



## ARTÍCULO ORIGINAL

### El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México

*Social support in old age: differences by sex in a sample from northern Mexico*

Rosa Isabel Garza-Sánchez <sup>1\*</sup> y José González-Tovar <sup>1\*\*</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Coahuila, México.

\* Correspondencia: [isabelgarza@uadec.edu.mx](mailto:isabelgarza@uadec.edu.mx)

\*\* Correspondencia: [josegonzaleztovar@uadec.edu.mx](mailto:josegonzaleztovar@uadec.edu.mx)

Recibido: 20 de mayo de 2018; Revisado: 10 de agosto de 2018; Aceptado: 28 de agosto de 2018; Publicado Online: 01 de septiembre de 2018.

#### CITARLO COMO:

Garza-Sánchez, R. I. & González-Tovar, J. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Interacciones*, 4(3), 191-198. doi: 10.24016/2018.v4n3.155

#### PALABRAS CLAVE

Adulto mayor;  
Apoyo social;  
Familia;  
Pareja.

#### RESUMEN

El apoyo social se percibe como la información proveniente del medio que permite a una persona sentirse querida, estimada y sostenida. El objetivo de este estudio fue comparar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de apoyo social percibido por parte de la familia, amigos y otras redes de apoyo significativas. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal. Se utilizó la *Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (MSPSS)*, mide las percepciones de apoyo de tres fuentes principales: familia, amigo y otros significativos, obtuvo un coeficiente alfa ordinal de  $\omega=.934$ . Se utilizó un muestreo intencional, participaron 396 adultos mayores ( $M_{edad} = 69.81$ ,  $DE = 6.95$ ), 56.3% era mujeres y 43.8% hombres. Se encontraron diferencias significativas en las tres dimensiones del apoyo social en el adulto mayor, con un tamaño del efecto menor a una desviación estándar. Las mujeres adultas mayores presentan mejor percepción de apoyo social lo que contribuye a su bienestar. El papel que juegan las personas que rodean al adulto mayor es significativo para él y es más importante la calidad de la relación existente, la familia se convierte en esa red de apoyo cercana en donde el adulto mayor se siente protegido y querido.



## KEYWORDS

Elderly;  
Social support;  
Family;  
Partner.

## ABSTRACT

Social support is perceived as information from the environment that allows a person to feel loved, esteemed and sustained. The objective of this study was to compare whether there are significant differences between men and women in the level of social support perceived by the family, friends and other meaningful support networks. A quantitative cross-type study was carried out. We used the multi-dimensional scale of perceived Social support (MSPSS), measures the perceptions of support of three main sources: family, friend and other significant, obtained an ordinal alpha coefficient of  $\omega = .934$ . We used an intentional sampling, participated 396 adults ( $M_{age} = 69.81$ , of = 6.95), 56.3% were women and 43.8% men. Significant differences were found in the three dimensions of social support in the older adult, with a smaller effect size than a standard deviation. Older women have a better perception of social support that contributes to their well-being. The role that people around the older adult play is meaningful to him and the quality of the existing relationship is more important, the family becomes that close support network where the older adult feels protected and loved.

El apoyo social se ha definido como toda transacción interpersonal que contiene los ámbitos emocionales, económicos y familiares (Lever, García, & Estrada, 2013), es decir, las conexiones o contactos con personas a través de las cuales se recibe apoyo emocional, informativo e instrumental, dividido en redes informales como es la familia y las amistades, y las redes formales que incluyen los grupos comunitarios y asociaciones (Mendoza-Núñez, Flores-Bello, Correa-Muñoz, Retana-Ugalde, & Ruiz-Ramos, 2016). Otros estudios coinciden en que el apoyo social es una valoración subjetiva que incluye las categorías de instrumental, informativo, emocional y de confianza (Chavarría & Barra, 2014), lo que favorece una percepción positiva de los efectos del tiempo, mejora el sentimiento de aislamiento y aumenta las conductas saludables, así como la creencia de que ese apoyo está disponible y que proporciona lo que el individuo considera necesario (García-Martín, Hombrados-Mendieta, & Gómez-Jacinto, 2016).

Por tanto, el apoyo social percibido es una valoración cognitiva sobre el apoyo del que dispone o dispondrá una persona en su red social en caso de necesitarlo, y se ubica generalmente en tiempo presente o futuro, y el apoyo social recibido es la evaluación de la experiencia del pasado (Muñoz-Rodríguez & Basco, 2016), y se ha asociado la presencia del apoyo social en la salud o enfermedad. Existen dos perspectivas principales; la estructural -parte objetiva del apoyo social- y la funcional -parte subjetiva dividida en instrumentales y expresivas- (Meléndez, Tomas, & Pardo, 2009), igualmente la red social es un proceso evolutivo de cambios, volviéndose un determinante importante en el envejecimiento, sin embargo, se menciona que el concepto aun presenta problemas de definición y de operacionalización (Aranda & Pando, 2013; Bocchi & Angelo, 2008).

