



Revisión

Relación de las redes de apoyo social con la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento (≥ 45 años). Una revisión sistemática.*Relationship between social support networks with physical functionality in people in the aging process (≥ 45 years). A systematic review***Cynthia Estefanía León-Escobedo¹ y Otilia Aurora Ramírez-Arellano²**¹ Licenciada en Psicología, FES Zaragoza, UNAM.² Profesora de tiempo completo de la de carrera de Psicología. FES Zaragoza, UNAM

RESUMEN

Antecedentes. Las redes de apoyo social (RAS), son un elemento clave para el desarrollo humano durante el proceso de envejecimiento, ya que las interacciones sociales proveen recursos materiales y psicológicos que contribuyen a la funcionalidad física, psicológica y social. En este sentido, la socialización debe ser de tipo generativa, para potenciar la capacidad de la funcionalidad física. **Objetivo.** Presentar una síntesis del conocimiento sobre la relación de las RAS con la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento (≥45 años), a través de una revisión sistemática. **Método.** Se llevó a cabo una búsqueda de documentos científicos en las plataformas PubMed, Web of Science, Scopus, PubPsych y TesiUNAM hasta el 10 de enero de 2022, acorde a los lineamientos de PRISMA-2009. Las palabras clave y estrategia de búsqueda fueron las siguientes: ("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 433 estudios, de los cuales 10 cumplieron los criterios de elegibilidad, sumando una muestra total de N=14,916 participantes. El análisis integral de los estudios muestra una asociación positiva entre las RAS y la funcionalidad física, sin embargo, los instrumentos de medición y diseños de estudio son heterogéneos, para poder precisar el grado y tipo de asociación. **Conclusión.** Los hallazgos sugieren que las RAS tienen un efecto positivo sobre la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento, aunque las características metodológicas de los estudios son muy heterogéneas, por lo que no es posible identificar las características inherentes de las RAS con los beneficios en la funcionalidad, tales como la prolongación y recuperación de la capacidad funcional. Por tal motivo, es necesario llevar a cabo más estudios con un metodología confiable y homogénea, para confirmar los resultados.

Palabras clave: Envejecimiento, adultos mayores, redes de apoyo social, funcionalidad física, actividades de la vida diaria.

ABSTRACT

Background. Social support networks (SSN) are a key element for human development during the aging process, since social interactions provide material and psychological resources that contribute to physical, psychological and social functionality. In this sense, socialization must be generative, to enhance the capacity for physical functionality. **Aim.** To present a synthesis of knowledge on the relationship of SSN with physical functionality in aging people (≥45 years), through a systematic review. **Method.** A search for scientific documents was carried out on the PubMed, Web of Science, Scopus, PubPsych and TesiUNAM platforms until January 10, 2022, according to the PRISMA-2009 guidelines. The keywords and search strategy were as follows: ("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.** 433 studies were found, of which 10 met the eligibility criteria, adding up to a total sample of N=14,916 participants. The comprehensive analysis of the studies shows a positive association between SSN and physical functionality; however, the measurement instruments and study designs are heterogeneous, in order to specify the degree and type of association. **Conclusion.** The findings suggest that SSN have a positive effect on physical functionality in aging people, although the methodological characteristics of the studies are very heterogeneous, so it is not possible to identify the inherent characteristics of SSN with benefits in functionality, such as the prolongation and recovery of functional capacity. For this reason, it is necessary to carry out more studies with a reliable and homogeneous methodology to confirm the results.

Key words: Aging, older adults, social support networks, physical functionality, activities of daily living.

Correspondencia: Otilia Aurora Ramírez-Arellano

E-mail: otiliaauroramirezarellano@gmail.com

Artículo recibido: 2 de julio de 2023

Artículo aceptado: 17 de enero de 2024

León-Escobedo CE y Ramírez-Arellano OA. Relación de las redes de apoyo social con la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento (≥ 45 años). Una revisión sistemática. CyRS. 2024; 6(1):40-61 <https://doi.org/10.22201/fesz.26831422e.2024.6.1.5>

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha presentado un incremento gradual en el número de personas adultas mayores. En México, al contrastar los datos de los censos de 1990 y 2020, observamos que la población de adultos mayores de 60 años pasó de 5 a 15.1 millones, lo cual representa un incremento del de más del 200%.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el reto del envejecimiento poblacional, como consecuencia de la disminución de la mortalidad, el incremento en la esperanza de vida y la disminución del número de nacimientos. Así mismo, la transición demográfica se acompaña de una transición epidemiológica, caracterizada por un incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que afectan la capacidad funcional y la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento.²

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo de tipo multidimensional, los cambios fisiológicos, se manifiestan en la estructura y función de los órganos. También se presentan cambios corporales, psicológicos y sociales. Por otro lado, en el ámbito cultural y subjetivo, observamos las representaciones sociales del envejecimiento y la vejez de tipo individual y colectivo, que pueden ser de índole positivo o negativo, las cuales influyen significativamente en el comportamiento y capacidad funcional.³

