

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



TESIS

SÍNDROME DE FRAGILIDAD Y SOPORTE SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES
DE CULIACÁN, SINALOA

Presenta:

Lic. Alcira Guadalupe López Arámburo

Director de tesis:

Dr. José Aldo Hernández Murúa

Codirectora de tesis:

DTS. Porfiria Calixto Juárez

Lectoras críticas:

Dra. Patricia Genoveva López Saucedo.

MC. Matilde Miguel Domínguez

Culiacán, Sinaloa, abril de 2026.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso



Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd.
Universitarios
C.P. 80010 Culiacán Sin. Méx.
Tel (667) 713 78 32 y
(667) 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

Síndrome de fragilidad y soporte social de los adultos mayores de Culiacán, Sinaloa.

Resumen

El envejecimiento poblacional en México y en la ciudad de Culiacán intensifica la aparición del síndrome de fragilidad, una condición multidimensional que reduce la capacidad del organismo para adaptarse a los estresores y aumenta el riesgo de discapacidad, dependencia y mortalidad.

Este proceso no es exclusivamente biológico; está fuertemente influido por factores psicosociales, en particular por el apoyo social brindado a través de las redes familiares, comunitarias e institucionales, que amortiguan el deterioro funcional y emocional. **Objetivo.** Analizar la influencia de los determinantes sociodemográficos y el grado de fragilidad sobre el soporte social percibido en adultos mayores con distintos niveles de fragilidad. **Metodología.** Un diseño mixto secuencial explicativo que incluyó, en la parte cuantitativa, a 146 adultos mayores de Culiacán, evaluados con el instrumento SHARE-FI para la fragilidad y la escala LSNS-R para el apoyo social. La fase cualitativa consistió en entrevistas fenomenológicas en profundidad a cuatro participantes clasificados como frágiles, con el fin de explorar sus experiencias y significados.

Resultados. Los hallazgos cuantitativos. Muestran que el 58.2% de los participantes presentan un bajo riesgo de aislamiento social, mientras que el 19.8% están en riesgo o ya están aislados. La edad fue el único determinante sociodemográfico con diferencias significativas: los adultos de 75 años y más reportaron menor apoyo social. También se encontró una asociación significativa entre fragilidad y apoyo social ($p = 0.004$), lo que evidencia que los adultos mayores frágiles perciben redes sociales más pequeñas y un menor apoyo. Los resultados cualitativos mostraron que la experiencia de vivir con fragilidad es una combinación de independencia y dependencia. Asimismo, las narrativas destacan estrategias de afrontamiento, como la resiliencia, el autocuidado y la construcción de sentido, así como la importancia de la convivencia, del apoyo filial, de los vínculos comunitarios y de la participación en las actividades de los centros de día. Expresiones como “ahora voy acompañado” o “me siento mejor viniendo aquí... el día ya no se me hace tan largo” ilustran cómo el apoyo social moldea la experiencia de la fragilidad y mitiga la soledad. Los hallazgos integrados confirmaron que el apoyo social tiene la función de amortiguar el deterioro funcional, especialmente en personas frágiles, y que su ausencia incrementa el riesgo de aislamiento, lo que afecta negativamente la salud física y emocional. **Conclusión.** La tarea del trabajo social gerontológico consiste en fortalecer las redes familiares y comunitarias, incluidas las instituciones, para promover la participación social y prevenir el riesgo de aislamiento mediante el desarrollo de estrategias preventivas que incorporen la fragilidad como categoría clave para lograr un envejecimiento saludable y digno.

Palabras clave: síndrome de fragilidad, soporte social, adultos mayores.

Abstract

Population aging in Mexico and in the city of Culiacán intensifies the emergence of frailty syndrome, a multidimensional condition that reduces the body's ability to adapt to stressors and increases the risk of disability, dependency, and mortality. This process is not exclusively biological; it is strongly influenced by psychosocial factors, particularly the social support provided through family, community, and institutional networks, which cushion functional and emotional deterioration. Objective. To analyze the influence of sociodemographic determinants and the degree of frailty on perceived social support in older adults with different levels of frailty. Methodology. An explanatory sequential mixed design that included, in the quantitative part, 146 elderly adults from Culiacán, evaluated with the SHARE FI instrument for frailty and the LSNS R scale for social support. The qualitative phase consisted of in-depth phenomenological interviews with four participants who were classified as frail to explore their experiences and meanings. Results. The quantitative findings show that 58.2% of participants are at low risk of social isolation, while 19.8% are at risk or already isolated. Age was the only sociodemographic determinant with significant differences: adults aged 75 and over reported lower social support. A significant association between frailty and social support was also found ($p = 0.004$), indicating that frail elderly individuals perceive smaller social networks and lower support. The qualitative results showed that living with frailty involves a combination of independence and dependence. Likewise, the narratives highlight coping strategies, such as resilience, self-care, and meaning-making, as well as the importance of coexistence, filial support, community ties, and participation in day center activities. Expressions such as “now I go accompanied” or “I feel better coming here... the day no longer feels so long” illustrate how social support shapes the experience of frailty and mitigates loneliness. The integrated findings confirmed that social support helps cushion functional deterioration, especially among frail individuals, and that its absence increases the risk of isolation, which negatively affects physical and emotional health. Conclusion. The task of gerontological social work is to strengthen family and community networks, including institutions, to promote social participation and prevent the risk of isolation by developing preventive strategies that incorporate frailty as a key category to achieve healthy and dignified aging.

Keywords: frailty syndrome, social support, older adults.

Dedicatoria

A mis padres, cuya guía y fortaleza han sido el cimiento que me ha sostenido en cada paso que doy; sobre todo a mi madre, por ser el motor de mi vida y el ejemplo que ilumina mi camino.

A mi esposo, compañero de vida, apoyo constante, con su presencia y ayuda he podido cumplir una meta más.

Y, sobre todo, a mis tres hijos, que son la chispa que enciende mis sueños y la razón más profunda de todo mi esfuerzo. Todo lo que soy y todo lo que logro se debe a la motivación que obtengo de ustedes, Isaac, Alexia y Andrea.

Agradecimiento

Primero a Dios por la vida que me regaló, por esta oportunidad, por todo lo que aprendí y, sobre todo, por la posibilidad de llegar hasta este momento.

A cada uno de mis maestros, quienes, con su dedicación y exigencia académica, ampliaron mi comprensión del mundo y fortalecieron mi pensamiento crítico.

A mi director y codirectora de tesis, Dr. José Aldo Hernández Murúa y DTS. Porfiria Calixto Juárez, por su guía, paciencia y orientación precisa durante este proceso.

A mis compañeros que con su amistad fueron un apoyo durante este camino recorrido.

A mi familia, por su amor incondicional, por sostenerme cuando la responsabilidad parecía desbordarme y, sobre todo, por creer en mí incluso cuando yo dudé.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento.....	4
índice de tablas	8
Índice de figuras.....	8
Capítulo 1.....	10
1.1. Antecedentes y Contextualización del Objeto de Estudio	10
1.2. Delimitación del Campo Problemático	19
1.2.1. <i>Planteamiento del Problema</i>	20
1.3. Preguntas de Investigación	21
1.3.1. <i>Pregunta General</i>	21
1.3.2. Preguntas Específicas	22
1.3.2.1. <i>Cuantitativa</i>	22
1.3.2.2. <i>Cualitativa</i>	22
1.4. Objetivo de Investigación	22
1.4.1. <i>General</i>	22
1.4.2 <i>Específicos</i>	23
1.4.2.1 Enfoque Cuantitativo	23
1.4.2.2 Enfoque Cualitativo	23
1.5 Hipótesis y Supuesto de Investigación	23
1.5.1 <i>Hipótesis</i>	24
1.5.2 <i>Supuesto</i>	24
1.6 Justificación	24
Capítulo 2.....	30
Marco teórico.....	30
2.1 Estado del Arte.....	30
2.1.1 <i>Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor</i>	30
2.1.2 <i>Soporte Social Adulto Mayor</i>	40
2.2 Marco Jurídico del Envejecimiento en México	48
2.3 Trabajo Social en Salud	49
2.4 Trabajo Social y Gerontología.....	50
2.5 Conceptos de Vejez, Envejecimiento y Tipos de Envejecimiento	52
2.5.1 <i>Vejez y Envejecimiento</i>	52
2.5.2 <i>Envejecimiento Exitoso</i>	53
2.5.3 <i>Envejecimiento Saludable</i>	54
2.5.4 <i>Envejecimiento Activo</i>	55
2.6 Concepto Síndrome de Fragilidad.....	56

