



Bajo soporte sociofamiliar y riesgo de mortalidad en adultos mayores

Cabrera-Gómez Ivonne^a, Morales-Saldivar Pedro-A.^a, Parodi José-F.^b,
Runzer-Colmenares Fernando-M.^{a, b}

(a) *Universidad Científica del Sur. Carrera de Medicina Humana. Lima, Perú*

(b) *Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN). Lima, Perú*

Recibido el 11 de diciembre de 2021; aceptado el 29 de diciembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Veteranos mayores.
Mortalidad.
Soporte familiar.
Soporte social.
Perú.

Resumen:

Objetivos:

Comprobar la asociación entre soporte social y mortalidad, así como el rol de los síndromes geriátricos en dicha asociación.

Materiales y Métodos:

Estudio observacional, cohorte retrospectiva. Análisis secundario de una base de datos de 1896 adultos mayores, de los que se eliminaron 212 por datos faltantes, con una muestra final de 1684. Se realizó un análisis bivariado en base a mortalidad y, posteriormente, se realizó un análisis de regresión de Cox, presentando un modelo crudo y ajustado, calculando HR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados:

Se registró una frecuencia de mortalidad de 11,16% (n=188), de auto reporte de soporte social (ASS) de 17,46% (n=294) y de riesgo social según la Escala de Gijón (EG) de 27,02% (n=455). Se encontró significancia estadística con edad, sexo, estado civil, comorbilidades, síndromes geriátricos y problema social, medidos según el ASS y la EG. Finalmente, se construyeron dos modelos de regresión de Cox, uno crudo y otro ajustado. En este último, se encontró que la incidencia de mortalidad es 6% mayor en comparación de los que tienen un soporte sociofamiliar adecuado.

Conclusiones:

El riesgo de mortalidad es 1,06 veces mayor en aquellos pacientes que según la EG poseen un pobre soporte social, independientemente del número de comorbilidades, síndromes geriátricos o edad. Tener dos o más comorbilidades y al menos un síndrome geriátrico, incrementan el riesgo de mortalidad.

© 2022 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Low sociofamilial support and mortality risk in older adults**Objectives:**

Determine the association between social support and mortality, as well as the role of geriatric syndromes in this association.

Materials and Methods:

Observational study, retrospective cohort. Secondary analysis of a database of 1896 older adults, of which 212 were eliminated due to missing data, with a final sample of 1684. A bivariate analysis was performed based on mortality and subsequently, a Cox regression analysis was performed, presenting a crude and adjusted model, calculating HR and their respective 95% confidence intervals.

Results:

A mortality frequency (MF) of 11,16% (n = 188) was recorded, of Self-report of social support (SRSS) 17,46% (n = 294) and of social risk according to the Gijon Scale (GS) 27,02% (n = 455). Statistical significance was found with age, sex, marital status, comorbidities, geriatric syndromes, and social problems, measured according to SRSS and GS. Finally, two Cox regression models were constructed, one crude and the other adjusted. In the latter, it was found that the incidence of mortality is 6% higher compared to those with adequate socio-family support.

Conclusions:

The risk of mortality is 1,06 times higher in those patients who, according to GA, have poor social support, regardless of the number of comorbidities, geriatric syndromes, or age. Having two or more comorbidities and at least one geriatric syndrome increases the risk of mortality.

© 2022 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Older veterans.
Mortality.
Family support.
Social support.
Peru.

Introducción

El envejecimiento poblacional es un reto y una oportunidad tanto para los gobiernos, la comunidad y la familia. Los sistemas de cuidado deben optimizarse para responder a las necesidades y expectativas de este grupo poblacional¹.

El desarrollo de sistemas de cuidado de largo plazo, la adecuación de servicios de salud, las ciudades amigables con las personas mayores y la forma de ver y sentir las son claves para la década del 2020 al 2030².

Diversos estudios asocian el efecto del bajo soporte social en adultos mayores con el deterioro del desempeño funcional, calidad de vida, depresión y deterioro cognitivo; considerándolo un predictor de mortalidad significativo comparable con los factores de riesgo bien establecidos como son los hábitos nocivos y las comorbilidades médicas^{3,4}.

En consecuencia, otros estudios señalan que existe un efecto protector sobre la mortalidad, aumentando la supervivencia en un 50% al contar con un adecuado soporte social⁵.