No existe un consenso respecto a la edad de inicio del envejecimiento, con fines de intervención comunitaria la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM, establece como punto de corte los 45 años de edad (quinta década de la vida), considerando los cambios físicos evidentes vinculados con los *hallmarks* del envejecimiento, entre los que destacan el estrés oxidante, acortamiento de telómeros, *inflammaging*. Por tal motivo, el abordaje de los estudios de envejecimiento a nivel comunitario los enfocamos en la población de 45 años y más.⁴

Las redes de apoyo social (RAS), 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, ya que proveen a la persona de recursos materiales o monetarios, afectivos, psicológicos y/o de servicios, los cuales, contribuirán en su

bienestar y le servirán para la satisfacción de ciertas necesidades o para hacer frente a situaciones de riesgo; por ello, las RAS son consideradas como un elemento social relevante que tiene un efecto positivo sobre la salud de las personas, independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentren.⁵⁻⁹ Las RAS pueden aportar cuatro tipos de apoyo: (i) materiales, (ii) instrumentales, (iii) emocionales e (iv) informativos.¹⁰

La detección de necesidades de salud en una persona mayor no solo implica identificar las enfermedades que puede llegar a presentar, también cómo éstas se relacionan con su entorno y repercuten en su funcionamiento.¹¹ Por lo anterior, un adulto mayor sano y funcional es aquel que realiza de manera autónoma sus actividades cotidianas y toma sus propias decisiones. Mientras que un adulto mayor enfermo es quien ha dejado de moverse y es dependiente. La disminución de capacidad funcional es un riesgo para perder la independencia y la autonomía, la cual se ha vinculado con las RAS escasas o insatisfactorias.¹²⁻¹⁴

La funcionalidad implica la capacidad de realizar de manera independiente actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido y bañado); instrumentales (AIVD) (cocinar, realizar sus compras, labores domésticas, utilización del teléfono y administración de gastos personales) y avanzadas (AAVD) (trabajar, viajar, conducir automóvil, uso de computadoras y participación social entre otras).¹⁵

Por otro lado, en el aislamiento social la persona mantiene mínimos contactos con otras (incluso familiares o amigos), mientras que la soledad es una sensación de tipo subjetivo que se clasifica en tres: (i) la persona considera que recibe poco afecto (soledad emocional), (ii) experimenta poca proximidad con sus seres queridos (soledad relacional), y (iii) sentirse poco valorado por la sociedad (soledad colectiva).¹⁶

Además de lo anterior, existen dos perfiles de soledad en los adultos mayores, la moderada, que se relaciona principalmente con las dificultades que experi-



menta al socializar (las cuales surgen principalmente en esta etapa) y la severa, que no está relacionada con factores de salud o dificultades para socializar y que sólo se identifica cuando se les realiza algún tipo de encuesta o entrevista clínica. Independientemente de las causas, esto resulta preocupante, ya que existe evidencia sobre la relación entre la soledad y el aislamiento social con una mayor incidencia de mortalidad, principalmente por enfermedades mentales y cardiovasculares.¹⁷

Con respecto a estudios que relacionan las RAS con la funcionalidad, Rutter et al. (2020), publicaron un protocolo para llevar a cabo una revisión sistemática con el objetivo de identificar si existe asociación entre el apoyo social y la funcionalidad cognitiva de los adultos mayores de 40 años, cuyos resultados no han sido publicados.¹⁸ Asimismo, Movic et al. (2023), llevaron a cabo una revisión sistemática con el mismo propósito encontrando 85 estudios. Llegaron a la conclusión que el apoyo social general y emocional se asoció con una mayor función cognitiva. Sin embargo, no todas las asociaciones encontradas fueron estadísticamente significativas.¹⁹ En otra revisión sistemática en la que incluyeron 39 estudios encontraron una asociación entre las actividades sociales y las RAS con el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores sanos. Sin embargo, no precisaron la funcionalidad física.²⁰ También se ha encontrado que la actividad física tiene un impacto en la funcionalidad cognitiva,²¹ pero hay poca investigación del efecto de las RAS.

En otra revisión sistemática con el objetivo de explorar sobre la vulnerabilidad social y su asociación con el declive funcional en ABVD y AIVD en adultos mayores, se encontró 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, resalta 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.²²

Se ha observado que existe una asociación favorable entre las RAS y la funcionalidad en adultos mayores, no obstante, también se ha encontrado una relación desfavorable debido a las representaciones sociales negativas de la vejez, 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, provocando una dependencia física anticipada.²³ Aunque se considera que la vejez inicia a los 60 años,³ en la presente investigación se abordará el proceso de envejecimiento a partir de la quinta década de la vida.

En este marco, el propósito de esta revisión sistemática es presentar una síntesis del conocimiento sobre la relación de las RAS con la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento (≥ 45 años).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA-2009 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)²⁴ (Apéndice 1).

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda hasta el 10 de enero de 2022. Para tal efecto, se realizaron búsquedas en los siguientes plataformas científicas: *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus*, *PubPsych* y *TesiUNAM*. La estrategia de búsqueda fue: ("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).