Se encontraron estudios sobre la relación del apoyo social y la salud, en la diabetes y su impacto en la calidad de vida en ancianos, resalta los grupos de autoayuda como un elemento relevante (Mendoza-Núñez et al, 2016; Poblete et al., 2015) además del análisis del apoyo social por género en la menopausia relacionado a una mejor salud (Aznar, Reverón, & Pérez, 2017). El nivel de apoyo social percibido, especial-

mente de la familia con la adherencia a tratamientos de diversos padecimientos, siendo esta variable un buen predictor para tratar enfermedades (Covarrubias & Andrade, 2012; Fontes, Heredia, Peñaloza, Cedeño, & Rodríguez-Orozco, 2012; Parada & Rivera, 2011). Se aborda también como factor relevante en el impacto con la calidad de vida, la vulnerabilidad, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud-enfermedad (Vilató, Martín, & Pérez, 2015), así como las implicaciones que se tienen con la edad y los intercambios en el apoyo social estructural y contextual (Riquelme et al., 2016). Se concluye que, con la falta de apoyo o su deficiencia en la vejez, es probable que se presente en mayor medida mala salud en los adultos mayores y que los pensamientos negativos tendrán consecuencias en los espacios en donde se desenvuelve la persona.

En América latina son tres las instancias involucradas en el envejecimiento: la familia, el Estado y el mercado, las dos últimas aun presentan fuertes carencias por lo que la principal responsabilidad recae en la familia (Domínguez et al., 2013), es por eso que la familia cumple un rol importante en la percepción de apoyo social por parte de los ancianos y constituye la principal fuente de apoyo en la vejez, a pesar de los cambios estructurales que ha sufrido con el paso de los años (Romero et al., 2012). Por lo que el apoyo familiar incluye la protección y ayuda, especialmente en los adultos mayores que presentan una enfermedad (Fernández & Herrera, 2016; Soto, Cortés, Terrazas, & Terrazas, 2012; Zapata-López, Delgado-Villamizar, & Cardona-Arango, 2015).

Las transformaciones en los patrones conyugales podrán afectar el vínculo y la calidad de las relaciones y el apoyo social en el adulto mayor, se destaca la importancia de la calidad más que de la cantidad de personas cercanas (Carrasco, Herrera, Fernández, & Barros, 2013), la percepción que se tiene da cuenta del funcionamiento de la familia a través de la satisfacción de sus miembros (Landeros-Herrera, Simental-Mendía, & Rodríguez-Durán, 2015) nutriendo a la persona desde el núcleo más cercano, y reconociendo que también existen fuentes externas como son los amigos y la comunidad (Poblete et al., 2015).

En la literatura se muestran estudios sobre la aplicación o validación de algunos de los instrumentos que miden el apoyo social en poblaciones y entornos cuyas características hacen que los resultados sean difíciles de generalizar (Alejandrino-Ruiz & Calvo-Francés, 2017; Ayala et al., 2012; García-Martín et al., 2016; Mosqueda, Mendoza, Jofré, & Barriga, 2015; Pinto, Lara, Espinoza, & Montoya, 2014) y se destaca la importancia de crear herramientas que midan los aspectos característicos del apoyo social, la frecuencia y la satisfacción con el apoyo recibido.

El proceso de envejecimiento es el principal reto para las sociedades modernas y del futuro (Damián, 2016), es un proceso multifactorial que se define como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad (Torres & Castillo Herrera, 2011). La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada en 2015 por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) define por su parte a la vejez en términos de "construcción social", que sitúa en forma aún más central el rol de las prácticas sociales como productoras de los tránsitos por el envejecimiento (Berriel, Pica, & Zunino, 2017). Envejecer constituye un proceso complejo, y la vejez una construcción social, así el envejecimiento según el "nuevo paradigma" se considera como un fenómeno fisiológico determinado y favorecido por la selección supraindividual.

La revisión conceptual de la vejez permite reenfoclarla en una dimensión más precisa, Zetina Lozano (1999) identifica seis diversas disciplinas: 1) enfoque biológico; b) enfoque demográfico; c) enfoque socioeconómico; d) enfoque sociocultural; e) enfoque sociofamiliar y enfoque psicológico y conviene subrayar qué esta definición tiene casi 20 años desde su conceptualización. Para entender el concepto de envejecimiento en la actualidad es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta la edad cronológica, la edad biológica, la edad psicológica y la edad social (Alvarado García & Salazar Maya, 2014), otros autores coinciden en que la vejez se define a partir de tres dimensiones, la biológica, la psicológica y la social y mencionan que el término vejez hace referencia a un estado o situación relacionado con la edad cronológica y el estado físico, mientras que envejecimiento remite a un proceso que integra otros elementos (Ramos et al., 2009).

Es por esto que los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Loredo-Figueroa, et al., 2016), incluye variables relacionadas a las redes de apoyo, la familia, actividades productivas y de recreación, dando una percepción de bienestar (Garza & González, 2017; González & Garza, 2016).