El primer estudio extenso en analizar la relación que existe entre el soporte social o relaciones sociales y la mortalidad fue realizado en la ciudad de Alameda en el Estado de California, Estados Unidos, en el año de 1979, donde se llegó a la conclusión de que el bajo soporte social es, efectivamente, un predictor significativo de mortalidad⁶.

Tres años después, se replicó este experimento, llegando a la conclusión de que el nivel de soporte social recibido es inversamente proporcional a la mortalidad⁷. Un año después, se publicó un estudio que recolectó la información relacionada a la mortalidad en la ciudad de Alameda durante los últimos 70 años, que demostraba que el soporte social es un factor determinante en la mortalidad de adultos mayores, mostrando el incremento de esta en pacientes con un bajo soporte social⁸.

Si bien muchos autores hablan del soporte social y su relación con la mortalidad en poblaciones específicas, como es el caso de Alabama, también hay quienes realizan una comparación entre dos zonas marcadas

mente diferentes por las condiciones de vida y las relaciones sociales implicadas, como pueden ser Canadá y América Latina, dando como conclusión que el soporte social, red familiar y amical en los canadienses, y de familiares en pacientes latinos, representan un claro factor que mejora la calidad de vida de los pacientes y, a su vez, disminuye la mortalidad de los mismos⁹.

Se prevé que en el año 2050 la población mayor de 60 años superará a la población de niños y adolescentes¹⁰. El envejecimiento saludable relacionado directamente con la habilidad funcional requiere de la optimización de las capacidades físicas y mentales (capacidad intrínseca) y de entornos que permitan desarrollarlas.

La fragilidad es un estado de capacidad intrínseca disminuida. Los entornos que favorecen la habilidad funcional pueden ser físicos y sociales¹¹. Hay evidencia de que la desigualdad en la duración de la vida en grados de fragilidad tiene un patrón social con gran impacto de la situación financiera y en menor grado de la educación¹².

Métodos

Diseño

Estudio observacional de tipo cohorte retrospectiva. Análisis secundario de base de datos.

Población

La población de estudio proviene de un proyecto previo llamado "Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults"¹³, que se realizó en el periodo 2010 a 2015, en el cual participaron 1896 personas que fueron atendidas dentro de la población de pacientes mayores de 60 años, pertenecientes al Servicio de Geriátrica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", que es una institución que presta Servicios de Salud nivel III al personal de la Marina de Guerra del Perú en actividad, así como a aquellos retirados y sus familiares directos y cuyo objetivo fue medir fragilidad y factores asociados.

Dicho estudio contó con seguimiento de supervivencia hasta junio del 2016 y contó con datos de 1896 pacientes adultos mayores. Se incluyeron para este estudio los datos de pacientes del estudio original y con respecto a los criterios de exclusión, se eliminaron los datos faltantes de las variables Gijón (n=1684) y ASS (n=1896).

VARIABLES

Mortalidad: fue evaluada durante el seguimiento del estudio que fue del 2010 al 2015, pero la supervivencia fue seguida hasta junio del 2016. El dato fue obtenido de la Oficina de Epidemiología de la Marina de Guerra del Perú y se obtuvo la información según fecha de fallecimiento en formato día, mes, año.

Riesgo sociofamiliar: la EG es una escala que mide soporte sociofamiliar, esta evalúa cinco áreas: situación familiar; situación económica, vivienda, relaciones so-

ciales, redes sociales¹⁴. Se utilizó como punto de corte un puntaje ≥ 10 para determinar riesgo de problema social en adultos mayores.

Autoreporte de soporte social (ASS): se evaluó con la pregunta "Cuando usted tiene un problema, ¿tiene alguien que lo ayude a solucionarlo?" obtenida de la Escala de Fragilidad de Edmonton^{15,16}, fue una variable dicotómica.

Variables sociodemográficas: se consideraron las co-variables: sexo, edad, educación, vivir solo y estado civil.

