



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

CARACTERIZACIÓN DE LAS REDES DE APOYO EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

**CHARACTERIZATION OF SUPPORT NETWORKS IN OLDER
ADULTS AND THEIR RELATIONSHIP WITH SELF-CARE IN
FAMILY MEDICINE UNIT 45**

Genesis Rubi Hernandez Mendez

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Mexico

Herenia del Carmen Padron Sanchez

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Mexico

Elizabeth Gallegos Tosca

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Mexico

Caracterización de las Redes de Apoyo en el Adulto Mayor y su Relación con el Autocuidado en la Unidad de Medicina Familiar 45

Genesis Rubi Hernandez Mendez¹

rubishita23@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-5359-7571>

Instituto Mexicano del Seguro social
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco, Mexico

Herenia del Carmen Padron Sanchez

here_padron@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9942-8979>

Instituto Mexicano del Seguro social
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco, Mexico

Elizabeth Gallegos Tosca

Eliz_155@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8147-6885>

Instituto Mexicano del Seguro Social
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco, Mexico

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar las redes de apoyo y su relación con el autocuidado del adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 45. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional y analítico entre mayo de 2024 y octubre de 2025, que incluyó a 361 pacientes de 65 años en adelante. Se aplicaron evaluaciones específicas para determinar la relación entre las redes de apoyo y el autocuidado, utilizando el programa estadístico SPSS versión 26 para el análisis de datos. Los resultados revelaron que el 64% de los adultos mayores presentaron un nivel medio de autocuidado, mientras que el 21.9% mostró un nivel alto y el 14% un nivel bajo. Se encontró una relación significativa entre el autocuidado y el apoyo emocional, con un coeficiente estadístico de 0.391. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer las redes de apoyo para mejorar el autocuidado en esta población vulnerable, destacando la deficiencia actual en su autocuidado debido a su edad avanzada.

Palabras clave: adulto mayor, red de apoyo, autocuidado

¹ Autor principal.

Correspondencia: rubishita23@gmail.com

Characterization of Support Networks in Older Adults and their Relationship with Self-care in Family Medicine Unit 45

ABSTRACT

This study aims to analyze support networks and their relationship with self-care among older adults at the Family Medicine Unit No. 45. A quantitative, observational, and analytical study was conducted between May 2024 and October 2025, including 361 patients aged 65 and older. Specific assessments were applied to determine the relationship between support networks and self-care, using the SPSS version 26 statistical program for data analysis. The results revealed that 64% of older adults exhibited a medium level of self-care, while 21.9% showed a high level and 14% a low level. A significant relationship was found between self-care and emotional support, with a statistical coefficient of 0.391. These findings underscore the importance of strengthening support networks to improve self-care in this vulnerable population, highlighting the current deficiencies in their self-care due to advanced age.

Keywords: older adults; support network; self-care

Artículo recibido 20 agosto 2026

Aceptado para publicación: 20 septiembre 2026



INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa de la vida que presenta desafíos únicos para los individuos, tanto a nivel físico como emocional. En este contexto, las redes de apoyo juegan un papel fundamental en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Las redes de apoyo se definen como el conjunto de relaciones y recursos sociales que rodean a un individuo, proporcionando ayuda emocional, instrumental y de compañía. Por otro lado, el autocuidado se refiere a las acciones y decisiones que una persona toma para cuidar de su propia salud y bienestar, abarcando aspectos como la alimentación, la actividad física, la gestión del estrés y la adherencia a tratamientos médicos. Para los adultos mayores, el autocuidado es especialmente importante, ya que contribuye a mantener la autonomía e independencia, previniendo o retrasando la aparición de enfermedades y discapacidades.

La relación entre las redes de apoyo y el autocuidado en el adulto mayor es bidireccional y multifacética. Una red de apoyo sólida puede facilitar el autocuidado al proporcionar motivación, información y asistencia práctica. Por ejemplo, familiares y amigos pueden alentar a la persona mayor a seguir una dieta saludable, realizar ejercicio físico y asistir a consultas médicas. Asimismo, estas redes ofrecen un entorno de seguridad y confianza, disminuyendo la sensación de soledad y aislamiento, factores que impactan negativamente en el autocuidado. A su vez, el autocuidado puede influir en la calidad y extensión de las redes de apoyo, ya que los adultos mayores que practican un buen autocuidado suelen mantener relaciones sociales más activas y satisfactorias, lo que les permite participar en actividades comunitarias y familiares.