Por lo que esta investigación tiene una relevancia importante, ya que los adultos mayores en México son considerados uno de los grupos más vulnerables (CONAPRED 2011), por lo que el objetivo es comparar si existen diferencias significati-

vas en el nivel de apoyo social percibido en hombres y mujeres.

## MÉTODO

### Diseño

El estudio fue cuantitativo de tipo transversal, con alcances comparativos o de contraste a partir de variables demográficas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### Participante

La muestra estuvo conformada por 196 adultos mayores que asistieron a consulta al Centro Estatal del Adulto Mayor (CEAM-Geriátrico) y 200 adultos que forman parte de los programas y pláticas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Coahuila (CDHEC) el 56.3% son mujeres (n=225) y el 43.8% son hombres (n=175) con una edad media de 69.81 y una desviación estándar de 6.95 años. El método de muestreo utilizado fue mediante una selección intencional. La participación de los adultos fue totalmente voluntaria en cada lugar.

### Instrumento

Se utilizó la *Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (MSPSS)* de Zimet DG (1988) y traducida al español por Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo (2002) quienes obtuvieron un alfa de Cronbach de .86 en población adulta mayor chilena; la escala es una breve herramienta de investigación diseñada para medir percepciones de apoyo de tres fuentes principales: familia, amigo y otros significativos. El instrumento estuvo compuesto por un total de 12 reactivos, con cuatro ítems por cada categoría. Se utilizó una escala de cuatro puntos, las opciones de respuesta fueron: 0= *Nunca* 1= *Casi nunca*; 2= *A veces*; 3= *Con frecuencia* y 4= *Siempre o casi siempre*. Para el presente estudio se procesó el coeficiente de fiabilidad Omega de McDonald (1999), mismo que se considera más adecuado dado el nivel de medición ordinal de la escala utilizada y refleja el nivel de fiabilidad de forma más precisa (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017) se obtuvo un valor de dicho coeficiente de  $\omega=.780$  para la dimensión de *Familia*,  $\omega=.946$  para el apartado de *Amigos* y  $\omega=.903$  para *Otros Significativos*.

### Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo en la sala de espera del Hospital Geriátrico de Saltillo, Coahuila, México, por su parte en los programas de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, fue antes de iniciar las pláticas o durante los programas de atención que dicha Comisión imparte. En ambos casos fue mediante la heteroaplicación no remunerada con formato de respuesta anónimo. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en apego estricto a las consideraciones éticas para la investigación con seres humanos.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes para

caracterizar a la población de estudio. Se realizó el Análisis Confirmatorio de la escala MSPSS para validar la estructura interna, esto se procesó con el método de Mínimos Cuadrados No Ponderados (ULS) se utilizó la matriz de correlaciones de Pearson, se obtuvieron como indicadores de bondad de ajuste: Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), la desviación de la raíz cuadrada media o el error de la raíz cuadrática media (RMR), los Índices de Bondad de Ajuste General (GFI) y Corregido (AGFI) de Jöreskog y el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) con intervalos de confianza al 95%.

Además, se realizó el Análisis de la Invarianza Factorial por el mismo método ULS según el sexo, para lo cual se probaron cinco modelos: sin restricciones, invarianza métrica, estructural, de covarianza y residual, la invarianza se probó con el coeficiente  $\chi^2$ , el Índice No Normado Delta (NFI $\Delta$ ), el Índice Comparativo de Bentler (CFI), además de los valores de RMSEA, RMR, GFI y AGFI por modelo. Posteriormente se procesaron los datos mediante la prueba T para muestras independientes, se utilizó como variable agrupadora el sexo de los participantes y como variables de contraste los tres apartados de la escala multidimensional de soporte social percibido, así como las puntuaciones totales, las cuales no presentaron diferencias significativas, por lo cual no se reportan. Se utilizó un nivel de significancia de  $p \leq .050$ . El tamaño del efecto en la evaluación de las hipótesis nulas se estimó con el coeficiente d de Cohen ( $d_{Cohen}$ ). Estos procedimientos fueron realizados en el paquete estadístico SPSS versión 24, AMOS 25 y FACTOR 10.

## RESULTADOS

Se encontró que el 52.1% de los adultos mayores tiene de 60 a 69 años, el 38.9% tiene de 70 a 79 años, y el resto tiene ochenta años o más (9.1%), al preguntarle con quien vive, el 54.3% menciona que con su esposo (a), el 27% con sus hijos y el 12.6% vive solo. Al explorar si padecen alguna enferme-

dad el 86.1% mencionó que sí. Solo el 17.7% de los adultos mayores practican algún deporte, el 58.7% trabajó alguna vez por un sueldo y el 62.4% es jubilado o pensionado. Al preguntarles si cuentan con algún tipo de seguro el 86.4% menciona que sí, siendo el Seguro Popular en el que la mayoría de los adultos mayores está afiliada (65.4%). El 39.1% utiliza lentes y el 61.6% puede caminar sin dificultad. Se les preguntó sobre los servicios que les brinda la institución (geriátrico y CDHEC) mencionaron que al 93.9% le han resuelto los tramites que han realizado y el 69.2% consideran muy bueno el servicio brindado.