Comorbilidades médicas: se contaba con la información de la historia clínica de las siguientes comorbilidades: diabetes, enfermedad renal crónica, insuficiencia vascular, falla cardíaca crónica, hipertensión arterial, enfermedad periodontal, antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedente de depresión, antecedente de artrosis de rodilla, antecedente de artrosis lumbar, enfermedad cerebrovascular, antecedente de hipotiroidismo, antecedente de fracturas, antecedente de fractura de cadera, antecedente de neumonía y obesidad. La mayoría de las comorbilidades fueron definidas como antecedente de la Historia Clínica, pero se midió el peso y la talla durante la visita inicial del estudio y con esas mediciones hechas por los investigadores se evaluó la obesidad definida como IMC ≥ 30 . La variable 'Comorbilidades' se construyó con la sumatoria de todas estas enfermedades, categorizándolas en ninguna, una o dos o más.

Hábitos nocivos: se recabó la información sobre hábitos nocivos de la historia clínica de los siguientes hábitos: consumo de alcohol, consumo de café y consumo de cigarrillos. Posteriormente, se construyó la variable 'Hábitos Nocivos' con la sumatoria de dichos hábitos y se les categorizó en ninguno, uno, o dos o más.

Síndromes geriátricos: la dependencia funcional fue definida mediante el Índice de Barthel, que es una escala para medir qué tan independiente es el adulto mayor para sus actividades básicas. Es una escala que va de 0-100 y con un puntaje menor a 95 se consideró positivo¹⁷. El autoreporte de incontinencia urinaria fue evaluado con un ítem del cuestionario de Edmonton^{15,16}.

La polifarmacia se definió como el uso de cinco fármacos o más^{18,19}. Los trastornos neurocognitivos fueron definidos como un puntaje de *Minimal State Examination* (MMSE)²⁰ alterado, considerando el punto de corte para sospecha de demencia ajustado según años de educación: 27 para individuos con más de siete años de educación, 23 para aquellos con cuatro a siete años de educación y 21 para aquellos con uno a tres años de educación y 18 para los iletrados.

La depresión fue medida según la escala de Yesavage, que tiene una valoración de cinco ítems y se definió como positiva si tenía un puntaje de tres o más^{21,22}.

El riesgo de caídas fue medido según el Alcance Funcional²³ considerando riesgo de caídas un puntaje menor o igual que 20,32 centímetros. Las caídas propiamente dichas se evaluaron en base al número de caídas por año, pero se construyó la variable en base a quienes tuvieron caídas y quienes no. El desempeño físico fue medido en base a la escala "Short Physical Performance Battery"²⁴, que es una escala muy importante en geriatría y consiste en tres pruebas: equilibrio, capacidad de pararse y sentarse de una silla y velocidad de marcha.

Es útil para evaluar la fuerza de los miembros inferiores. Tiene un puntaje de 0 a 12 y se consideró que, a mayor puntaje, mejor rendimiento físico tiene el paciente. Luego de evaluar todos estos síndromes, se construyó la variable 'Síndromes Geriátricos', categorizándolos si tuvieron dos o más, solo uno, o ninguno.

Análisis Estadístico

Mediante el uso del programa STATA versión 15.0²⁵ se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y, para las variables numéricas, se utilizaron el promedio y la desviación estándar. Además, para el análisis bivariado, se utilizaron las técnicas de Chi² para las variables categóricas y T-Student para las variables numéricas. Se consideró un valor de "P" estadísticamente significativo a los menores o iguales a 0,05. Finalmente, se realizó el análisis de regresión de Cox, con un modelo crudo y ajustado, calculando Hazard Ratio (HR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para el modelo ajustado, se incluyeron a las variables estadísticamente significativas en el modelo crudo.

Utilizando el programa OpenEpi versión 3²⁶, teniendo un intervalo de confianza del 95%, un número de participantes expuestos de 1.423 y un número de participantes no expuestos de 473, asumiendo una frecuencia de falta de Soporte Social de 75,1%, un porcentaje de Mortalidad en pacientes con Pobre Soporte Social de 31% y un porcentaje de pacientes fallecidos sin Pobre Soporte Social de 71,4%, la potencia estadística de este estudio asciende a 100%.

Aspectos éticos

El estudio original fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Médico Naval y el presente análisis secundario fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Científica del Sur.

