

Red Académica Asesora de Revisiones Sistemáticas

Proyecto PAPIME PE203421

**EJEMPLO DE UN PROYECTO PARA REGISTRO DE TESIS**

 **PARA QUE DE MANERA ANALOGA SE CUMPLA CON LA METODOLOGÍA DE REVISIÓN SISTEMATICA Y META-ANALÍSIS (PRISMA)**

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

**Introducción**

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

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

Algunos estudios han reportado una relación positiva entre las RAS y la funcionalidad física y mental, no obstante, también se ha observado una relación negativa entre RAS con la funcionalidad, debido a las representaciones sociales de la vejez de tipo negativo, en la que se considera que todas las personas mayores de 60 años requieren apoyos materiales y psicológicos por el solo hecho de ser viejos, sin considerar su capacidad intrínseca. En este sentido, esta visión “viejista” de precariedad y dependencia generalizada, puede propiciar y fortalecer una dependencia física y cognitiva anticipada.

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

Al respecto, se encontraron dos RS, sobre la relación de las RAS con la funcionalidad en adultos mayores, no obstante es necesario presentar una actualización, además de incluir estudios publicados en español y resultados de literatura gris, para tener un conocimiento más amplio y preciso, que permita identificar los factores asociados a las RAS vinculados con la funcionalidad física y mental en la vejez.

Por tal motivo, el propósito de la presente revisión sistemática es presentar una síntesis analítica cualitativa de ser posible cuantitativa (meta-análisis), acorde con la metodología PRISMA.

**Marco teórico**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento es un proceso complejo, en el que están relacionadas una gran variedad de daños celulares y moleculares, lo cual, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades y disminuir la capacidad del individuo. Sin embargo, lo anterior no significa que exista una causalidad entre estos factores, pues también existen otras variables que influyen, como el entorno, el estilo de vida y el comportamiento del individuo además de que las personas que se encuentran en esta etapa realizan muchas contribuciones a la sociedad [2].

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

Por su parte, el Instituto Nacional de Geriatría define el envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo, que se caracteriza por la disminución de respuestas que permite el adecuado funcionamiento del organismo, debido a los cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos y psicológicos [3].

Complementando con lo anterior, Mendoza y Martínez mencionan que el envejecimiento está conformado por dos dimensiones: la fisiológica, que se manifiesta con los cambios orgánicos, biológicos y sociales; por otro lado, está la cultural y subjetiva, que hace referencia a la interpretación individual y colectiva con respecto a esta etapa además de cómo debería ser afrontada [4].

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

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, por lo cual, son importantes para la salud y bienestar de las personas, independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentren [5].

El Instituto Nacional de las Mujeres define a las redes de apoyo como lazos que las personas establecen entre sí para brindarse ayuda, constituyen una fuente de recursos ya sean materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que pueden utilizarse para hacer frente a situaciones de riesgo [5]. Por ello, es considerado como un factor protector contra el estrés y la depresión.

Por otro lado, Litwin (2001), explica que se encuentran diferentes definiciones en torno a este concepto, por ello, a pesar de que existe el acuerdo en que las redes sociales son importantes para las personas mayores, se observan variaciones en torno a los factores que se correlacionan con esta variable, pues esto dependerá de la delimitación que le den y el método de análisis utilizado [7]. Sin embargo, define a las redes sociales como el conjunto de vínculos interpersonales que ayudan a la persona a establecer relaciones sociales, las cuales servirán para el bienestar y la satisfacción de ciertas necesidades.

 Las redes sociales no son un fenómeno que resulte fácil de comprender, pues representan un conjunto de factores que interactúan entre sí. Por ello, es dinámico y cambiante de acuerdo con la situación y sus características varían con el tiempo [8].

 De igual manera, también se encuentra que existen diversos factores que influyen, ya sea de manera positiva o negativa, en las redes de apoyo, como las características sociales y económicas, los rasgos de personalidad, los recursos dentro de las redes, la calidad de las relaciones interpersonales y la reciprocidad de apoyo entre los integrantes [6].

Para el caso de los adultos mayores, existen dos formas apoyo o soporte que pueden llegar a recibir, por un lado, está el llamado soporte social formal, el cual, es proporcionado de manera regular por profesionales, con el objetivo de ayudar al anciano a mantenerse en la comunidad mientras sea posible. Además, esto puede ser proporcionado por entidades privadas u organismos comunitarios y gubernamentales. Por otra parte, se encuentra el apoyo dado por la familia, los amigos y vecinos. Debido a ello, el llamado apoyo informal puede tomar una gran variedad de formas [8].

