaanálisis.
- Estudios realizados en adultos que sufrieran algún tipo de discapacidad física o psicológica.
- Estudios que consideraron a adultos mayores pertenecientes a asilos o alguna institución similar.
- Estudios que solamente aborden una variable.

VI.5 Estrategia de búsqueda

El estudio se llevó a cabo por dos investigadoras (OARA y CELE) de manera independiente. Para tal efecto, se realizaron búsquedas en las principales plataformas de documentos científicos del área de la salud: PubMed, Scopus,

Web of Science, PubPsych y, al ser una base de literatura gris, TesiUNAM; utilizando las palabras clave que se muestran en el Cuadro VI.1:

Cuadro VI.1: Lista de palabras clave

	Español	Inglés
P Población	<ul style="list-style-type: none"> • Ancianos • Adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • Older people • Older adults • Elderly • Aged
E Exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Social support networks • Social support
C Comparación	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad • Vulnerabilidad social 	<ul style="list-style-type: none"> • Loneliness • Social vulnerability
O Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad física 	<ul style="list-style-type: none"> • Physical functioning • Activities of daily living • Functional status

Con lo anterior, se realizó la siguiente estrategia de búsqueda (Cuadro VI.2):

Cuadro VI.2: Estrategia de búsqueda según la base de datos.

Base de datos	Filtro	Estrategia de búsqueda
PubMed	Humanos, inglés, portugués, español. Edad Media: 45-64 años, Edad: 65+ años, 80 y más: 80+ años.	("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("Social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability") AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status") NOT ("systematic Review") NOT (Depression)
Scopus	Limitado a inglés, español y portugués.	("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability")

		AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status")
Web of science	Idioma inglés, español y portugués	("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("Social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability") AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status") NOT (Depression)
PubPsych	Idioma inglés	("older people" OR "older adults" OR elderly OR aged) AND ("social support networks" OR "Social support") AND ("loneliness" OR "Social vulnerability") AND ("physical functioning" OR "activities of daily living" OR "functional status") NOT ("systematic Review")
TesiUNAM	Sin filtros	Ancianos OR adultos mayores AND Redes de apoyo social AND soledad OR Vulnerabilidad social AND Funcionalidad física

VI.6 Selección de estudios

La selección por títulos y resúmenes fue llevada a cabo por dos investigadoras (OARA y CELE), las discrepancias fueron resueltas por un tercero (WDRG y VMMN). Dicha búsqueda se realizó entre el periodo del 9 y 10 de enero de 2022 tomando en cuenta los criterios de elegibilidad. Se esquematizó el proceso de identificación, revisión, elegibilidad e inclusión de acuerdo con el Diagrama PRISMA [63].

VI.7 Extracción de los datos

Las revisoras extrajeron de manera independiente los resultados de los estudios arrojados en las bases de datos y los registraron en una hoja de Excel; cualquier discrepancia se resolvió mediante la discusión de las características de los resultados primarios hasta llegar a un acuerdo.

De cada estudio incluido, los datos extraídos fueron: nombre de los autores, año de publicación, tipo de ensayo, características de los participantes, los instrumentos utilizados para evaluar la funcionalidad física y los resultados más significativos (media de edad y puntajes de las escalas).

VI.8 Valoración de calidad

Para la valoración de la calidad en cada estudio que se incluyó en la RS, se utilizó la escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales (Anexo 4), el cual, por medio de nueve ítems categorizados en tres grupos, evalúa la selección de los grupos de estudio, su comparabilidad y la determinación de la exposición o el resultado de interés dependiendo del tipo de estudio (casos y controles o cohorte). De acuerdo con el número de estrellas obtenido, se define la calidad de cada estudio, siendo un total de nueve el valor máximo (la mejor calidad).

VI.9 Recursos

- Acceso a las bases de datos a través de la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México.

VI.10 Aspectos éticos

Debido a la metodología utilizada, el presente estudio se realizó a partir de datos ya publicados. Por ello, se revisaron de manera minuciosa las fuentes de información y se reportaron fielmente los resultados que se obtuvieron, del mismo modo, se evaluó la calidad del estudio de la manera más objetiva posible.

VII. Resultados

VII.1 Selección de estudios

Como se muestra en el diagrama de flujo PRISMA y de acuerdo con la estrategia de búsqueda ya mencionada, se obtuvo un total de 433 artículos: 69 correspondientes a PubMed, 163 a Scopus, 30 de Web of Science, 171 en PubPsych, 2 de TesiUNAM y 2 provenientes de otras fuentes (Figura VII.1).

Después de la eliminación de duplicados y la elección por título y resumen, se obtuvo un total de 20 artículos potencialmente elegibles para analizar. De los anteriores, 10 fueron excluidos por alguna de las siguientes razones: 1) evaluaban discapacidad (no tomaban como base las ABVD ni AIVD) 2) no cumplieron con la edad mínima, 3) la población padecía inicios de demencia, 4) no evaluaron funcionalidad física 5) No reportaron resultados de ninguna de las variables de interés, 6) evaluaron la funcionalidad respecto a las enfermedades, 7) su análisis no permitía la comparación con los otros estudios o 8) no representaron los datos comparados (Anexo 3).

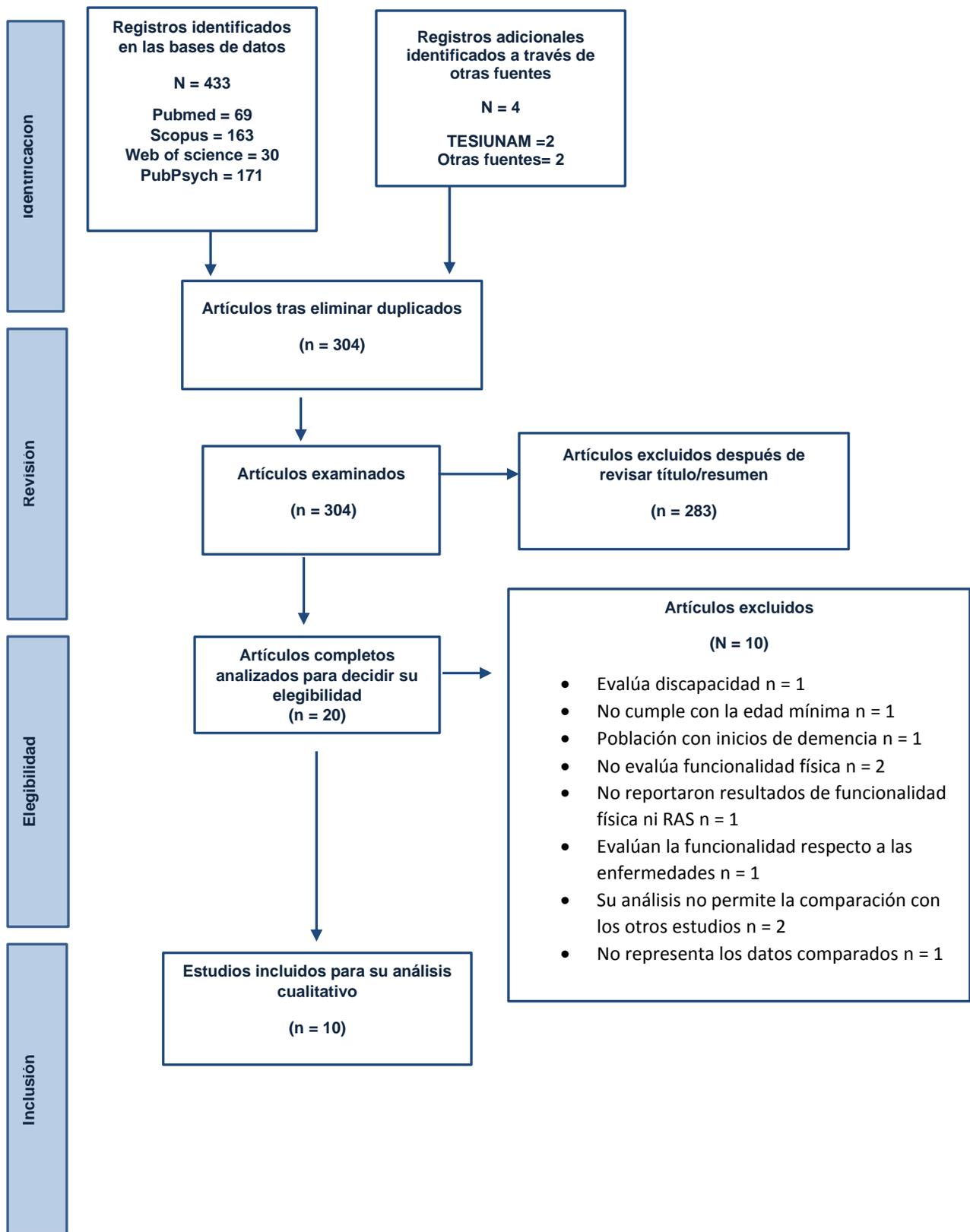


Figura VII.1 Diagrama de flujo PRISMA.

VII.2 Características de los estudios incluidos

De los estudios seleccionados para su análisis, cinco fueron de cohorte y cinco transversales analíticos, con ello, se obtuvo una muestra total de 14,916 participantes mayores de 55 años. Entre los diferentes instrumentos empleados para evaluar la funcionalidad física destacan la escala de Lawton y Brody, el Índice de Barthel y escalas que tuvieron como base la capacidad de realizar Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Por otro lado, para la evaluación de Redes de Apoyo Social (RAS), se utilizaron en su mayoría cuestionarios referentes al número y frecuencia de contactos sociales y el apoyo recibido por parte de éstos, la Escala de tasas de apoyo social (SSRS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Redes Sociales de Lubben (Cuadro VII.1 y VII.2).

Simultáneamente, con respecto a la calidad, se encontró que ocho de los artículos cuentan con una calidad buena y dos con calidad regular. Por otro lado, se observó que seis de los artículos contaban con riesgo de sesgo bajo, mientras que cuatro contaron con riesgo moderado (Cuadro VII.3).