2.7. Concepto de Soporte Social	58
2.8. Relación entre Soporte Social y Fragilidad.....	60
2.9. Teorías Generales Funcionalista, Sistémica y Constructivista	61
2.9.1 Teorías Biológicas del Envejecimiento	62
2.9.2 Teorías Psicosociales del Envejecimiento	62
2.10. Modelo Biopsicosocial del Envejecimiento.....	65
2.11 Teorías Específicas	67
2.11.1. Modelo Ecológico de Sistemas.....	67
2.12 Construcción del Sistema Categorial.....	69
Capítulo 3.....	75
Metodología	75
3.1 Enfoque Mixto	75
3.2 Alcance.....	77
3.3 Justificación del Método.....	78
3.4 Diseño Mixto Secuencial Explicativo	78
3.5 Población y Muestra.....	79
3.6 Técnicas e Instrumentos	80
3.6.1 Características Sociodemográficas	81
3.6.2 Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa SHARE-FI	81
3.6.3 Escala de Redes Sociales (LSNS)	82
3.6.4 Guía de Entrevista	83
3.7 Ingreso al Campo	87
3.8 Consideraciones Éticas.....	89
3.9.1 Tratamiento de Datos Cuantitativos	91
3.9.2 Tratamiento de Información Cualitativa	92
Capítulo 4.....	93
Resultados y discusión	93
4.1 Enfoque Cuantitativo	93
4.1.1 Características Sociodemográficas	93
4.1.2 Nivel de Soporte Social (LSNS-R).....	98
4.1.3 Comparaciones por Variables Sociodemográficas	99
4.1.4 Fragilidad y su Relación con el Soporte Social.....	105
4.2 Enfoque Cualitativo	106
4.2.1 Análisis Descriptivo: Nube de Palabras	107
4.2.2 Codificación Abierta	108
4.2.3 Codificación Axial	113
4.2.4 Categorías Emergentes	119
4.3 Integración de Resultados de la Metodología Mixta	123
4.3.1 Integración Global del Soporte Social.....	124
4.3.2 Integración por Sexo, Estado Civil, Edad y Tipo de Familia	126

4.3.3 Integración Específica de Soporte Social y Fragilidad	131
4.4 Conclusión	133
Referencias	135

índice de tablas

Tabla 1: Características de estudios sobre el síndrome de fragilidad.....	36
Tabla 2: Características de estudios sobre soporte social.....	44
Tabla 3: Operacionalización de las variables sociodemográficas.....	70
Tabla 4: Operacionalización de los ítems de la escala LSNS-R.....	71
Tabla 5: Operacionalización de los ítems del instrumento SHARE-FI.....	73
Tabla 6: Elementos constitutivos de la categoría Experiencias vividas.....	75
Tabla 7: Población de referencia y participantes contactados por agrupación institucional.....	80
Tabla 8: Correspondencia entre instrumentos, objetivos y variables del estudio.....	86
Tabla 9: Características sociodemográficas del estudio.....	97
Tabla 10: Distribución del soporte social (LSNS-R) en la muestra (n = 146).....	99
Tabla 11: Factores asociados entre variables sociodemográficas y soporte social en adultos mayores	100
Tabla 12: Distribución del nivel de fragilidad y el apoyo social mediante la LSNS-R de la corte de estudio.....	105
Tabla 13: Códigos, memos analíticos, descripción y ejemplos de citas.....	109
Tabla 14: Códigos y citas representativas en la categoría Fragilidad (Codificación axial)	114
Tabla 15: Códigos y citas representativas en la categoría Soporte social (Codificación axial).....	116
Tabla 16: Códigos y citas representativas en las categorías emergentes (Codificación mixta).....	122
Tabla 17: Soporte social (LSNS-R) y su contraste con narrativas: síntesis de hallazgos e integración.....	126
Tabla 18: Soporte social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (sexo): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.....	127
Tabla 19: Soporte social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (estado civil): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.....	128
Tabla 20: Integración de hallazgo cuantitativo y cualitativo sobre soporte social y edad.....	129
Tabla 21: Soporte social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (tipo de familia): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.....	131
Tabla 22: Soporte social (LSNS-R) por nivel de fragilidad: contraste cuantitativo–cualitativo e interpretación.....	132

Índice de figuras

Figura 1: Nube de palabras.....	99
Figura 2: Codificación abierta.....	101
Figura 3: Codificación axial fragilidad.....	106
Figura 4: Codificación axial del soporte social.....	108
Figura 5: Categorías emergentes.....	113

Introducción

El envejecimiento de la población a nivel global provoca un aumento de la población mayor. Por eso, el estudio de la fragilidad se convierte en una prioridad para los sistemas de salud pública y los servicios de gerontología. La fragilidad se produce cuando el organismo tiene menos capacidad para adaptarse a los estresores. Esa menor capacidad aumenta el riesgo de discapacidad, de hospitalización y de muerte. (Sepúlveda et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2022). Pero el proceso no ocurre solo. Los factores psicosociales, el apoyo social y las redes de apoyo reducen el impacto del proceso.

Por tanto, estudios han mostrado que la calidad de las redes de apoyo más que la cantidad de las relaciones sociales influye directamente en el proceso o en la prevención de la fragilidad. Las relaciones sociales, el apoyo social brindado por la familia, los amigos y los cuidadores, aportan al proceso. El apoyo social puede ayudar a reducir el daño producido por el tiempo en el cuerpo. El apoyo social también favorece la presencia de recursos tales como la resiliencia en la persona (Huenchuan et al., 2003; Núñez et al., 2020).

Finalmente, comprender la relación entre las redes de apoyo y el síndrome de fragilidad cobra sentido y relevancia, así, los profesionales pueden crear acciones que favorecen el envejecimiento. Este estudio tiene el propósito de comprender la fragilidad de los adultos mayores de nuestra localidad a partir de conocer la teoría que la enmarca y de identificar las características que distinguen esa etapa de la vida. Al generar evidencia científica. Se puede comprender cómo avanza la fragilidad y qué efectos puede tener. Se analizaron otras investigaciones de México y de otros países. Ponemos atención al contexto mexicano y, sobre todo, al local.

Capítulo 1

1.1. Antecedentes y Contextualización del Objeto de Estudio

En la actualidad, se observa un notable crecimiento de la población adulta mayor; por ende, esto nos lleva a preguntarnos por la fragilidad y el apoyo social, así como por el impacto en los indicadores de salud, volviéndose prioridad entender sus experiencias, el sentido que dan a su vida al llegar a la vejez. La Organización Mundial de la Salud dice que la gente vive más tiempo y que ese crecimiento es rápido, con retos que no son solo médicos; ahora incluye problemas sociales, económicos y familiares (OMS, 2022; Sepúlveda et al., 2020).

A partir de esto, toma importancia comprender la realidad del proceso de transición demográfica no solo como un hecho vivido en Europa, sino como un fenómeno que ha llegado a nuestro continente, razón por la que es necesario explorar las experiencias, las percepciones y los recursos que la gente utiliza para enfrentar los cambios vitales, la fragilidad y las redes de apoyo. Así, la atención se centra en las necesidades, como la creación de espacios que fomenten la participación social y el bienestar emocional (Huenchuan et al., 2003; Núñez et al., 2020; OMS, 2022).

En este panorama, observamos que la esperanza de vida no debe entenderse solo como la cantidad de años que se viven, sino como una oportunidad para vivirlos con autonomía y funcionalidad por más tiempo, lo que favorece la calidad de vida durante la vejez. Tomando en cuenta que la persona se compone de diferentes dimensiones, por un lado, lo físico, psicológico y los factores sociales que se entrelazan, es por eso por lo que decidimos explorar en los significados creados por el adulto mayor a partir de la disminución de sus habilidades y cuando su salud se ve

afectada, poder observar esos cambios en sus redes de apoyo (Fernández et al., 2009; Hays et al., 2018; Andrade, 2021).