La pregunta de investigación se estableció acorde con el acrónimo PECO: P (población): Personas ≥ 45 años; E (exposición): Redes de apoyo social; C (comparador): Sin o redes de apoyo social bajas; O (outcome o resultado): Funcionalidad física.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron aquellos estudios que cumplieron con los siguientes criterios: (i) artículos de tipo transversal analítico, cohorte y casos y controles; (ii) en inglés, español y portugués; (iii) estudios realizados en adultos ≥ 45 años aparentemente sanos; (iv) que utilicen un método de medición para funcionalidad física y redes de apoyo.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: (i) las revisiones sistemáticas o meta-análisis; (ii) estudios realizados en adultos que sufrieran algún tipo de discapacidad física o psicológica; (iii) estudios que incluyeron a adultos mayores pertenecientes a asilos o alguna institución similar y (iv) estudios que solamente abordaron una variable (funcionalidad o RAS).

Proceso de selección de los estudios

La selección y evaluación de los estudios incluidos y extracción de datos fue llevada a cabo por dos investigadoras de manera independiente (CEL-E y OAR-A) y las discrepancias fueron resueltas por un tercero (WDR-G). El proceso de revisión, posterior a la búsqueda de artículos consistió en eliminar los duplicados, seleccionar los artículos por títulos y resúmenes, revisar el artículo de texto completo y analizar los artículos que cumplieran los criterios de elegibilidad.

Todos los estudios fueron analizados considerando: 1) autor(es) y año de publicación; 2) población: adultos ≥45 años aparentemente sanos; 3) tipo de estudio; 4) tamaño de la muestra; 5) medición de las variables y 6) resultados: aumento o disminución de la funcionalidad de acuerdo a las RAS con las que se contaban.

Evaluación del riesgo de sesgo

Para la valoración de la calidad los estudios incluidos, se utilizó la escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales, 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). Por ello, aquellos estudios que tuvieron un puntaje de 7 a 9 estrellas se consideraron de alta calidad, los de 4 a 6 se consideraron con riesgo moderado de sesgo, y puntajes de 0 a 3, con riesgo alto.

RESULTADOS

Se encontró un total de 433 estudios: PubMed (n=69); *Web of Science* (n=30); *Scopus* (n=163); *PubPsych* (n=171), *TesiUNAM* (n=2) y otras fuentes (n=2). Después de la eliminación de duplicados y la selección por título y resumen, 20 artículos cumplieron los criterios de inclusión para su revisión de texto completo, de los cuales 10 fueron excluidos por distintas razones (Apéndice 2). Por tal motivo, 10 cumplieron los criterios de elegibilidad para la revisión sistemática (Figura 1).

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 ≥ 45 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.

Por otro lado, para la evaluación de Redes de Apoyo Social, 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, Social Support Rate Scale) y la “Escala de Redes Sociales de Lubben” (Cuadros 1 y 2).²⁵⁻³⁴

Con respecto a la calidad, se encontró que ocho de los artículos cuentan con una calidad buena y dos con calidad regular. Por lo que seis de los artículos fueron evaluados con riesgo de sesgo bajo, mientras que cuatro contaron con riesgo moderado (Cuadro 3).

En un estudio de cohorte prospectivo se analizó el efecto de la fragilidad social en el funcionamiento físico de los adultos mayores.²⁶ 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.