Cuadro VII.1 Estudios de cohorte sobre la relación de las redes de apoyo social sobre la funcionalidad física

Autor año/país	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Otros indicadores (covariables)	Resultados
Perissinotto <i>et al.</i> (2012) [64] Estados Unidos	Examinar la relación entre la soledad, el deterioro funcional y la muerte en adultos mayores de 60 años en los Estados Unidos.	n=1 604 participantes S: 693 sujetos (71,3 ± 7,9 años) M: 465 (67.1%) H: 228 (32.9%) NS: 911 sujetos (70,5 ± 7,2 años) M: 487 (53.5%) H: 424 (46.5%) •Seguimiento de 3 años.	• Cuestionario de soledad de 3 ítems (sentimientos de exclusión, aislados o sin compañía) y Escala de Soledad Revisada de UCLA (R-UCLA). Clasifican como "solitario" si respondían "algunas veces" o "a menudo" a cualquiera de los tres componentes.	• Cuestionario sobre si presentaban dificultades en alguna de las 5 ABVD (la disminución de la funcionalidad se definió como dificultad en más ABVD en 2008 en comparación con 2002). • Extremidades superiores: preguntaron si tenían dificultad para extender brazos, empujar o tirar de objetos grandes o levantar objetos pesados. • Movilidad: dificultad en correr o trotar, caminar y subir escaleras. • Subir escaleras: dificultad para subir uno o varios tramos de escaleras.	• Edad, raza, nivel educativo e ingresos económicos, IMC, síntomas depresivos, condiciones comórbidas. • Arreglos de la vida (área urbana o rural).	Las personas que viven solas: tienen más probabilidad de experimentar disminución en las ABVD que las que no viven solas (24.8% vs 12.5%; RR: 1.59, 1.23-2.07); desarrollar dificultades al realizar movimientos de las extremidades superiores (41.5% vs 28.3%; RR: 1.31, 1.10-1.57); disminución casi significativa en la movilidad (38.15% vs 29.4%; RR: 1.18%, 0.99-1.41); y dificultad para subir escaleras (40.8% vs 27.9%; RR: 1.31, 1.10-1.57).
Ma <i>et al.</i> (2018) [65] China	Determinar el estado de fragilidad social mediante el desarrollo de una herramienta de	n= 1697 adultos mayores de 60 años. S: 181 sujetos (no reporta edad ni el	• Escala HALFT, comprendida por 5 ítems: incapacidad para ayudar a los demás, participación social	• Funcionalidad física: Capacidad para caminar, hacer jardinería, ejercicio en bajo o alto nivel; los clasifica en	• Demencia, deterioro cognitivo. • Depresión.	Se presentó una mayor prevalencia de FS en participantes físicamente frágiles.

	<p>detección autoinformada, denominada escala HALFT.</p> <p>Examinar la asociación entre la fragilidad social y el funcionamiento físico, la cognición, la depresión y la mortalidad entre los adultos mayores que viven en la comunidad.</p>	<p>número de hombres o mujeres).</p> <p>NS: 1516 sujetos (no reporta edad ni el número de hombres o mujeres).</p> <p>• Seguimiento de 8 años.</p>	<p>limitada, soledad, dificultades financieras y no tener a nadie con quien hablar. Su puntuación oscila entre 0 y 5 puntos, donde 0 indica ausencia de fragilidad social y 5 indica presencia, clasifica los resultados en 3 grupos: No fragilidad social (No FS), Pre-fragilidad Social (Pre FS) y Fragilidad Social (FS).</p>	<p>independientes, dependencia baja y dependencia alta.</p> <p>• ABVD y AIVD.</p>	<p>Participantes que realizaban bajos niveles de actividad física, con funcionamiento físico dependiente, malos resultados en las pruebas de equilibrio, dependencia en ABVD y AIVD presentaron mayor prevalencia de FS.</p>	
<p>O'Súilleabháin <i>et al.</i> (2019) [66] Alemania</p>	<p>Examinar el valor predictivo de la soledad social y emocional para la mortalidad por todas las causas en los ancianos que viven y no viven solos y probar si estos varían según el estado funcional y la personalidad.</p>	<p>n= 413 participantes (84.53 ± 8.61 años)</p> <p>S: 253 sujetos (85.19 ± 8.51 años). M: 155 (61.3%) H: 98 (38.7%)</p> <p>NS: 160 (83.49 ± 8.68 años) M: 35 (21.9%) H: 125 (78.1%)</p> <p>• Seguimiento de 19 años.</p>	<p>• Soledad: Escala de soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), donde la puntuación más alta en cada escala representa mayores sentimientos de soledad.</p>	<p>• Versión modificada del índice de ABVD de Katz, donde utilizan un rango que va de 0 (completamente dependiente) a 5 (completamente independiente).</p>	<p>• Mortalidad: número de días transcurridos desde el día del estudio hasta su muerte.</p> <p>• Datos demográficos y socioeconómicos.</p> <p>• Síntomas depresivos: DSM IIIR.</p> <p>• Personalidad: Inventario de personalidad NEO.</p>	<p>Soledad emocional como predictor significativo de mortalidad en personas que vivían solos (HR: 1.316, p<0.001, IC del 95%). El estado funcional predijo significativamente la mortalidad (HR: 0.766, p<0.001, IC del 95%), pues hubo mortalidad baja entre los participantes que presentaron un mejor estado funcional. Se presentó un</p>

						efecto significativo para la interacción entre la soledad emocional y el estado funcional (HR: 1.179, p=0.005, IC del 95%)
Domènech-Abella <i>et al.</i> (2020) [67] Países Bajos	Examinar la relación entre la soledad, el deterioro funcional y la muerte en adultos mayores de 60 años en los Estados Unidos.	n=269 participantes de 55 a 85 años (75.9±0.2). No reporta número de hombres y/o mujeres • 11 años de seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño de la red social como el número total de relaciones socialmente activas. • Soledad, mediante la Escala De Jong Gierveld de 11 ítems. La escala va de 0 a 11, donde un alto puntaje indica mayores niveles de soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento físico mediante un cuestionario de autoinforme acerca del grado de dificultad que tenían para realizar siete ABVD: subir y bajar escaleras, vestirse (desvestirse), sentarse y levantarse de una silla, cortarse las uñas de los pies, caminar 400 m, usar sus propias manos o transporte público y tomar un baño o una ducha. Las categorías de respuesta van de 5 a 1 (rango de 7 a 35), las puntuaciones más bajas indican mayor limitación en el funcionamiento físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Datos sociodemográficos 	La disminución del funcionamiento físico (Coef. = -0.03; p<0.05) y el tamaño de la red social (Coef. = -0.02; p<0.05) predijeron mayores niveles de soledad y aumento de síntomas depresivos. La disminución del funcionamiento físico predijo un aumento en los síntomas depresivos (Coef. = -0.08; p<0.05).
Hajek <i>et al.</i> (2021) [68]. Alemania.	Examinar si los cambios en el apoyo social están asociados con declive funcional entre los más	n=3 327 participantes mayores de 85 años. Ola 1: 89 ± 2.9 años M: 586 (68.9%)	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de redes sociales de Lubben (versión de 6 ítems). Cada pregunta se puntúa de 0 a 5 que va de bajo a alto apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Lawton y Brody (AIVD, versión de 5 ítems), donde un puntaje de 0 indicó que la persona tenía mala funcionalidad, mientras 5 indicaba que era 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos demográficos. • Datos de salud, deterioro cognitivo, síntomas depresivos y enfermedades 	Una disminución en el apoyo social está asociada con la disminución funcional en hombres (AIVD: $\beta = 0.03$, p<0.05;

<p>viejos usando longitudinalmente modelos de regresión de panel.</p>	<p>H: 265 (31.1%)</p> <p>Ola 2: 89.7 ±2.9 M: 502 (69.3%) H: 222 (30.7%)</p> <p>Ola 3: 90.5 ±2.9 M: 438 (70.5) H: 183 (29.5%)</p> <p>• Seguimiento de 20 meses.</p>	<p>social.</p>	<p>funcional.</p> <p>• Índice de Barthel para medir deficiencias en las ABVD, el puntaje va de 0 (mal funcionamiento) a 100 (buen funcionamiento).</p>	<p>crónicas.</p>	<p>ABVD: $\beta = 0.27$, $p < 0.05$), pero no en mujeres.</p> <p>Se encontró asociación de deterioro en ABVD y disminución de apoyo social en muestra total: $\beta = 0.15$ $p < 0.05$ y hombres: $\beta = 0.27$ $p < 0.05$</p>
---	--	----------------	--	------------------	--

Acotaciones: S (personas que viven solas); NS (personas que no viven solas); M (mujeres); H (hombres); ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria); AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria); RR (Riesgo Relativo); HR (Hazard Ratio); β (Coeficiente beta).

Cuadro VII.2 Estudios transversales analíticos sobre la relación de las redes de apoyo social sobre la funcionalidad física

Cita y país del estudio	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Otros indicadores (covariables)	Resultados
Kemp <i>et al.</i> (1989) [69]. Inglaterra.	Establecer las circunstancias de las personas mayores en East Anglia para ayudar en la planificación de los servicios comunitarios.	n=1 760 participantes de 65 años en adelante (no reporta media ni DE). S: 637 (36.2%) sujetos. 65-74 años: 156 (24.4%). 75+ años: 481 (75.6%). NS: 1123 (63.8%) sujetos. 65-74 años: 483 (43%). 75+ años: 540 (57%). No reporta número de hombres y/o mujeres.	• Contactos sociales y las visitas periódicas que recibían (por parte de profesionales o de una fuente informal), para identificar la ayuda recibida en sus actividades diarias o de salud.	• Cuestionario acerca de si eran capaces de hacer sus propias compras, incontinencia y cortarse las uñas de los pies (Cu) por sí mismos por medio de una entrevista.	• NA.	Viven Solos: <i>Compras (No tienen dificultad):</i> 65 a 74 años: 129 (82.7%). 75+ años: 253 (52.7%). <i>Incontinencia (sólo ocasionalmente presentan problemas):</i> 65 a 74 años: 5 (3.2%) 75+ años: 28 (6%) <i>CU (no tienen dificultad):</i> 65 a 74 años: 92 (59%) 75+ años: 186 (38.8%; el 41.4% necesita de alguien que lo haga por ellos). No viven Solos: <i>Compras (No tienen dificultad):</i> 65 a 74 años: 827 (73.7%). 75+ años: 257 (47.7%) <i>Incontinencia (sólo ocasionalmente presentan problemas):</i> 65 a 74 años: 21 (4.4%). 75+ años: 47 (8.8%) <i>Cu (no tienen dificultad):</i> 65 a 74 años: 308 (63.9%) 75+ años: 216 (40.1%; el 40.6% necesita de alguien más).