Ante esta realidad, algunos organismos internacionales realizaron proyecciones para las décadas de 2030-2050 sobre un aumento de la población mayor; esto generó la necesidad de elaborar informes y estrategias; sin embargo, dichos informes no solo deben basarse en datos cuantificables, sino que también deben complementarse con experiencias subjetivas. Asimismo, la fragilidad se convierte en una señal clínica que debe entenderse como una condición que afecta a algunas personas mayores y puede provocar cambios en las relaciones sociales según su entorno (OMS, 2024; Consejo Nacional de Población, 2021).

Además, la razón por la que se debe enfocar la atención en la salud del adulto mayor radica en comprender la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino también como la unión entre el cuerpo, la mente y las relaciones. El camino hacia el envejecimiento se acompaña de un deterioro gradual que afecta la salud. Los daños celulares reducen la capacidad, hacen que las personas dependan más y aumentan la necesidad de apoyo social (Fernández et al., 2009; Morley et al., 2013; Andrade, 2021).

Debido a ese proceso gradual de pérdida funcional, se da la aparición de la vulnerabilidad y sus afectaciones en todas las áreas de la vida de la persona mayor. Esto puede generar ansiedad, depresión, soledad y aislamiento, lo cual puede empeorar cuando la persona envejece sola. Una mirada integral nos permite entender la aparición de la fragilidad y las limitaciones en la vida de la persona mayor. De esta manera, el profesional y su red de apoyo ayudan a la persona a realizar actividades básicas de la vida diaria. Todo esto exige estrategias adecuadas para la prevención y el fortalecimiento de la red de apoyo de la persona (Hays et al., 2018; Sepúlveda et al., 2020).

Los acontecimientos sociales en la vejez son la jubilación, la pérdida de amigos y de la pareja. Los eventos alteran las estructuras de apoyo y aumentan la vulnerabilidad. Se suman más circunstancias; entre ellas, la aparición de padecimientos, como los síndromes geriátricos, lo que dificulta el panorama de salud (Morley et al., 2013). Esto no solo aumenta la fragilidad, sino que también se presentan más complicaciones, como caídas, fracturas y hospitalizaciones. Las complicaciones aumentan el riesgo de mortalidad.

En esta dirección, la salud integral se presenta como el desafío del envejecimiento. Los estudios indican la necesidad de transformar la visión de la biología, que solo mira los aspectos del cuerpo y es asistencialista, hacia una visión que propone incluir acciones que ayuden a mantener la salud integral, la autonomía y la funcionalidad. (Concha et al., 2020).

Para cuidar la salud durante el tiempo que se tenga de vida, destacó la importancia de llevar una vida activa. Una vida con movimiento que ayude a mantener el bienestar integral (Andrade, 2021). Se deben incorporar los hábitos de salud cada día, como el ejercicio, la participación en la comunidad y el autocuidado. Cada hábito sienta las bases de una vida en los años de la vejez. No podemos omitir el sentido de pertenencia ni el papel que tiene en la comunidad.

Sumado a ello, la salud mental es importante en la vejez debido a su influencia en la percepción de la calidad de vida. La depresión, sin duda, afecta otros aspectos de la persona, como la salud física. Esto incrementa el riesgo de fragilidad y de padecimientos crónicos (Gálvez et al., 2020). Con el transcurso de la vejez, la gente tiene más probabilidades de padecer ansiedad generalizada. En algunos casos aparecen la demencia senil y el Alzheimer, que afectan la memoria, el pensamiento y la conducta; además, aumentan el riesgo de aislamiento social. Esto empeora la salud general (Gálvez et al., 2020).

Otro elemento importante en la vejez es la pérdida y el afrontamiento del duelo, sobre todo ante acontecimientos significativos, como la muerte de personas cercanas y el retiro del trabajo. La pérdida y el duelo pueden desatar un proceso de duelo difícil que afecta profundamente el bienestar emocional y físico de las personas mayores. Como consecuencia, incrementan la vulnerabilidad de las personas mayores (Cabodevilla, 2007).

Por consiguiente, es necesario comprender el proceso de duelo, mirar más allá de los indicadores clínicos y escuchar cómo las personas mayores viven la pérdida, ya que estudios ponen en evidencia que el adulto mayor suele presentar una retirada social; por ello, es importante promover la resignificación activa que permita la interpretación y la resignificación en la cotidianidad. Desde aquí se refuerza la necesidad de integrar enfoques que permitan comprender el fenómeno y reconocer que las experiencias vividas son únicas. Además, muchos estudios indican que quienes participan en actividades recreativas, sociales y físicas mantienen un mayor bienestar emocional en la vejez. La participación refuerza la seguridad personal y la autoestima. También disminuye la depresión y la ansiedad, que afectan la salud mental (Quito Maza et al., 2019; Núñez et al., 2020).

De ahí que el apoyo de la gente, los sentimientos y los conocimientos obtenidos a partir de la interacción con la comunidad mejoren la calidad de vida. Entender cómo el apoyo y las redes influyen en el sentido de bienestar a partir de la escucha de las personas mayores sobre dichas interacciones. Eso muestra que necesitamos integrar enfoques que consideren tanto los datos como las experiencias de las personas mayores en el estudio del envejecimiento.

Al pasar por la etapa de la vejez, ocurren hechos que afectan la percepción del apoyo. Estos hechos suelen ser el retiro laboral por jubilación, la disminución o pérdida total de ingresos

económicos y el fallecimiento de amigos o de la pareja, entre otros. Debido a todo esto, las redes de convivencia y apoyo se transforman y reestructuran. Es fundamental evitar consecuencias negativas para la persona mayor en su entorno. Así podrán seguir activos en su comunidad y fortalecer su sentido de pertenencia (Lim et al., 2025; Thornton & Bowers, 2024).

Además, estudios han demostrado que los adultos mayores que participan activamente en programas de índole artística, cultural, física, recreativa y formativa presentan un bienestar integral, que se manifiesta en un buen estado psicológico y emocional (Cohen et al., 2006; Delle Fave et al., 2018).

Tal como en México, algunas investigaciones pueden respaldar esa relación que existe entre lo que es la salud mental, la satisfacción con la vida del adulto mayor con respecto a sus relaciones y las condiciones de su entorno; todo esto genera un impacto directo en el estado de salud general. Ejemplos de ello son las afectaciones puntuales de la pérdida de autonomía, la reducción de la movilidad y el dolor. Incrementando la vulnerabilidad y la necesidad de apoyo de la comunidad para este grupo etario (Díaz de León-Castañeda et al., 2025; García Pérez & Villanueva Gutiérrez, 2025).

Tal como hemos mencionado, esos cambios se componen de pérdidas, lo que aumenta su vulnerabilidad y genera aislamiento y soledad. Los adultos mayores profundizan la dependencia. Por eso, se necesita una estrategia que incluya la salud mental, la salud física y la salud de la comunidad. Los lazos sociales protegen, ofrecen espacios para expresar las emociones y mantener la sensación de seguridad y pertenencia (Soto et al., 2022).

Resulta importante que esta investigación destaque las redes sociales y el apoyo emocional, la salud física, el estado emocional y la satisfacción familiar como factores que determinan el bienestar en la vejez. La familia es una de las redes de apoyo que influyen en la percepción de la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

En efecto, los estudios demuestran que la satisfacción en las relaciones familiares mejora la perspectiva sobre el futuro. Además, la satisfacción en las relaciones familiares aumenta la motivación para iniciar nuevas actividades y mantener la participación social (Sobrino Chunga, 2008; Martínez Uribe, 2004). De esta manera, cuando la persona mayor conserva la capacidad para mover el cuerpo, usar la mente y satisfacer sus necesidades, como el aprendizaje, las decisiones, las relaciones con los demás y la contribución a la sociedad, ejerce autonomía (Secretaría de Salud, 2020).

Así pues, la mente y el cuerpo trabajan juntos para que la persona mantenga sus actividades habituales sin limitaciones que le impidan el ejercicio de su autonomía; de este modo, se evita la fragilidad. Sin embargo, es un hecho que el envejecimiento llegará sin poder evitarlo (Rebolledo et al., 2017). Resulta relevante que la autonomía y la funcionalidad no se excluyan en la vejez; se debe añadir la interacción social para evitar el aislamiento, formar un escudo protector para la salud y reducir las discapacidades, las comorbilidades y la mortalidad (Sepúlveda et al., 2020).