Por ello, las redes sociales juegan un papel importante para el bienestar y la moral y que, además, los tipos de redes comparten similitudes con las redes de otras culturas [7].

Por otro lado, Wenger (1997), identificó cinco tipos de redes las cuales, explica, tienen diferentes fortalezas y debilidades [9]:

* Red de apoyo integrada localmente: Es la más común y extensa. Es un soporte informal porque es proporcionado por la familia, amigos y vecinos.
* Red de apoyo enfocada en una comunidad más amplia: En esta red existe ausencia de parientes locales, para el autor en esta red la familia se encuentra a más de 50 millas (80 kilómetros, aproximadamente) del adulto mayor, pero se mantiene en contacto con ella. Por ello el apoyo que recibe proviene principalmente de amigos y en menor proporción de los vecinos. En esta red el adulto mayor tiene un alto nivel de implicación en grupos comunitarios.
* Red de apoyo autónoma local: Existe mayor dependencia hacia los vecinos, sin embargo, también existe participación por parte de la familia que se encuentra lejos (mas de 50 millas de distancia). Participación con grupos comunitarios de bajo perfil.
* Red local de apoyo a familiares dependientes: Existe confianza en la familia local; establece contacto con algunos vecinos. Manifiesta niveles bajos de participación en grupos comunitarios.
* Red de apoyo privada restringida: Ausencia de familia local, tampoco existe alguna fuente de apoyo informal (ya sean vecinos o amigos). Tiene poco contacto con su comunidad. Puede depender de parientes lejanos.

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

Así las redes de apoyo social se definen como conexiones y contactos con personas a través de las cuales se recibe apoyo emocional, instrumental e informativo. Las redes informales, que están formadas por familiares, parientes y amigos, se consideran un vínculo emocional que determina el apoyo mutuo y la reciprocidad [10]. Sin embargo, las redes formales incluyen grupos comunitarios y asociaciones organizadas de la sociedad civil cuyos miembros se adhieren a la conciencia grupal a través de una membresía que establece compromisos, pautas, reglas de trabajo y una organización jerárquica que es establecida por los propios miembros. Al respecto, se conocen siete mecanismos psicosociales para explicar el efecto positivo de las redes de apoyo social en la salud física y mental: (i) influencia social/comparación social; (ii) control social; (iii) orientación conductual, propósito y significado; (iv) autoestima; (v) sentido de control o dominio; (vi) pertenencia y compañerismo; y (vii) apoyo social percibido [11, 12].

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

Según indica la OMS [2], la detección de necesidades de salud en una persona mayor no solo implica identificar las enfermedades que pueden llegar a presentar, sino también en cómo éstas se relacionan con su entorno y repercuten en su funcionamiento.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud la funcionalidad se entiende como “una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales”. Esto es, que existe una estrecha relación entre las condiciones de salud, las funciones y estructuras corporales, la participación; y los factores ambientales y personales con las actividades que puede realizar el individuo y éstas en los factores anteriores [10].

Las influencias del entorno en la salud de los adultos mayores abarcan diferentes ámbitos, como lo son la economía, las actitudes o normas de la comunidad, el entorno físico que le rodean, los dispositivos de apoyo que tienen a su disposición y, por supuesto, las redes sociales a las que incurren [2].

Por lo anterior, se entiende a la funcionalidad como un concepto holístico y que, además, su evaluación tiene que ser realizable en todos los individuos en intervalos determinados, los cuales dependerán de la edad del sujeto [14].

Con ello se entiende que un adulto mayor sano (y funcional) es aquel que realiza de manera independiente sus actividades cotidianas y toma sus propias decisiones independientemente de sus padecimientos. Mientras que un adulto mayor enfermo es todo lo contrario, ha dejado de moverse, es dependiente y por ello requiere de mayor atención. Lo cual quiere decir, que el debilitamiento de su salud provoca el riesgo de perder su autonomía [14,15].