En resumen, la caracterización de las redes de apoyo y su relación con el autocuidado en el adulto mayor es un tema de gran relevancia, dado que ambas dimensiones están interconectadas y son esenciales para promover una vejez saludable y con calidad de vida. Estudios e intervenciones que aborden estos aspectos pueden contribuir significativamente al bienestar de la población adulta mayor, subrayando la necesidad de investigar y comprender mejor estas dinámicas en el contexto actual. Así, el presente estudio se propone caracterizar las redes de apoyo y su relación con el autocuidado en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 45, con el fin de aportar información valiosa que permita mejorar las estrategias de intervención y apoyo en esta población vulnerable.



METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, con un alcance observacional, analítico y prospectivo.

Universo

Todo paciente derechohabiente, mayor a 65 años, con adscripción vigente, atendido en la unidad de medicina familiar N° 45 del IMSS.

Temporalidad

El estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar N° 45 del IMSS del municipio de Cárdenas, Tabasco, donde se aplicaron los cuestionarios de PRUEBA de CYPAC y la prueba MOS de apoyo, los cuales se aplicaron en un periodo de dos meses que comprende entre octubre y noviembre del 2024, dentro de las instalaciones de dicha unidad.

Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue aleatorio simple, obteniendo una parte significativa de la población adulta mayor de la Unidad Médica Familiar No. 45.

Criterios de selección:

Inclusión

- Pacientes derechohabientes a la UMF N°45 del IMSS de Cárdenas, Tabasco, en edad comprendida mayor a los 65 años, que acudan activamente a consulta de medicina familiar en ambos turnos.
- Pacientes que acepten firmar la carta de consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes adultos mayores que no acuden a su control médico.
- Adultos mayores con algún trastorno neurocognitivo que imposibilite responder las preguntas del cuestionario de manera directa.

Método e instrumento de recolección de datos

El estudio de investigación se ejecutó en la unidad de medicina familiar N° 45 de Cárdenas, Tabasco. Para el cual se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y con diseño analítico. La muestra constó de 365 pacientes adultos mayores, seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión, quienes acudieron a consulta a la unidad de medicina familiar.



Procesamiento de datos y aspectos estadísticos:

Posterior a la autorización del estudio de investigación por parte del comité de ética y de investigación CLIS 2701, se procedió a la aplicación de cuestionarios y recolección de datos, los cuales se realizaron en un periodo de mayo 2024 a octubre 2024. Se determinó la caracterización de las redes sociales y la relación que hay con su autocuidado en los adultos mayores, los cuales fueron abordados durante consultas programadas con médico familiar en los turnos matutino y vespertino. La realización de dichos cuestionarios se aplicó en salas de espera de la UMF, donde se explicó ampliamente al paciente de manera verbal en qué consiste el proyecto de investigación, y al término se solicitó su autorización para participar en dicho estudio por medio del consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la PRUEBA de CYPAC, que evaluó el autocuidado del adulto mayor, y la prueba MOS de apoyo, que valoró si el participante cuenta con algún apoyo.

Análisis de datos

Posterior a la recolección de los datos, estos se vaciaron y procesaron en una base de datos en Excel. Posteriormente, se ingresaron al paquete estadístico SPSS versión 26, donde se codificaron las variables cuantitativas y cualitativas, continuando con el análisis estadístico. Para el análisis de las variables sociodemográficas se empleó estadística descriptiva, como la media, mediana, moda, porcentajes y tablas cruzadas, las cuales permitieron describir los resultados de la investigación. Así mismo, se analizaron las variables cualitativas mediante estadística inferencial.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se estudió 365 adultos mayores de 65 años pertenecientes a la unidad de medicina familiar n° 45 de cárdenas, tabasco en donde se mostró la media en edad fue de 72.10 años.

Dentro de las características sociodemográficas podemos observar que en la tabla 1 se muestran la agrupación por rango de edad en los 365 paciente de la investigación, en el cual se obtuvo que entre 65 a 70 años se encontraron 175 pacientes (47.9%), de 71 a 75 años son 80 pacientes (21.9%), 76 a 80 años pertenecen 54 pacientes (14.8%) y entre 81 a 85 años son 56 de paciente (15.3%)



Tabla 1. Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65-70	175	47.9	47.9	47.9
	71-75	80	21.9	21.9	69.9
	76-80	54	14.8	14.8	84.7
	81-85	56	15.3	15.3	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

Se realiza una relación de acuerdo con el sexo en los paciente el cual se valora en la tabla 2 donde se encuentra que 277 (75.9%) son mujeres y 88 son hombres (24.1%).