Por eso, será conveniente evaluar y tamizar el nivel de participación social, así como observar la frecuencia de las actividades, incluyendo salir con amigos o familiares, asistir a reuniones comunitarias, eventos religiosos, deportivos, culturales o educativos, e involucrarse en asociaciones y actividades voluntarias.

En razón de la escasa evidencia en Latinoamérica, se sugiere impulsar investigaciones que identifiquen los mecanismos que explican la relación entre el soporte social, las redes de apoyo, la participación social y la salud en la vejez, que conduzcan al desarrollo y la validación de instrumentos que permitan evaluar el soporte social, las redes de apoyo, la participación social y la salud en la práctica (Sepúlveda et al., 2020).

Por consiguiente, mostrar la fragilidad y la situación del entorno social al que se enfrenta la vejez mexicana, especialmente en nuestra localidad, permite crear políticas gubernamentales que ayuden a que el adulto mayor viva bien (Fernández et al., 2009).

Es el momento oportuno para comprender cómo ha cambiado el fenómeno de la fragilidad desde los años ochenta. Pues se veía la fragilidad como un patrón de enfermedad, de incapacidad y de necesidad de atención médica constante. Los cambios visibles de hoy son: la fragilidad, se entiende como un proceso en constante evolución. Las personas pueden pasar de un nivel de funcionalidad a otro a lo largo de la vida. Esta situación exige que los enfoques se ajusten para abordar la fragilidad (Echeverría et al., 2023).

En la actualidad, el envejecimiento se estudia desde distintas dimensiones con el fin de mantener la salud. Las exigencias y demandas por cubrir sus necesidades son cada día más prioritarias, desde entornos amigables a sus necesidades para que la participación se siga manteniendo, debido a que la evidencia nos indica que el riesgo de fragilidad guarda relación con la disminución de la participación de la vejez en espacios sociales, esto encamina a la creación, búsqueda de estrategias, programas que fomenten la inclusión, la participación y que eduquen para el autocuidado (Gómez-Garrido et al., 2024).

Una de las acciones para el envejecimiento es prestar atención al apoyo social, ya que este favorece la salud y actúa como un escudo contra el estrés. Se ha documentado que el apoyo social reduce la respuesta del cuerpo y también la aparición de problemas de salud que ponen en riesgo la integridad de las personas (Barra Almagiá, 2004). Puesto que la definición de soporte social es la ayuda que brindan la familia, la comunidad y los amigos cercanos, se caracteriza porque se puede ofrecer de manera práctica o emocional, real o percibida y generar en la persona una sensación de bienestar (Arias, 2021).

Entendidas las redes de apoyo, como los lazos sociales que ofrecen apoyo de distintos tipos, generando fortalecimiento, bienestar, calidad de vida y funcionalidad en la vejez (Huenchuan et al., 2003). Se debe reconocer que las redes de apoyo no son todas iguales y se organizan en distintos tipos de respaldo.

Recientemente, los científicos han demostrado que la soledad y el aislamiento provocan que la salud se deteriore. La soledad y el aislamiento aumentan la vulnerabilidad a las enfermedades. También empeoran la salud mental y aumentan el riesgo de morir por causas. El metaanálisis con más de dos millones de adultos muestra un aumento del 14 % en la mortalidad asociada a la soledad. El metaanálisis también muestra un aumento del 32 % al 35 % en la mortalidad asociada al aislamiento social. Los resultados refuerzan la idea de que la soledad y el aislamiento social constituyen un desafío de salud pública (Wang et al., 2023; JAMA Network, 2023)

Así que varios estudios confirman que el aislamiento y la salud deficiente están relacionados. No es solo una estadística. La falta de respaldo social aumenta el riesgo de padecer enfermedades físicas y crónicas, agrava los problemas de salud mental y también favorece la

aparición de la depresión, la ansiedad y los sentimientos persistentes de soledad (Martín & González, 2022)

Los profesionales del trabajo social ayudan a fortalecer las relaciones familiares. Las relaciones familiares sostienen la cohesión y el bienestar social. Una intervención no solo cubre las necesidades materiales; también busca que la persona mayor se sienta amada, respetada y valorada. Los profesionales brindan orientación y recursos para que la familia apoye al adulto mayor. Además, la profesión de trabajo social enfrenta los retos de la capacitación y la formación profesional del personal. El trabajo social asegura acciones de calidad que mejoran la funcionalidad y retrasan la dependencia. En este proceso, la familia y el contexto social que rodean a la persona constituyen el eje del cuidado. La familia y el contexto social guían el cuidado de la persona. (Porcel, 2001).

Por eso, la calidad de vida y la satisfacción en la vejez mejoran cuando la gente continúa realizando actividades con otras personas. Las actividades con otras personas ayudan a mantener una actitud de bienestar y a reducir los síntomas de la depresión. Los factores que ayudan al bienestar son la amistad, la participación en grupos de la comunidad y de apoyo, la formación en habilidades de relación, los colectivos artísticos, los servicios de ocio y educación y los programas de voluntariado (OMS, 2023). Estas acciones muestran el amplio campo de intervención de las disciplinas que abordan los temas sociales, tanto en la práctica como en la investigación, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de aislamiento social.

A medida que el adulto mayor siente bienestar y considera que tiene calidad de vida, la funcionalidad física mejora. La independencia aumenta y la participación social se expande. Ese proceso hace que el adulto mayor tenga una autopercepción de que la fragilidad disminuye y de

que la integración social mejora (Iriarte et al., 2022). Estos hallazgos sirven para diseñar estrategias que consideren las dimensiones física, emocional y social en la atención del adulto mayor.

La evidencia muestra que la fragilidad se relaciona con una menor capacidad funcional. La fragilidad también hace que las personas mayores con enfermedades crónicas necesiten más ayuda para realizar actividades básicas y tengan un pronóstico clínico peor. Identificar y tratar la fragilidad temprano es clave para evitar que su situación funcional empeore y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Por eso es importante medir de forma objetiva la fragilidad y comprender cómo la percibe la gente.

1.2. Delimitación del Campo Problemático

El envejecimiento en México intensifica la aparición del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. El síndrome de fragilidad es un problema de salud pública porque afecta la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor (Rojas, 2021). El *Mexican Health and Aging Study* indica que el porcentaje de fragilidad en adultos de 65 años o más es del 11 %. La fragilidad aumenta significativamente con la edad. La fragilidad se relaciona con un bajo nivel socioeconómico y con comorbilidades. En América Latina, las cifras oscilan entre el 21% y el 48%. Las cifras sitúan a la región entre las más afectadas del mundo (Mexican Health and Aging Study, [MHAS], 2020).

Un aspecto preocupante, es que este síndrome de fragilidad no solo daña el cuerpo, sino que también afecta la mente y la vida social. El síndrome produce dependencia, aislamiento y una mayor necesidad de cuidados. Ese efecto genera una carga para las familias y los sistemas de salud (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022; Domínguez-Martínez & González-Rivera, 2023).

El soporte social protege a la gente cuando aparece la fragilidad. El soporte social ayuda a retrasar la dependencia y a mejorar el bienestar. Pero los estudios nacionales indican que el 35,4 % de los adultos mayores sienten soledad (Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México [ENASEM], 2021). La soledad aumenta el riesgo de que el adulto mayor presente deterioro funcional y emocional (González-Mantilla, 2017).

Las cifras muestran el tamaño del problema a nivel nacional. Hay que entender de que manera se manifiesta el problema en contextos como el de Culiacán. En Culiacán, las redes de familia y de comunidad pueden influir en la salud del adulto mayor. El estudio se enfocará en adultos mayores de 65 años que asisten a programas y centros de día. El estudio analizará la vulnerabilidad y el apoyo social del adulto mayor. El estudio combinará medidas y experiencias del adulto mayor. El estudio buscará guiar acciones de intervención mediante la disciplina del trabajo social.

1.2.1. Planteamiento del Problema

Aunque se reconoce que el soporte social cumple un papel fundamental para proteger a las personas adultas mayores frente a la fragilidad, en ciudades como Culiacán muchas de ellas continúan enfrentando un riesgo importante de aislamiento social. Esta situación se vuelve más evidente en quienes presentan mayor edad, enfermedades crónicas o limitaciones en su capacidad funcional. Cuando las redes de apoyo familiar, comunitario o institucional se debilitan o resultan insuficientes, la fragilidad puede agravarse, acelerando la pérdida de autonomía y aumentando la vulnerabilidad social, así como la necesidad de cuidados permanentes (Lubben et al., 2006; Clegg et al., 2013; Garay Villegas et al., 2020).