Escobar (2002) [70] México	Identificar si existe asociación entre la autoeficacia para realizar actividades sociales y la autoeficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos; si existe asociación entre el apoyo social que percibe y la autoeficacia para realizar actividades de independencia; y si existe asociación entre calidad de vida percibida y la autoeficacia para realizar actividades de independencia.	n=107 participantes de 60 a 85 años M: 50 H: 57 No reporta media ni desviación estándar.	• Escala de bienestar subjetivo, del cual, sólo se tomó en consideración los ítems 1 y 2 del factor “soledad/insatisfacción” para evaluar apoyo social, el rango va de 0 a 100.	• Expectativas de autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos. Incluye la eficacia para realizar actividades de independencia doméstica, básicas, sistémicas, prácticas, autosuficiencia y distractoras (ABVD y AIVD).	• Datos sociodemográficos, bienestar subjetivo y calidad de vida.	Correlación entre apoyo social (70.56 ± .6436) y actividades de independencia: Domésticas r= 0 .042 Básicas r= 0.068 Sistémicas r= 0.007 Prácticas r= -0.014 Autosuficiencia r= 0.056 Distractoras r= -0.050 No existe correlación entre las variables.
Shu-Chuan <i>et al.</i> (2004) [71]. Taiwán.	Describir las características de la población anciana que vive sola y examinar cómo vivir solo se relaciona con sentirse solo.	n=4 858 participantes de 65 años o más (no presenta media ni desviación estándar). S: 427 (8.7%) sujetos. M: 177 (41.5%) H: 250 (58.5%)	• Cuestionario sobre si vivían o no solos, si contaban con algún amigo cercano con quien hablar y si se sentían solos.	• Índice de Katz para ABVD y AIVD mediante autoevaluación. Utilizan una escala de tres puntos: independiente, semiindependiente (necesita asistencia) o dependiente.	• Condiciones crónicas. • Cuestionario portátil corto sobre el estado mental (SPMSQ).	Aquellos que vivían solos obtuvieron puntajes más bajos en ABVD (0.07±0.8) y AIVD (0.28±1.4) que los que no (0.37±2.0; 1.0±3.1), lo que significa que eran menos dependientes de asistentes o instrumentos para sus actividades diarias.

		<p>NS: 4431 (91.3%) sujetos. <i>M:</i> 2089 (47.1%) <i>H:</i> 2342 (52.9%)</p>				
Chen <i>et al.</i> (2015) [72]. China.	Investigar la actividad física entre las personas mayores que viven solas en Shanghái, República Popular de China, y los factores clave que contribuyen a su actividad física.	<p>n=521 participantes mayores de 60 a 99 años (media de 76.5, no presenta desviación estándar).</p> <p>Adecuada actividad física: 87 sujetos (69.9±7 años). <i>M:</i> 48 (14%) <i>H:</i> 39 (22%)</p> <p>Inadecuada actividad física: 434 sujetos (77.8 ±7.9 años). <i>M:</i> 296 (86%) <i>H:</i> 138 (78%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social: Escala de Tasas de Apoyo social (SSRS), en el que, mientras más alto sea el puntaje, mayor apoyo social recibe. • Soledad: Escala de soledad de la Universidad de California, Los Ángeles versión 3 (RULS-V3). Una baja puntuación indica menor soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de ABVD y AIVD de Lawton y Brody: Utiliza cuatro puntos de clasificación (1 “realiza la actividad de forma independiente” a 4 en la que realiza la actividad con ayuda). Una puntuación de 14 a 16 indica alto nivel de capacidad funcional, mientras que 22 en adelante indica un nivel bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas relacionadas con la salud y variables psicosociales. • Salud autoevaluada. • Depresión. 	<p>Hubo una diferencia significativa en el nivel de apoyo social entre los grupos de actividad física adecuada e inadecuada, con una puntuación media en la SSRS de 32.8 y 30 respectivamente (p<0.001).</p> <p>No hubo diferencias significativas en la soledad reportada entre los grupos con diferentes niveles de actividad física (p>0.05).</p>
Mendoza-Núñez <i>et al.</i> (2017) [73]. México.	Determinar la asociación entre las redes de apoyo social y el funcionamiento físico.	<p>n=150 personas mayores de 60 años (69± 7). <i>M:</i> 99 (66%) <i>H:</i> 51 (34%)</p> <p>Suficientes Redes Sociales: 37</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala SSN-Older (versión en español): Es un cuestionario semiestructurado que explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo) y en nivel de satisfacción. A mayor puntaje, mayor apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel para medir las ABVD, donde 0 indica dependencia completa y 100 total independencia. • Capacidad autoevaluada para medir las AIVD, en 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay. 	<p>Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la puntuación de la subescala SSN familiar y la escala de ABVD (r=0.24; p<0.01); escala AIVD (r=0.34; p<0.001) y NAGI (r=0.31; p<0.001).</p>

<p>(25%) sujetos. Pocas Redes Sociales: 113 (75%) sujetos.</p>	<p>recibe al igual que su satisfacción con éste.</p>	<p>la que se categorizan como independiente, parcialmente dependiente o completamente dependiente. • Escala Nagi para medir funcionamiento físico, que cuenta con las mismas clasificaciones que la escala anterior.</p>	<p>Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación de la subescala SSN extrafamiliar y ABVD ($r=0.23$, $p<0.01$), AIVD ($r=0.41$, $p<0.001$) y NAGI ($r=0.44$, $p<0.001$).</p> <p>Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación de la subescala satisfacción con el apoyo percibido y la escala ABVD ($r=0.23$, $p<0.01$); AIVD ($r=0.38$, $p<0.001$) y en la escala NAGI ($r=0.40$, $p<0.001$).</p> <p>Se encontró correlación estadísticamente significativa entre el número de contactos sociales y ABVD ($r=0.34$, $p<0.001$), AIVD ($r=0.45$, $p<0.001$) y NAGI ($r=0.41$, $p<0.001$).</p>
--	--	--	--

Acotaciones: S (personas que viven solas); NS (personas que no viven solas); M (mujeres); H (hombres); ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria); AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria); NAGI (escala de funcionamiento físico); r (índice de correlación).

Cuadro VII.3. Evaluación de riesgo de sesgo en estudios observacionales. Escala Newcastle-Ottawa.

Estudios	Número de estrellas	Conclusión
Perissinotto <i>et al.</i> (2012)	9	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
Ma <i>et al.</i> (2018)	9	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
O'Súilleabháin <i>et al.</i> (2019)	8	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
Domènech-Abella <i>et al.</i> (2020)	8	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
Hajek A <i>et al.</i> (2021)	5	Calidad regular / riesgo de sesgo moderado
Kemp FM <i>et al.</i> (1989)	7	Calidad buena / riesgo de sesgo moderado
Escobar (2002)	6	Calidad regular / riesgo de sesgo moderado
Shu-Chuan <i>et al.</i> (2004).	8	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
Chen Y <i>et al.</i> (2015)	8	Calidad buena / riesgo de sesgo bajo
Mendoza-Núñez <i>et al.</i> (2017)	7	Calidad buena / riesgo de sesgo moderado

VII.3 Análisis cualitativo de los artículos (revisión sistemática)

Una vez analizados los diez estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad (Cuadros VII.1 y VII.2), se encontró que 2 eran de origen chino [65, 72], 2 pertenecían a Alemania [66, 68], 2 a México [70, 73] y el resto eran de Estados Unidos [64], Países Bajos [67], Inglaterra [69] y Taiwán [71]. El tamaño de la muestra fue de $n=107$ hasta $n=4,858$ sumando un total de 14,916 sujetos (3,935 hombres y 4,346 mujeres aproximadamente, pues no en todos los estudios se encontró esta distinción de género), con edades promedio desde 69 ± 7 hasta 89 ± 2.9 años. En cuanto a los estudios de cohorte, el periodo mínimo de evaluación tuvo una duración de 20 meses, mientras que el más largo fue de 19 años.

Por otro lado, con respecto a los instrumentos utilizados, se notó cierta heterogeneidad en aquellos empleados para evaluar las RAS; si bien en la mayoría de ellos se utilizaban escalas validadas, también se encontró que otros incluían cuestionarios referentes a si vivían solos o no, el número de visitas que recibían, la cantidad de contactos del adulto mayor, las relaciones socialmente activas y la frecuencia con la que recibían cualquier tipo de apoyo.

Del mismo modo, en la variable de funcionalidad física se encontró que implementaron escalas y cuestionarios que tenían como base la capacidad o dificultad de realizar Actividades de la Vida Diaria (ya sean instrumentales y/o básicas) de manera aplicada o autoadministrada. En el caso de las escalas, las más utilizadas fueron el índice de Barthel, el de Katz y la escala de Lawton y Brody.

VII.3.1 Fragilidad social y funcionalidad física

En un estudio de cohorte prospectivo [65] se analizó el efecto de la fragilidad social en el funcionamiento físico de los adultos mayores; para ello, emplearon la escala HALF y evaluaron la movilidad y la capacidad de realizar ABVD y AIVD.