Por lo anterior, el término de funcionalidad geriátrica hace referencia a cuando el adulto mayor realiza de manera independiente sus actividades cotidianas en dos ámbitos [16]:

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

La funcionalidad gira entorno a diferentes ámbitos [14], los cuales permitirán su mejor evaluación:

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

Ahora bien, existen diversos instrumentos para evaluar la funcionalidad, el primero de ellos es la “Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody”, fue publicada en 1969 y desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia con el objetivo de evaluar la autonomía física en los adultos mayores mediante la valoración de ocho ítems (capacidad de usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad con su medicación y la administración de su dinero) asignándoles un valor numérico donde 1 significa “independiente” y 0 “dependiente”. Su traducción al español fue publicada en 1993 [17].

De igual manera, también se encuentra el cuestionario de Actividades Físicas de NAGI. El objetivo de este instrumento es evaluar la capacidad funcional física del individuo a través de nueve actividades que valoran la flexibilidad, elasticidad, fuerza y resistencia musculoesquelética. Cada actividad se puntúa del 1 al 3 donde 1 significa que la actividad no fue realizada, 2 la actividad fue realizada, pero con dificultad y 3 donde la actividad fue completada sin dificultad [18].

En el caso de México, se estima que para el 2030 la esperanza de vida de las personas mayores sea de 23.7 años después de cumplir los 60 [18]. Sin embargo, este aumento no siempre resulta ser prometedor para la salud de este sector de la población, pues el deterioro en su salud está relacionado con la multimorbilidad, lo cual, quiere decir que gran cantidad de los adultos mayores no padecen de sólo una enfermedad [20].

Lo anterior podría quedar explicado a que la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son más comunes en esta etapa con una prevalencia de más de 50% para el caso de la hipertensión arterial y más del 20% en el de la Diabetes Mellitus tipo 2, las cuales, son las principales causas de muerte y discapacidad en los adultos mayores [21], además de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades hipertensivas que, en conjunto con las dos anteriores, forman parte de las cinco principales causas de muerte [20].

Hay que mencionar, además, que otro de los síndromes que contribuyen a la morbilidad y mortalidad, son las caídas. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) [22], indicó que uno de cada tres adultos mayores había sufrido de una caída en los últimos 12 meses en el año 2012, las cuales, de igual manera afectan en la funcionalidad e incrementan el riesgo de muerte prematura.

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

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

En la búsqueda de revisiones sistemáticas que abordan estas variables, se encontraron dos revisiones completas [23, 24], mientras que la otra aún sigue en desarrollo [25] (Cuadro 1), para ello, se utilizaron las palabras clave *social network, social support, social contact, social relationships, social networking y personal networks* con *older adults, older people, older persons;* y *functional, functional status y functional content.* En las bases de datos de Social Care Online y Web of Science.

Cuadro 1. Revisiones sistemáticas sobre la relación de las RAS con la funcionalidad física y mental

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Autor y año | Objetivo | Palabras clave | Estrategias de búsqueda | Número de estudios analizados | Conclusiones |
| Kelly et al. (2017) [23] | Evaluar la asociación entre los diferentes aspectos de las relaciones sociales (actividad social, redes sociales y apoyo social) con el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores sanos. | * Social activity
* Social engagement
* Social intervention
* Leisure intervention

Combinado con: * Cognition
* Cognitive performance
* Cognitive decline
* Cognitive function

Y:* Healthy elderly
* Older adults
 | Utilizaron las bases de datos PubMed, Medline y PsycInfo para buscar Ensayos Controlados Aleatorios, estudios observacionales y de gemelos escritos en inglés y publicados entre enero de 2000 y enero de 2017.Utilizaron como criterio de inclusión los estudios que hablaran acerca del impacto de la participación en actividades sociales, redes sociales o apoyo social en la función cognitiva en adultos mayores de 50 años sanos.Examinaron los títulos y resúmenes para excluir aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión.  | Total N= 17, 959 No especifican el número de estudios identificados por base de datos.Cumplieron con los criterios de elegibilidad n= 107Incluidos en la Revisión Sistemátican=39  | Existe asociación entre las relaciones sociales y la función cognitiva, aunque la naturaleza exacta de dicha asociación sigue sin ser clara. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Autor y año | Objetivo | Palabras clave | Estrategias de búsqueda | Número de estudios analizados | Conclusiones |
| Cappelli et al. (2019) [24]  | Explorar sistemáticamente la literatura sobre la vulnerabilidad social y su asociación con la actividad de declive funcional de la vida diaria/actividades instrumentales de la vida diaria como criterio de evaluación en adultos mayores. | * Social vulnerability core social needs
* Affection
* Behavioral confirmation
* Social status