Si bien la literatura ha documentado de manera amplia la fragilidad y el soporte social como fenómenos independientes, aún es necesario profundizar en la forma en que ambos se relacionan en contextos locales concretos, tomando en cuenta las condiciones de vida de las personas adultas mayores, como su sexo, estado civil y tipo de familia. Desde la disciplina del trabajo social, comprender esta relación resulta esencial, ya que permite orientar estrategias de intervención que fortalezcan las redes de apoyo existentes y contribuyan a que las personas adultas mayores vivan esta etapa de la vida con mayor bienestar, dignidad y calidad de vida.

A partir de lo anterior, resulta pertinente avanzar hacia un análisis más específico que permita comprender la manera en que la fragilidad y el soporte social se articulan en la vida cotidiana de las personas adultas mayores dentro de su contexto social inmediato. Explorar esta relación no solo contribuye a profundizar el conocimiento del fenómeno, sino que también permite identificar áreas clave de intervención desde el trabajo social. En este sentido, el siguiente apartado se orienta a delimitar con mayor precisión los ejes de análisis que guían la presente investigación.

1.3. Preguntas de Investigación

1.3.1. *Pregunta General*

¿Cómo influyen los determinantes sociodemográficos de edad, sexo, estado civil, tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa o vivir solo/a) y el grado de fragilidad en el soporte social percibido en adultos mayores con distintos grados de fragilidad?

1.3.2. Preguntas Específicas

1.3.2.1. Cuantitativa

1. ¿Cuál es la prevalencia de riesgo de aislamiento y del soporte social percibido entre adultos mayores?
2. ¿Habrá diferencias en el soporte social percibido según los determinantes sociodemográficos de sexo, estado civil, tipo de familia y nivel de fragilidad de los adultos mayores?

1.3.2.2. Cualitativa

3. ¿Cómo describen los adultos mayores sus experiencias relacionadas con el soporte social en contextos de fragilidad?

1.4. Objetivo de Investigación

1.4.1. General

Analizar la influencia de los determinantes sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa o vivir solo/a)) y del grado de fragilidad sobre el soporte social percibido en adultos mayores con diferentes grados de fragilidad.

1.4.2 Específicos

1.4.2.1 Enfoque Cuantitativo

1. Identificar la prevalencia de riesgo de aislamiento y de soporte social percibido en los adultos mayores.
2. Contrastar si existen diferencias estadísticas en el soporte social de acuerdo a los determinantes sociodemográficos de sexo, estado civil, tipo de familia y grado de fragilidad de los adultos mayores.

1.4.2.2 Enfoque Cualitativo

Comprender las experiencias de los adultos mayores frágiles desde la perspectiva del soporte social.

1.5 Hipótesis y Supuesto de Investigación

Este trabajo está fundamentado en el supuesto de que, en adultos mayores, como parte de su proceso de envejecimiento, el síndrome de fragilidad va en aumento. El síndrome de fragilidad es considerado multifacético, sin embargo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en México muestra que algunos de los determinantes sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil y tipo de familia son clave para la prevención y cuidado del adulto mayor en el proceso de decadencia. Por otro lado, el soporte social (redes de apoyo) en el adulto mayor puede jugar un papel fundamental para disfrutar un envejecimiento saludable en esta población. En este sentido, analizar la influencia de algunos determinantes sociodemográficos clave y el grado de fragilidad (adultos con fragilidad, pre-fragilidad y robustez) y su influencia sobre el riesgo de aislamiento y

redes de apoyo en el adulto mayor ayudará a identificar, por un lado, el impacto del síndrome de fragilidad y, por otro lado, la interacción con las redes de apoyo en el adulto mayor con diferentes grados de fragilidad. Por consiguiente, nuestra hipótesis de investigación es:

1.5.1 Hipótesis

Una fragilidad disminuida está asociada con una mayor percepción de apoyo social en adultos mayores con diferentes grados de fragilidad.

1.5.2 Supuesto

Los adultos mayores frágiles viven experiencias significativas respecto al soporte social, lo que refleja vulnerabilidad y resiliencia, vinculadas a redes familiares, comunitarias e institucionales.

1.6 Justificación

A propósito de las proyecciones realizadas por organismos internacionales sobre las tendencias demográficas y el aumento de la población mayor, se requiere, de forma urgente, asegurar que el proceso de envejecimiento sea digno; por ello, se decretó la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, la cual establece cuatro áreas de acción; entornos amigables, combaten el edadismo, integran la atención en la atención primaria de salud y ofrecen acceso a cuidados de larga duración. Así se sientan las bases para envejecer con dignidad y poder mantenerse activos (Pan American Health Organization, [PAHO], 2025).

Por otra parte, el papel del trabajador social contribuye a la creación de programas y políticas orientados a la inclusión, la participación y el bienestar de las personas mayores, que van de acuerdo a lo manifestado por la PAHO, la cual establece que acelerar el impacto negativo en el proceso de envejecimiento se requiere acciones que aborden los entornos, los servicios, los cuidados y las medidas orientadas a la toma de decisiones y a la rendición de cuentas. Desde la disciplina, se deben diseñar y evaluar políticas y programas para las personas mayores. Así como la inclusión y el bienestar de las personas mayores dependen de esas políticas y programas (Quintero, 2022; Red Latinoamericana de Trabajo Social, 2012; Ruiz, 2019).

Por ende, el trabajo social en la salud realiza un papel clave en la investigación como en la intervención, pues ayuda a las personas adultas mayores a conservar su autonomía e independencia, además de que participen más en la sociedad. Por esta razón, urge dignificar el rol de las personas mayores; además, se considera que la salud integral es un pilar para garantizar su bienestar general y así poder identificar factores de riesgo y de protección. Y luego comprender las necesidades específicas de la población (Quintero, 2022; Red Latinoamericana de Trabajo Social, 2012; Ruiz, 2019).

Lo que incide en que el profesional de trabajo social necesita dar seguimiento al tratamiento, apoyo a la persona mayor como a su familia, actuar para reducir la carga y el estigma que surgen en esta etapa de la vida. De modo que se busca la inclusión y el soporte social desempeña un papel importante ayudando a fortalecer la valía personal, la resiliencia, el bienestar emocional y el bienestar de la familia del adulto mayor. Por eso, al analizar estas dinámicas, vemos la importancia de las redes de apoyo para favorecer la calidad de vida; la ausencia de redes de

apoyo aumenta la vulnerabilidad del adulto mayor (Quintero, 2022; Red Latinoamericana de Trabajo Social, 2012; Ruiz, 2019).

De tal manera, que el trabajo social puede encaminar acciones para fortalecer las redes de apoyo con las actividades de la comunidad que incluyan a la familia y a las personas buscando la ayuda, la solidaridad y el apoyo entre las personas. Con todo esto, mejorar las condiciones de vida, ayudar a crear lazos y a mantener unida la comunidad (Quintero, 2022; Red Latinoamericana de Trabajo Social, 2012; Ruiz, 2019).

En cuanto a la relación con la fragilidad y el soporte de la comunidad, es un indicador de bienestar y calidad de vida en personas mayores para abordar la salud integral y la situación de los recursos, lo que permite analizar políticas y programas que mejoren su situación. Por eso, incluir la fragilidad como factor determinante puede mitigar la carga del envejecimiento (Huenchuan et al., 2003; Morley et al., 2013).

Los profesionales del trabajo social, en conjunto con otras disciplinas, son quienes promueven la salud, buscan mejorar la educación para que las personas mayores se cuiden, animan a las personas mayores a adoptar hábitos que favorezcan su bienestar, trabajan tanto en servicios institucionales como en servicios comunitarios y no solo intervienen de forma asistencial. Ahora el trabajo social es quien realiza diagnósticos para identificar las problemáticas, genera conocimiento, contribuye a la ciencia y busca mejorar el bienestar social (Yusta Tirado et al., 2024).