Los datos obtenidos de cada paciente son confidenciales. Los datos obtenidos fueron utilizados solo para los fines planteados en este estudio, no serán publicados de manera individual. Cabe resaltar que dicha base de datos es de acceso abierto: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13059011.v2>²⁷

Resultados

Se encontró una FM de 11,16% (n=188), una frecuencia de ASS pobre de 17,46% (n=294) y una frecuencia de Riesgo Social según la EG de 27,02% (n=455). La población de este estudio fue predominantemente del sexo masculino (59,14%) y el promedio de edad en años fue de 78,14 (desviación estándar = 8,37). Los resultados de estos datos y de otras variables más se pueden ver en la Tabla I.

Posteriormente, se hizo un análisis bivariado, según el status de mortalidad o supervivencia luego del seguimiento. Se encontró que variables como la edad, el sexo, el estado civil, las comorbilidades, los síndromes 'Geriátricos' y el 'Problema Social', medidos según autoreporte y la EG, mostraron resultados estadísticamente significativos.

Se observó una FM estadísticamente mayor en varones y los pacientes que al final del seguimiento fallecieron tenían un promedio de edad significativamente mayor en comparación a los sobrevivientes. Con respecto al problema social medido con la EG, se encontró que los que presentaban algún tipo de riesgo social, presentaron una FM del 92,5% (n=174), y en relación con 'Soporte Social' medido con autoreporte, se encontró que los que no tenían un 'Soporte Social' adecuado, presentaron una mortalidad de 75,53% (n=142). Ver Tabla II.

Finalmente, se construyeron dos modelos de Regresión de Cox, uno crudo y otro ajustado, para determinar la asociación entre la valoración social y la mortalidad.

El modelo crudo incluyó a las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado, mientras que el modelo ajustado incluyó a las variables estadísticamente significativas en el modelo crudo.

En el modelo crudo, al evaluar el problema sociofamiliar en la EG se encontró un riesgo 1,21 veces mayor de mortalidad en comparación a los que tenían soporte sociofamiliar adecuado (IC 95%). No se encontró asociación entre ASS y Mortalidad.

En el modelo ajustado, se encontró que la incidencia de mortalidad es 6% mayor en comparación de los que tienen un 'Soporte Sociofamiliar' adecuado, independientemente de las variables con las que se ajustó el modelo, que fueron la edad, las comorbilidades y los síndromes geriátricos. Ver Tabla III.

Discusión

Resultados principales:

El objetivo del estudio fue describir la asociación entre la falta de soporte social y la mortalidad en adultos mayores.

Se encontró que, en un modelo ajustado que incluyó las variables problema social, comorbilidades, edad, síndromes geriátricos, autoreporte social, estado civil, sexo, hábitos nocivos, educación y vivir solo, el soporte social medido según la EG tenía asociación con la mortalidad.

Tabla I. Análisis descriptivo de las variables de estudio (n=1684)

Características	n (%)
Problema social	No 1229 (73)
	Sí 455 (27)
Comorbilidades	Ninguna 241 (14.3)
	Una 269 (16)
	Dos o más 1174 (69.7)
Mortalidad	Vivos 1496 (88.8)
	Fallecidos 188 (11.2)
Edad (Años)	78.1 ± 8.4
Síndromes geriátricos	Ninguno 142 (8.4)
	Uno 333 (19.8)
	Dos o más 1209 (71.8)
Auto Reporte de Problema Social	No 1390 (82.5)
	Sí 294 (17.5)
Estado Civil	Soltero/a 49 (3)
	Casado/a 1218 (74.2)
	Viudo/a 309 (18.8)
	Divorciado/a - Separado/a 65 (4)
Sexo	Femenino 686 (40.9)
	Masculino 993 (59.1)
Hábitos nocivos	Ninguno 175 (10.4)
	Uno 588 (34.9)
	Dos o más 921 (54.7)
Educación	Técnica/Superior 442 (26.7)
	Colegio completo/ Incompleto 1215 (73.3)
Vivir Solo	No 1453 (86.3)
	Sí 231 (13.7)

En algunos casos se tuvo datos faltantes que no superaron el 10% del total.

