



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR
ZUBIRÁN"

Asociación del aislamiento social y soledad con la
funcionalidad en una población de adultos mayores de la
comunidad en la Ciudad de México

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

PRESENTA:
ATLAI CASTILLO HEREDIA

TUTOR DE TESIS
DR. JORGE ANTONIO REYES GUERRERO
MEDICO ADSCRITO DE GERIATRIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2014



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.

INDICE

Portada	1
Firmas	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	7
Introducción	9
Antecedentes	9
Planteamiento del problema	12
Justificación	12
Hipótesis	12
Objetivos	13
Material y métodos	13
Estrategia de descripción y análisis estadístico	16
Consideraciones éticas	16
Resultados	16
Discusión	20
Conclusiones	20
Referencias bibliográficas	21
Anexos	23

DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

INCMNSZ

DR. EMILIO JOSÉ GARCÍA MAYO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRÍA

INCMNSZ

DR. JORGE ANTONIO REYES GUERRERO

TUTOR DE TESIS

INCMNSZ

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la bendición de la vida y a su Apóstol Samuel Joaquín Flores, mediante el cual todo es posible, por su oración e intercesión, soy lo que soy y todo lo tengo por él.

A mi madre, que por su esfuerzo, dedicación y amor, he logrado todo lo que me he propuesto, que Dios te siga bendiciendo.

A mi padre, por ser apoyo en lo que he necesitado.

A mi hermano, por ser ayuda y apoyo en todo lo que he emprendido.

A todos mis hermanos en Cristo, los que me han apoyado desde mi niñez y siempre me llevan en sus plegarias.

Al Dr. Ávila, Juan, Paty, al Dr. Mena y al Dr. García Mayo, que me han enseñado Geriátrica, además del cuidado y atención de los pacientes.

Al Dr. Ávila y a Juan, por su apoyo y ayuda en la realización de esta tesis.

RESUMEN

Con el aumento en la longevidad y la movilidad geográfica de los adultos mayores, existe un número mayor que viven solos y experimentan aislamiento en sus relaciones sociales. Aislamiento social es la carencia objetiva de relaciones e interacción social, mientras que la soledad se refiere a la forma en que la persona percibe su falta de relación con otras personas y que genera estrés. La presencia de ambas condiciones se ha asociado con mayor mortalidad, morbilidad y mala calidad de vida. Sin embargo, hasta el momento no se ha evaluado esta asociación entre estos dos factores y la funcionalidad de adultos mayores.

Investigar si la presencia de aislamiento social y/o soledad se asocia con la disminución en la capacidad de realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentadas de la vida diaria (AIVD) en una población de adultos mayores.

Estudio transversal de 858 sujetos de 70 años y más participantes en el Estudio de Marcadores Nutricios y Psicosociales del síndrome de Fragilidad. Se consideró como aislamiento social si respondían negativamente a 2 o más de los siguientes enunciados: 1) estar casado o en unión libre; 2) tener contacto con amigos; 3) tener contacto con familia; 4) tener contacto con hijos y 5) participación en actividades recreativas o religiosas. La percepción de soledad se evaluó de acuerdo a las siguientes preguntas: ¿Con qué frecuencia te sientes sin compañía?, ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? Y ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de otros? Las respuestas se califican de acuerdo a su frecuencia: casi nunca 1 punto, algunas veces 2 puntos y frecuentemente 3 puntos, considerando la presencia de soledad con 6 o más puntos. Las ABVD se evaluaron con la escala de Katz (incluye baño, vestido, transferencias, uso de sanitario, continencia y alimentación) y las AIVD con escala de Lawton (uso de teléfono, transporte, medicamentos, finanzas, compras, cocina, hogar y lavandería). Modelos de regresión lineal fueron construidos para el estudio de la asociación entre aislamiento social y soledad con las ABVD y AIVD, los cuales fueron ajustados por edad, género, enfermedades crónicas, déficit visual y auditivo.

La edad media fue de 78.2 ± 6.1 y 55% fueron mujeres. Se encontró que por cada unidad de aumento en el puntaje de "aislamiento social" hubo una disminución en las ABVD por un factor de 0.24 ($p=0.04$) y que por cada unidad de incremento en el puntaje de percepción de soledad había una disminución en el puntaje de la escala de las ABVD de 0.33 ($p=0.002$). No se encontró asociación entre el aislamiento social y/o la soledad con las AIVD.