Este estudio es importante para la disciplina porque el trabajo social ayuda al adulto mayor y al entorno social que lo rodea; busca formar y educar y participa directamente en la creación de

redes de apoyo familiar para que el adulto mayor reciba un beneficio que mejore su salud. No podemos olvidar lo vivido durante la pandemia del SARS-CoV-2. El seguimiento de los casos fue constante. El acompañamiento familiar ayudó a la población vulnerable, en particular a los adultos mayores (Gobierno de México, 2021).

Con el trabajo social, los indicadores ayudan a identificar rápidamente los problemas presentes y los que aparecen. En el contexto del envejecimiento demográfico, en México hay 17.1 millones de personas de 60 años o más, lo que representa el 12.8 % de la población. Se estima que para 2030 habrá más personas mayores que menores de 15 años. Esa situación aumentará la demanda de apoyos para la salud y los cuidados (Consejo Nacional de Población, [CONAPO], 2025; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, [INAPAM], 2025).

Siendo así, se vuelve importante comprender cómo la fragilidad acentúa la vulnerabilidad, prueba de ello son datos nacionales que indican la prevalencia de fragilidad en adultos de 65 años o más es del 11 %. En América Latina, los datos indican cifras entre el 21 % y el 48 %. La fragilidad está asociada a un mayor uso de servicios y a peores resultados en salud (Pérez-Zepeda, 2024).

Al mismo tiempo, los sentimientos de soledad y el aislamiento social se convierten en un riesgo para esta población, prueba de esto son los datos de la ENASEM 2021 donde se reporta que el 35,4 % de las personas de 60 años o más sienten soledad después de COVID-19. La OMS estima que una de cada seis personas en el mundo sufre soledad. (ENASEM, 2023; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023; World Health Organization, [WHO], 2025).

Puesto que el Censo 2020 indica que en México el 16,5% de la población tiene alguna discapacidad, limitación o problema de salud mental, entre las personas de 65 años y más, el 26,1% de las mujeres y el 23,4% de los hombres tienen alguna discapacidad, alguna limitación o algún problema de salud mental y que la población necesita programas de apoyo y de adaptación comunitaria (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2020; INEGI, 2020).

Por tanto, se requieren acciones. En este escenario, la gente implementa programas que fortalecen la asistencia a las personas con restricciones funcionales y fomentan el progreso y la conservación de la salud. Los programas fortalecen la asistencia, fomentan el progreso, preservan la salud y mejoran la calidad de vida y el bienestar. Los programas articulan las redes de apoyo informales, como la familia y la comunidad, con las redes formales, como las instituciones (Ruiz, 2019).

La finalidad es enfrentar los retos que surgen de la relación entre la teoría, la práctica y las demandas de los sujetos que requieren atención. La finalidad impulsa la búsqueda de cambios que parten de la disciplina y la hacen más ágil para responder a las necesidades sociales. El envejecimiento poblacional genera un aumento de personas con diversas demandas, según el estado de salud de cada una. El aumento genera un panorama que requiere atención urgente. Logramos atención urgente mediante la implementación de programas especializados que ofrecen soluciones.

El profesional del trabajo social tiene el compromiso con la intervención social. El profesional busca y garantiza oportunidades personales, grupales y comunitarias que faciliten el acceso a recursos y el apoyo para cubrir necesidades. El profesional presta atención a las personas más vulnerables o en situación de desventaja social. El profesional reconoce la responsabilidad de

la profesión de trabajo social. El profesional identifica, desarrolla y potencia las fortalezas de los individuos, los grupos y las comunidades. El profesional promueve el empoderamiento de esas personas. (Red Latinoamericana de Trabajo Social, 2012). Así es el caso del adulto mayor. Desde la investigación, el trabajo busca seguir la misma senda que el adulto mayor.

El profesional del trabajo social reconoce y valora a las personas con las que trabaja. En su práctica, el profesional del trabajo social establece objetivos teniendo en cuenta los entornos de la sociedad y de la institución en todos sus niveles. Cuando el profesional del trabajo social trabaja con personas mayores, la tarea cambia porque requiere acciones que introducen cambios y ponen a prueba la formación y el ejercicio de la disciplina (Quintero, 2022).

Capítulo 2

Marco teórico

Para iniciar el análisis del envejecimiento, la fragilidad y el soporte social, se demanda un marco conceptual para facilitar el diálogo con la evidencia empírica reciente y esto permita comprender el fenómeno desde múltiples dimensiones. En este sentido, el marco teórico se articula con el estado del arte para integrar los avances científicos relevantes sobre la fragilidad física, la salud integral y las redes de apoyo en personas mayores. Dichos avances se han producido tanto en contextos nacionales como en contextos internacionales. Además, esta revisión presenta hallazgos y evidencia de la necesidad de incorporar categorías de estudio, tales como la fragilidad y el soporte social, en el marco del análisis que debe considerar la interacción entre el individuo, el entorno y las redes comunitarias.

2.1 Estado del Arte

Por ende, en esta sección se presenta la revisión teórica de los estudios consultados, los hallazgos de la última década sobre variables como la fragilidad y el soporte social, para lo cual se organizaron los datos en una tabla.

2.1.1 Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor

La fragilidad se ha asociado al envejecimiento del organismo más que a los años transcurridos de la persona; por ello, no corresponde generalizar su aparición a una edad determinada durante el envejecimiento. La fragilidad se define como un síndrome que aparece cuando la capacidad de reserva de los sistemas del cuerpo disminuye y dicha disminución pone en riesgo al adulto mayor. Esta condición depende de múltiples dimensiones (Romero-Ortuño, 2011).

Para Zarebski, la estructura que constituye la fragilidad incluye elementos físicos, `fragilidad e incluso revertirla, y se sugiere prestar más atención a la prevención con acciones que identifiquen los problemas a tiempo con objetivos dirigidos de forma más integral, no solo lo físico y lo social, sino también la complejidad del ser humano como ser biopsicosocioespiritual (Zarebski, 2023, p. 8).

El estudio de Carrasco et al. (2017) se realizó en México mediante una metodología cuantitativa; utilizaron los instrumentos Barthel, la prueba de Pfeiffer y el de Fried, e incluyeron en la muestra a adultos mayores de 60 años. Los resultados mostraron que las mujeres presentan una mayor fragilidad que los hombres. Los resultados también indicaron que la fragilidad disminuye cuando los adultos son pensionados o jubilados, o están casados.

El documento de López (2017), realizado en España, estudia la fragilidad en adultos mayores de 75 años que viven en Castellón de la Plana, así como las relaciones interpersonales y sociales de dichos adultos mayores, desde la disciplina de las ciencias de la salud. Aquí, los autores explican la influencia de las relaciones y de la fragilidad, describen la población, sus hábitos y su estado de salud con el instrumento FRALLE para medir la fragilidad, y llegando a la conclusión de que hay que fomentar las relaciones sociales y psicosociales para mitigar la fragilidad y poder reducirla, con la construcción de relaciones sociales sólidas.

Desde la disciplina de la enfermería, Vergara et al. (2018) en México realizaron una revisión de documentos sobre la fragilidad del adulto mayor y cómo determinarla o medirla, encontrando que las herramientas más utilizadas fueron la marcha y el FRIED. Con esto, sugieren elaborar definiciones que describan los elementos que conforman la fragilidad, así como diseñar más instrumentos de tamizaje.

Aquí tienes la información del estudio de Carrasco-Peña et al. (2018), que realizaron una investigación geriátrica para ver la frecuencia de la fragilidad y de las comorbilidades en personas mayores, utilizando el instrumento FRIED, el cual mostró que la fragilidad está relacionada con las comorbilidades y que también de manera específica en su estudio se relacionó con el ser mujer, la viudez, la soltería, la jubilación, el IMC, el nivel de educación, la marcha y la fuerza prensil.

En Europa, Apóstolo et al. (2018) documentaron, desde la unidad de investigación de ciencias de la salud, los hallazgos y la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para prevenir y detener la fragilidad en adultos mayores, y de manera concluyente señalaron la falta de pruebas que fortalezcan la evidencia actual, reportan la falta de pruebas para analizar el impacto de la fragilidad que se está gestando y los beneficios de una intervención oportuna quieren que se vean los costos de atender el problema oculto de la fragilidad.