Tabla II. Análisis bivariado entre variables de Soporte Social, Mortalidad y demás covariables (n=1684)

Variables	Mortalidad		Valor de P*
	Sobrevivientes (n=1491)	Fallecidos (n= 188)	
Problema social			<0.001
	No	1,215 (81.22)	14 (7.45)
	Sí	281 (18.78)	174 (92.55)
Comorbilidades			0,003
	Ninguna	217 (14.51)	24 (12.77)
	Una	254 (16.98)	15 (7.98)
	Dos o más	1,025 (68.52)	149 (79.26)
Edad (Años)			<0.001
		78.21 ± 861	80.4 ± 7.82
Siíndromes geriátricos			<0.001
	Ninguno	128 (8.56)	14 (7.45)
	Uno	333 (22.26)	0 (0.00)
	Dos o más	1,035 (69.18)	174 (92.55)
Autoreporte de problema social			<0.001
	No	1,248 (83.42)	142 (75.53)
	Sí	248 (16.58)	46 (24.47)
Estado civil			0,018
	Soltero/a	43 (2.95)	6 (3.26)
	Casado/a	1066 (73.16)	152 (82.61)
	Viudo/a	285 (19.56)	24 (13.04)
	Divorciado/a - Separado/a	63 (4.32)	2 (1.09)
Sexo			0,044
	Femenino	622 (41.72)	64 (34.04)
	Masculino	869 (58.28)	124 (65.96)
Hábitos nocivos			0,295
	Ninguno	152 (10.16)	23 (12.23)
	Uno	516 (34.49)	72 (38.30)
	Dos o más	828 (55.35)	93 (49.47)
Educación			0,606
	Técnica/Superior	390 (26.48)	52 (28.26)
	Colegio Completo/ Incompleto	1083 (73.52)	132 (71.74)
Vivir solo			0,785
	No	1,292 (86.36)	161 (85.64)
	Sí	204 (13.64)	27 (14.36)

*Para el análisis de variables categóricas se usó la técnica de χ^2 y para variables numéricas, t de Student

Tabla III. Regresión de Cox para cálculo de riesgo de mortalidad según valoración social y demás covariables (n=1684)

Variables	Modelo crudo		Modelo ajustado*		
		HR	IC 95%**	HR	IC 95%
Problema social	No	Referencia		Referencia	
	Sí	1,21	(1.08-1.79)	1,06	(1.04-1.10)
Comorbilidades	Ninguna	Referencia		Referencia	
	Una	1,09	(0.98-1.22)	1,33	(0.60-2.93)
	Dos o más	1,46	(1.16-1.52)	1,4	(1.16-2.09)
Edad (Años)		1,11	(1.02-1.07)	1,03	(0.99-1.06)
Síndromes Geriátricos	Ninguno	Referencia		Referencia	
	Al menos uno	3,78	(1.29-5.28)	1,2	(1.06-1.37)
Autoreporte de soporte social	No	Referencia			
	Sí	0,35	(0.05-2.53)		
Estado civil	Soltero/a	Referencia			
	Casado/a	1,11	(0.35-3.49)		
	Viudo/a	0,54	(0.14-2.04)		
	Divorciado/a - Separado/a	0,25	(0.03-2.48)		
Sexo	Mujer	Referencia			
	Hombre	0,86	(0.54-1.38)		

*Para el modelo ajustado se incluyeron a las variables estadísticamente significativas en el modelo crudo.

** Hazard Ratio e Intervalo de confianza al 95%

Sin embargo, el soporte social medido según un ítem de la Escala de Edmonton para evaluar el autoreporte de apoyo social no se asoció con mortalidad.

Al respecto, un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil entre 2006 - 2010⁴ encontró que el soporte social evaluado mediante un cuestionario de SABE (*'Estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento'*), se asoció con mortalidad.

En dicho estudio se concluye que las variables relacionadas a "vivienda", "soporte social recibido", "soporte social ofrecido" y "número de miembros de la red" serían los mecanismos mediante los cuales el paciente adulto mayor sin soporte social se encontraría en mayor riesgo de mortalidad.

Otro estudio realizado en Madrid, España, entre 2011-2012²⁸ encontró que el soporte social se asoció con mortalidad en pacientes que presentaban dos o más comorbilidades. Esta investigación concluye que tener más de dos

comorbilidades y ser adulto mayor serían los mecanismos por los que las personas sin soporte social tendrían más riesgo de mortalidad.