Relacionado con:* Old age
* Aged
* Older adults
* Older persons
* Mortality

Y:* Activities of daily living
* Basic activities of daily living
* Instrumental activities of daily life
* Functional declines
* Functional status
* Con “Prospective cohort studies”.
 | Se usó la base de datos MEDLINE, PubMed, Ovid Medline y PsycInfo; tomando en cuenta artículos en inglés, italiano, francés y español, publicados hasta finales de marzo de 2018.Utilizaron como criterio de exclusión aquellos estudios de cohortes transversales, retrospectivos, resúmenes, editoriales, estudios de caso, estudios de creación de partituras, estudios sin un enfoque específico en adultos mayores (edad media <65 años o sin datos sobre los participantes), estudios enfocados en poblaciones específicas o afectadas por solo una enfermedad y estudios donde la muestra es parte de un asilo de ancianos o pacientes hospitalizados. | Total N= 5,635 OvidMedlinen= 2758Psychinfon= 119PubMedn=2758Incluidos en la Revisión sistemátican= 65No se realizó meta-analisis | La calidad, en lugar de solo la estructura y el tipo de relación social, representa la característica central de la vulnerabilidad social que predice el deterioro funcional en los adultos mayores. De esta manera, al definir este concepto junto con su medición y evaluación, se podrán identificar intervenciones sociales para prevenir o retrasar el deterioro funcional o la muerte. |

**Problema**

En las últimas décadas se ha presentado un incremento gradual de personas mayores en el mundo, la OMS explica que este fenómeno sucede por dos factores: el primero tiene que ver con la disminución de la mortalidad, lo cual, a su vez da paso a un incremento considerable en la esperanza de vida; y el segundo, está relacionado con la disminución del número de nacimientos. Sin embargo, a pesar de que el número de personas mayores va en aumento, esto no significa que su calidad de vida avance de la misma manera [2].

La vejez es la última etapa del ciclo vital de los seres vivos, en el caso de los humanos, especialmente para la sociedad mexicana, existen ideas ambiguas que se basan en las características de las personas y la percepción social que se tienen de ellas: pude ser considerada como un periodo en el que prevalece la experiencia, la cual, ayudará para instruir y guiar a los más jóvenes y, por otro lado, está la idea de que la vejez es un sinónimo de enfermedad así como una fase de pérdidas [26]. Desafortunadamente, esta idea es la más popular, ya que es reforzada por la disfuncionalidad que llegan a presentar algunas personas mayores.

Lo anterior puede quedar explicado porque en la sociedad mexicana, predominan ideas que están orientadas a que la fuerza y agilidad son indispensables para alcanzar el éxito [26]. Esto a su vez crea una visión despectiva, lo cual, puede provocar que exista una falta de apoyo ya sea por parte de familiares o conocidos.

Por otro lado, se ha propuesto que el uso óptimo de las redes de apoyo social formales e informales constituye un factor protector para mantener la funcionalidad física y cognitiva en la vejez, sin embargo no se precisa la relación y posible efecto de dichas variables. Por tal motivo, es necesario disponer de una síntesis del conocimiento científico que sea producto del análisis de estudios realizados con una metodología rigorosa. En este sentido, la metodología para la realización de revisiones (RS) sistemáticas es la mejor opción.

Por tal motivo, se realizó una búsqueda de RS sobre la relación de las RAS con la funcionalidad física y cognitiva, de los cual se encontraron 2 revisiones (cuadro1). En la RS realizada por Keli et al. (2017), con la metodología de PRISMA, se revisaron tres bases de datos (PubMed, Medline y PsycInfo) en las que identificaron 17, 959 artículos relacionados con el tema, sin embargo, la muestra final de estudios incluida en la RS fue de 39 estudios, no obstante, no fue posible realizar un meta-análisis, debido a la heterogeneidad de los estudios, sobre todo en los instrumentos de medición, operacionalización de variables y unidades de medición. En dicha RS se concluye que existe asociación entre las RAS y el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores sanos, aunque, sin aunque no son claros los factores específicos que intervienen.

 Asimismo, se encontró otra RS, cuyo propósito fue determinar la relación entre la vulnerabilidad social y el declive funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en adultos mayores. Para tal efecto, los autores realizaron una búsqueda en las bases PubMed, Ovid Medline y PsycInfo, identificando 5, 635 estudios relacionados con el tema, aunque solo cumplieron con los criterios de elegibilidad 65, para ser incluidos en la RS. Es importante señalar que tampoco pudieron realizar un metaanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios. Los autores concluyen que la calidad, además de 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, resaltan 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.