En otros países de la región asiática también se han realizado estudios sobre fragilidad, por ejemplo, Li et al. (2018) realizaron un estudio que buscaba una asociación entre la fragilidad y el auto abandono, así como entre la fragilidad y el apoyo social, con una descripción sociodemográfica. En ese estudio cuantitativo, los investigadores midieron la fragilidad mediante una acumulación de 40 ítems encontrando diferencias de edad en la forma en que la fragilidad se relaciona con el abandono, el apoyo social, las características sociodemográficas y el índice de fragilidad, para concluir que hay que emplear más de una medida para prevenir y manejar la fragilidad.

Ofori-Asenso et al. (2019) publicaron un artículo sobre salud en Inglaterra, en el que, mediante una revisión documental, investigaron la fragilidad y la pre-fragilidad en adultos mayores de 60 años que viven en comunidad y concluyeron que estos adultos mayores presentan fragilidad y pre-fragilidad con frecuencia; por ello, necesitan intervenciones precisas.

Por otra parte, una revisión de tipo documental por Sezgin et al. (2020) en Irlanda en el ámbito de la salud se señala que la pre-fragilidad es una condición de múltiples componentes, identificando rasgos importantes para poder formular una definición clara de la pre-fragilidad, también destacaron que la pre-fragilidad puede ser reversible antes de que se desarrolle la fragilidad, por eso debe considerarse que la fragilidad es un síndrome multifactorial, que puede observarse de distintas maneras y que cambia con el tiempo, algunas señales son la fatiga y la debilidad, dicho todo esto se vuelve un objetivo frenar el avance de la pre fragilidad a la fragilidad.

Moles et al. (2020) han trabajado en el ámbito de la enfermería en España con un estudio de datos cuantitativos y cualitativos que examina la relación entre la fragilidad y las redes de apoyo en adultos mayores institucionalizados, con una muestra que incluyó a adultos mayores de 75 años, para medir su fragilidad usando el cuestionario FRALLE y complementándolo con una entrevista que explora las redes de apoyo social, gracias a este enfoque encontraron que las redes de apoyo de las personas frágiles eran muy escasas.

Los investigadores Menéndez-González et al. (2021), en un estudio en España, desde el ámbito de la salud, analizaron la prevalencia de la fragilidad y los factores asociados a esta en adultos de 70 años o más, evaluándola según los cinco criterios del FRIED. Esto los llevó a concluir que la fragilidad es un síndrome que abarca diversos factores, por tanto, resulta necesario revisar la salud y los criterios de Fried, como el estado funcional, el estado cognitivo, el estado emocional y el estado social que se observan en las evaluaciones geriátricas, para llevar a cabo informes que puedan ayudar a crear esquemas de detección, de prevención y programas de atención para los adultos mayores de la comunidad.

Por esta razón es que los profesionales deben incluir el monitoreo de la fragilidad en los adultos mayores, para identificar y atender pronto a los pacientes frágiles o pre-frágiles que eviten

que la fragilidad avance a una discapacidad que no se pueda revertir. Desde luego, esto ayudaría a reducir la morbimortalidad; el monitoreo mejoraría el estado de salud de la población, lo que permitiría disminuir el gasto en salud.

Acosta-Benito & Martín-Lesende (2022), en España, mediante una investigación documental desde la medicina, brindan a los profesionales de atención primaria una comprensión de lo que implica la fragilidad, para así comprender cómo acercarse a un diagnóstico y a un tratamiento adecuados y conocer los caminos de la fragilidad que se cursan en la tercera edad.

En dicho documento se mencionan la fragilidad y la discapacidad, indicando que, aun cuando estas condiciones están presentes, pueden revertirse parcialmente mediante una intervención que puede abarcar desde la actividad física hasta el control de las enfermedades que aparecen simultáneamente. El trabajo conjunto entre áreas es necesario; así se inicia la intervención profesional desde el área de salud, pero se deben incorporar los recursos de la comunidad, lo que abre brechas para la multidisciplinariedad en la intervención.

Moya (2022) realizó un estudio desde la enfermería en Ecuador para investigar el síndrome de la fragilidad y describió el perfil epidemiológico de la población adulta mayor utilizando la metodología cuantitativa, incluyó a los pacientes en el estudio que venían presentando debilidad y fragilidad por su edad avanzada.

Para esto, usaron la historia clínica elaborada durante la atención integral y registraron que este síndrome aparece en edades más bajas que las observadas en los datos mundiales, entre las señales se encuentran la sarcopenia, la presión arterial alta, la diabetes, la anemia y la depresión, lo cual se ve más en las mujeres.

En otras partes del mundo, como en Asia y China, Sun et al. (2022) estudiaron, desde las ciencias sociales, el papel de la participación social en la prevención del riesgo de fragilidad y dedujeron que esta se produce cuando la gente construye redes sociales que son capaces de dar apoyo y proveer de recursos de protección contra los sentimientos de soledad.

El estudio anterior se realizó con un enfoque cuantitativo en lugares donde la gente se reúne y realiza actividades, utilizando como instrumento el índice de fragilidad por déficit acumulativo de Rockwood, lo que muestra resultados que destacan la participación social en sitios como clubes y, sobre todo, que promueven el ejercicio con frecuencia. Los beneficios que observaron van desde la disminución hasta la reversión de la fragilidad.

Leone & Couselo (2023), desde Argentina, escriben un documento desde la disciplina del trabajo social, centran el quehacer del trabajo social gerontológico y sostienen que deben abordar el problema de la fragilidad que se presenta en la vejez para ofrecer acompañamiento en los diversos escenarios de esta etapa. Ellos proponen analizar la práctica del trabajo social con una mirada crítica.

Por otro lado, en Europa, el interés de Miglio et al. (2024) sobre la fragilidad de la región se centra en estudiar el papel de las redes sociales y en mantenerse activo en la participación social durante la vejez; para ello utilizaron el instrumento SHARE-FI, que evalúa la fragilidad. Este instrumento brinda un panorama del índice de fragilidad y permite recuperar algunos hallazgos que aportan evidencia para luego establecer la relación entre la dimensión social, la participación y la fragilidad.

Tabla 1*Características de estudios sobre el síndrome de fragilidad*

Autor, año, lugar y área del conocimiento.	Características	Hallazgos
Carrasco et al. (2017). México. Medicina.	Es un estudio cuantitativo. Titulado: “Frecuencia del envejecimiento exitoso y fragilidad factores asociados.	El envejecimiento exitoso se relaciona con un menor estado de fragilidad.
López (2017). España. Salud.	Cuantitativo. “Análisis de las relaciones sociales y la fragilidad en personas mayores de 75 años residentes en Castellón de la Plana”.	En relación con la fragilidad y las redes sociales, podemos resaltar que todos los indicadores son relevantes, con un promedio de 2,41 para lazos familiares, 1,45 para actividades en la comunidad y 4,39 para la diversidad de la red.
Vergara (2018). México. Enfermería	Documental Fragilidad en el adulto mayor ¿cómo se mide?	Los más utilizados para medir la fragilidad son la marcha y FRIED, sugieren la creación de más instrumentos validados para el diagnóstico de fragilidad.
Carrasco-Peña et al. (2018). México. Medicina geriátrica	Cuantitativo. “Frecuencia de fragilidad y comorbilidad en adultos mayores”.	De 400 adultos que se evaluaron con diferente morbilidad de salud, hubo una frecuencia de frágil de 44.0%, pre-frágil de 37.7% y no frágil de 18.3%. La comorbilidad grave en los frágiles.
Apostolo (2018). Europa Ciencias de la salud.	Documental. Efectividad de las intervenciones para prevenir la pre-fragilidad y la progresión de la fragilidad en adultos mayores: una revisión sistemática.	Después de las intervenciones, se observaron resultados favorables en los indicadores de fragilidad. Estos resultados se basan en el ejercicio físico con suplementación, entrenamiento cognitivo y un tratamiento combinado. No se determinó que las reuniones en grupo y las visitas a