Asimismo, una población adulta mayor estudiada en Japón permitió concluir que la participación social tiene un fuerte impacto en la mortalidad y que este efecto es estadísticamente significativo cuando se consideran otros factores como las enfermedades crónicas y el estado funcional²⁹.

Por ello, el soporte social, que es la percepción o experiencia de que uno es cuidado, estimado y parte de una red social de apoyo mutuo, tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y mental de los adultos mayores y un papel importante relacionado con la mortalidad de los mismos³⁰.

Resultados secundarios

Las variables que fueron incluidas en el modelo ajustado

tado fueron: edad, problema social, comorbilidades y síndromes geriátricos. Con respecto a la edad, la Organización Mundial de la Salud¹¹ considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

El promedio de edad que tenían los pacientes que sobrevivieron hasta el final del seguimiento fue de 78 años, mientras que el promedio de edad de los que fallecieron en el estudio fue de 80.

La edad es un componente importante de fragilidad en el adulto mayor, dado que su nivel de subsistencia está ligado a las condiciones de vida que tenga y al medio donde habita. Mientras más edad tenga el paciente, aumenta también su riesgo de mortalidad. En relación con el problema social, se obtuvo que más de las tres cuartas partes de los pacientes que fallecieron tuvieron problema social. La falta de apoyo social³¹, de hecho, puede influir en la no adherencia a las terapias, especialmente en sujetos de edad avanzada con deterioro cognitivo.

Otra variable que fue considerada como factor de riesgo fue la que evaluó las comorbilidades que generarían en el paciente dificultades que amenazan su autonomía, problema que se hace aún mayor para las personas con múltiples afecciones crónicas (multimorbilidad).

Los adultos mayores con dichas comorbilidades³¹ tienen mayor riesgo de muerte, un peor estado funcional y un mayor uso de los servicios de salud³². Dentro de las patologías que más riesgo de vulnerabilidad generan en el adulto mayor se encuentran las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias, los problemas articulares como la artrosis, y la diabetes.

Diversos estudios mencionan la relación que existe entre las comorbilidades y el aumento en la mortalidad. En uno de ellos se observó cómo mejoraba la autonomía de los adultos mayores y su autoeficacia, interviniendo en su soporte social. Este estudio concluyó que el soporte social mejoraba la autonomía y la autoeficacia de estos pacientes, pero los resultados eran muy limitados mientras más comórbida era la persona, pues se consideraba un grupo con alto riesgo de muerte³³.

Otro estudio menciona que un bajo soporte social predice la mortalidad a largo plazo en los adultos mayores³¹ y que el efecto del soporte social sobre la mortalidad aumenta en los sujetos con mayor comorbilidad. Por tal razón, la acumulación de comorbilidades es una vía mediante la cual el soporte social podría ser muy importante para definir el riesgo de mortalidad.

Por último, con respecto a la frecuencia de síndromes geriátricos, observamos que se encuentran asociados con la mortalidad.

Mientras más síndromes geriátricos se acumulen, la supervivencia del adulto mayor se afecta más³⁴. En este estudio se encontró que doce de cada cien pacientes no tuvieron ningún síndrome geriátrico diagnosticado, la quinta parte tuvo solo uno, y uno de cada siete pacientes tuvo dos o más síndromes.

Los síndromes geriátricos más comunes³⁵ son los trastornos neurocognitivos, la dependencia funcional, la fragilidad, entre otros.

La presencia de una disfunción cognitiva tiene un impacto en todos los aspectos de la vida de una persona y su familia largo plazo.

La demencia es uno de los síndromes más discapacitantes que afecta a la población adulta mayor y se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, que se caracteriza por presentar trastornos cognitivos, conductuales y un impacto muy importante en la funcionalidad o capacidad de llevar a cabo las actividades diarias que se solía realizar, cuya causa en la vejez es la enfermedad de Alzheimer en ocho de cada diez casos³⁶.

En los adultos mayores, el mejor indicador de salud es el estado funcional³⁷, debido a que, si este se ve afectado, pueden presentar complicaciones que influyan negativamente en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, como utilizar el teléfono, hacer compras, preparar comida, lavar ropa, usar medios de transporte, hacerse cargo de su medicación, manejar su economía, entre otros.