En este marco son escasos los estudios de RS sobre el tema, además de que es es necesario presentar una actualización, además de incluir los estudios publicados en español y de la literatura gris, para tener un conocimiento más amplio y preciso respecto al efecto de las RAS sobre la funcionalidad física y mental en la vejez. También, se deben realizar meta-analisis, aunque el número de estudios que sean homogéneos sea mínimo, para tener un conocimiento más preciso sobre la relación de las RAS con la funcionalidad física y cognitiva.

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

P: Adultos mayores de 60 años

E: Redes de apoyo social

C: Sin o insuficientes redes de apoyo social

O: Funcionalidad física y cognitiva

¿Cuál es la relación entre las redes de apoyo social con la funcionalidad física y mental en adultos mayores de 60 años?

**Objetivo**

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

**Método**

El estudio se llevará a cabo acorde con los lineamiento de PRISMA (anexo 1), por dos investigadores (OARA y CELE) de manera independiente. Para tal efecto se realizarán búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Web of Science, SciElo, LILACS, Social Care Online, PsycInfo y TESIUNAM, utilizando las palabras clave “adultos mayores”, “redes de apoyo social” y “funcionalidad”, para el caso de los artículos en español y “older people”, “older persons”, “social network”, “social support”, “social contact”, “functional”, “functional dependency” y “cognitive function” para las búsquedas en inglés (Cuadro 2).

Se incluirán aquellos artículos en inglés, español y portugués de tipo transversal analítico, cohorte y casos y controles de población de adultos mayores de 60 años de la comunidad en los que presenten resultados sobre la relación entre las RAS y la funcionalidad física y mental.

Cuadro 2. Palabras clave acorde con el acrónimo PECO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **P** | Población | Adultos mayores.  | Older peopleOlder adultsOlder persons |
| **E** | Exposición  | Redes de apoyo social. | Social networkSocial networkingSocial supportSocial support receivedSocial support offeredSupport networks Social contactSocial relationshipsPersonal networks |
| **C** | Comparación  | Sin o escasas redes de apoyo social | loneliness |
| **O** | Outcome  | Funcionalidad.  | FunctionalFunctional dependencyFunctional contentCongitive functionPhysical functionality |

 El estudio estará apegado a los lineamientos PRISMA y se esquematizará la búsqueda de la información utilizando el diagrama de flujo de PRISMA (Anexo 1).

***Evaluación del riesgo de sesgo***

Dos revisores evaluarán el riesgo de sesgo o la calidad metodológica de cada uno de los estudios observacionales (cohorte, transversales y casos y controles) incluidos en la revisión utilizando la escala de New-Castle Ottawa.

***Análisis estadístico***

La síntesis cuantitativa de los datos se realizará mediante la construcción de *forest plots* con ayuda del software RevMan 5.4.1 para sintetizar las variables cualitativas como RR (u OR de ser el caso) y analizadas con el método de Mantel-Haenszel. La heterogeneidad será evaluada utilizando la prueba de I2. En caso de encontrar heterogeneidad en cada comparación, el análisis se realizará con un enfoque de efectos aleatorios utilizando el método de DerSimonian & Laird. Para evaluar la robustez de cada resultado obtenido por cada comparación, se realizará un análisis de sensibilidad utilizando una estrategia de dejar a un estudio afuera utilizando como criterio al estudio que presente mayor riesgo de sesgo. Finalmente, el riesgo de sesgo de publicación será evaluado mediante la construcción *de funnel plots* cuando haya al menos 10 estudios incluidos en la comparación.