Los autores encontraron mayor prevalencia de fragilidad física en aquellas personas que eran físicamente frágiles y con funcionamiento físico dependiente, lo cual, a su vez podía desencadenar síntomas depresivos o mortalidad.

VII.3.1 Soledad y funcionalidad física

Por otro lado, se encontraron seis estudios transversales y de cohorte [64, 66, 67, 69, 71] que abordaron el efecto de la soledad (y/o vivir solo) con la funcionalidad física; mientras que en uno de ellos [72], además de la soledad, incluía el apoyo social. En dichos estudios se emplearon diferentes instrumentos que incluían las siguientes escalas: *University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale* y cuestionarios acerca del tamaño de la red social en la que se encontraban inmersos y el número de relaciones socialmente activas, los contactos sociales y las visitas periódicas que recibía.

Ahora bien, en términos generales, se encontró que la soledad puede ser pronosticada por la disminución de redes sociales y el funcionamiento físico [67], además de que aquellas personas que viven solas tienen más probabilidad de sufrir deterioro funcional en sus ABVD y experimentar dificultades en la movilidad de sus extremidades superiores y para subir escaleras [64]. Esta disminución, junto con el decrecimiento de redes sociales, puede desencadenar a su vez mayores niveles de soledad y síntomas depresivos [67], lo cual representa otra problemática pues se identificó también que existe un efecto significativo en la interacción de la soledad emocional, el estado funcional y la mortalidad [66].

De igual manera, en los estudios transversales analíticos se logró precisar que las personas que no viven solas presentan menos dificultad en realizar sus actividades cotidianas de las que sí [69].

Sin embargo, también se encontró evidencia en donde las personas que viven solas eran menos dependientes de asistentes o instrumentos para realizar sus actividades diarias [71]. Del mismo modo, hubo quienes no encontraron diferencias significativas entre la soledad que reportaban los participantes y el nivel de actividad física que poseían [72].

VII.3.1 Redes de apoyo social y funcionalidad física

Finalmente, cinco de los artículos analizados (uno de cohorte y cuatro transversales) abordaron la influencia que cumplen las Redes de apoyo social (RAS) en la funcionalidad física [68, 70, 72, 73, 74]. Para ello, se implementaron diversos instrumentos para su medición: Escala de redes sociales de Lubben, Escala de bienestar subjetivo, cuestionarios referentes a si vivían solos o no y si contaban con un amigo cercano con quién hablar, Escala de Tasas de Apoyo Social (SSRS) y la Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (*SSN Older*, por sus siglas en inglés).

Gracias al estudio de cohorte prospectivo [68], se logró precisar que la disminución en el apoyo social tiene un efecto negativo en la capacidad funcional en ABVD de los hombres y en la muestra total estudiada, pero no de manera significativa en las mujeres.

Por otro lado, en los estudios transversales se analizó que las personas que desempeñaban actividades físicas adecuadas contaban con mayores puntajes de apoyo social a comparación de las que no [72]; del mismo modo, se encontró que existe asociación del apoyo social familiar, extrafamiliar, el apoyo percibido y el número de contactos sociales con la movilidad y la capacidad de realizar ABVD y AIVD [74].

Finalmente, al igual que con la soledad, hubo quienes no encontraron asociaciones significativas entre el apoyo social y las actividades de independencia [70].

VIII. Discusión

En el presente estudio se realizó una síntesis del conocimiento acerca de la influencia de las Redes de Apoyo Social (RAS) en la funcionalidad física de los adultos mayores de 50 años por medio de una revisión sistemática, sin embargo, debido a las características de los estudios obtenidos, no fue posible la realización de metaanálisis.

La novedad de esta investigación radica principalmente en la ampliación de la búsqueda de artículos en bases de literatura gris y considerando aquellos en idioma portugués, además de enfocarse en una perspectiva que va más allá del contacto social a diferencia de las revisiones encontradas al realizar el estado del arte que abordaron la asociación entre las relaciones sociales, vulnerabilidad y apoyo social en el funcionamiento cognitivo y el declive funcional en los adultos mayores [58, 59, 60].

En términos generales, se obtuvieron estudios de origen europeo, asiático y americano que retoman dicho fenómeno en adultos de 55 años en adelante, gracias a ello, se logró observar un panorama general acerca de cómo son abordadas las RAS y la funcionalidad física de manera particular y conjunta.

Gracias al análisis por tipos de estudio, se puede estimar que los transversales analíticos ayudan a vislumbrar de manera general el fenómeno estudiado, sin embargo, los de cohorte serán más útiles si se quiere encontrar una mejor precisión de cómo se relacionan ambas variables. Por otro lado, no se encontraron diferencias por región referentes a su comportamiento.

Si bien se mencionó anteriormente que el pertenecer a una red social no basta para recibir cualquier tipo de apoyo, se encontró que el pertenecer a redes sociales grandes tiene un efecto protector contra la demencia; mientras que el estar desprovisto de recursos y actividades sociales así como de habilidades de autogestión que contribuyen con la satisfacción de necesidades sociales básicas, es decir, ser socialmente frágil, provoca que el adulto mayor pueda padecer de un funcionamiento físico dependiente [65], lo cual a su vez puede desencadenar la

mortalidad. Además de lo anterior, se logró identificar que el apoyo familiar resulta ser un factor protector contra la fragilidad social.

La soledad, al ser un sentimiento subjetivo, puede presentar una serie de dificultades al medirlo de manera cuantitativa [64], sin embargo, existen estudios que la clasifican en dos: social y emocional [66]. A pesar de que no se encontraron posibles factores que pudieran explicar la asociación entre soledad y deterioro funcional, se pueden establecer inferencias respecto a que las personas que viven o se sienten solas tienen malos hábitos de sueño y comportamientos de salud deficientes lo cual conduce al deterioro de su salud y que a su vez repercutirá en su funcionalidad lo que podría desencadenar síntomas depresivos [64, 66, 67].

Sin embargo, también se encontró que aquellas personas que viven solas, al contrario de lo que mencionan los artículos ya citados, son más independientes, pero también es probable que se trasladen a algún lugar donde puedan recibir apoyo residencial [69].

Por otro lado, y en concordancia con otros estudios [26, 31, 33, 41], se analizó que las Redes de Apoyo Social (RAS) influyen de manera significativa en el funcionamiento físico de los adultos mayores.

Una característica que se logró precisar con respecto al apoyo social, fue que sólo tomaban en cuenta al apoyo instrumental y emocional, englobándolos generalmente al preguntar si contaban con alguien que les ayudara en las tareas del hogar o si contaban con alguien con quién hablar; de esta manera, se puede encontrar una limitación con respecto a la forma en cómo se aborda esta variable, pues como se ha mencionado, el apoyo social se puede brindar en diferentes formas [26].

Ahora bien, al igual que con la soledad, es difícil medir de manera significativa el apoyo social [71] sin embargo, se logró identificar que el apoyo social percibido se asocia con el bienestar y satisfacción con la vida de la persona y, por ende, con la buena capacidad funcional, así como el desempeño de actividades físicas adecuadas [70, 72, 73].

Encontrar que la disminución en el apoyo social genera deterioro funcional en los hombres, pero no en las mujeres, podría ser explicado porque las mujeres cuentan con RAS más fuertes y estables en la vejez [68]. Otro aspecto para considerar es que el tener cónyuge, resulta un factor protector sobre el riesgo de disminución en la funcionalidad física, pues representan una fuente importante de asistencia y apoyo [71], mientras que tener pocos contactos sociales representa un factor de riesgo para demostrar dependencia en las ABVD y las AIVD [73].

Una posible explicación del por qué las RAS tienen un efecto benéfico en la funcionalidad de los adultos mayores, es que funcionan como un amortiguador contra el estrés lo cual permite el mantenimiento de las capacidades funcionales y además ayudan en la promoción de las conductas de autocuidado (por ejemplo, la medicación), también porque desempeñan un papel motivante para participar en actividades físicas [68, 72, 73]. Aunado a lo anterior, se encontró que la capacidad de realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como realizar llamadas telefónicas o usar cualquier tipo de transporte, permite al adulto mayor tener mayor socialización lo cual, a su vez, mantiene su capacidad en las AIVD, por lo que se podría definir como un ciclo benéfico [73].

Por otro lado, el identificar que vivir solo fomenta la independencia en la realización de las actividades cotidianas de los adultos mayores y, por ende, ser menos dependientes a cualquier tipo de apoyo incluido el instrumental [71], así como que no encontrar asociaciones entre las actividades de independencia y el apoyo social [70], puede ser explicado por la complejidad que implica adoptar un enfoque respecto al apoyo social, pues puede ser abordado como la causa o el efecto de presentar una buena o mala capacidad funcional [71].

Otra posible explicación sería por las dos posturas que se le da a este término, pues se le puede definir como un impulso para que el individuo se valga por sí mismo, confiando en que cuando no pueda realizar una tarea después de intentarla por sí mismo, contará con la asistencia de alguien que le ayudará a realizarla; o por otro lado, considerarlo como un tipo de sobreprotección al

considerar al adulto mayor como “incapaz”, lo cual a su vez atrofiará sus capacidades físicas y mentales [70].

Este último enfoque desafortunadamente es el más aceptado ya que, por la falta de conocimiento junto con el aspecto afectivo brindado comúnmente por la familia, juegan un papel importante en el mantenimiento o disminución de la capacidad funcional, pues debido al prejuicio que considera al adulto mayor como enfermo o incapaz, lo privan de realizar diversas actividades generando de esta manera una dependencia anticipada. Situación que generalmente no experimentan las personas que viven solas.

Sin embargo, lo anterior no significa que el vivir solo sea la mejor opción, pues esto también representa un riesgo por la falta de contactos sociales en cual pueda apoyarse si llega a sufrir algún tipo de accidente. Por ello, lo más adecuado es que el adulto mayor esté inmerso en diferentes tipos de redes (especialmente extrafamiliares) que estimulen el compromiso y la reciprocidad entre sus integrantes, de modo que el adulto mayor fomente su independencia y, a su vez, reciba asistencia en aquellas tareas que le resulte difícil ejecutar.