Las principales diferencias por sexo encontradas muestran que son las mujeres las que tienen porcentajes mayores de escolaridad en cualquier nivel educativo, resaltando el 46.7% que estudio primaria y el 26.2% que no tiene ningún grado de escolaridad, a diferencia de los hombres en esos mismos rubros (40% y 36.6% respectivamente). En relación con el estado civil, se muestra mayor porcentaje de hombres casados y porcentajes similares en ambos sexos viudos y divorciados. Con relación al estatus en el que se encuentra se observa una diferencia de casi diez puntos en los hombres que se encuentran pensionados, los adultos mayores que trabajan están en porcentajes similares y se encontró un porcentaje mayor de mujeres que se dedican únicamente al hogar.

Se exploró la satisfacción que tienen los adultos mayores con su vida, se encontró que las mujeres tienen mejor percepción de salud, cuando se comparan con una persona de su edad considerándola mejor (35.1%), mientras que los hombres tuvieron porcentajes más elevados en la opción de considerarla igual (69%), fue muy bajo el porcentaje de ambos sexos que consideran su salud peor que la de otras personas (6.8%). Por otro lado, el 94.7% se siente satisfecho con su vida, porcentajes similares se obtuvieron en mujeres y hombres.

**Tabla 1.**

*Características demográficas de la muestra por sexo.*

		Mujer	Hombre	Total
Ultimo grado estudiado	Primaria	105 (46.70%)	70 (10%)	175 (43.80%)
	Secundaria	21 (9.30%)	15 (8.60%)	36 (8.9%)
	Técnico	7 (3.10%)	5 (2.90%)	12 (3%)
	Preparatoria	11 (4.90%)	8 (4.60%)	19 (4.80%)
	Carrera	19 (8.40%)	10 (5.70%)	29 (7.20%)
	No estudio	59 (26.20%)	64 (36.60%)	123 (30.80%)
Estado civil	Casado (a)	123 (54.70%)	105 (60%)	228 (57%)
	Divorciado (a)	24 (10.70%)	18 (10.30%)	42 (10.50%)
	Viudo (a)	59 (26.20%)	44 (25.10%)	103 (25.80%)
	Separado (a)	7 (3.10%)	5 (2.90%)	12 (3%)
	Soltero (a)	10 (4.40%)	3 (1.70%)	13 (3.30%)
	Unión libre	2 (.90%)	0 (0%)	2 (.50%)
¿Actualmente usted se encuentra?	Jubilado (a)	14 (7%)	13 (7.70%)	27 (7.40%)
	Pensionado (a)	110 (55.30%)	111 (66.10%)	221 (60.20%)
	Trabaja	25 (12.60%)	21 (12.50%)	46 (12.50%)
	Hogar	49 (24.60%)	22 (13.10%)	71 (19.30%)

El AFC se realizó para validar la estructura interna de la escala MSPSS, el índice de bondad de ajuste basado en el coeficiente Chi-cuadrado rechazó la hipótesis nula de no diferencias entre la estructura hipotética del instrumento y los datos ( $\chi^2=69.944, p=.000$ ), sin embargo, los valores en el resto de los índices contradicen este dato, la RMSEA tuvo un valor de .050 (IC95%=.033-.067), valor considerado como adecuado (Hutchinson & Olmos, 1998); la RMR resultó con un valor inferior a uno (.077), que demuestra buen ajuste (Browne & Cudeck, 1993; Di Stefano, Liu, Jiang & Shi, 2018); los índices de bondad de ajuste de Jöreskog fueron cercanos a uno (GFI=.970, AGFI=.934) al igual que el CFI (.942), valores considerados de buen ajuste (Hu & Bentler). En cuanto a la calidad de la estructura factorial, de forma complementaria se obtuvo el índice de simplicidad, que resultó con un valor de LS=.460 (IC95%=.406-.525).

Para dar evidencia de la equivalencia de la escala tanto para hombres como para las mujeres, se realizó un análisis de la invarianza factorial por sexo. Los valores reportados en la tabla 3 respaldan la invarianza en los cuatro modelos anidados, ya que el nivel de probabilidad permitió aceptar la hipótesis nula ( $p \leq .050$ ). La diferencia entre el CFI del modelo sin restricciones y la invarianza métrica (.006), invarianza estructural (.005) y la invarianza de los pesos de la covarianza (.003) son menores a .01, lo que da por bueno el primer modelo según el criterio de Cheung y Rensvold (2002; Aguirre, Ornelas, Gastelum & Peinado, 2017).