**Referencias**

1. Urrútia G, Bonfil X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicina Clínica. 2010;135(11):507-511. doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015.
2. 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 Geriatría. Envejecimiento [Internet]. México: Instituto Nacional de Geriatría. 2017 [citado 15 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
4. Mendoza Núñez VM, Martínez Maldonado ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Robledo LM, Stalnikowitz DK. (Eds.) Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción. 3ª ed. México: UNAM; 2015.p. 261-277.
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. Instituto Nacional de Mujeres. Como funcionan las redes de apoyo familiar y social en México [Internet]. México: Gobierno de la República; 2015. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf>
7. Litwin H, DSW. Social network type and morale un old age. Gerontologist.2001;41(4):516-524. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/4/516/600718>
8. Borrero CL. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Hacia la Promoción de la* Salud. 2008;13:42-58.
9. Wenger GC. Social networks and the prediction of elderly people at risk. Aging Ment. Health. 1997;1(4):311-320. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607869757001>
10. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. Citado en 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(993):1-9. doi:10.3390/ijerph14090993
11. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health.  Psychol Bull. 1996;119(3):488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488.
12. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. J Behav Med. 2006;29(4):377-87. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5.
13. World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5432648&pid=S1135-5727200900060000200001&lng=es>
14. 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.
15. Rangel AL. La autoeficacia en las actividades cotidianas. En: Robledo LM, Stalnikowitz DK. (Eds.) *Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción.* 3ª ed. México: UNAM; 2015.p. 179-191.
16. Parra MS. Adultos mayores funcionales en Chile. Enfermería. 2003;3(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4553#:~:text=El%20concepto%20de%20funcionalidad%20geri%C3%A1trica,e%20instrumentales%20%5Bcocinar%2C%20realizar%20las>
17. Ferrín MT. *Escala de Lawton y Brody Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).* Disponible en: <https://meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
18. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y Secretaría de Salud. Principios de abordaje gerontológico en la persona adulta mayore intervenciones básicas. México: Cinvestav/CEPAPRECE/Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf>
19. Rangel AL, Madrigal VA. Comportamiento generativo y su efecto en la calidad de vida en adultos mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2016;19(1):171-193. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/54899
20. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las Personas Adultas Mayores en México [Internet]. México: Inmujeres/Gobierno de la República; 2015. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf> (acceso el 28 de mayo de 2021).
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad [Internet]. México: INEGI; 2016. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf>
22. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (acceso el 28 de mayo de 2021).
23. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. Syst Rev. 2017;6(1):259. doi: 10.1186/s13643-017-0632-2. Disponible en:

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0632-2>

1. 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>
2. 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
3. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez. México: INAPAM. 2019 [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

ANEXO 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.  |  |
| **Resumen**  |  |
| Resumen estructurado  | 2 | Proporcione un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuentes de datos; criterios de elegibilidad del estudio, participantes e intervenciones; estudiar métodos de evaluación y síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos clave; número de registro de revisión sistemática.  |  |
| **Introducción**  |  |
| Fundamento  | 3 | Describa la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce.  |  |
| 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).  |  |
| **Métodos**  |  |
| Protocolo y registro  | 5 | Indique si existe un protocolo de revisión, si se puede acceder a él y dónde (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, proporcione información de registro, incluido el número de registro.  |  |
| Criterios de admisibilidad  | 6 | Especifique las características del estudio (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y las características del informe (por ejemplo, años considerados, idioma, estado de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad, dando la justificación. |  |
| 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.  |  |
| 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.  |  |
| 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). |  |
| 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.  |  |
| 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.  |  |
| Medidas de síntesis  | 13 | Indique las principales medidas de resumen (por ejemplo, cociente de riesgos, diferencia de medias).  |  |
| Síntesis de resultados  | 14 | Describa los métodos de manejo de datos y combinación de resultados de estudios, si se realizan, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I2) para cada metaanálisis. |  |

Página 1 de 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sección/tema**  | **#** | **Elemento de lista de comprobación**  | **Reportado en la página #**  |
| Riesgo de sesgo en todos los estudios  | 15 | Especifique cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ejemplo, sesgo de publicación, informe selectivo dentro de los estudios).  |  |
| 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.  |  |
| 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.  |  |
| 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).  |  |
| 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 *forest plot*. |  |
| 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 Item15). |  |
| 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).  |  |
| 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).  |  |
| Conclusiones  | 26 | Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas e implicaciones para futuras investigaciones.  |  |
| **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.  |  |

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

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

Página 2 de 2

Estudios excluidos después de revisar título y resumen
(n = )

Estudios adicionales identificados a través de otras fuentes

TesiUNAM

(n = )

Estudios identificados a través de la búsqueda en la base de datos

**TOTAL N=**

PubMed n=

Scopus n=

Web of Science n=

SciElo

LILACS

(n = )

Estudios incluidos en la síntesis cualitativa
(n = )

Estudios incluidos en la síntesis cuantitativa (metaanálisis)
(n = )

Artículos de texto completo evaluados para la elegibilidad
(n = )

## Inclusión

## Elegibilidad

## Revisión

## Identificación

Artículos de texto completo excluidos, con razones
(n = )

Estudios después de eliminar duplicados

(n = )

Estudios examinados
(n = )