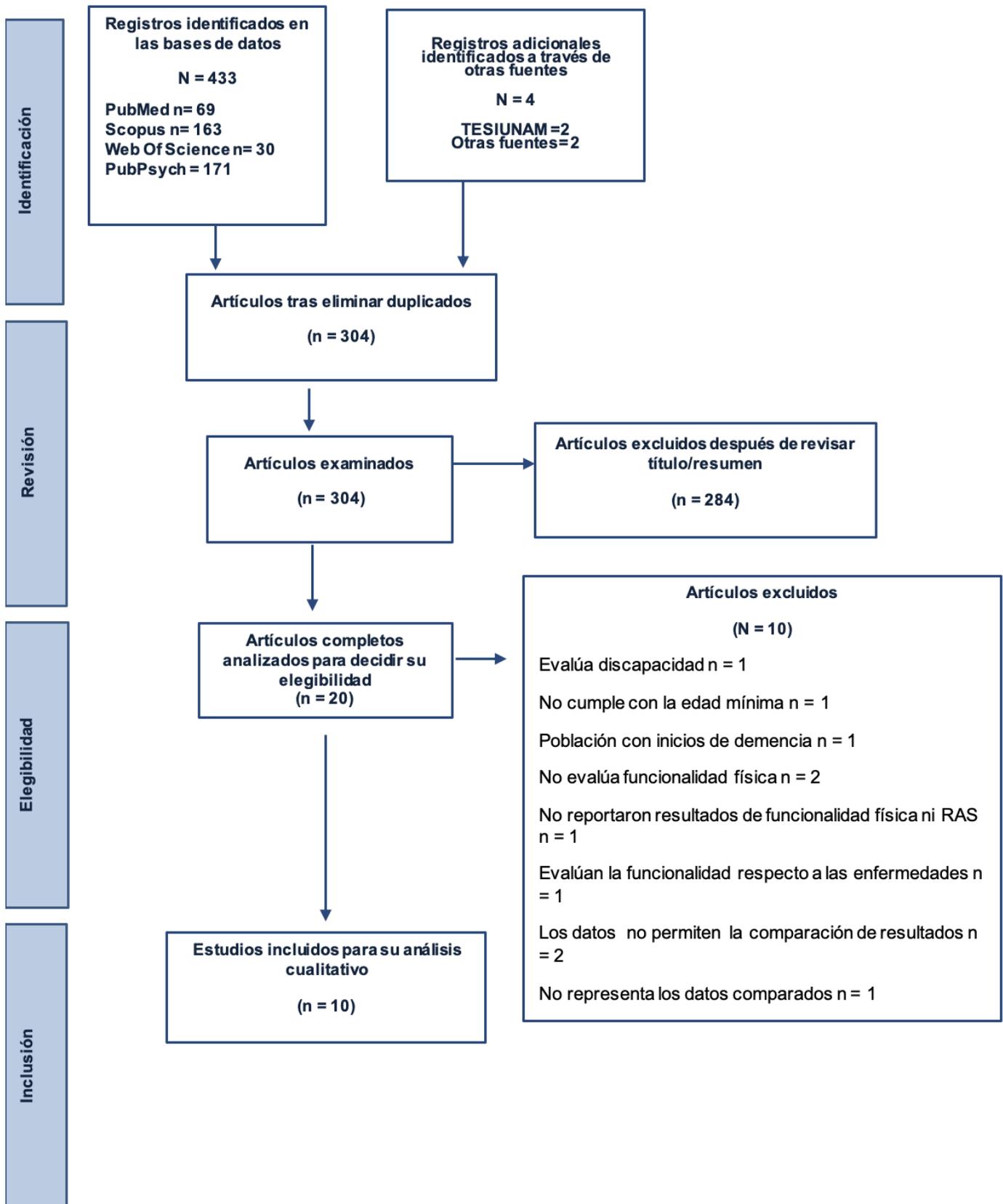


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre la selección de estudios.

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

Autor año/ país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
Perissinotto <i>et al.</i> (2012) ²⁵ Estados Unidos	9/9	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 S: 693 sujetos (71,3 \pm 7,9 años) M: 465 (67.1%) H: 228 (32.9%) NS: 911 sujetos (70,5 \pm 7,2 años) M: 487 (53.5%) H: 424 (46.5%) -Seguimiento de 3 años.	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. 	<p>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);</p> <p>desarrollar dificultades al realizar movimientos de las extremidades superiores (41.5% vs 28.3%; RR: 1.31, 1.10-1.57);</p> <p>disminución casi significativa en la movilidad (38.15% vs 29.4%; RR: 1.18%, 0.99-1.41); y</p> <p>dificultad para subir escaleras (40.8% vs 27.9%; RR: 1.31, 1.10-1.57).</p>
Ma <i>et al.</i> (2018) ²⁶ China	9/9	<p>Determinar el estado de fragilidad social mediante el desarrollo de una herramienta de 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>n= 1697 adultos mayores de 60 años.</p> <p>S: 181 sujetos (no reporta edad ni el 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>	<ul style="list-style-type: none"> ● Escala HALFT, comprendida por 5 ítems: incapacidad para ayudar a los demás, participación social 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● Funcionalidad física: Capacidad para caminar, hacer jardinería, ejercicio en bajo o alto nivel; los clasifica en independientes, dependencia baja y dependencia alta. ● ABVD y AIVD. 	<p>Se presentó una mayor prevalencia de Fragilidad Social en participantes físicamente frágiles.</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 Fragilidad Social.</p>



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

Autor año/país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
O'Suilleabháin <i>et al.</i> (2019) ²⁷ Alemania	8/9	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.	n= 413 participantes (84.53 ± 8.61 años) S: 253 sujetos (85.19 ± 8.51 años). M: 155 (61.3%) H: 98 (38.7%) NS: 160 (83.49 ± 8.68 años) M: 35 (21.9%) H: 125 (78.1%) ● Seguimiento de 19 años.	● 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.	● Versión modificada del índice de ABVD de Katz, donde utilizan un rango que va de 0 (completamente dependiente) a 5 (completamente independiente).	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 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) ²⁸ Países Bajos	8/9	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.	● 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.	● 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.	La disminución del funcionamiento físico (Coeficiente = -0.03; p<0.05) y el tamaño de la red social (Coeficiente = -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 (Coeficiente = -0.08; p<0.05).