Tabla 2. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	277	75.9	75.9	75.9
	Masculino	88	24.1	24.1	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

En el dato del último grado de escolaridad presente en la tabla 3 se muestra que el 2.7% (n=10) son analfabetas, el 37.5% (n=137) estudiaron solo la primaria así como la dejaron inconclusa, el 34.8% (n=127) terminaron la secundaria, el 15.1% (n=55) estudiaron la preparatoria y solo el 9.9% (n=36) tienen un grado de estudio de universidad.

Tabla 3. Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	analfabeta	10	2.7	2.7	2.7
	primaria-primaria inconclusa	137	37.5	37.5	40.3
	secundaria	127	34.8	34.8	75.1
	preparatoria	55	15.1	15.1	90.1
	universidad	36	9.9	9.9	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

Se tomó en consideración el estado civil de cada participante por lo que en la tabla 4 se muestra donde, se encuentran solteros 1.9% (n= 7) de los participantes, casados 49.9% (n= 182), unión libre 4.1% (n=15), separados 13.2 % (n= 48), divorciados 6.6 % (n= 24) y viudos 24.4 % (n= 89) del total de los pacientes

Tabla 4. Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	7	1.9	1.9	1.9
	Casado	182	49.9	49.9	51.8
	Union libre	15	4.1	4.1	55.9
	Separado	48	13.2	13.2	69.0
	Divorciado	24	6.6	6.6	75.6
	Viudo	89	24.4	24.4	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

Otro de los puntos que se toma para la evaluación son las personas con las que habita descrito en la tabla 5 teniendo como principal a la pareja con 151 pacientes (41.4%) de todos los participantes posterior teniendo a los hijos 86 pacientes (23.6%), familia nuclear 36 pacientes (9.9%), con hermanos 4 pacientes (1.1) y por otro lado algunos viven solos con 87 de los participantes (23.8%) y por ultimo con sus nietos 1 paciente (0.3%).

Tabla 5. Personas con las que habita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	familia nuclear	36	9.9	9.9	9.9
	pareja	151	41.4	41.4	51.2
	hijos	86	23.6	23.6	74.8
	hermanos	4	1.1	1.1	75.9
	solo	87	23.8	23.8	99.7
	nieto	1	.3	.3	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

De igual manera se evalué su ocupación distribuido en la tabla 6 teniendo como principal a los dedicados al labores del hogar con 157 pacientes (43.0%) de todos los participantes posterior teniendo a los jubilados 76pacientes (20.8%), empleado 40 pacientes (11.0%), dedicados algún tipo de oficio como albañilería, secretaria o dedicadas al servicio doméstico 29 paciente (7.9 %) y por otro lado algunos al comercio 26 de los participantes (7.1 %), empresarios 19 de los participantes (5.2%) encontramos desempleados y profesionistas con 8 y 8 pacientes cada ocupación (2.2%) y finalmente dedicados al campo como campesinos solo 2 de los participantes (0.5%).



Tabla 6 Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empresario	19	5.2	5.2	5.2
	Profesionista	8	2.2	2.2	7.4
	Comerciante	26	7.1	7.1	14.5
	Empleado	40	11.0	11.0	25.5
	Labores del hogar	157	43.0	43.0	68.5
	Jubilado	76	20.8	20.8	89.3
	Oficio	29	7.9	7.9	97.3
	Desempleado	8	2.2	2.2	99.5
	Campesino	2	.5	.5	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

En la tabla 7 se representan el total de frecuencias se evaluó los padecimientos más comunes presentes en el adulto mayor el cual tuvo mayor presencia la diabetes mellitus tipo 2 con 27.9% (n=102) de los pacientes encuestados, hipertensión arterial 20.8% (n= 76), artritis reumatoide 3.3% (n= 12), osteoporosis 4.9 (n=18), hipotiroidismo 5.8% (n=21), dislipidemias entre las cuales pueden solo presentar niveles de colesterol elevado, triglicéridos o ambos 3.0% (n=11), sanos los cuales solo acudían a una revisión o por presentar algún cuadro que no requiere de un seguimiento de manera crónica, 12.9% (n=47)y otras patologías entre las cuales se presentaban hipertiroidismo, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, insuficiencia vascular, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica 21.4% (n=78) de los pacientes.