Finalmente, un aspecto que conviene mencionar, y en el que algunos artículos coinciden, es la necesidad de identificar y modificar los factores que colocan a los adultos mayores en riesgo de deterioro funcional y muerte, implementando programas institucionales que promuevan e incentiven el compromiso social, las relaciones familiares y con amigos de modo que ayuden a aumentar su actividad social para que generen y fortalezcan sus RAS [64, 70, 71, 73].

De igual manera, sugieren realizar más investigaciones para aclarar los beneficios del apoyo en hombres y mujeres, así como el efecto en la salud de las personas que viven solas, para lo cual, convendría considerar al apoyo social como un método de integración social y trabajo en conjunto, más que un método de ayuda sobreprotectora [70, 71].

Para la realización de la presente revisión sistemática se presentaron una serie de dificultades, en primera instancia se observó que en la mayoría de los estudios sólo se evaluaban los tipos más comunes de apoyo social (el emocional e instrumental), lo cual puede representar una limitación en la forma en cómo se estudia este constructo, pues como ya se ha citado, existen otras variedades de brindar y recibir apoyo, por ello, se recomienda seguir realizando estudios de este tipo, que abran el espectro de las complejas relaciones sociales que pueden beneficiar o afectar a las personas que envejecen.

Por otro lado, haciendo referencia a la funcionalidad física, se pudo identificar que los autores se refieren a ésta como capacidad funcional, estado funcional, funcionamiento físico, entre otros, pero tomando como base la capacidad de realizar Actividades de la Vida Diaria (AVD) ya sea de forma básica o compleja, lo cual se verá reflejado en las habilidades que posee la persona para vivir de manera independiente o en el grado de limitación en la realización de sus actividades diarias.

Se pudo analizar que existe diversidad en los instrumentos utilizados para su evaluación, ya sean escalas, índices, cuestionarios o autoevaluaciones referentes a si la persona poseía o no la capacidad de realizar sus AVD, pero éstas no siempre contaban con validez pues en algunos casos, los cuestionarios fueron diseñados por los mismos investigadores; además de lo anterior, otra de las posibles limitaciones que se lograron reconocer, y que pudieron ser posible fuente de sesgo, es que los instrumentos eran autoadministrados en su mayoría, los cuales, pudieron haber interferido en la recolección de resultados debido a la deseabilidad social que pudieron haber presentado los participantes.

Otro aspecto a resaltar es que para el caso de aquellos estudios que sí coincidieron en la utilización de instrumentos validados (por ejemplo, el índice de Katz, Barthel, Lawton y Brody, entre otros), evaluaron y analizaron los resultados de forma diferente, lo cual también representó una complicación para el presente estudio debido a la gran heterogeneidad de los resultados obtenidos. Un ejemplo son los estudios que se descartaron en la revisión sistemática debido a que sus

análisis de resultados no permitían la comparación con los otros o que no presentaban los datos comparados de cada grupo [74, 75, 76].

Lo anterior podría ser una posible explicación del porqué no se logró definir la naturaleza exacta de la asociación de las RAS, pues como se pudo identificar, sí existe un efecto, sin embargo, existen discrepancias acerca de si ayudan o no a mitigar el riesgo de deterioro funcional físico. Esto coincide en cierta medida con lo que encontraron Kelly *et al.* [58] pues en su revisión sistemática, si bien observaron que existe correlación entre las relaciones sociales con la función cognitiva de los adultos mayores, no pudieron determinar la naturaleza de dicha asociación, por lo cual, sugirieron continuar con las investigaciones.

Es importante resaltar en este punto que, sí existe evidencia sobre la relación entre las RAS y la función cognitiva de los adultos mayores, pero no se lograron encontrar estudios con la funcionalidad física, lo cual también permite advertir, en primera instancia, el estado del conocimiento actual en la relación de ambos constructos.

Además, los resultados obtenidos coinciden con el estudio de Capelli *et al.* [59], pues en su revisión sistemática donde buscaron identificar la asociación entre la vulnerabilidad social y el estado funcional, encontraron que, más que la estructura y el tipo de relación que tiene el individuo, la calidad de la red es la que tiene mayor impacto en la vulnerabilidad la cual, a su vez, repercute en su deterioro funcional. Aunque no se define explícitamente a qué hacen referencia con la calidad.

Por lo anterior, una posible solución sea realizar estudios por cada tipo de apoyo y no de una manera genérica; esto con el fin de identificar cuáles son los tipos de apoyo que resultan adversos pues, como se identificó en un estudio [77], pareciera ser que el apoyo instrumental más que un beneficio, resulta ser un factor de riesgo para la funcionalidad del adulto mayor que no sufre en un principio alguna enfermedad crónica, lo cual, también coincide con los resultados de Capelli *et al.* [59], pues al brindar asistencia diaria y limitar la capacidad del individuo para

realizar sus actividades, puede provocar un efecto irreversible que los autores denominan como “indefensión aprendida”.

De manera general, la indefensión aprendida hace referencia al estado psicológico que se origina cuando el individuo no puede controlar ni predecir aquellos acontecimientos que forman parte de su vida, lo cual, ocasiona que surjan perturbaciones a nivel emocional cognitivo y emocional, llevándolo a su vez, a realizar conductas de pasividad pues cree que nada de lo que haga puede mejorar su situación [78].

Lo anterior deja campo abierto para realizar estudios que tengan por objetivo identificar en qué momento es conveniente brindar dicho apoyo o evaluar las situaciones en las que no represente una amenaza, pues Bisschop *et al.* [77] demostraron que cuando el adulto mayor presenta enfermedades crónicas o limitaciones en la capacidad de realizar sus actividades diarias, se pueden presentar o no efectos positivos sobre el riesgo de deterioro en el funcionamiento físico.

Ahora bien, para el caso de la funcionalidad física, es necesaria la utilización de escalas validadas y estandarizadas que permitan la evaluación óptima de esta variable, o en su defecto, se propone la creación de instrumentos que cumplan estos requisitos y que sean validados en las poblaciones a investigar, pues como ya se ha mencionado, la heterogeneidad de los instrumentos representa un obstáculo significativo.

Además de lo ya mencionado, se sugiere que se realicen estudios que valoren de manera intencionada el efecto de las RAS en el funcionamiento físico, principalmente de cohorte prospectivo y en muestras latinoamericanas para comprender mejor el fenómeno en esta población pues, con la estrategia de búsqueda aplicada, se encontró un bajo número de artículos con estas características.

Existieron también diversas limitaciones, de las cuales, se encuentra como primer punto que la presente revisión sistemática no fue registrada en el

International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), así como también, el bajo número de artículos obtenidos para su análisis y el riesgo de sesgo que presentaron algunos de ellos y que pudieron haber interferido en la interpretación de los resultados.

Un aspecto adicional que pudo haber limitado los resultados obtenidos, es que sólo se utilizó una base de datos de literatura gris (TesiUNAM), dejando de lado otras fuentes que pudieron haber enriquecido la búsqueda, además de las palabras clave que pudieron haber sido insuficientes y no ser capaces de buscar lo que se pretendía encontrar.

Como se ya se mencionó, la forma en cómo se abordan los constructos estudiados, varían ya sea en la definición o en la forma de evaluarlos dependiendo de la región, por ello la heterogeneidad de los datos obtenidos no permitieron la realización de metaanálisis, este resultado también lo obtuvieron Capelli *et al.* y Kelly *et al.* [58, 59] que, si bien las variables que ellos abordaron son diferentes a los del presente estudio, esto significa que aún existen aspectos que deben tomarse en cuenta y mejorarse para poder comprender mejor el fenómeno.

Para hacer frente a dichas limitaciones se recomienda, además de las propuestas ya sugeridas, tener una clara operacionalización de las variables a estudiar, especialmente en las RAS, pues el no tener claro este concepto, puede provocar una serie de confusiones que pudieran obstaculizar el desarrollo de la investigación, o bien, utilizar categorizaciones que permitan el mejor manejo de las definiciones.

Aunado a lo anterior, se sugiere que se amplíe la estrategia de búsqueda a bases de literatura gris (por ejemplo, Google académico, bases de tesis pertenecientes a otras universidades, actas de congresos, entre otros) y palabras clave que sean capaces de abordar este fenómeno.

Conflictos de interés:

Ninguno declarado.

IX. Conclusiones

Por lo anterior, se concluye que:

1. Las redes de apoyo social y la soledad se asocian con el funcionamiento físico de los adultos mayores.
2. No se puede generalizar que las asociaciones tengan efectos positivos o negativos.
3. Si bien aún no ha sido comprobado, existe la posibilidad de que algunos tipos de apoyo social (como el instrumental) representen un factor de riesgo si se brinda en determinados contextos o situaciones.
4. Los hallazgos no refieren de manera importante datos sobre población latinoamericana.
5. Los tipos de apoyo social predominantes fueron instrumental y emocional, lo cual, representa un vacío en el conocimiento en los otros tipos de apoyo.
6. Respecto a las diferencias por sexo, aunque no es generalizable, se advirtió que las mujeres cuentan con redes más fuertes y estables que los varones.
7. Realizar actividades físicas y sociales reduce el riesgo de dependencia funcional y discapacidad.
8. Es fundamental continuar analizando la evidencia científica existente en torno a las redes de apoyo social desde su constructo, operacionalización y contextos de aplicación.

Es necesario considerar todo lo anterior con el fin de I) poder esclarecer las diferencias existentes entre las redes sociales de las RAS, II) adoptar un instrumento de medición estandarizado y validado para evaluar la funcionalidad física que permita la homogeneización de los resultados obtenidos, III) identificar si los tipos de apoyo recibidos, además de presentar un beneficio, podrían considerarse un factor de riesgo asociado a la funcionalidad e independencia y,

como una meta a largo plazo, IV) crear estrategias encaminadas en la preservación y/o desarrollo de la independencia de los adultos mayores.