Hubo una asociación entre el aislamiento social y la soledad con las funciones básicas de la vida diaria en los adultos mayores de este estudio. Esta asociación se presentó de manera independiente, ya que no se encontró correlación entre aislamiento social y soledad. Esta asociación no había sido evaluado en nuestra población y en la literatura sólo existe un estudio que incluyo soledad y ABVD por lo que es necesario considerar estos factores sociales que influyen en los adultos mayores.

ABSTRACT

Longevity and geographic mobility in the elderly are increasing, for this reason there are older people living alone and experience isolation in social relations. Social isolation is the objective lack of social relation and interaction meanwhile loneliness is the way the person perceives the little relation with people and cause stress. These two conditions were associated with mortality, morbidity and poor quality of life. Little is known about social isolation and loneliness associated with functionality in the elderly.

To investigate if social isolation and/or loneliness were associated with a less capacity to do activities of daily living basic (ADL) and instrumented (IADL) in elderly people.

This is a cross-sectional study of 858 participants of 70 years and older, from the Mexican Study of Nutritional and Psychosocial Markers of Frailty. We consider social isolation if a person answer negatively to 2 or more of these sentences; 1) being married or common law marriage; 2) have contact with friends; 3) have contact with family; 4) have contact with sons and 5) participate in religious and recreational activities. Loneliness perception was evaluated according these questions: How frequently you lack company? How frequently you feel excluded? And how frequently you feel isolated from others? The answers were graded according the frequency: rarely 1 point, sometimes 2 points and frequently 3 points, considering loneliness if sum 6 or more points. For ADL we used Katz scale (include bath, dress, transfers, continence and feed) and IADL with Lawton scale (telephone, transport, medicine, financial, shop, cook, house and laundry uses). Lineal regression models were constructed for the study of the association between social isolation and loneliness with ADL and IADL, and were adjusted for age, sex, and chronic diseases, visual and hearing impairment.

The median age was 78.2 ± 6.1 and 55% were women. We found that for each unit increase in the scale of social isolation was a decrease in the scale of ADL with a factor of 0.24 ($p=0.04$) and for each unit increase in the scale of loneliness was a decrease in the scale of ADL of 0.33 ($p=0.002$). We did not find association between social isolation and loneliness with IADL.

There was an association between social isolation and loneliness with the activities of daily living in the elderly of the study. This association was independently because we did not find correlation between social isolation and loneliness. This association was not analyzed in our population and in the literature there is only a study between loneliness and ADL, for this reason in necessary considers social factors that influences in the elderly.

INTRODUCCIÓN

México como la gran mayoría de países en vías de desarrollo se encuentra en un proceso de transición demográfica que se manifiesta en si cada vez mayor envejecimiento poblacional. Esto de acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1990 los adultos mayores de 60 años representaban el 6.2% de la población general, para el 2010 era el 9.1%¹ y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que para 2050 será 21.5%^{2,3}. En cuanto a la epidemiología de este grupo etario se encuentra que presenta mayor mortalidad⁴ y mayor presencia de comorbilidades cuando se compara con la población general⁵. Además los mayores de 60 años que reportan una discapacidad corresponde a un 20.7 de todos los adultos mayores y de estas casi un 70% reconoció incapacidad para caminar o moverse⁶.

Con el aumento de la longevidad y la movilidad geográfica de los ancianos, cada vez existe un número mayor que vive solo y experimenta aislamiento de relaciones sociales importantes⁷.

ANTECEDENTES

El aislamiento social es la carencia objetiva de relaciones e interacción social significativa y comunicación sostenida o tener mínimo contacto con familia o la comunidad en general^{8,9,10}. Mientras que la soledad se refiere a la forma en que la persona percibe, experimenta y evalúa la falta de comunicación con otras personas que genera un sentimiento subjetivo estresante^{8,9,10}. Se ha encontrado que la soledad y el aislamiento social son predictores de un pobre estado de salud^{8,9,10,11}. Entre 13.5 a 49.8% de los mayores de 60 años presenta aislamiento social^{12,13} y 12.8% percibe soledad, ambos predominando en el género femenino¹². En nuestro país solo existe un reporte de características sociales en pacientes adultos mayores con depresión, destacando que el 47.2% nunca se casaron, 6.6% vivían solos, 3.2% no tenían familiares cercanos y hasta un 78.4% no tenían amistades, lo que se manifestaba en una peor percepción de calidad de vida¹⁴. En un análisis del estudio de Marcadores