Tabla 7. Padecimientos mas frecuentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes mellitus tipo 2	102	27.9	27.9	27.9
	hipertensión	76	20.8	20.8	48.8
	artritis reumatoide	12	3.3	3.3	52.1
	osteoporosis	18	4.9	4.9	57.0
	hipotiroidismo	21	5.8	5.8	62.7
	dislipidemia	11	3.0	3.0	65.8
	sano	47	12.9	12.9	78.6
	otras	78	21.4	21.4	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

Por último en la identificación de las variables sociodemográficas presente en la tabla 8 se valoraron también los hijos procreados por cada uno de los paciente el cual muestra que tuvo mayor frecuencia en procreación de 4 a 6 hijos los cuales fueron 182 (49.9%) de los pacientes, seguido de 0 a 3 con un total de 105 (28.28%) del total de los pacientes incluidos en el estudio por ultimo también se encontraba que 78 (21.4%) de los participantes procrearon entre 7 a 10 hijos.

Tabla 8. Hijos procreados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0-3	105	28.8	28.8	28.8
	4-6	182	49.9	49.9	78.6
	7-10	78	21.4	21.4	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

En la tabla 9 analizamos los resultados obtenidos clasificando las redes de apoyo en cada uno de los pacientes participantes en el estudio

Tabla 9. Sexo*Redes de Apoyo

Recuento		Redes de Apoyo					Total
		Apoyo Emocional	Apoyo Material	Relación Social de Ocio y Distracción	Apoyo Afectivo	Apoyo General	
Sexo	Femenino	2	20	5	15	235	277
	Masculino	0	14	9	5	60	88
Total		2	34	14	20	295	365

En la tabla 10 identificamos el nivel de autocuidado que tienen los adultos mayores teniendo que el 64% (n= 234) de los pacientes tienen un nivel de autocuidado medio, el 21.9 % (n= 80) de los adultos presentaron un novel de autocuidado alto sin embargo, porcentaje de 14% (n= 51) de los pacientes obtuvieron un nivel bajo del autocuidado.

Tabla 10. Autocuidado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21-24	80	21.9	21.9	21.9
	16-20	234	64.1	64.1	86.0
	1-15	51	14.0	14.0	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

En la siguiente tabla 11 determinamos la tipología familiar con relación al sexo que rodea a cada adulto mayor que participo en este estudio se obtuvo que del sexo femenino 138 viven en una familia nuclear seguido de unipersonal siendo 71 de los pacientes, también se encuentra que 37 viven en una familia contraída, siguiendo por familia interrumpida con 28 en ultimo la familia extensa en la cual solo 3 de los pacientes habitan en este tipo de familia. Por otro lado se evalúa de acuerdo al sexo masculino donde 53 viven en familia nuclear, continuando la unipersonal con 17 de los pacientes, como siguiente la contraída con 11 de los pacientes, en familia interrumpida habitan 6 de los pacientes y por último en familia de tipología extensa tan solo 1 de los participantes habita en este tipo de familia. Y por otro lado la frecuencia de la tipología familiar independiente mente de otros factores sociodemográficos en la tabla 12 con mayor porcentaje se encuentra la familia nuclear con 191 (52.3%) de los participantes siguiendo 88 (24.1%) con tipo de familia unipersonal, continuando el tipo de familia contraída con 48 (13.2 %) de los pacientes, y la interrumpida 34 (9.3%) de los participantes y en ultimo la familia extensa tan solo 4 (1.1%) de los pacientes pertenecen a esta tipología familiar.

Tabla 11 Tipologia Familiar

Recuento		Tipologia Familiar					Total
		Nuclear	Interrumpida	Unipersonal	Extensa	Contraída	
Sexo	Femenino	138	28	71	3	37	277
	Masculino	53	6	17	1	11	88
Total		191	34	88	4	48	365

Tabla 12.- Frecuencia y porcentaje de la tipología familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nuclear	191	52.3	52.3	52.3
	Interrumpida	34	9.3	9.3	61.6
	Unipersonal	88	24.1	24.1	85.8
	Extensa	4	1.1	1.1	86.8
	Contraída	48	13.2	13.2	100.0
	Total	365	100.0	100.0	

Por ultimo tenemos como resultado en las siguientes tablas 13 a la 19 el análisis de la relación de cada una de las redes de apoyo con el autocuidado tabla 13 de cada adulto mayor en las cuales se obtuvo que por pruebas de normalidad se tiene una significancia igualitaria en todas las redes de apoyo teniendo un estadístico mayor la relación autocuidado con apoyo afectivo con 0.375, continuando con las relaciones sociales de ocio y distracción con 0.369, posterior con 0.330 en apoyo general lo que quiere decir que cuenta con todos los demás apoyos, sigue el apoyo material con 0.321 y por último se obtiene 0.260 al apoyo emocional.