Se realizó la prueba t para muestras independientes por sexo, en primer instancia, el análisis aceptó la hipótesis nula al evaluar las diferencias con las dimensiones de la escala MSPSS, en la dimensión de *apoyo familiar*, se contrastaron cuatro variables numéricas encontrando diferencias significativas entre los y las adultas mayores, presentando puntuaciones mayores en las mujeres en relación con la seguridad

que su familia tiene de ayudarlas ( $d_{Cohen}=.200$ ), de la ayuda y el apoyo emocional que requieren ( $d_{Cohen}=.231$ ) y en poder conversar con ellos de sus problemas ( $d_{Cohen}=.200$ ).

En la dimensión *apoyo de amigos* se encontraron diferencias por sexo en los cuatro ítems que componen el apartado, dichas diferencias se cargan hacia las adultas mayores, en las variables tengo la seguridad de que sus amigos tratan de ayudarlas ( $d_{Cohen}=.242$ ), pueden contar con ellos cuando tienen problemas y pueden platicárselos ( $d_{Cohen}=.227$ ), además de compartir penas y alegrías con sus amigos ( $d_{Cohen}=.204$ ). En ambas pruebas salieron diferencias significativas.

En la última dimensión llamada *apoyo de otros significativos* se encontraron diferencias significativas en dos de los cuatro ítems que conforman el apartado, dichas diferencias se cargan a las mujeres adultas mayores, cuando tienen penas o alegrías tiene alguien que las pueda ayudar ( $d_{Cohen}=.191$ ) y existe en su vida una persona que le ofrece consuelo cuando lo necesitan ( $d_{Cohen}=.255$ ). Una de las variables resultó con diferencias entre las pruebas, que los adultos mayores cuando tengan penas o alegrías hay alguien que les puede ayudar resultado significativa en la prueba no paramétrica, sin embargo, en la prueba T se aceptó la hipótesis nula.

### DISCUSIÓN

Poco más de la mitad de los adultos mayores aún vivían con su pareja (54.3%), se resalta el porcentaje de adultos mayores que padecían alguna enfermedad (86.1%) y de aquellos que no hacen ejercicio (82.3%), se encontraron estudios a partir de revisiones sistémicas de ensayos clínicos en donde el entrenamiento de la condición física, al parecer es la mejor estrategia para mejorar la condición física en adultos mayores (Saborit et al., 2015; Viladrosa, Casanova, Ghiorghe, & Jürschik, 2017). El Seguro Popular es la institución a

**Tabla 2.**  
*Satisfacción de los adultos mayores con la vida.*

Variable	Categoría	Mujer	Hombre	Total
Como considera su salud en general.	Pésima	4 (1.80%)	1 (.60%)	5 (1.30%)
	Mala	23 (10.50%)	16 (9.20%)	39 (9.90%)
	Buena	176 (80%)	139 (79.90%)	315 (79.90%)
	Optima	17 (7.70%)	18 (10.30%)	35 (8.90%)
Comparándose con una persona de su edad, usted...	Esta mejor	78 (35.10%)	44 (25.30%)	122 (30.80%)
	Esta igual	127 (57.20%)	120 (69%)	247 (62.40%)
	Esta peor	17 (7.70%)	10 (5.70%)	27 (6.80%)
Se siente satisfecho con la vida.	Si	210 (94.20%)	166 (95.40%)	376 (94.70%)
	No	13 (5.80%)	8 (4.60%)	21 (5.30%)

**Tabla 3.**  
*Índices de bondad de ajuste del análisis confirmatorio de la MSPSS.*

Invarianza	$\chi^2 [p]$	NFI $\Delta$	CFI	RMSEA [IC95%]	RMR	GFI	AGFI
Sin restricciones	-	-	.868	.054[.042-.066]	.102	.936	.858
Métrica	5.352 [.803]	.007	.874	.050[.038-.061]	.099	.934	.870
Pesos Estructurales	6.745 [.749]	.009	.873	.050[.038-.061]	.109	.933	.870
Pesos de covarianza	22.299[.382]	.030	.865	.048[.037-.059]	.156	.927	.874



la que la mayoría de los adultos mayores está afiliado (65.4%), el principal objetivo del Seguro Popular es acercar a servicios de salud mediante aseguramiento médico a toda aquella población sin seguridad social (O'Shea, 2015), el problema radica en que la cobertura es de nivel primario, dejado fuera muchas de las enfermedades crónico-degenerativas presentes en los adultos mayores, como la diabetes, enfermedades del corazón, tumores y enfermedades respiratorias (INEGI, 2005), por lo que se tiene que desarrollar nuevas estrategias de atención a la salud a partir de las necesidades y enfermedades desarrolladas en la vejez. Hay que considerar el proteger a los adultos mayores en el ámbito de la seguridad social a partir de la eficacia de los programas de atención a este grupo, especialmente aquellos que se encuentran en situación de pobreza (CNDH, 2016).