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

Autor año/ país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
Hajek <i>et al.</i> (2021) ²⁹ Alemania.	5/9	Examinar si los cambios en el apoyo social están asociados con declive funcional entre los más viejos usando longitudinalmente modelos de regresión de panel.	n=3 327 participantes mayores de 85 años. Ola 1: 89 \pm 2.9 años M: 586 (68.9%) H: 265 (31.1%) Ola 2: 89.7 \pm 2.9 M: 502 (69.3%) H: 222 (30.7%) Ola 3: 90.5 \pm 2.9 M: 438 (70.5) H: 183 (29.5%) • Seguimiento de 20 meses.	• 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 social.	• 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 funcional. • Índice de Barthel para medir deficiencias en las ABVD, el puntaje va de 0 (mal funcionamiento) a 100 (buen funcionamiento).	Una disminución en el apoyo social está asociada con la disminución funcional en hombres (AIVD: $\beta = 0.03$, $p < 0.05$; ABVD: $\beta = 0.27$, $p < 0.05$), pero no en mujeres. Se encontró asociación de deterioro en ABVD y disminución de apoyo social en muestra total: $\beta = 0.15$ $p < 0.05$ y hombres: $\beta = 0.27$ $p < 0.05$

Abreviaturas: 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 2. Estudios transversales analíticos sobre la relación de las redes de apoyo social sobre la funcionalidad física.

Autor año/país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
Kemp <i>et al.</i> (1989) ³⁰ Inglaterra	7/9	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.	Viven Solos: Compras (No tienen dificultad): 65 a 74 años: 129 (82.7%). 75+ años: 253 (52.7%). Incontinencia (sólo ocasionalmente presentan problemas): 65 a 74 años: 5 (3.2%) 75+ años: 28 (6%) CU (no tienen dificultad): 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: Compras (No tienen dificultad): 65 a 74 años: 827 (73.7%). 75+ años: 257 (47.7%) Incontinencia (sólo ocasionalmente presentan problemas): 65 a 74 años: 21 (4.4%). 75+ años: 47 (8.8%) Cu (no tienen dificultad): 65 a 74 años: 308 (63.9%) 75+ años: 216 (40.1%; el 40.6% necesita de alguien más).
Escobar (2002) ³¹ México	6/9	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	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, auto-suficiencia y distractoras (ABVD y AIVD).	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.

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

Autor año/ país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
Shu-Chuan <i>et al.</i> (2004) ³² Taiwán.	8/9	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%) NS: 4431 (91.3%) sujetos. M: 2089 (47.1%) H: 2342 (52.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionario sobre si vivían o no solos, si contaban con algún amigo cercano con quién hablar y si se sentían solos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Índice de Katz para ABVD y AIVD mediante autoevaluación. Utilizan una escala de tres puntos: independiente, semiindependiente (necesita asistencia) o dependiente. 	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.
Chen <i>et al.</i> (2015) ³³ China.	8/9	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.	n=521 participantes mayores de 60 a 99 años (media de 76.5, no presenta desviación estándar). Adecuada actividad física: 87 sujetos (69.9 ± 7 años). M: 48 (14%) H: 39 (22%) Inadecuada actividad física: 434 sujetos (77.8 ± 7.9 años). M: 296 (86%) H: 138 (78%)	<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. 	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 ($p < 0.001$). No hubo diferencias significativas en la soledad reportada entre los grupos con diferentes niveles de actividad física ($p > 0.05$).

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

Autor año/país	Número de sesgo	Objetivo	Participantes	Medición de RAS	Medición de funcionalidad	Resultados
Mendoza-Núñez et al. (2017) ³⁴ México.	7/9	Determinar la asociación entre las redes de apoyo social y el funcionamiento físico.	n=150 personas mayores de 60 años (69±7). M: 99 (66%) H: 51 (34%) Suficientes Redes Sociales: 37 (25%) sujetos. Pocas Redes Sociales: 113 (75%) sujetos.	● 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 recibe al igual que su satisfacción con éste.	● Índice de Barthel para medir las ABVD, donde 0 indica dependencia completa y 100 total independencia. ● Capacidad autoevaluada para medir las AIVD, en 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.	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). Correlaciones 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). Correlaciones 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). 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).

Abreviaturas: 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 funcionalidad física de NAGI; r, índice de correlación

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

Estudios	Número de estrellas (puntuación máxima de 9)	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

En seis estudios se analizó la relación entre la soledad (vivir solo) con la funcionalidad física;^{23-26,28,30} mientras que en uno de ellos, además de la soledad, incluía el apoyo social.³³ En términos generales, se encontró una asociación entre la soledad y las escasas RAS con la disminución del funcionamiento físico,²⁸ 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.²⁵ Esta disminución, junto con el decrecimiento de redes sociales, puede desencadenar a su vez mayores niveles de soledad y síntomas depresivos,²⁸ lo cual representa otra problemática, ya que se identificó una relación estadísticamente significativa entre la soledad emocional con la disminución de la capacidad funcional y mayor mortalidad.²⁷

De igual manera, en los estudios transversales analíticos se logró precisar que las personas que viven acompañadas presentan menos dificultad en realizar sus actividades cotidianas (ABVD).³⁰ Aunque, también se encontró evidencia en donde las personas

que viven solas eran menos dependientes de asistentes o instrumentos para realizar sus ABVD.³² Del mismo modo, hubo quienes no encontraron diferencias significativas entre la soledad que reportaban los participantes y el nivel de actividad física que poseían.³³