Gracias a este estudio, se comprueba que sí existe asociación por parte de las Redes de Apoyo Social en la funcionalidad física de los adultos mayores. Sin embargo, debido a la poca distinción entre los tipos de funcionalidad y los tipos de apoyo social, aún no es posible identificar qué tipo de efecto poseen.

X. Referencias

1. Urrútia G, Bonfil X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*. 2010;135(11):507-511. doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015.
2. Letelier LS, Manríquez JM, Rada GG. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev Méd Chile*. 2005;133:246-249. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n2/art15.pdf>
3. Moreno B, Muñoz M, Cuellar J, Domancic S, Villanueva J. Revisiones sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev clin periodoncia implantol rehabili oral*. 2018;11(3):184-186. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>
4. Fau C, Nabzo Solange. Metaanálisis: bases conceptuales, análisis e interpretación estadística. *Rev Mex Oftamol*. 2020;94(6):260-273. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmof/v94n6/0187-4519-rmo-94-6-260.pdf>
5. Díaz RB, Cahua MC. Introducción al metaanálisis tradicional. *Rev Gastroenterol Perú*. 2014;34(1):45-51. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v34n1/a07v34n1.pdf>
6. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. Citado en Díaz RB, Cahua MC. Introducción al metaanálisis tradicional. *Rev Gastroenterol Perú*. 2014;34(1):45-51.
7. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JP, Rothstein HR. Introduction to meta-analysis. Citado en Díaz RB, Cahua MC. Introducción al metaanálisis tradicional. *Rev Gastroenterol Perú*. 2014;34(1):45-51.
8. Bown MJ, Sutton AJ. Quality control in systematic reviews and meta-analyses. Citado en Díaz RB, Cahua MC. Introducción al metaanálisis tradicional. *Rev Gastroenterol Perú*. 2014;34(1):45-51.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

10. Lozano MG. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de población. 1999;5(19):23-41. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>
11. Caribol C. La condition des personnes âgées. Citado en Zetina MG. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de población. 1999;5(19):23-41. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>
12. Erikson EH. El ciclo vital completado. Citado en Zetina MG. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de población. 1999;5(19):23-41. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>
13. Instituto Nacional de Geriatria. Envejecimiento [Internet]. México: Instituto Nacional de Geriatria. 2017 [citado 15 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
14. Aguirre-Gas H, Fajardo-Dolci G, Campos-Castolo EM, Martínez-López J, Rodríguez-Suárez J. Recomendaciones para el cuidado de la salud del adulto mayor. Revista CONAMED. 2009;14(3):44-59. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_jul-sep_2009.pdf
15. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Robledo LM, Stalnikowitz DK. (Eds.) Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción. 3ª ed. México: UNAM; 2015.p. 261-277.
16. Daza KD. Vejez y Envejecimiento. Colombia: Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; 2011.
17. Sánchez, C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con las variables demográficas, psicosociales y psicológicas. Citado en Daza KD. Vejez y Envejecimiento. Colombia: Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; 2011.

18. Zavala VM. Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. Renglones. 2010;62:159-181. Disponible en [http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica Montes de Oca.pdf?PHPSESSID=0295bcba869bf7154cf2a9ac0063f5b](http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?PHPSESSID=0295bcba869bf7154cf2a9ac0063f5b)
19. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002;37(S2):74-105. Disponible en https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
20. Engler TA. Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En: Engler TA, Peláez MB. (Eds.) Más Vale por Viejo. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.p.23-64. Disponible en <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/M%C3%A1s-vale-por-viejo-Lecciones-de-longevidad-de-un-estudio-en-el-Cono-Sur.pdf>
21. Larraín PM. Envejecimiento saludable [Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; s.f. Disponible en: <https://facultadmedicina.uc.cl/publicacion/envejecimiento-saludable/> (acceso el 2 de agosto de 2021).
22. Mendoza-Núñez VM, Vivaldo-Martínez M. y Martínez-Maldonado ML. Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56: 110-119.
23. Vargas GT. El uso del término “redes sociales” y algunas confusiones. Investig bibl. 2008;22(45): 7-9. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2008000200001
24. Reyes RG. Capital social: una revisión introductoria a sus principales conceptos. Rev latinoam cienc soc niñez juv. 2009;7(2): 1731-1747. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131127045621/art.RodrigoGonzalez.pdf>

25. Ramírez JR y González EH. ¿Tenía razón Coleman? Acerca de la relación entre capital social y logro educativo. Sinéctica. 2012;(39). Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2012000200005
26. Sluzki CE. La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Barcelona: Gedisa; 1996. Disponible en <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/03social/wainstein/primer%20cuatrimestre%202020/Unidad%209/Sluzki%20-%20La%20red%20social.pdf>
27. Borrero CL. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. Hacia la Promoción de la Salud. 2008;13:42-58.
28. Litwin H, DSW. Social network type and morale in old age. Gerontologist. 2001;41(4):516-524. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/4/516/600718>
29. Guzmán JM, Huenchuan S, De Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas Pobl. 2003;29(77):35-70. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Bravo ME, Puga D, Martín M. Asociación 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(6):637-651. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Montes de Oca V, de la Concha LM. Las redes sociales como determinantes de la salud. En: Robledo LM, Stalnikowitz DK. (Eds.) Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción. 3ª ed. México: UNAM; 2015.p. 261-277.

32. Instituto Nacional de Mujeres. Como funcionan las redes de apoyo familiar y social en México [Internet]. México: Gobierno de la República; 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
33. Montes de Oca VM. Las redes de apoyo social: definiciones y reflexiones para gerontólogos. En: Trujillo Z, Becerra M, Rivas MS. Visión Gerontológica/Geriátrica. México: McGraw Hill; 2008.p.57-65. Disponible en http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/envejece_7.pdf?PHPS ESSID=0295bcba869bf7154cf2a9ac0063f5bb
34. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. Annu. Rev. Sociol. 2008;34:405-429. Disponible en <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
35. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychol Bull. 1996;119(3):488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488.
36. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. J Behav Med. 2006;29(4):377-87. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5.
37. Montes de Oca V. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO; 1999. Disponible en <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/envejdemo.pdf?PHPSESSID=0295bcba869bf7154cf2a9ac0063f5bb>
38. Adler-Lomnitz L. Redes Sociales, Sultura y Poder: Ensayos de Antropología Latinoamericana. México: FLACSO México; 1994.
39. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. [Internet]. México: Gobierno de la República; 2020. Disponible en:

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>

40. Ayende MS. El apoyo social informal. La atención de los anciano: un desafío para los años noventa. Citado en Guzmán JM, Huenchuan S, De Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas Pobl.* 2003;29(77):35-70. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Wenger GC. Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging Ment. Health.* 1997;1(4):311-320. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607869757001>
42. World Health Organization. *The International Classification Functioning, Disability and Health.* Geneva: WHO; 2001. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5432648&pid=S1135-5727200900060000200001&lng=es
43. Nieto LP, Fuster AP. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En Martínez JF, Fuster AP, García L. (Eds.) *Geriatría.* México: McGraw Hill; 2009.p. 32-53.
44. González-Celis Rangel AL. La autoeficacia en las actividades cotidianas. En: Gutiérrez-Robledo LM, Kershenobich-Stalnikowitz DK. (Eds.) *Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción.* 3ª ed. México: UNAM; 2015.p. 179-191.
45. Parra MS. Adultos mayores funcionales en Chile. *Enfermería.* 2003;3(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4553#:~:text=El%20concepto%20de%20funcionalidad%20geri%C3%A1trica,e%20instrumentales%20%5Bcocinar%2C%20realizar%20las>
46. Pinedo LV, Jimeno HC, Cano MG, Silva FM. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana.* 2005;16(3):165-171. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029547002>

47. Abascal NP, Del Nozal JM. Valoración Geriátrica como instrumento. En Sociedad española de geriatría y gerontología. *Manual del Residente en Geriatría*. Madrid: Gráficas Marte, S.L; 2011.p. 15-23. Disponible en <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
48. Norori ML. Texto Básico de Geriatría y Gerontología. Managua: Editorial Universitaria Tutecotzimi; 2016.p. 31-39. Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/3947/1/TEXTO%20BASICO%20DE%20GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA.pdf>
49. Ferrín MT. Escala de Lawton y Brody Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Disponible en: <https://meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
50. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Social Participation and the Prevention of Decline in Effectance among Community-Dwelling Elderly: A Population-Based Cohort Study. PLoS One. 2015;10(9). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4583439/#pone.0139065.ref003>
51. Cabeza AS. Discapacidad, deficiencia y estado de salud. En Calenti M. Gerontología y geriatría. México: Editorial médica panamericana; 2012.p. 125-146.
52. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y Secretaría de Salud. Principios de abordaje gerontológico en la persona adulta mayor intervenciones básicas. México: Cinvestav/CEPAPRECE/Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf
53. González-Celis Rangel AL, Madrigal VA. Comportamiento generativo y su efecto en la calidad de vida en adultos mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2016;19(1):171-193. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/54899>

54. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las Personas Adultas Mayores en México [Internet]. México: Inmujeres/Gobierno de la República; 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf (acceso el 28 de mayo de 2021).
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad [Internet]. México: INEGI; 2016. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
56. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (acceso el 28 de mayo de 2021).
57. Bravo ME, 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;82:637-651. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2008.v82n6/637-651/es>
58. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(1):259. doi: 10.1186/s13643-017-0632-2. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0632-2>
59. Cappelli M, Boedonali A, Giannotti C, Montecucco F, Nencioni A, Odetti P, et al. Social vulnerability underlying disability amongst older adults: a systematic review. *EJCI.* 2020;50:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eci.13239>
60. Rutter EC, Tyas SL, Maxwell CJ, Law J, O'Connell ME, Konnert CA, et al. Association between functional social support and cognitive function

- in middle-aged and older adults: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*. 2020;10:1-5. doi:10.1136/bmjopen-2020-037301
61. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores (1º de octubre) [Internet]. México: INEGI; 2021 [citado 13 de octubre 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6815>
62. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez. México: INAPAM; 2019 [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
63. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. La declaración PRISMA 2020: una directriz actualizada para la presentación de exámenes sistemáticos. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
64. Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 2012;172(14):1078-1083. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993.
65. Ma L, Sun F, Tang Z. Social frailty is associated with physical functioning, cognition, and depression, and predicts mortality. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(8):989-995. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-018-1054-0>
66. O'Súilleabháin PS, Gallagher S, Steptoe A. Loneliness, living alone, and all-cause mortality: the role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. *Psychosom Med*. 2019;81(6):521-526. doi: 10.1097/PSY.0000000000000710.
67. Domènech-Abella J, Mundó J, Switers L, van Tilburg T, Fernández D, Aznar-Lou I. Social network size, loneliness, physical functioning and depressive symptoms among older adults: examining reciprocal associations in four waves of the longitudinal aging study Amsterdam (LASA). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36(10):1541-1549. doi: 10.1002/gps.5560.