Las principales diferencias por sexo encontradas en los datos generales hacen referencia a la escolaridad, teniendo porcentajes mayores las mujeres en todos los niveles presentados (primaria, secundaria, técnico, preparatoria y carrera), el porcentaje de hombres que no estudiaron (36.6%) es mucho mayor al de las mujeres (26.2%), un dato relevante cuando se contrasta con estadísticas realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011) en donde la tercera parte de los adultos mayores no saben leer ni escribir, en los hombres el porcentaje asciende a 24 y en las mujeres supera el 35%, diferencias contradictorias a los resultados obtenidos en este estudio. Lo que tiene un impacto directo en la calidad de vida de este grupo poblacional ubicándolos en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edad.

En relación con el estado civil, se encontró porcentajes similares en hombres (25.1%) y mujeres (26.2%) en haber perdi-

do a su pareja, datos diferentes a los realizados por otros estudios, en donde es más frecuente que la mujer quede viuda debido a la esperanza de vida presente, (77.9 años las mujeres y 73 años los hombres) (CONAPO, 2014), pero la viudez no solo es un estado civil, es un evento significativo en la vida que tiene repercusiones en el ámbito de la salud, el psicológico y social por lo que se tiene que trabajar a partir de los recursos internos y externos del adulto mayor para poder mejorar sus relaciones.

Dentro de la relación con la familia se destaca la comunicación que tienen las mujeres adultas mayores con su familia, ya que las tres variables que resultaron con diferencias significativas estuvieron a favor de este grupo, sin embargo, el tamaño de la diferencia es pequeño según los puntos de corte recomendados (Cohen, 1992). Hay que considerar que los factores que contribuyen a la satisfacción con la vida son la familia, los vecinos, las relaciones sociales y tener recursos económicos (Puig, Rodríguez, Farras, & Lluch, 2011) además, las mujeres tienen procesos de comunicación diferente a los hombres, algunas investigaciones han sugerido que se debe a la etapa de socialización desde la infancia y a la influencia del hogar familiar y posiblemente las mujeres adultas mayores encontraron mayor seguridad y apoyo dentro de su familia así como la apertura de contar sus problemas con el resto de la familia (Bengoechea, 2009).

Al identificar la percepción de apoyo de los amigos resultó con diferencias significativas en todas sus variables hacia las mujeres adultas, coincidiendo con otros autores en donde las redes de apoyo y la familia juegan un papel fundamental en la percepción de bienestar (Garza Sanchez & Gonzalez Tovar, 2017; González Tovar & Garza Sánchez, 2016) nuevamente se destaca la comunicación como un factor clave para el desarrollo de relaciones de calidad en las mujeres, la

**Tabla 4.**  
*Análisis comparativo por sexo de la dimensión apoyo familiar de la escala MSPSS.*

Categoría	Variable	Sexo	M	DT	t	gl	p
Apoyo familiar	Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	Mujer	3.78	1.33	1.99	381.77	.046
		Hombre	3.52	1.25	2.01		
	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	Mujer	3.74	1.30	2.25	385.71	.025
		Hombre	3.45	1.19	2.27		
Amigos	Puedo conversar de mis problemas con mi familia	Mujer	3.67	1.29	1.99	385.36	.047
		Hombre	3.42	1.18	2.01		
	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	Mujer	3.38	1.38	2.45	388.81	.015
		Hombre	3.06	1.2	2.48		
Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	Mujer	3.33	1.36	2.23	386.28	.026	
	Hombre	3.03	1.24	2.25			
Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	Mujer	3.33	1.37	2.01	387.44	.045	
	Hombre	3.06	1.24	2.04			
Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	Mujer	3.46	1.35	2.28	386.08	.023	
	Hombre	3.16	1.23	2.31			
Otros significativos	Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	Mujer	3.52	1.41	1.87	386.36	.062
		Hombre	3.26	1.28	1.89		
	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	Mujer	3.54	1.42	2.55	386.99	.011
		Hombre	3.19	1.29	2.58		

comunicación se caracteriza por incluir en el discurso como iguales a las otras personas, atención a los mensajes verbales y no verbales e indican expresiones de escucha.

El papel que juegan las personas que rodean al adulto mayor es significativo para él y es más importante la calidad de la relación existente, la familia se convierte en esa red de apoyo cercana en donde el adulto mayor se siente protegido y querido, por lo que las líneas de atención deben enfocarse a fortalecer el lazo familiar. Otros factores protectores que pueden favorecer un envejecimiento saludable están orientados a los programas de intervención, entrenamiento cognitivo y actividad física (García Gomez, 2015). Una propuesta de intervención sugerida a partir del modelo psico-social de Gordon Hamilton (Duque, 2013) enfatiza el valor intrínseco del individuo a partir del uso de recursos sociales y la experiencia vivida de los adultos mayores enfocándose a la esfera emocional, la conciencia de sí mismo y la capacidad para relacionarse con la sociedad.

La limitación del estudio radica, por un lado, en las discrepancias presentadas en la evidencia de validez de la escala, que si bien, no permiten descartar por completo el ajuste en los indicadores de validez, si podrían estar relacionadas con un tamaño del efecto tan pequeño, lo que implica diferencias pequeñas en las evaluaciones del apoyo social realizadas a los adultos mayores.