Asimismo, en cinco de los artículos analizados (uno de cohorte y cuatro transversales) abordaron la influencia entre las RAS con la funcionalidad física.^{30,31,33-35} En este sentido, en el estudio de cohorte se observó una asociación estadísticamente significativa entre la disminución en el apoyo social con disminución en las ABVD en hombres, pero no en mujeres.³¹

En dos estudios transversales se analizó la relación entre las actividades físicas con las RAS, observando una asociación positiva;³³ del mismo modo, se encontró una asociación entre el apoyo social familiar y extra-familiar percibido y el número de contactos sociales con la movilidad y la capacidad de realizar ABVD y AIVD.³⁵ En contraste en un estudio, no en-



contraron asociaciones significativas entre el apoyo social y las actividades de independencia.³¹

DISCUSIÓN

En este estudio se presenta una síntesis del conocimiento sobre la relación entre las RAS con la funcionalidad física en personas en proceso de envejecimiento (≥ 45 años), no fue posible llevar a cabo un meta-análisis debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios, sobre todo en los instrumentos utilizados para la valoración de la capacidad funcional física.

Se encontró que pertenecer a redes de apoyo social suficientes y satisfactorias tienen un efecto protector contra la demencia; mientras que estar desprovisto de recursos y actividades sociales, es decir, ser socialmente frágil, provoca que el adulto mayor sea dependiente físicamente, además de un aumento en el riesgo de mortalidad.²⁶ El apoyo familiar es un factor protector contra la fragilidad social, mientras que la soledad afecta la funcionalidad, posiblemente porque aumentan la probabilidad de problemas de sueño, depresión o un estilo de vida no saludable.^{25,27,28} Por otro lado, y en concordancia con otros estudios,^{5,34,35,37} se encontró que las RAS influyen de manera significativa en el funcionamiento físico en las personas en proceso de envejecimiento.

Una característica que se logró precisar con respecto al apoyo social fue que sólo se 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 quien hablar; de esta manera, se puede encontrar una limitación con respecto a la forma en cómo se aborda esta variable pues, el apoyo social se puede brindar en diferentes formas.³⁶

Se identificó que el apoyo social percibido se asocia con el bienestar y satisfacción con la vida y, este a su vez, con la buena capacidad funcional, así como el desempeño de actividades físicas adecuadas.^{33,35,36} Una posible explicación de esta relación con la funcionalidad de los adultos mayores, es que funge como un amortiguador contra el estrés, lo cual permite el mantenimiento de las capacidades funcionales, además ayudan en la promoción de las conductas de autocuidado, así como desempeñar un papel

motivante para participar en actividades físicas.^{31,35,37} Aunado a lo anterior, se encontró que la capacidad de realizar AIVD permite al adulto mayor tener mayor socialización lo cual, a su vez, mantiene su capacidad funcional, por lo que se podría definir como un ciclo benéfico.³⁵

Por otro lado, con respecto a la relación de vivir solo con la independencia en la realización de las ABVD,³⁴ en contraste con la relación positiva entre las RAS y la independencia,³³ puede ser explicado por la complejidad del proceso adaptativo relativo a la resiliencia y afrontamiento que desarrollan las personas solas, para mantener la capacidad funcional.³⁴ Es decir, la soledad puede desencadenar un impulso para que el individuo se valga por sí mismo, en contraste, las RAS sobreprotectoras al considerar al adulto mayor como “incapaz”, puede anticipar la dependencia física y mental.³³

Este último enfoque sobreprotector 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.³⁸

Lo anterior no significa que el vivir solo sea la mejor opción, ya que 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 extra-familiares) 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.³⁶

Algunos estudios sugieren que la implementación de programas institucionales que promuevan e incentiven el compromiso social, las relaciones familiares y con amigos, favorecen la actividad social y fortalezcan sus RAS vinculadas con la salud y bienestar.^{28, 33,34,36} En este sentido, hay que diferenciar los beneficios de las RAS entre 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.^{33,34}

El apoyo instrumental es un factor de riesgo para la funcionalidad del adulto mayor sano, lo anterior, coincide con los resultados de Capelli *et al.* (2020),²² quienes reportaron que al brindar asistencia diaria y limitar la capacidad del individuo para realizar sus actividades, puede provocar un efecto irreversible que los autores denominan como un fenómeno parecido a la “indefensión aprendida”, que se caracteriza por la realización de conductas de pasividad, debido a perturbaciones emocionales y cognitivas en los niños,³⁹ por lo que sería conveniente buscar una definición más ad hoc para la población en proceso de envejecimiento. Lo anterior también 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.

