

cia ($P < 0.0001$) y el nivel socioeconómico ($P = 0.0005$) tienen una relación con este tipo de enfermedades. Diversos estudios relacionan la situación de pobreza de la población infantil con el nivel de inseguridad alimentaria, debido principalmente a la mala calidad del agua que beben, al manejo de residuos y a la falta de higiene personal.^{1,2} Sin embargo, en este estudio no se encontró una tendencia de que a mayor nivel socioeconómico menor prevalencia de EGI o viceversa.

El consumo de alimentos y bebidas (81.31%) es la causa más relacionada con las EGI, seguido del estrés (10.54%), el consumo de medicamentos (4.25%) y otras causas (3.95%). Los alimentos más asociados fueron carne, huevo, frutas y verduras, leche y comida chatarra. El consumo de alimentos y bebidas en la calle se asoció altamente con estas enfermedades (62.93%), debido a que la mayoría los consume en la calle al menos una vez a la semana (52.53%). A pesar de esto, no se encontró una relación entre la frecuencia de consumo en la calle y el padecimiento de este tipo de enfermedades ($P = 0.1732$), aunque se observó mayor prevalencia de éstas en aquellas personas que consumen en la calle más de cinco días a la semana.

Los resultados muestran que es de vital importancia priorizar los factores asociados con las EGI con la finalidad de que, con base en ellos, se generen medidas correctivas y preventivas que permitan disminuir el riesgo de enfermar por EGI.

Angélica Godínez-Oviedo, M en C.⁽¹⁾
 99_angelica@hotmail.com,
 angelica_godinez@uaeh.edu.mx

⁽¹⁾ Instituto de Ciencias Agropecuarias,
 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
 Tulancingo de Bravo, Hidalgo, México

<https://doi.org/10.21149/8064>

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día del niño. Datos

nacionales México: INEGI, 2015 [consultado el 18 de abril de 2016]. Disponible en: www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/niño0.pdf
 2. Sedesol. Diagnóstico sobre la población en condiciones de pobreza vulnerable a los efectos de la desnutrición México: Sedesol, 2010 [consultado el 18 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1778/2/images/Diagnostico_Liconsas.pdf

Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social

Señor editor: El aislamiento social en adultos mayores (AM) es un asunto trascendental, no sólo por su prevalencia, que se estima entre 7 y 49%, sino porque además afecta la salud y el bienestar de los individuos.¹ México ha experimentado diversos cambios poblacionales que han debilitado la estructura y la dinámica de las redes familiares y de amigos, por lo que los AM son susceptibles a sufrir aislamiento social. Conocer los factores que determinan el aislamiento social en la población envejecida tiene importantes implicaciones en términos sociales y de la práctica clínica. Durante abril y septiembre de 2014, se realizó un estudio transversal con 1 249 AM de 60 años o más, afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados con el aislamiento social en esta población. Los AM, para este trabajo, provienen de la medición basal de la *Cohorte de Obesidad, Sarcopenia y Fragilidad de Adultos Mayores Mexicanos* (COSFAMM), los cuales se eligieron a través de selección aleatoria simple de la lista de AM afiliados al IMSS de la Ciudad de México. El aislamiento social se evaluó con la escala de Lubben en su versión de seis ítems.² También consideramos diversos factores sociodemográficos (edad, sexo, trabajo remunerado, estado civil y escolaridad) e indicadores de salud (deterioro cognitivo, depresión, an-

siedad, discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, autopercepción del estado de salud, incontinencia urinaria y comorbilidad). El análisis estadístico incluyó regresión múltiple de Poisson con errores estándar robustos³ estratificado según sexo, ya que las relaciones sociales están influidas por dicha condición.⁴ El aislamiento social en las mujeres fue de 40.3%, mientras que en los hombres fue de 35.5% ($\chi^2_{(1)} = 3.07$; $p = 0.080$). En el cuadro I se muestra que las mujeres tuvieron más desventajas sociales y de salud en comparación con los hombres. Ellas tuvieron menor nivel educativo y menor propensión a vivir en pareja; también fueron más proclives a presentar mayor deterioro cognitivo, depresión, ansiedad y discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El análisis multivariado mostró una asociación fuerte entre el deterioro cognitivo (razones de prevalencia (RP)=1.37; IC95% 1.15-1.63) y los síntomas depresivos (RP=1.24; IC95% 1.02-1.52) con el aislamiento social en mujeres, aunque no en hombres.

Estos resultados destacan la alta prevalencia de aislamiento social en AM mexicanos en comparación con otras poblaciones¹ y las diferencias de género en los factores asociados con aislamiento social. Los hallazgos ponen en evidencia la necesidad de explorar la perspectiva de los derechohabientes para identificar las barreras y facilitadores para crear un ambiente de integración social. Se sugiere que, como parte de la evaluación rutinaria en esta población, se sondeen los recursos del apoyo social que tienen. Finalmente, es importante promover las intervenciones enfocadas a atender las necesidades sociales de los AM derechohabientes.