Nutricios y Psicosociales de Fragilidad se encontró que las personas que no tenían pareja aumentaban el riesgo de tener prefragilidad en un 48% y hasta un 99% de fragilidad¹⁵. En esta misma cohorte se analizaron otras características sociales que pudieran asociarse a la fragilidad como el apoyo financiero, apoyo en actividades instrumentadas, presencia de familiares o amistades en el vecindario y si alguno de estos podría apoyarlo, no encontró asociación en ninguna de estas¹⁶.

Para poder estudiar la presencia del aislamiento social se han creado escalas que a través del puntaje pueden identificar aquellas personas que están en esa situación, una de ellas es la publicada por Shankar en 2011 que toma en consideración el estado civil, el contacto con amigos, contacto con familia, contacto con hijos y participación en actividades sociales, por cada respuesta negativa se asigna un punto, considerando la presencia de aislamiento en aquellos que tienen más de 2 puntos⁸.

La soledad al ser una percepción personal se ha evaluado a través de cuestionarios, uno de ellos que fue publicado por Hughes en 2004, es una versión corta de la escala de soledad de la UCLA que se reduce a 3 preguntas las que son: ¿Con qué frecuencia te sientes sin compañía?, ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? Y ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de otros? Con 3 opciones de respuesta casi nunca 1 punto, algunas veces 2 puntos y frecuentemente 3 puntos, con puntajes mayores indicando mayor soledad, habitualmente más de 6 puntos¹⁷.

La funcionalidad puede ser evaluada mediante actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Para este estudio se utilizó la escala de Katz para actividades básicas, que son las fundamentales para que el individuo pueda sobrevivir sin ayuda de la comunidad, estas incluyen las acciones de autocuidado como baño, vestido, uso del sanitario, transferencias, continencia y alimentación¹⁸. La escala de Lawton se utilizó para las actividades instrumentadas que como su nombre la indica requieren la utilización de algún objeto; como uso del teléfono, del transporte público, manejo de finanzas, realizar compras, toma de medicamentos, cocinar, cuidados del hogar y lavandería¹⁹. Las dos escalas asignan un punto por cada actividad que realiza la persona^{18,19}.

El estudio de Marcadores Nutricios y Psicosociales del Síndrome de Fragilidad publicado por Ávila en 2011 es una cohorte que se realizó con adultos de 70 años y más de la comunidad, que radican en la Ciudad de México, específicamente en la delegación Coyoacán²⁰.

Shankar en 2013 realizó un análisis del aislamiento social y soledad en relación con la función cognitiva con 6034 adultos con una edad promedio de 65.6 años, que encontró que el aislamiento social se asociaba positivamente con la percepción de soledad⁸.

Conroy en 2010 realizó un estudio que buscaba asociar el deterioro cognitivo, soledad, aburrimiento, relaciones sociales y depresión en 802 adultos mayores de 65 años no pudo encontrar asociación estadísticamente significativa²¹.

Stephoe en 2012 buscó asociar aislamiento social y soledad con el incremento de la mortalidad, analizó 6500 adultos mayores de 52 años, encontrando correlación positiva y un 26% de riesgo de mortalidad, que fue estadísticamente significativo. Aunque al hacer el ajuste la asociación perdió significancia estadística²².

Coyle en 2012 analizó el aislamiento social, soledad y estado de salud en 11825 adultos mayores de 50 años, encontró que no existía correlación entre ellos. Resultó que el aislamiento social se correlacionaba con un peor estado de salud y la soledad con la presencia de problemas de salud mental¹⁰.

Tomaka en 2006 estudió a 755 adultos mayores de 60 años para identificar la asociación entre aislamiento social y soledad en relación a desenlaces de salud. Encontró que se asociaba a la presencia de enfermedades con las redes de apoyo, aunque no se pudo establecer la dirección del efecto¹¹.