El riesgo de perder capacidad funcional en estos pacientes es muy grande, por lo que tendrá mayores necesidades de cuidados. A la pérdida de habilidad funcional se ha asociado factores como autopercepción baja de autoestima y bienestar, maltrato, abandono, marginación y tener una mala calidad de vida. Es importante detectar el deterioro de la habilidad funcional precozmente, puesto que la prevención en esta etapa modulará que el alcanzar grados severos de dependencia y la presencia de sus complicaciones asociadas.

Por otro lado, la fragilidad se describe como la presencia de deterioro multisistémico³⁸, la disminución de las reservas fisiológicas y una limitada capacidad para mantener la homeostasis, lo cual lleva a la persona mayor a un estado de vulnerabilidad que lo hace propenso a una mayor probabilidad de presentar un deterioro funcional progresivo y una mayor probabilidad de sufrir eventos adversos de salud determinantes de un desenlace mortal a corto plazo. La condición de fragilidad explica que enfermedades agudas comunes se manifiesten como síndromes geriátricos.

Es importante considerar a la población adulta mayor como una población vulnerable, pues en muchos países los presupuestos en salud no son adecuados para este grupo etario y debería tomarse en cuenta, ya que tiene más requerimientos de uso de servicios de salud y de intervenciones preventivas para garantizar los entornos y el soporte social^{39,40}.

Limitaciones

Se utilizó una base de datos a nivel hospitalario, por lo que la frecuencia de comorbilidades médicas, síndromes geriátricos, mortalidad y problema social podría ser mayor que la de los adultos mayores a nivel comunitario.

Además, al tratarse de un Hospital Militar y de un estudio en el cual se han incluido adultos mayores pertenecientes a la Marina de Guerra y sus familiares, las características sociodemográficas podrían ser diferentes a las del resto de adultos mayores del país.

Estas dos limitaciones podrían generar que los resultados no puedan ser extrapolables a la población general, sino solamente a poblaciones hospitalarias similares.

Finalmente, existe una limitación adicional al no tener datos de la causa de muerte de los pacientes, sino simplemente muerte por cualquier causa.

Sin embargo, los resultados de este estudio son relevantes porque permiten evidenciar la necesidad de crear políticas basadas en el apoyo social para poder planificar y asignar medidas para su mejora. La integración, el compromiso y el apoyo social están asociados con una mejor salud mental y física del adulto mayor, aumentando su relación con la salud y disminuyendo su mortalidad. El adulto mayor debería ser evaluado de una manera integral, teniendo en cuenta la parte funcional, física, mental y social.

La valoración geriátrica debería ser completa, dado que existe evidencia reforzada por los resultados de este estudio que afirman que el pobre soporte social se asocia a mortalidad, por lo que es importante que dentro del equipo que evalúa adultos mayores se cuente con herramientas para la evaluación social e intervenir oportunamente.

Declaraciones de autoría

Cada integrante consta como autor del estudio y ha contribuido directamente al contenido intelectual del proyecto. Todos los autores aprobaron la versión final. FMRC es el responsable del análisis estadístico.

Financiación

El estudio principal fue apoyado por el *National Institute on Aging of the National Institutes of Health* (P30-AG024832 Older Americans Independence Center, R03-AG029959 y R24-HD065702).

También contó con el apoyo de infraestructura, proporcionado por el *WHO/PAHO Collaborating Center on Aging and Health in the Sealy Center on Aging at the University of Texas Medical Branch*. Los patrocinadores de este estudio no tuvieron ningún papel en el diseño, la recopilación, el análisis o la interpretación de los datos, así como en la redacción del mismo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