Tabla 13. Pruebas de normalidad de los datos

Pruebas de normalidad^b							
	Redes de Apoyo	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	Apoyo Emocional	.260	2	.			
	Apoyo Material	.321	34	.000	.775	34	.000
	Relaciones Sociales de Ocio y Distracción	.369	14	.000	.639	14	.000
	Apoyo Afectivo	.375	20	.000	.720	20	.000
	Apoyo General	.330	295	.000	.644	295	.000
a. Corrección de significación de Lilliefors							

En la tabla 14 encontramos la relacion que hay entre autocuidado con apoyo emocional en la cual se obtuvo que el de mayor significancia y con estadístico de 0.391 se refiere a que el adulto mayor cuenta con un puntaje máximo con esta red de apoyo aunque tambien se presentaron con un nivel mínimo en estadístico de 0.381 y un nivel medio tan solo 0.310.

Tabla 14.- Apoyo Emocional

Pruebas de normalidad^b							
	Apoyo Emocional	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	Maximo	.391	5	.012	.633	5	.002
	Medio	.310	237	.000	.780	237	.000
	Mínimo	.387	122	.000	.685	122	.000
a. Corrección de significación de Lilliefors							
b. Autocuidado es constante cuando Apoyo_Emocional = 33.00. Se ha omitido.							

Por otro lado en la tabla 15 se valora la red de apoyo material con el autocuidado teniendo una significancia igualitaria y con estadístico de 0.370 se refiere a que el adulto mayor cuenta con un puntaje máximo con esta red de apoyo aunque tambien se presentaron con un nivel medio en estadístico de 0.310 y un nivel minimo tan solo 0.360.

Tabla 15.- Apoyo Material

Pruebas de normalidad							
	Apoyo	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
	Material	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	Máximo	.370	179	.000	.718	179	.000
	Medio	.310	184	.000	.652	184	.000
	Mínimo	.260	2	.			

a. Corrección de significación de Lilliefors

Siguiendo en la relacion la tabla 16 se valora la red de apoyo afectivo con el autocuidado teniendo el de mayor significancia a nivel mínimo y con estadístico de 0.455 se refiere a que el adulto mayor cuenta con un puntaje minimo con esta red de apoyo aunque tambien se presentaron con un nivel maximo en estadístico de 0.373 y un nivel medio tan solo 0.310.

Tabla 16.- Apoyo Afectivo

Pruebas de normalidad							
	Apoyo	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
	Afectivo	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	Máximo	.373	138	.000	.711	138	.000
	Medio	.310	219	.000	.661	219	.000
	Mínimo	.455	8	.000	.566	8	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 17 se presenta la relacion que hay entre el autocuidado y la red de relaciones sociales de ocio y distracción en la cual encontramos que en nivel mínimo tuvo significancia de 0.007 teniendo un estadístico de 0.333 sin embargo el nivel de máximo tuvo estadístico de 0.405 siguiendo la mínima ya descrita y por ultimo con nivel medio de 0.308 de estadístico.

Tabla 17.- Relaciones sociales de ocio y distraccion

Pruebas de normalidad^b							
	Relaciones Sociales de Ocio y Distraccion	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	Maximo	.405	131	.000	.675	131	.000
	Medio	.308	227	.000	.781	227	.000
	Minimo	.333	6	.036	.708	6	.007

a. Corrección de significación de Lilliefors

b. Autocuidado es constante cuando relaciones_sociales_de_ocio = 11.00. Se ha omitido.

Sin embargo en la tabla 18 se representa la correlación que hubo entre el autocuidado y las redes de apoyo la cual se presentó una significancia bilateral de 0.440 para ambas y una correlación de Pearson en redes de apoyo de 1 y autocuidado de 0.401.