68. Hajek A, Brettschneider C, Eisele M, Mallon T, Oey A, Wiese B, et al. Social Support and Functional Decline in the Oldest Old. *Gerontology*. 2021;1-9
69. Kemp FM, Acheson RM. Care in the community-elderly people living alone at home. *Comunidad Med*. 1989;11(1):21-6.
70. Escobar Vázquez MA. Efectos del apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos. [tesis de licenciatura]. Estado de México: Carrera de psicología, FES "Iztacala", UNAM; 2002.
71. Shu-Chuan JY, Sing KL. Living alone, social support and feeling lonely. *Soc Behav Pers*. 2004;32(2):129-138.
72. Chen Y, While AE, Hicks A. Physical activity among older people living alone in Shanghai, China. *HEJ*. 2015;74(2):156-167.
73. Mendoza-Núñez VM, González-Mantilla F, Correa-Muñoz E, Retana-Ugalde R. Relationship between Social Support Networks and Physical Functioning in Older Community-Dwelling Mexicans. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):993.
74. Noguchi T, Kondo K, Saito M, Nakagawa-Senda H, Suzuki S. Community social capital and the onset of functional disability among older adults in Japan: a multilevel longitudinal study using Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) data. *BMJ Open*. 2019;9. doi:10.1136/bmjopen-2019-029279
75. Chen Y, While AE. Older people living alone in Shanghai: A questionnaire survey of their life experience. *Comunidad Health Soc Care*. 2018;27:260-269.
76. An S, Jang Y. The role of the social capital in the relationship between physical constraint and mental distress in older adults: a latent interaction model. *Aging & mental health*. 2018;22(2):245-249. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1247431>
77. Bisschop MI, Kriegsman DMW, van Tilburg TG, 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: the longitudinal aging study Amsterdam. *Aging Clin Exp Res.* 2003;15(2):164-173. doi: 10.1007/BF03324496.

78. Bernaola L. Estudio correlacional entre estilos de crianza e indefensión aprendida en estudiantes del quinto y sexto grado de primaria de la institución educativa no. 2013. En Rivera IG, Díaz-Loving R. Desarrollo y análisis psicométrico del inventario de indefensión aprendida en la pareja. *Psicología Iberoamericana.* 2015;23(1):58-65.

XI. Anexos

Anexo 1 Lineamientos PRISMA

Sección/tema	#	Elemento de lista de comprobación	Reportado en la página #
Título			
Título	1	Identifique el informe como una revisión sistemática, un metaanálisis o ambos.	1
Resumen			
Resumen estructurado	2	Proporcione un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuentes de datos; criterios de elegibilidad del estudio, participantes e intervenciones; estudiar métodos de evaluación y síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos clave; número de registro de revisión sistemática.	6
Introducción			
Fundamento	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce.	7
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de las preguntas que se abordan con referencia a los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño del estudio (PICOS).	8
Métodos			
Protocolo y registro	5	Indique si existe un protocolo de revisión, si se puede acceder a él y dónde (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, proporcione información de registro, incluido el número de registro.	--
Criterios de admisibilidad	6	Especifique las características del estudio (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y las características del informe (por ejemplo, años considerados, idioma, estado de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad, dando la justificación.	54
Fuentes de información	7	Describa todas las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos con fechas de cobertura, contacto con los autores de los estudios para identificar estudios adicionales) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda.	54
Búsqueda	8	Presente una estrategia de búsqueda electrónica completa para al menos una base de datos, incluidos los límites utilizados, de modo que pueda repetirse.	55-56

Selección de estudios	9	Indique el proceso para seleccionar los estudios (es decir, la selección, la elegibilidad, incluido en la revisión sistemática y, si corresponde, incluido en el metaanálisis).	57, 98
Proceso de recopilación de datos	10	Describir el método de extracción de datos de los informes (por ejemplo, formularios piloto, independientemente, por duplicado) y cualquier proceso para obtener y confirmar los datos de los investigadores.	57
Elementos de datos	11	Enumere y defina todas las variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, PICOS, fuentes de financiamiento) y cualquier suposición y simplificación realizada.	--
Riesgo de sesgo en estudios individuales	12	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales (incluida la especificación de si esto se hizo a nivel de estudio o de resultado), y cómo se utilizará esta información en cualquier síntesis de datos.	57
Medidas de síntesis	13	Indique las principales medidas de resumen (por ejemplo, cociente de riesgos, diferencia de medias).	--
Síntesis de resultados	14	Describa los métodos de manejo de datos y combinación de resultados de estudios, si se realizan, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I ²) para cada metaanálisis.	--

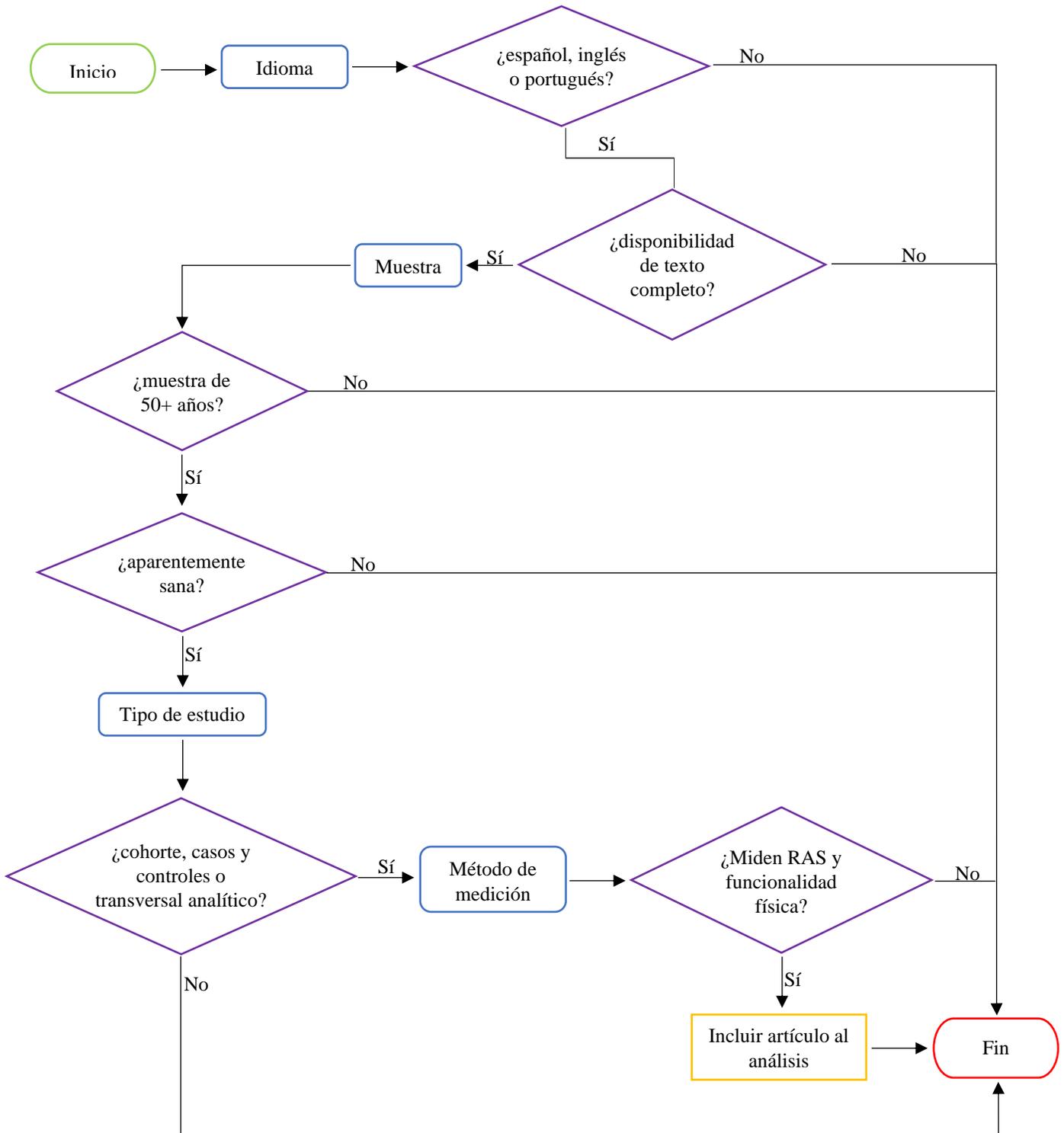
Sección/tema	#	Elemento de lista de comprobación	Reportado en la página #
Riesgo de sesgo en todos los estudios	15	Especifique cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ejemplo, sesgo de publicación, informe selectivo dentro de los estudios).	57
Análisis adicionales	16	Describa los métodos de análisis adicionales (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, meta-regresión), si se han realizado, indicando cuáles fueron pre-especificados.	--
Resultados			
Selección de estudios	17	Proporcione números de estudios examinados, evaluados para la elegibilidad e incluidos en la revisión, con razones para las exclusiones en cada etapa, idealmente con un diagrama de flujo.	59
Características del estudio	18	Para cada estudio, presente las características para las que se extrajeron los datos (por ejemplo, tamaño del estudio, PICOS, período de seguimiento) y proporcione las citas.	61-70
Riesgo de sesgo dentro de los estudios	19	Presente datos sobre el riesgo de sesgo de cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del nivel de resultado (ver ítem 12).	71