Strawbridge en 1998 a través de la cohorte del condado de Alameda analizó a 574 personas con edad en promedio de 74 años que identificó factores asociados a la fragilidad, encontró que el aislamiento social se incrementaba en un 66%²³.

Planteamiento del problema

La asociación teórica entre la presencia de aislamiento social y la percepción de soledad ha tenido resultados distintos en los estudios previamente reportados. Se han determinado distintos desenlaces de salud en los adultos mayores con estas asociaciones. El efecto de estos dos determinantes con la funcionalidad prácticamente no se ha analizado por lo que surge el interés en analizar esta asociación que contribuiría a ampliar el conocimiento en nuestra población. Se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿La presencia de aislamiento social y soledad se asociará a disminución de la funcionalidad medida por actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria en adultos mayores de la comunidad?

Justificación

El aislamiento social y la soledad pueden ser evaluados de una manera sencilla a través de las características propias del paciente y mediante cuestionarios que nos identifican, que pacientes están en esa situación. Corroborar la asociación del aislamiento social con la presencia de soledad permitirá profundizar en el estudio de estos determinantes sociales importantes en la salud de los adultos mayores que han tenido resultados controversiales. Además el identificarlos como factores asociados a pérdida de la funcionalidad dará nueva información en nuestra población.

Hipótesis

La presencia de aislamiento social y soledad se asociará a disminución de la funcionalidad medida por actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria en adultos mayores de la comunidad en la Ciudad de México.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Investigar si la presencia de aislamiento social y soledad se asocia a disminución en funcionalidad de una población de adultos mayores participantes en el Estudio de Marcadores Nutricios y Psicosociales del Síndrome de Fragilidad

OBJETIVO SECUNDARIO:

Evaluar si existe la misma asociación cuando se toman de manera independiente la presencia de aislamiento social y soledad en la funcionalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Análisis transversal anidado en una cohorte prospectiva

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO:

Adultos de 70 años y más de la comunidad, participantes en Estudio de Marcadores Nutricios y Psicosociales del Síndrome de Fragilidad que radican en la ciudad de México, específicamente en la delegación Coyoacán.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Sujetos participantes en el estudio que hayan contestado la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Sujetos participantes en el estudio con datos ausentes o incompletos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES OPERACIONALES

Aislamiento social: si respondían negativamente a 2 o más de los siguientes enunciados: 1) estar casado o en unión libre; 2) tener contacto con amigos; 3) tener contacto con familia; 4) tener contacto con hijos y 5) participación en actividades recreativas o religiosas.

Soledad: se evaluó de acuerdo a las siguientes preguntas: ¿Con qué frecuencia te sientes sin compañía?, ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? Y ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de otros? Las respuestas se califican de acuerdo a su frecuencia: casi nunca 1 punto, algunas veces 2 puntos y frecuentemente 3 puntos, considerando la presencia de soledad con 6 o más puntos.

Actividades básicas de la vida diaria: se evaluaron con la escala de Katz (incluye baño, vestido, transferencias, uso de sanitario, continencia y alimentación). Dependencia con pérdida de una actividad.

Actividades instrumentadas de la vida diaria: con escala de Lawton (incluye uso de teléfono, transporte, medicamentos, finanzas, compras, cocina, hogar y lavandería). Pérdida de una actividad con ajuste por género.

Edad: se utilizó en años.

Género: se utilizó como masculino o femenino.

Comorbilidades: Se utilizó como presencia o ausencia por reporte del sujeto entrevistado (EVC, HAS, Cáncer, DM2, DLP y EPOC).

Déficit visual: Se utilizó como presencia o ausencia.

Déficit auditivo: Se utilizó como presencia o ausencia.

Mini mental de Folstein: Se tomó como punto de corte menor a 20 puntos.

Estado civil: Para nuestro análisis consideramos casado o en unión libre de manera indistinta.