Tabla 18.- Relación de las redes de apoyo y el autocuidado

		Redes de Apoyo	Autocuidado
Redes de Apoyo	Correlación de Pearson	1	.041
	Sig. (bilateral)		.440
	N	365	365
Autocuidado	Correlación de Pearson	.041	1
	Sig. (bilateral)	.440	
	N	365	365

Por ultimo en la tabla 19 se muestra pruebas de normalidad en las cuales se relaciona el autocuidado y la redes de apoyo en la cual se obtiene una significancia de 0.000 en ambas y un estadístico mayo en el autocuidado con 0.324 en kolmogoroy- smirnov y en shapiro- wilk de 0.667 y en el MOSde apoyo social se obtuvo estadístico de 0.363 en kolmogoroy- smirnov y en shapiro- wilk 0.634

Tabla 19.- Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	.324	365	.000	.667	365	.000
MOS de Apoyo Social	.363	365	.000	.634	365	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

DISCUSION

La investigación, realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de Cárdenas, Tabasco, analizó a 365 adultos mayores (con una edad media de 72.1 años) para caracterizar sus redes de apoyo y su relación con el autocuidado.

Perfil sociodemográfico y clínico

La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (75.9%). Se observó un nivel educativo bajo, donde la mayoría de los participantes cuenta únicamente con educación primaria o secundaria. En cuanto a la salud, existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas, destacando la diabetes mellitus tipo 2 (27.9%) y la hipertensión arterial (20.8%). Respecto a la dinámica familiar, el 52.3% reside en familias nucleares, aunque un 24.1% vive solo, lo que incrementa su situación de vulnerabilidad.

Resultados sobre autocuidado y redes de apoyo

Autocuidado: La mayoría de los adultos mayores (64.1%) presenta un nivel medio de autocuidado, mientras que un 14% se encuentra en un nivel bajo, lo cual representa un riesgo para su salud.

Redes de apoyo: Aunque el apoyo general es predominante, se identificó una baja participación en redes específicas de apoyo emocional y de ocio.

Correlación: Se halló una correlación débil ($r = 0.041$) entre las redes de apoyo y el autocuidado. Esto indica que la presencia de una red de apoyo no garantiza por sí misma prácticas efectivas de autocuidado, posiblemente debido a factores como el nivel educativo, la autonomía funcional o la percepción de utilidad del apoyo recibido.

CONCLUSIONES

La población estudiada presenta una vulnerabilidad significativa derivada de su edad avanzada, comorbilidades y limitaciones en el soporte social específico. Los resultados sugieren que el sistema de salud debe trascender la mera existencia de redes de apoyo y enfocarse en fortalecer la educación en salud y la atención gerontológica interdisciplinaria. Es fundamental implementar programas comunitarios que promuevan la autonomía y garanticen un entorno protector, asegurando que el adulto mayor no solo cuente con acompañamiento, sino con las herramientas necesarias para un autocuidado efectivo que mejore su calidad de vida.



El análisis sociodemográfico, clínico y psicosocial de los 365 adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de Cárdenas, Tabasco, revela un perfil característico que permite identificar áreas prioritarias para la intervención geriátrica integral.

En relación al perfil demográfico la mayoría de los participantes tienen entre 65 y 70 años (47.9%) y son predominantemente mujeres (75.9%). El nivel educativo es bajo: el 40.2% no concluyó la primaria o es analfabeta, lo que puede influir en la comprensión de indicaciones médicas y autocuidado. En cuanto al estado civil, casi la mitad están casados (49.9%), pero destaca un alto porcentaje de viudez (24.4%), lo que puede impactar en el soporte emocional. El 23.8% vive solo, lo que representa un riesgo para el aislamiento social y la falta de apoyo cotidiano.

Para las condiciones clínicas las enfermedades crónicas más prevalentes son diabetes mellitus tipo 2 (27.9%) e hipertensión arterial (20.8%), seguidas por patologías osteoarticulares y endocrinas. Un 12.9% se considera sano, aunque este dato debe interpretarse con cautela dada la edad y los riesgos asociados.

La relación de las redes de apoyo y autocuidado, la red de apoyo general es predominante (80.8%), pero se observa una baja participación en redes específicas como apoyo emocional (0.5%) y ocio (3.8%). El nivel de autocuidado es mayormente medio (64.1%), aunque preocupa el 14% con nivel bajo, especialmente en quienes presentan menor acceso a redes afectivas o materiales. La correlación entre redes de apoyo y autocuidado es débil ($r = 0.041$), lo que sugiere que la presencia de redes no garantiza prácticas de autocuidado efectivas, posiblemente por factores como escolaridad, autonomía funcional o percepción de utilidad.