En el marco de las redes de apoyo social se desprende de la relación bidireccional, ya que no solo se trata de los apoyos sociales recibidos, sino también de los apoyos ofrecidos. En este sentido, puede ser un periodo de la vida en el que la persona tiene el tiempo, la experiencia y la sabiduría suficientes para aportar experiencias a la comunidad, además de la necesidad de logro y afiliación,⁴⁰ ya que se mantiene el deseo de continuar vinculado al mundo, manteniendo y profundizando las relaciones de afecto y amistad establecidas con las personas que rodean; así como establecer nuevas amistades que amplíen el espectro social que muchas veces, con el retiro laboral, se ve disminuido. También ejercen un poder que busca imponer características propias en los demás enfatizando en la competencia con otros, además de valorar el reconocimiento social.⁴¹

Por lo anterior, se sugiere explorar los motivos que impulsan a los adultos mayores a consolidar o expandir sus RAS, involucrándose en actividades de participación social que los lleven a incorporarse en espacios más allá de su entorno familiar, pudiendo adentrarse a lo comunitario y establecer relaciones de reciprocidad que favorezcan su lugar social y su sentido del ser.⁴²

El establecer diferentes tipos de RAS favorecen el desarrollo de actividades productivas y el recono-

cimiento de sus potencialidades durante la vejez, a través de las diferentes relaciones e intercambios que se generan en ellas, además, cobran un valor significativo en su calidad de vida en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas, ya que fungen como un elemento de seguridad, protección y bienestar personal. En este sentido, es importante que los adultos mayores no sólo sean reconocidos como receptores de ayudas y servicios sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales, basados en la experiencia y la sabiduría que han adquirido a lo largo de la vida, desempeñando un papel protagónico en el fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales al interior de la familia y la comunidad.⁴³

Así, se considera que la participación social es la clave de un buen envejecimiento, siendo el envejecimiento activo el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Los elementos psicosociales relacionados con la participación social, la creación de redes y la satisfacción con la vida son considerados beneficiosos para la salud.⁴⁴ Esto puede lograrse gracias a la participación, especialmente en actividades productivas, es decir, aquellas que tengan significado para la persona, que creen algún tipo de valor social, no importa si son remuneradas o no, y las relaciones interpersonales (contacto y relaciones con los otros, intercambio de información, apoyo emocional y ayuda directa). Lo verdaderamente importante es la integración social y comunitaria.⁴⁵

Con base en los resultados encontrados, se logró precisar que los estudios analizados en su mayoría fueron en población no latinoamericana, por lo que esto representa una limitación en la comprensión del fenómeno; por ello, es necesario realizar más investigaciones en diferentes contextos y que evalúen de manera intencionada el efecto de las RAS sobre las actividades avanzadas de la vida diaria.

Respecto a las limitaciones de esta revisión sistemática, se pueden señalar que no fue registrada previamente en PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*), así como el bajo número de artículos encontrados para su análisis, 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, por lo tanto, se sugiere que se amplíe la estrategia de búsqueda a bases de literatura gris y palabras clave que sean capaces de abordar este fenómeno.

Es importante la heterogeneidad de los instrumentos utilizados para la evaluación de la funcionalidad, por lo que es necesario llevar a cabo más estudios con instrumentos confiables y similares. Por tal motivo, sería conveniente llevar a cabo un consenso internacional que establezca los lineamientos e instrumentos idóneos, para medir las RAS y la capacidad funcional.

CONCLUSIONES

Las redes de apoyo social y la soledad se asocian con la capacidad funcional física de los adultos mayores, sin embargo, debido a la heterogeneidad para clasificar los tipos RAS y funcionalidad. Existe la posibilidad de que algunos tipos de apoyo social sean un factor de riesgo de dependencia anticipada, cuando se otorguen a personas que no lo necesitan, sobre todo en el caso de los apoyos instrumentales. En caso contrario, realizar actividades físicas y sociales avanzadas, tales como trabajar, viajar, participar en programas comunitarios, reducen el riesgo de dependencia funcional y discapacidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM, Proyecto PAPIIME PE210523 y a la Red Académica Asesora de Revisiones Sistemáticas (RAARS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, por la asesoría metodológica.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores (1º de octubre). México: INEGI; 2021 [consultado 13 de octubre 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
2. 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
3. Instituto Nacional de Geriátrica. Envejecimiento. México: Instituto Nacional de Geriátrica. 2017. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
4. Mendoza-Núñez VM. Gerociencia y Gerontología Comunitaria. En: Piña Morán M, María Gladys Olivo Viana MG, Martínez Matamala C. Envejecimiento & Cultura: Reflexiones respecto de la pandemia, formación e investigación interdisciplinaria. Talca, Chile: Ediciones UMC; 2023.p. 20-49.
5. 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.
6. Guzmán JM, Huenchuan S, De Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas Pobl. 2003;29(77):35-70.
7. Instituto Nacional de Mujeres. Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. México: Gobierno de la República; 2015. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
8. 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.