Agradecimiento

Al Fondo para el Desarrollo de Protocolos de Investigación y Desarrollo

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON SEGURIDAD SOCIAL.* CIUDAD DE MÉXICO, 2014

	Todos n=1 249	Mujeres n=749 (60%)	Hombres n=500 (40%)	Modelo de regresión múltiple			
				Mujeres (n=749)		Hombres (n=500)	
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	RP ajustada	[IC95%]	RP ajustada	[IC95%]
Características sociodemográficas							
Edad, años (desviación estándar)	68.5 (7.2)	68.7 (7.4)	68.2 (6.8)	1.00	[0.99 - 1.01]	1.00	[0.99 - 1.02]
Tiene trabajo remunerado	39.1	32.0	49.6 [‡]	1.19 [#]	[0.99 - 1.44]	0.88	[0.68 - 1.14]
AM casado-unido	59.4	46.3	79.0 [‡]	0.99	[0.84 - 1.18]	1.53 [§]	[1.09 - 2.17]
Escolaridad							
Ninguna o primaria incompleta	16.6	18.6	13.6 [§]	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Primaria	25.4	25.2	25.6	0.91	[0.74 - 1.11]	0.88	[0.63 - 1.22]
Secundaria o más	58.0	56.2	60.8	0.69 [‡]	[0.55 - 0.86]	0.68 [§]	[0.50 - 0.94]
Indicadores de salud							
Deterioro cognitivo	22.9	26.2	18.0 [‡]	1.37 [‡]	[1.15 - 1.63]	1.15	[0.87 - 1.53]
Depresión	13.3	16.2	9.0 [‡]	1.24 [§]	[1.02 - 1.52]	1.22	[0.85 - 1.74]
Ansiedad	13.1	16.8	7.6 [‡]	1.20 [#]	[0.98 - 1.47]	1.01	[0.65 - 1.58]
Discapacidad en ABVD	19.0	22.6	13.6 [‡]	1.13	[0.94 - 1.36]	1.12	[0.81 - 1.53]
Discapacidad en AIVD	34.9	40.7	26.2 [‡]	1.10	[0.92 - 1.33]	1.04	[0.80 - 1.36]
Autopercepción del estado de salud (muy bueno/excelente)	38.8	34.7	44.8 [‡]	0.63 [‡]	[0.50 - 0.79]	0.88	[0.68 - 1.15]
Comorbilidad	9.8	10.4	9.0	1.30 [§]	[1.05 - 1.59]	1.06	[0.72 - 1.55]
Incontinencia urinaria	9.4	12.4	5.0 [‡]	1.19 [#]	[0.97 - 1.46]	1.14	[0.74 - 1.75]

RP: Razones de Prevalencia; IC: Intervalo de Confianza; ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria; AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

* Deterioro cognitivo cuando el puntaje en la escala del Mini Examen del Estado Mental fue ≤ 23 . Depresión cuando el puntaje en la versión revisada de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos fue ≥ 57 . Ansiedad cuando el puntaje en la Escala Breve para la Detección de Ansiedad en el anciano fue > 24 . Discapacidad en ABVD cuando el AM necesitó asistencia para realizar al menos una de las actividades de acuerdo con la escala de Katz. Discapacidad en AIVD cuando el AM necesitó asistencia para realizar al menos una de las actividades de acuerdo con la escala de Lawton & Brody. Incontinencia urinaria cuando el puntaje de la Escala Revisada de Incontinencia Urinaria fue ≥ 9

[‡] $p < 0.01$

[§] $p < 0.05$

[#] $p < 0.1$

Tecnológico sobre Temas Prioritarios de Salud, IMSS (FIS/IMSS/PROT/PRIO/13/024) y al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE/CONACYT (SALUD-2013-01-201112).

Karla Moreno-Tamayo, M en C,⁽¹⁾
 Sergio Sánchez-García, D en C,⁽¹⁾
 Svetlana V. Doubova, D en C,⁽¹⁾
 svetlana.doubova@gmail.com

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/8078>

Referencias

- Dickens A, Richards S, Greaves C, Campbell J. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health 2011;11:647. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. Gerontologist 2006;46(4):503-13. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res

Methodol 2003;3:21. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>

4. Elder K, Retrum J. Framework for isolation in adults over 50: AARP Foundation/isolation Framework Project. San Diego CA: Research Works, 2012.

Frecuencia de sobrecarga de hierro en pacientes con enfermedades hematológicas

Señor editor: La sobrecarga de hierro (SH) es un problema de salud pública. La hemosiderosis asociada con la transfusión de eritrocitos