En la tipología familiar predomina la familia nuclear (52.3%), pero un cuarto de los adultos mayores vive en hogares unipersonales (24.1%), lo que refuerza la necesidad de estrategias comunitarias para evitar el aislamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

PENSIONISSSTE. Día del Adulto Mayor [Internet]. gob.mx. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>



Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet].

Org.mx. [citado el 12 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

INEGI. Publicaciones y mapas [Internet]. Org.mx. [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825004560>

Org.mx. [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. “Guía para la formación y fortalecimiento de redes de apoyo social para personas adultas mayores. México; 2021.

Instituto Nacional de Geriátría [Internet]. Gob.mx. [citado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en:

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. CLUBES INAPAM A NIVEL NACIONAL

[Internet]. gob.mx. [citado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/clubes-inapam-a-nivel-nacional>

Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe>

Calidad de vida en la vejez cartillas educativas. Pontificia universidad Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez Autocuidado de la Salud Alejandra Araya G. 2021

Manual de autocuidado. fundasil.} Rebeca Caceres Atilio A. González Ana Torres 2020.

González-Celis RAL. ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En:

L. Garduño EL, Salinas B, Rojas M, editores. UDLA-Puebla Cap. 2021; 10:259–94.

Quintanilla M. En: Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano. Barcelona: Monsa. 2022;43–8.

Froment, F, González, A. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida

de personas mayores. [Internet]. Universidad de Sevilla. Federación Española de

Asociaciones de Docentes de Educación Física. 2022 enero

03.

Disponible

en:



<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367715>

calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Mayra

Griselda Vadez Huirache. Carlos Álvarez Bocanegra. 2020

Lombardo E, Soliveréz C. Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Psicodebate* [Internet].

2020;19(1):51–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v19i1.859>

Posso-López GP, Meléndez-Herrera MC, Parra-Robalino SP. Autocuidado de los Adultos Mayores relacionados con sus características sociodemográficas. *Vida y Salud* [Internet]. 2020;4(8):80.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i8.981>

Mercedes Fusté Bruzain, Maydell Pérez Inerárit, Luis Ernesto Paz Enrique. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la casa de los abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. 2023.

Daniela Vallejo Pineda GAGZ. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un barrio de la columna 3 de Armenia, Quindío. 2021.

Luis C. Garzón Osorio HMEÁ. Participación de las redes de apoyo familiar en la calidad de vida del adulto mayor que asiste al centro de vida gerontológico el Raizal de la columna 3 de la ciudad de Medellín. 2021;1(2020):65.

Acuña Gurrola MDR, González Celis Rangel AL. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *J Behav Health Soc Issues* [Internet]. 2021;2(2):59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26792>

Loredo-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2020;13(3):159–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

Bretha Zapata López NDV. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia. 2020;45.

Intriago Zambrano CM, Navarrete Pita YNP. Rol De La Familia En El Cuidado Del Adulto Mayor: Un Estudio De Caso: Role of the family in the care of the elderly: A case study. *Más Vita Rev Cienc Salud* [Internet]. 2022;4(2):353–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47606/acven/mv0106>



- Garay Villegas S, Montes de Oca V, Arroyo C. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población* [Internet]. 2020;14(26):70–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>
- Lady Johanna Saavedra calvo JNVR. redes sociales de apoyo en una muestra de adultos mayores no institucionalizados pertenecientes al parque departamental de la tercera edad en Floridablanca, Santander. 2021;39–56.
- Reyes MAC. Invisibilidad. Una mirada desde la perspectiva del adulto mayor en tabasco. [Tabasco]: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2021.
- Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc Enferm* (Impresa) [Internet]. 2022;18(2):23–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532012000200003>
- Diego René Becerra Reyes Yesica Tatiana Gutiérrez Roncancio. Caracterización del autocuidado de las personas mayores residentes en tres hogares de cuidado gerontológico de la ciudad de Bogotá D.C. 2022;10–5.
- Arias CJ. La Red de Apoyo Social en la Vejez. Aportes para su Evaluación. *Rev. Psicol IMED* [Internet]. 2020;1(1):147–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158>
- De la Herrán García; Gloria Isabel Camacho Bejarano BYAWJA. Redes de apoyo social y fortalecimiento de la calidad de vida de familias a través de la política social. 2020;