Tabla 1. Definición de variables

Variables	Tipo	Escala	Definición
Independiente	Aislamiento social	Estado civil Contacto con amigos Contacto con familia Contacto con hijos Participación en actividades sociales	Respuesta negativa = 1 punto ≥ 2 puntos se considera aislamiento
	Soledad	¿Con qué frecuencia te sientes sin compañía? ¿Con qué frecuencia te sientes excluido? ¿Con qué frecuencia te sientes aislado de otros?	Respuesta casi nunca 1 punto, algunas veces 2 puntos y frecuentemente 3 puntos ≥ 6 puntos se considera soledad
Dependiente	Funcionalidad	Katz	Se quita un punto por cada actividad no realizada
		Lawton	
Covariables	Edad	Años	
	Genero	Hombre, mujer	
	Comorbilidades	EVC, HAS, Cáncer, DM2, DLP, EPOC	
	Déficit visual	Si/no	
	Déficit auditivo	Si/no	

Estrategia de descripción y análisis estadístico:

La población fue descrita con medias y desviación estándar o frecuencia y porcentaje acorde a la variable. Con motivo de la descripción de la muestra se crearon cuatro grupos mutuamente excluyentes; normales, aislados sociales, solos y tanto aislados como solos. La comparación se realizó mediante la prueba de X^2 y exacta de Fisher para las variables categóricas. Para las variables continuas se utilizó la prueba de ANOVA con corrección de Bonferroni para identificar la diferencia entre los grupos. Se consideró como valor de $p < 0.05$ para diferencias entre los grupos. Se crearon modelos de regresión lineal univariados para probar la asociación de la funcionalidad, soledad, aislamiento y soledad/aislamiento. Para los análisis estadísticos se utilizó STATA para Mac.

Consideraciones éticas

Estudio sin riesgo para los sujetos. No requiere firma de consentimiento informado. El estudio original fue aprobado por el comité de ética del INCMNSZ y los participantes firmaron consentimiento informado.

Resultados

Se identificaron 1124 sujetos en la base de datos de los cuales se excluyeron a 266 sujetos por no contar con las variables de interés, por lo que al final nuestro grupo de estudio fue de 858 sujetos; la media de edad fue de 78.2 (DE \pm 6.1), 472 (55%) correspondieron al género femenino, 395 (46%) reportaron estar casados o en unión libre, 244 (28.4%) tuvieron dependencia en actividades básicas, 611 (71.2%) tuvieron dependencia en actividades instrumentadas, 746 (86.9%) presentó aislamiento social y solo 28 (3.2%) tuvo percepción de soledad.

Tabla 2. Características de la población

Variables	
Edad, m (DE)	78.2 (6.1)
Género femenino, n (%)	472 (55.0)
EVC, n (%)	22 (2.5)
HAS, n (%)	467 (54.4)
Cáncer, n (%)	49 (5.7)
DM2, n(%)	169 (19.7)
DLP, n (%)	271 (31.5)
Déficit auditivo, n (%)	226 (26.3)
Déficit visual, n (%)	446 (51.9)
Depresión, n (%)	247 (28.7)
MMSE < 20, n (%)	101 (11.7)
EPOC, n (%)	341 (39.7)
Casado o unión libre, n (%)	395 (46.0)
Dependencia en Katz, n (%)	244 (28.4)
Dependencia en Lawton, n (%)	611 (71.2)
Aislamiento social, n (%)	746 (86.9)
Soledad, n (%)	28 (3.2)

A continuación se presenta la descripción de las características de cada uno de los grupos en que se dividió la población en estudio; normal, aislado social, soledad y tanto aislado social como solo, esto con el fin de buscar las diferencias que pudieran encontrarse en cada una de las variables de interés en nuestro estudio.