- Montoya Arce J, Montes de Oca Vargas H, Montoya Arce B. Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras. *Papeles de Población*. 2006;12(50):117-46.
- Organización mundial de la salud (OMS). *Década del envejecimiento saludable 2020-2030*. 2020;1-7.
- Barbour V, Clark J, Jones S, Veitch E. Social relationships are key to health, and to health policy. *PLoS Med*. 2010;7(8):7-8.
- de Brito TRP, Nunes DP, Corona LP, da Silva Alexandre T, de Oliveira Duarte YA. Low supply of social support as risk factor for mortality in the older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. noviembre de 2017;73:77-81.
- Bernardo P, Salazar X. Situación sociofamiliar de los adultos mayores beneficiarios del CIAM de Jauja. 2019;111.
- Berkman LF, Leonard Syme S. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109(11):1070-88.
- Arbor A, Robblns C, Arbor A, Arbor A, Arbor A. THE ASSOCIATION OF SOCIAL RELATIONSHIPS AND ACTIVITIES WITH MORTALITY: PROSPECTIVE EVIDENCE FROM THE TECUMSEH COMMUNITY HEALTH STUDY Social ties and relationships have long been believed to promote health and protect people against disease, even death. *Am J Epidemiol*. 1982;116(1).
- Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among tile elderly in the alameda county study. *Am J Epidemiol*. 1987;126(4):714-23.
- Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: A cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*. 2016;6(6).
- Nations U. Department of Economic and Social Affairs, Population Division Latin America and the Caribbean Population Prospects. Vol. II. 2014.
- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. 2015;
- Zachary Zimmer, Yasuhiko Saito, Olga Theou, Clove Haviva, Kenneth Rockwood. Education, wealth, and duration of life expected in various degrees of frailty. *Eur J Ageing*. 2021;
- Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(1):69-73.
- Rebagliati Tirado C, Runzer Colmenares F, Horruiti-niere Izquierdo M, Lavaggi Jacobs G, Parodi García JF. Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Horiz Med (Barcelona)*. 2012;12(2):21-7.
- Ramírez Ramírez JU, Cadena Sanabria MO, Ochoa ME. Edmonton Frail Scale in Colombian older people. Comparison with the Fried criteria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(6):322-5.
- Mazariegos Trejos S. Diagnóstico y abordaje de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la atención primaria. *Rev medica costa rica y Centroam*. 2013;(606):307-12.

17. Solís C, Arrijoja S, Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast y restauración* 2005;4:1-6.
18. Ligia G, Portillo V, Guerrero RG. Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias. *Arch Med Urgenc México.* 2011;3(2):49-54.
19. Castro Rodríguez JA, Orozco Hernández J, Marín Medina D. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Médica Risaralda.* 2015;21(2):52-7.
20. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. W, Damaso B, Cortegana C, Lahura P, Motta J. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *An la Fac Med.* 2008;69(1):17-21.
21. M. Trinidad Hoyl, Cathy A. Alessi. Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):709-10.
22. Gomez-Angulo C, Campo-Arias A. Geriatric depression scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure | Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735-44.
23. Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares FM, Bailon-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodríguez-Mañas L, et al. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;77(April):108-14.
24. Pavasini R, Guralnik J, Brown JC, di Bari M, Cesari M, Landi F, et al. Short Physical Performance Battery and all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2016;14(1):1-9.
25. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 16.
26. Dean AG; Sullivan KM; Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
27. Runzer F, Parodi JF. CEMENA Frailty Study. figshare. Dataset.
28. Olaya B, Domènech-Abella J, Moneta MV, Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, et al. All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Exp Gerontol.* diciembre de 2017;99:120-6.
29. Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journals Gerontol.* 1994;49(1).
30. Taylor SE. Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.). *Oxford Libr Psychol Oxford Handb Heal Psychol.* 2011;189-214.
31. Mazzella F, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Rossetti M, Abbruzzese R, et al. Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;51(3):323-8.
32. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van Den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: A review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):661-74.
33. Warner LM, Ziegelmann JP, Schüz B, Wurm S, Tesch-Römer C, Schwarzer R. Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *Eur J Ageing.* 2011;8(1):3-12.
34. Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(5):896-904.
35. Sleeper RB. Common geriatric syndromes and special problems. *Consult Pharm.* 2009;24(6):447-62.
36. Gajardo J, Monsalves MJ. Demencia, un tema urgente para Chile. *Rev Chil Salud Pública.* 2013;17(1):22.
37. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Fam.* 2016;23(4):129-33.
38. Diaz De Leon Gonzalez E, Tamez Pérez HE, Gutiérrez Hermosillo H, Cedillo Rodríguez JA, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más. *Med Clin (Barc).* 2012;138(11):468-74.
39. Isla Pera P. El envejecimiento de la población. *Gac Medica Bilbao.* 2003;26(3):15-20.
40. Simó Miñana J. El gasto sanitario público en el País Vasco, 1995-2008: Comparación con el conjunto de las comunidades autónomas. *Gac Medica Bilbao.* 2011;108(1):7-14.