Resultados de estudios individuales	20	Para todos los resultados considerados (beneficios o daños), presente, para cada estudio: (a) resumen simple de los datos para cada grupo de intervención, (b) estimaciones de efectos e intervalos de confianza, idealmente con un <i>forest plot</i> .	--
Síntesis de resultados	21	Presentar los resultados de cada metaanálisis realizado, incluyendo intervalos de confianza y medidas de consistencia.	--
Riesgo de sesgo en todos los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del sesgo en todos los estudios (véase Ítem15).	--
Análisis adicional	23	Dar resultados de análisis adicionales, si se realizan (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, meta-regresión [ver Ítem 16]).	--
Discusión			
Resumen de las pruebas	24	Resuma los principales hallazgos, incluida la solidez de la evidencia para cada resultado principal; considere su relevancia para los grupos clave (por ejemplo, proveedores de atención médica, usuarios y responsables políticos).	74
Limitaciones	25	Discuta las limitaciones a nivel de estudio y resultado (por ejemplo, riesgo de sesgo) y a nivel de revisión (por ejemplo, recuperación incompleta de la investigación identificada, sesgo de notificación).	80
Conclusiones	26	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas e implicaciones para futuras investigaciones.	80
Financiamiento			
Financiamiento	27	Describa las fuentes de financiamiento para la revisión sistemática y otro tipo de apoyo (por ejemplo, el suministro de datos); papel de los financiadores para la revisión sistemática.	81

De: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Para obtener más información, visite: www.prisma-statement.org.

Anexo 2 Criterios de elegibilidad para los artículos



Anexo 3. Artículos excluidos en la revisión de texto completo

Referencia	Revista	Motivo de exclusión
Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social raltions? A longitudinal study of non-disabled men and women. Age Ageing. 2010;39(3):319-26. doi: 10.1093/ageing/afq020.	Age and Ageing	Evaluaron discapacidad
Beller J, Wagner A. Disentangling loneliness: differential effects of subjective loneliness, network quality, network size, and living alone on physical, mental, and cognitive health. J Aging Health. 2018;30(4):521-539. doi: 10.1177/0898264316685843	J Aging Health	No cumple con la edad mínima
Kim S, Choe K, Lee K. Depression, loneliness, social support, activities of daily living, and life satisfaction in older adults at high-risk of dementia. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9448. doi: 10.3390/ijerph17249448.	Int. J. Environ. Res. Public Health	Población con inicios de demencia
Pan Y, Chan SHW, Xu Y, Yeung KC. Determinants of life satisfaction and self-perception of ageing among elderly people in China: An exploratory study in comparison between physical and social functioning. Arch Gerontol Geriatr. 2019;84:103910. doi: 10.1016/j.archger.2019.103910	Arch Gerontol Geriatr;	No evalúa funcionalidad física
Cornwell B, Laumann EO. The health benefits of network growth: new evidence from a national survey of older adults. Soc Sci Med. 2015;125:94-106. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.011	Soc Sci Med	
Shariff-Ghazali S, Yoke MC, Tengku AH, Shahar S, Devinder KA. Associations between falls and psychosocial factors, self-rated health, disability and sleep among community dwelling older people in Malaysia.	Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics	No reportaron resultados de funcionalidad física ni RAS

Journal of Clinical Gerontology y Geriatrics. 2018;9(3):85-90. doi: https://doi.org/10.24816/jcgg.2018.v9i3.03		
Bisschop MI, Kriegsman DM, van Tilburg TG, Penninx BW, van Eijk JT, Deeg DJ. The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: the longitudinal aging study amsterdam. Aging Clin Exp Res. 2003;15(2):164-173. doi: 10.1007/BF03324496	Aging Clin Exp Res	Evalúa la funcionalidad respecto a las enfermedades
Chen Y. Older people living alone in Shanghai: A questionnaire survey of their life experience. Health and Social care in the community. 2018;1-10. doi: 10.1111 / hsc.12648	Health and Social care in the community	
Noguchi T, Kondo K, Saito M, Nakagawa-Senda H, Suzuki S. Community social capital and the onset of functional disability among older adults in Japan: a multilevel longitudinal study using Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) data. BMJ Open. 2019;9(10):e029279. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029279	BMJ Open	Su análisis no permite la comparación con los otros estudios
An S, Jang Y. The role of social capital in the relationship between physical constraint and mental distress in older adults: a latent interaction model. Aging Ment Health. 2018;22(2):245-249. doi: 10.1080/13607863.2016.1247431	Aging & Mental Health	No representa los datos comparados

Anexo 4. Análisis de sesgo

VALORACIÓN DE SESGO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Número de registro:

Autor año:

Título:

ESCALA DE NEWCASTLE-OTTAWA:

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES Y TRANSVERSALES ANALÍTICOS

Nota: Un estudio puede recibir un máximo de **una estrella por cada elemento numerado** dentro de las categorías de **Selección y Exposición**. Se puede dar un **máximo de dos estrellas** por **Comparabilidad**.

Selección

1) ¿Es adecuada la definición de caso?

- a) sí, con validación independiente ✱
- b) sí, por ejemplo, vinculación de registros o basado en autoinformes
- c) sin descripción

2) Representatividad de los casos

- a) series de casos consecutivas u obviamente representativas ✱
- b) potencial de sesgos de selección o no declarado

3) Selección de controles

- a) controles comunitarios ✱
- b) controles hospitalarios
- c) sin descripción

4) Definición de controles

- a) sin antecedentes de enfermedad (criterio de valoración) ✱
- b) sin descripción de la fuente

Comparabilidad

1) Comparabilidad de casos y controles sobre la base del diseño o análisis

- a) estudie los controles para _____ (Seleccione el factor más importante) ✱
- b) estudiar controles para cualquier factor adicional ✱ (Este criterio podría modificarse para

indicar un control específico para un segundo factor importante).

Exposición

1) Comprobación de la exposición

- a) registro seguro (por ejemplo, registros quirúrgicos) ✱
- b) entrevista estructurada segada para los casos/controles ✱
- c) entrevista no cegada al estado de caso / control
- d) autoinforme escrito o registro médico únicamente
- e) sin descripción

2) Mismo método de verificación para casos y controles

- a) si ✱
- b) no

3) Tasa de no respuesta

- a) la misma tasa para ambos grupos ✱
- b) los que no respondieron describieron
- c) tasa diferente y sin designación

ESTUDIOS DE COHORTES

Nota: Un estudio puede recibir un **máximo de una estrella** por **cada elemento** numerado dentro de las categorías de **Selección y Resultado**. Se puede otorgar un **máximo de dos estrellas** por **Comparabilidad**.

Selección

1) Representatividad de la cohorte expuesta

- a) verdaderamente representativo del _____ promedio (describir) en la comunidad ✱
- b) algo representativo del _____ promedio en la comunidad ✱
- c) grupo seleccionado de usuarios, por ejemplo, enfermeras, voluntarios
- d) ninguna descripción de la derivación de la cohorte

2) Selección de la cohorte no expuesta

- a) extraído de la misma comunidad que la cohorte expuesta ✱
- b) extraído de una fuente diferente
- c) ninguna descripción de la derivación de la cohorte no expuesta

3) Comprobación de la exposición

- a) registro seguro (por ejemplo, registros quirúrgicos) ✱
- b) entrevista estructurada ✱
- c) autoinforme escrito
- d) sin descripción

4) Demostración de que el resultado de interés no estaba presente al inicio del estudio.

- a) si ✱

b) no

Comparabilidad

1) Comparabilidad de cohortes sobre la base del diseño o análisis

a) estudie los controles para _____ (seleccione el factor más importante) *

b) estudiar controles para cualquier factor adicional * (Este criterio podría modificarse para indicar un control específico para un segundo factor importante)

Desenlace (outcome)

1) Evaluación del resultado

a) evaluación ciega independiente *

b) vinculación de registros *

c) autoinforme

d) sin descripción

2) ¿El seguimiento fue lo suficientemente largo como para que ocurrieran los resultados?

a) sí (seleccione un período de seguimiento adecuado para el resultado de interés) *

b) no

3) Adecuación del seguimiento de cohortes

a) seguimiento completo - todos los sujetos contabilizados *

b) es poco probable que los sujetos perdidos durante el seguimiento introduzcan sesgo - un pequeño número perdido -> ____% (seleccione un% adecuado) seguimiento o descripción proporcionada de los perdidos) *

c) tasa de seguimiento < ____% (seleccione un% adecuado) y ninguna descripción de los perdidos

d) sin declaración

Máximo 9 puntos (estrellas)

- Calidad buena: 3 o 4 estrellas en el dominio de selección y 1 o 2 estrellas en el dominio de comparabilidad y 2 o 3 estrellas en el dominio de resultados/exposición.
- Calidad regular: 2 estrellas en el dominio de selección y 1 o 2 estrellas en el dominio de comparabilidad y 2 o 3 estrellas en el dominio de resultados/exposición.
- Calidad mala: 0 o 1 estrella en el dominio de selección o 0 estrellas en el dominio de comparabilidad o 0 o 1 estrellas en el dominio de resultados/exposición.

a) Riesgo de sesgo bajo (buena calidad) 8-9 puntos (estrellas)

b) Riesgo de sesgo moderado (calidad regular) 5-7 puntos (estrellas)

c) Riesgo de sesgo alto (calidad baja) <5 (estrellas)

PARA LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO DE ANÁLISIS DE TODOS LOS ESTUDIOS EVALUADOS, REVISE LOS EJEMPLOS DE LOS CUADROS DE LA PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE SESGO PARA ESTUDIOS DE: (i) COHORTE, (ii) CASOS Y CONTROLES Y TRANSVERSALES ANALÍTICOS.