Tabla 3. Descripción de la muestra

Variable	Total (858)	Normal (107)	Aislado social (723)	Soledad (5)	Aislado social y soledad (23)	P
Edad años, m (DE)	78.2 (+6.1)	76.8 (+6.1) ^{a,b,c,d}	78.4 (+6.0) ^{a,b,c,d}	85.7 (+10.2) ^{a,b,c,d}	76.4 (+5.5) ^{a,b,c,d}	0.0009
Género femenino, n (%)	472 (55)	38 (35.5)	415 (57.4)	2 (40)	17 (73.9)	<0.0001
Género masculino, n (%)	386 (45)	69 (64.5)	308 (42.6)	3 (60)	6 (26.1)	<0.0001
EPOC, n (%)	341 (39.7)	49 (45.8)	276 (38.2)	4 (80)	12 (52.2)	0.062
EVC, n (%)	22 (2.56)	3 (2.8)	17 (2.35)	1 (20)	1 (4.35)	0.109
HAS, n (%)	467 (54.4)	56 (52.3)	397 (54.9)	3 (60)	11 (47.8)	0.868
Cáncer, n (%)	49 (5.7)	5 (4.67)	43 (5.95)	0 (0)	1 (4.35)	0.952
DM2, n (%)	169 (19.7)	19 (17.7)	145 (20)	2 (40)	3 (13)	0.485
DLP, n (%)	271 (31.6)	40 (37.4)	224 (31)	1 (20)	6 (26.1)	0.532
Def. auditivo, n (%)	93 (10.8)	10 (9.4)	79 (11)	1 (20)	3 (13)	0.625
Def. visual, n (%)	158 (18.4)	22 (21)	131 (18.1)	1 (20)	4 (17.4)	0.900
Katz, m (DE)	5.4 (+1.0)	5.5 (+1.0) ^{a,b}	5.5 (+0.9) ^b	3.4 (+2.3) ^{a,c}	5.3 (+1.1) ^c	<0.0001
Lawton, m (DE)	5.5 (+1.0)	5.3 (+1.0) ^a	5.5 (+1.0) ^b	3.8 (+1.0) ^{a,b,c}	5.4 (+0.9) ^c	0.001

^{a,b,c,d} p=0.01

Como se presenta en la tabla anterior existió diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad entre todos los grupos. En los que respecta a la funcionalidad que es nuestra área de interés encontramos diferencia en Katz en cuanto a soledad comparado con los que se encuentran normales y con los que tanto presentan soledad como aislamiento social. El Lawton la soledad es diferente respecto de los demás grupos, no así entre ellos. En cuanto a las demás características no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

Se realizó análisis de regresión lineal para encontrar la asociación entre un puntaje mayor en las escalas de aislamiento social y soledad con un menor puntaje en las escalas de funcionalidad específicamente Katz y Lawton.

Tabla 4. Análisis de regresión lineal

Variable		Coeficiente β (IC 95%)	p	Coeficiente β (IC 95%)*	p
Katz	Aislamiento social	-0.045 (-0.104, 0.014)	0.136	-0.246 (-0.487, -0.004)	0.046
	Soledad	-0.163 (-0.24, -0.85)	<0.0001	-0.337 (-0.549, -0.125)	0.002
	Aislamiento social y soledad	-0.019 (-0.033, -0.006)	0.004	0.061 (-0.006, 0.129)	0.074
Lawton	Aislamiento social	0.072 (0.009, 0.134)	0.024	0.004 (-0.251, 0.260)	0.975
	Soledad	-0.078 (-0.160, 0.004)	0.062	-0.152 (-0.376, 0.071)	0.182
	Aislamiento social y soledad	0.006 (-0.007, 0.021)	0.338	0.022 (-0.050, 0.093)	0.551

*Modelo final ajustado incluyendo aislamiento, soledad y ambos.

Se encontró que tanto el aislamiento social como la soledad se asocia una disminución en las actividades básicas de la vida diaria medida a través de Katz, no así con las actividades instrumentadas de la vida diaria.

Discusión

En nuestro estudio como en otros previos no se encontró correlación entre aislamiento social y soledad^{10,11,21,22}.

Se encontró mayor frecuencia de aislamiento social y soledad en pacientes con mayor edad y genero femenino, como se ha reportado en la mayoría de los estudios^{8,10,11,21,22}.

Se observó un porcentaje superior a lo reportado de aislamiento social en la literatura mundial, aunque en otra publicación mexicana se reportó un 78% de adultos mayores no tenía amistades¹⁴.