Se propone seguir haciendo estudios en este grupo poblacional, para identificar los factores que desencadenan un nivel bajo de soporte social y hacer planes de acción que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores.

## FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido parte de una investigación financiada por el Programa de Apoyo a la Incorporación de Nuevos PTC del Programa de Desarrollo del Profesorado PRODEP de la Secretaría de Educación Pública de México con número de liberación 511-6/17-8565.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores expresamos que no presentamos conflictos de interés al redactar este manuscrito.

## REFERENCIAS

- Aguirre, S. I., Ornelas, M., Gastélum, G., & Peinado, J. E. (2017). Invarianza Factorial de la Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento de Lasher y Faulkender en Estudiantes Universitarios, Hombres y Mujeres. *Formación universitaria*, 10, 25-32. doi: 10.4067/S0718-50062017000100004
- Alemán-Ruiz, I., & Calvo-Francés, F. (2017). Validación de la escala de vínculos interpersonales de apoyo VIDA. *Anales de Psicología*, 33(1), 168-179. doi: 10.6018/analesps.33.1.232341
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). Analisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Doi:10.4321/S1134-928X2014000200002
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *IIPSI*, 16(1), 233-245. doi:10.15381/rinvp.v16i1.392
- Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una

- escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. doi:10.4067/S0717-95532002000100007
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.08.009
- Aznar, M. P. M., Reverón, M. C. C., & Pérez, L. G. (2017). Relevancia de la menopausia y del apoyo social en las diferencias en salud entre mujeres y hombres. *Universitas Psychologica*, 16(1). doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-1.rmas
- Bengoechea, M. (2009). La comunicación femenina, claves desde la perspectiva de género para entender que pasa cuando hablamos. En F. S. Europeo (Ed.), *Uso del lenguaje en el mundo laboral*. Recuperado de <http://aulaintercultural.org/2009/04/10/la-comunicacion-femenina-claves-desde-la-perspectiva-de-genero-para-entender-que-pasa-cuando-hablamos/>
- Berriel, F., Pica, C., & Zunino, N. (2017). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas*, 16(1), 7-18. doi: 10.5927/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-904
- Bocchi, S. C. M., & Angelo, M. (2008). Entre la libertad y la reclusión: El apoyo social como un componente de la calidad de vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 15-23. doi: 10.1590/S0104-11692008000100003
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park: Sage Publications.
- Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., & Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.006
- Chavarría, M. P., & Barra, E. (2014). Life satisfaction in adolescents: Relationship with self-efficacy and perceived social support. *Terapia Psicológica*, 32(1), 41-46. doi: 10.4067/S0718-48082014000100004
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233-255. doi: 10.1207/S15328007SEM0902\_5
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México [CNDH]. (2016). Proteccionismo, Derechos Humanos y seguridad social de los adultos mayores. Hacia una mejor calidad de vida. En E. Martínez Aparicio, *Colección de textos sobre Derechos Humanos* (pág. 39). Ciudad de México: Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas-CTDH-DH-Adultos-Mayores.pdf>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2011). *Transición demográfica en México*. México D. F.: Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2011](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2011)
- CONAPO (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. México. In. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15\\_Cuadernillo\\_Mexico.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf)
- Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación [CONAPRED] (2011). Resultados sobre personas adultas mayores. *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México - ENADIS- INAPAM* (Vol. 1, pp. 83): INAPAM.
- Covarrubias Delgado, L., & Andrade Cepeda, R. M. G. (2012). Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index de Enfermería*, 21(3). doi: 10.4321/S1132-12962012000200005
- Damián, A. (2016). Seguridad social, pensiones y pobreza de los adultos mayores en México. *Acta Sociológica*, 70, 151-172. doi:10.1016/j.acso.2017.01.007
- Domínguez Guedea, M. T., Mandujano Jaquez, M. F., Quintero, M. G.,