9. 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>
10. Sluzki CE. *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica.* Barcelona: Gedisa; 1996.
11. 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
12. 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.
13. 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.
14. Parra MS. Adultos mayores funcionales en Chile. *Enfermería.* 2003;3(11):17-21.
15. Cid-Ruzafa J y Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71:127-137.
16. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras L y Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Aten Primaria.* 2016;48:604-609.
17. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MA, Cáliz L, Torres S y Rodríguez R. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria.* 2020;52(4):224-232.
18. 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
19. Movic L, Rutter EC, Tyas SL, Maxwell CJ, O'Connell ME y Oremus M. Functional social support and cognitive function in middle- and older-aged adults: a systematic review of cross-sectional and cohort studies. *Syst Rev.* 2023;12(1):86. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02251-z>
20. 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.
21. Piñera H, Ruiz L. Influencia de la actividad física en los procesos cognitivos. *Rev Cuba Med.* 2022;61(3):e2667. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v61n3/1561-302X-med-61-03-e2667.pdf>
22. 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>
23. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. *Envejecimiento y vejez.* México: INAPAM; 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
24. 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.
25. 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.
26. 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>
27. 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.
28. 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.
29. 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;68(2):1-9.
30. Kemp FM, Acheson RM. Care in the community-elderly people living alone at home. *Comunidad Med.* 1989;11(1):21-26.
31. 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.
32. Shu-Chuan JY, Sing KL. Living alone, social support and feeling lonely. *Soc Behav Pers.* 2004;32(2):129-138.
33. Chen Y, While AE, Hicks A. Physical activity among older people living alone in Shanghai, China. *HEJ.* 2015;74(2):156-167.
34. 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.
35. 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
36. 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>
37. Wenger GC. Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging Ment. Health.* 1997;1(4):311-320.
38. 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.
39. 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 Ment Health.* 2018;22(2):245-249. doi:10.1080/13607863.2016.1247431
40. 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.
41. Maina SM. El rol del adulto mayor en la sociedad actual [Tesis de licenciatura]. Argentina. Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de La Pampa; 2004. Disponible en: https://repo.unlpam.edu.ar/bitstream/handle/unlpam/2321/h_maielr112.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Carmona-Valdés SE. La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento.* 2015;3(8):393-401. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457644946010>
43. Miralles I. Vejez productiva: El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *Revista de Temas Sociales.* 2010;14(26):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702472.pdf>
44. Del Barrio-del Campo JA. Envejecimiento saludable. Aportaciones para la actividad cerebral. *Revista INFAD de Psicología.* 2014;7(1):541-549.
45. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(4):229-41. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003.

Apéndice 1: Lista de cotejo sobre el cumplimiento de los criterios de PRISMA 2009.

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 es- tructurado	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.	1
INTRODUCCIÓN			
Fundamento	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce.	3
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).	6
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 ad- misibilidad	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.	7
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.	6
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.	6



Apéndice 1: Lista de cotejo sobre el cumplimiento de los criterios de PRISMA 2009.

Sección/ tema	#	Elemento de lista de comprobación	Reportado en la página #
TÍTULO			
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).	7
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.	7
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.	8
Medidas de síntesis	13	Indique las principales medidas de resumen (por ejemplo, coeficiente 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.	-
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).	9
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.	8 y 21

Apéndice 1: Lista de cotejo sobre el cumplimiento de los criterios de PRISMA 2009.

Sección/ tema	#	Elemento de lista de comprobación	Reportado en la página #
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.	8
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).	9
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 ítem 15).	-
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).	10-13
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).	14
Conclusiones	26	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas e implicaciones para futuras investigaciones.	13 y 14
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.	15

Apéndice 2. Estudios excluidos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Referencia	Motivo de exclusión
<p>1. Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. <i>Age Ageing</i>. 2010;39(3):319-26. doi: 10.1093/ageing/afq020.</p>	<p>Evaluó discapacidad.</p>
<p>2. Beller J, Wagner A. Disentangling loneliness: differential effects of subjective loneliness, network quality, network size, and living alone on physical, mental, and cognitive health. <i>J Aging Health</i>. 2018;30(4):521-539. doi: 10.1177/0898264316685843</p>	<p>No cumple con el criterio de edad.</p>
<p>3. 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. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2020;17(24):9448. doi: 10.3390/ijerph17249448.</p>	<p><i>Población con inicios de demencia.</i></p>
<p>4. 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. <i>Arch Gerontol Geriatr</i>. 2019;84:103910. doi: 10.1016/j.archger.2019.103910</p>	<p>No evaluó funcionalidad física.</p>
<p>5. Cornwell B, Laumann EO. The health benefits of network growth: new evidence from a national survey of older adults. <i>Soc Sci Med</i>. 2015;125:94-106. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.011</p>	<p>No evaluó funcionalidad física.</p>
<p>6. 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. <i>J Clin Gerontol Geriatr</i>. 2018;9(3):85-90. doi:10.24816/jcgg.2018.v9i3.03</p>	<p>No reportó resultados de funcionalidad física ni RAS.</p>
<p>7. 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. <i>Aging Clin Exp Res</i>. 2003;15(2):164-173. doi: 10.1007/BF03324496</p>	<p>Evaluó la funcionalidad respecto a las enfermedades crónicas.</p>

Apéndice 2. Estudios excluidos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Referencia	Razón de exclusión
8. Chen Y, While AE. Older people living alone in Shanghai: A questionnaire survey of their life experience. <i>Health Soc Care Community</i> . 2019;27(1):260-269. doi: 10.1111/hsc.12648.	No reportó resultados de funcionalidad física.
9. 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. <i>BMJ Open</i> . 2019;9(10):e029279. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029279	Evaluó discapacidad.
10. 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. <i>Aging Ment Health</i> . 2018;22(2):245-249. doi: 10.1080/13607863.2016.1247431	Evaluó discapacidad.