Conclusiones

Hubo una asociación entre el aislamiento social y la soledad con las funciones básicas de la vida diaria en los adultos mayores de este estudio. Esta asociación se presentó de manera independiente, ya que no se encontró correlación entre aislamiento social y soledad. Esta asociación no había sido evaluado en nuestra población y en la literatura sólo existe un estudio que incluyo soledad y ABVD por lo que es necesario considerar estos factores sociales que influyen en los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. INEGI. Disponible: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/> (consultado 15 junio 2014).
2. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población. CONAPO. Disponible: <http://www.conapo.gob.mx/> (consultado 15 junio 2014).
3. Secretaría de Salud. Base de datos de mortalidad general 1979-2011. Sistema de información nacional en salud. Disponible: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/> (consultado 15 junio 2014).
4. Secretaría de Salud. Base de datos de morbilidad. Sistema de información nacional en salud. Disponible: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/> (consultado 15 junio 2014).
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. INSP. Disponible: <http://ensanut.insp.mx/> (consultado 15 junio 2014).
6. Cárdenas-Varela CL, González-González CA. Numeralia de los adultos mayores en México. Instituto de Geriatria, 2012.
7. Findlay R, et al. Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society* 2003; 23: 647 – 658.
8. Shankar A, et al. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health Indicators in older adults. *Health Psychology* 2011; 30 (4): 377 – 385.
9. Wenger GC, et al. Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing Soc* 1996; 16: 333 – 358.
10. Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health* 2012; 24(8): 1346 – 1363.
11. Tomaka J, et al. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health* 2006; 18(3): 359 – 384.
12. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav* 2009; 50(1): 31 – 48.
13. Ibrahim R, et al. Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors. *Psychogeriatrics* 2013; 13: 71 – 79.
14. Gallegos-Carrillo K, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Publica Mex* 2009; 51: 6 – 13.

15. Casale-Martinez RI, et al. Social determinants of frailty in elderly Mexican community-dwelling adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60 (4): 800 – 802.
16. Kawano-Soto CA, et al. A poor social network is not associated with frailty in Mexican community-dwelling elderly adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60 (12): 2360 – 2362.
17. Hughes ME, et al. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging* 2004; 26(6): 655 – 672
18. Katz S. et al. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185: 914-919.
19. Lawton MP, Brody EM, et al. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*.1969; 9(3): 179-86.
20. Ávila-Funes JA, et al. Cognitive impairment and low physical activity are the components of frailty more strongly associated with disability. *J Nutr Health Aging* 2011; 15(8): 683 – 689.
21. Conroy RM, et al. Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychol Health Med* 2010; 15(4): 463 – 473.
22. Steptoe A, et al. Social isolation, loneliness, and all cause mortality in older men and women. *PNAS* 2012; 110 (15): 5797 – 5801.

ANEXOS

FUNCIONALIDAD	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)		Tiempo
		Premorbido	Actual
	1. Baño (Esponja, regadera o tina) 1: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). 1: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). 0: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Vestido 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. 1: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. 0: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Uso del Sanitario 1: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). 1: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo. 0: Que no vaya al baño por sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Transferencias 1: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). 1: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. 0: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Continencia 1: Control total de esfínteres. 1: Que tenga accidentes ocasionales. 0: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(a) Urinaria (Tipo): _____ (b) Fecal (Tipo): _____		
	¿Utiliza pañal o protector? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo: _____		
	6. Alimentación 1: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. 1: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. 0: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL	<input type="text" value="___/6 []"/>	<input type="text" value="___/6 []"/>
	CALIFICACIÓN DE KATZ [A] Independencia en todas las funciones. [B] Independencia en todas las funciones menos en una. [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra función adicional. [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional. [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra función adicional. [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra función adicional. [G] Dependiente en las seis funciones. [H] Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en C, D, E y F.		

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)

Tiempo

	Premorbido	Actual
1) Capacidad para usar el teléfono 1: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema. 1: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. 1: Contesta el teléfono pero no llama. 0: No usa el teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Transporte 1: Se transporta sólo. 1: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. 1: Viaja en transporte colectivo acompañado. 0: Viaja en taxi o auto acompañado. 0: No sale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Medicación 1: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. 0: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. 0: Es incapaz de hacerse cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Finanzas 1: Maneja sus asuntos independientemente. 0: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. 0: Es incapaz de manejar dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Compras 1: Vigila sus necesidades independientemente. 0: Hace independientemente sólo pequeñas compras. 0: Necesita compañía para cualquier compra. 0: Incapaz de cualquier compra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Cocina 1: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. 0: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. 0: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. 0: Necesita que le preparen los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Cuidado del Hogar 1: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. 1: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. 1: Necesita ayuda en todas las actividades. 0: No participa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Lavandería 1: Se ocupa de su ropa independientemente. 1: Lava sólo pequeñas cosas. 0: Todos se lo tienen que lavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL

/8

/8