- Sotelo Quiñónez, T. I., Gaxiola Romero, J. C., & Valencia Maldonado, J. E. (2013). Escala de apoyo social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(2), 391-402. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-2.easc
- Duque, A. (2013). *Metodologías de intervención social Palimpsestos de los modelos en Trabajo Social*. In Vol. 1. Epi-Logos (Ed.), (pp. 336). Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000036.pdf>
- Fernández, M. B., & Herrera, M. S. (2016). Distrés en hijas adultas que brindan apoyo a sus padres mayores. *Psykhé*, 25(1). doi: 10.7764/psykhe.25.1.710
- Fontes, M. M. M., Heredia, M. E. R., Peñaloza, J. L., Cedeño, M. E. G. K., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35(2), 147-154.
- García Gomez, M. B. (2015). *Efectos de un programa de intervención para adultos mayores en situación de alta vulnerabilidad en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. (Doctoraro Intervención), Universidad Nacional de Educación a Distancia, Recuperado de [http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mbgarin/GARIN\\_GOMEZ\\_M\\_Begona\\_Tesis.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mbgarin/GARIN_GOMEZ_M_Begona_Tesis.pdf)
- García-Martín, M. A., Hombrados-Mendieta, I., & Gómez-Jacinto, L. (2016). A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*, 32(2), 501-515. doi: 10.6018/analesps.32.2.201941
- Garza Sanchez, R. I., & Gonzalez Tovar, J. (2017). Comparativo de la calidad de vida subjetiva en los Centros de Atención Integral de dos países de habla hispana: perspectiva desde el envejecimiento. *Actualidades en Psicología*, 31(123), 73-87. doi: 10.15517/ap.v31i123.28543.
- González Tovar, J., & Garza Sánchez, R. I. (2016). Primer revisión del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores. *Ciencia Ergo Sum*, 23(1), 1-9.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill. Sexta Edición.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hutchinson, S.R. & Olmos, A. (1998) Behavior of descriptive fit indexes in confirmatory factor analysis using ordered categorical data, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 5:4, 344-364. doi: 10.1080/10705519809540111
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México [INEGI]. (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Recuperado de <http://adigac.org/gallery/adultos%20mayores%20inegi.pdf>
- Landeros-Herrera, J. E., Simental-Mendía, L. E., & Rodríguez-Durán, J. L. (2015). Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 558-563.
- Lever, J. P., García, G. L. M., & Estrada, A. V. (2013). Elaboración de una escala de apoyo social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137.
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. doi:10.1016/j.reu.2016.05.002
- McDonald, R. (1999). *Test Theory. A unified treatment*. New York: Psychology Press.
- Meléndez, J. C., Tomas, J. M., & Pardo, E. N. (2009). Análisis de la estructura y funciones de las redes sociales en la vejez mediante la entrevista Manheim de apoyo social. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 19(1), 6-11.
- Mendoza-Núñez, V. M., Flores-Bello, C., Correa-Muñoz, E., Retana-Ugalde, R., & Ruiz-Ramos, M. (2016). Relación entre las redes de apoyo social con el control de la diabetes y su impacto sobre la calidad de vida en ancianos mejicanos que viven en la comunidad. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1312-1316. doi: 10.20960/nh.776
- Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., Jofré Aravena, V., & Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(3), 125-136.
- Muñoz-Rodríguez, M., & Basco, M. E. (2016). Indagaciones epidemiológicas en salud mental: Usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 188-200. doi: 10.15446/rsap.v18n2.42753
- O'Shea Cuevas, G. J. (2015). Seguro Popular: hacia la cobertura del paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 133-134. doi: 10.1016/j.gamo.2015.05.003
- Parada, M. O., & Rivera, M. J. B. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Pinto Santuber, C., Lara Jaque, R., Espinoza Lavoz, E., & Montoya Cáceres, P. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de zimet: En personas mayores de atención primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89.
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A., & Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atencion Primaria*, 47(8), 523-531. doi: 10.1016/j.aprim.2014.10.010
- Puig Llobet, M., Rodríguez Avila, N., Farras Farras, J., & Lluch Canut, M. T. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 8.
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A. M., Maldonado Hernandez, I., Ortega Medellín, M. P., & Hernandez Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez, 47-56. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/11/011\\_Ramos.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/11/011_Ramos.pdf)
- Riquelme, A., Carbonell, M. M., Quiles, J. M. O., Lara, R. M. M., Díaz, R. P., & Navas, A. I. L. (2016). Implicaciones de la edad y el país de pertenencia en la relación entre apoyo emocional percibido y depresión: Un estudio transcultural. *Anales de Psicología*, 32(2), 393-404. doi:10.6018/analesps.32.2.203611
- Romero, Y. H., Cernuda, C. P., Díaz, R. P., de la Cruz, A. S., Domínguez, A. T., & Pérez, T. L. (2012). Cambios en la percepción del funcionamiento familiar de adultos mayores de casa de abuelos cotorro. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 9(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph121c.pdf>
- Saborit, J. A. P., Del Valle, M., Nistal, P., Mendez, D., Abelairas-Gómez, C., & Barcala-Furelos, R. (2015). Repercusión del ejercicio físico en la composición corporal y la capacidad aeróbica de adultos mayores con obesidad mediante tres modelos de intervención. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1217-1224. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8434
- Soto, F. L., Cortés, C. E., Terrazas, J. V., & Terrazas, S. V. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Salud Uninorte*, 28(2), 218-226.
- Torres, I. R., & Castillo Herrera, C. J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, 30(3), 354-359.
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
- Viladrosa, M., Casanova, C., Ghiorghies, A. C., & Jürschik, P. (2017). El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(6), 332-341. doi: 10.1016/j.regg.2017.05.009
- Vilató Frómata, L., Martín Alfonso, L., & Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Zapata-López, B. I., Delgado-Villamizar, N. L., & Cardona-Arango, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6). doi: 10.15446/rsap.v17n6.34739
- Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41.