Autor, año, lugar y área del conocimiento.	Características	Hallazgos
Li et al. (2018). China. Ciencias de la salud.	Cuantitativo “Índice de fragilidad y sus asociaciones con el auto abandono, el apoyo social y las características sociodemográficas entre los adultos mayores en las zonas rurales de China”.	domicilio resultaran efectivas de manera universal. El índice de fragilidad entre los participantes alcanzó el 15,8%. Los adultos mayores que presentaron auto abandono eran mujeres, contaban con un nivel educativo inferior, un ingreso mensual reducido y no consumían alcohol. Mostraron una mayor probabilidad de desarrollar fragilidad en el grupo de edad de 60 a 76 años. Mientras que los adultos mayores que presentaron auto abandono contaban con escaso apoyo social. Eran mujeres, no fumaban y no consumían alcohol, y tuvieron una mayor probabilidad de desarrollar fragilidad en el grupo de edad de ≥ 77 años.
Ofori-Asenso et al. (2019). Inglaterra. Geriatría.	Documental. Incidencia mundial de fragilidad y pre-fragilidad entre los adultos mayores que viven en la comunidad. Una revisión sistemática y metaanálisis.	Los resultados de este estudio sugieren que el riesgo de desarrollar fragilidad y pre-fragilidad es alto entre los adultos mayores que viven en comunidad, por lo que se necesitan intervenciones adecuadas.
Sezgin et al. (2020). Irlanda. Ciencias de la salud.	Documental. La pre-fragilidad como constructo multidimensional: una revisión sistemática de las definiciones en la literatura científica.	Proponemos una definición que dice que la pre-fragilidad es un concepto con varias dimensiones, una condición de riesgo que aparece antes de la fragilidad y que puede ser reversible. Esto puede llevar a resultados adversos en la atención sanitaria, los cuales se determinan operativamente mediante los instrumentos

Autor, año, lugar y área del conocimiento.	Características	Hallazgos
Moles et al. (2020). España. Enfermería.	Cuantitativo. Fragilidad y redes sociales en personas no institucionalizadas mayores de 75 años: un estudio transversal.	actuales de identificación y valoración de la fragilidad. Fragilidad y redes sociales en personas no institucionalizadas mayores de 75 años: un estudio transversal
Menéndez-González (2021). España. Ciencias de la Salud.	Cuantitativo. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad.	La fragilidad es un síndrome que afecta a muchas personas mayores de 70 años. Además de los criterios de fragilidad de Fried, se deben considerar factores de salud, funcionales, cognitivos-emocionales y sociales.
Acosta-Benito & Martín Lesende (2022). España. Medicina.	Tipo ensayo. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar.	El síndrome de fragilidad es un síndrome de la vejez que anticipa discapacidad, morbilidad y muerte. Se aconseja su evaluación mediante escalas de aplicación expedita, seguida de una valoración geriátrica integral que contemple pruebas de ejecución. La fragilidad y la discapacidad vinculada son al menos parcialmente reversibles, por lo que la intervención mediante el ejercicio físico y la regulación de la comorbilidad puede resultar una táctica beneficiosa en su gestión. Requiere de un multidisciplinar.
Moya (2022). Ecuador. Enfermería.	Cuantitativo. Perfil epidemiológico de síndrome de fragilidad en adultos mayores.	La fragilidad se encuentra asociada a edades circundantes a los 75,72 años. Por otro lado, las enfermedades con mayor presencia por casos de estudio son la sarcopenia,

Autor, año, lugar y área del conocimiento.	Características	Hallazgos
Sun et al. (2022). China. Ciencias Sociales.	Cuantitativo. ¿La participación social disminuye el riesgo de fragilidad? Impactos de la diversidad en frecuencia y tipos de participación social sobre la fragilidad en poblaciones de mediana edad y mayores.	hipertensión, diabetes, anemia y depresión. El estudio evidenció que fomentar la participación en actividades sociales, especialmente aquellas que implican comunicación, estimulación intelectual o ejercicio físico organizado por la comunidad, puede reducir el riesgo de fragilidad en personas de mediana edad y mayores. Estos hallazgos ofrecen estrategias prácticas y accesibles para impulsar un envejecimiento saludable.
Leone & Couselo (2023). Argentina. Trabajo social.	Tipo ensayo. Cartografías de la fragilidad de los cuerpos: una mirada desde el Trabajo Social.	Por lo tanto, se busca difundir las contribuciones efectuadas desde el campo del Trabajo Social con el fin de ayudar y acompañar a las personas de edad avanzada y sus referentes emocionales en la travesía de estos contextos. Así, nos planteamos reconsiderar las prácticas situadas desde un enfoque crítico, gerontológico y latinoamericano.
Miglio et al. (2024). Europa. Economía y Ciencias Sociales.	Fragilidad en Europa: el papel de las redes sociales y la participación en las actividades.	Existe una asociación significativa entre la conexión social, la participación en actividades y la fragilidad. Esta asociación varía según el género. La participación en actividades muestra una relación más sólida con la fragilidad que las redes sociales por sí solas.

Nota. Fuentes incluidas en la revisión teórica

2.1.2 Soporte Social Adulto Mayor

El soporte o apoyo sociales da protección a la persona mayor cuando esta lo demanda que puede ser mediante la asistencia a través de las redes de apoyo social o redes de soporte, se dividen en dos tipos de apoyo: el apoyo formal, que corresponde a los sistemas de seguridad social, y el apoyo informal, que corresponde a la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo (Guzmán et al., 2023).

Las redes brindan apoyo emocional, material e instrumental y son de gran utilidad en esta etapa de la vida, porque el cuerpo y la economía suelen debilitarse, la pareja se pierde, los amigos se van, los compañeros de trabajo desaparecen y las redes cambian su estructura (Guzmán et al., 2023).

Pacheco Halas & Alfaro (2018) realizaron un estudio de psicología en Bolivia que buscaba determinar cómo el apoyo social percibido por el adulto mayor en la zona urbana influye en la aparición de la depresión, examinando factores de vida y de ingresos en personas mayores. Esto mostró que la percepción del apoyo social se relaciona con los niveles de depresión en los adultos mayores de esa zona.

Su objetivo no fue mirar directamente ni la fragilidad ni la funcionalidad, pero la depresión afecta la salud mental y le impide al adulto mayor realizar sus tareas diarias. Aunque no abordan la fragilidad de forma directa, la mencionan al hablar del envejecimiento y de la pérdida lenta de funciones de órganos y sistemas que se observan con la edad; esta situación lleva al adulto mayor a una condición de fragilidad y vulnerabilidad (Pacheco Halas & Alfaro, 2018).

Casiblanco et al. (2019) y los expertos en salud en Colombia estudiaron cómo las redes de apoyo social influyen en el progreso de la enfermedad de Alzheimer; también quisieron saber si el

monitoreo familiar de los adultos mayores con Alzheimer, en comparación con el abandono, hace que la enfermedad avance más rápido o más despacio.

Los resultados del análisis mostraron que una red de apoyo asegura el cuidado, la atención y frena el avance de la enfermedad de Alzheimer. Algunas situaciones que agravan la enfermedad son el desamparo familiar, la falta de acompañamiento y el abandono; por ello, se propone que el equipo de enfermería refuerce el apoyo entre personas y que la tarea sea una intervención con los demás profesionales (Casiblanco et al., 2019).

Lizcano Cardona et al. (2020) examinaron los factores que explican el respaldo social en el adulto mayor en tres ciudades de Colombia, buscando determinar los elementos y factores relacionados con las dimensiones del respaldo social en personas mayores de Medellín, Barranquilla y Pasto. El equipo médico señaló que la percepción de apoyo social se observa en los adultos mayores sin problemas de salud, que no tienen riesgo de depresión, están inscritos en el sistema sanitario y tienen una buena percepción de bienestar, además de que cuentan con redes de apoyo.

En Colombia, Pinzón et al., (2021) llevaron a cabo un estudio sobre el apoyo social en adultos mayores que viven en contextos rurales y sobre el uso de los espacios de vida, desde la salud, para identificar los elementos que vinculan el apoyo social con la utilización de los espacios de vida en el medio rural, hallando un vínculo entre la edad y el uso de los espacios de vida, que señala la influencia de la movilidad con el respaldo social, además ligado a los aspectos cognitivos y emocionales.

Zabala (2021) realizó una revisión documental sobre el apoyo social y el envejecimiento activo desde la psicología positiva, con el objetivo de ordenar y promover los hallazgos sobre el

respaldo social y el envejecimiento activo en salud mental, y explicó que el apoyo social es una herramienta para la mente como para la sociedad, que se conecta con las relaciones entre personas y las redes sociales, para brindar apoyo emocional, empatía, afecto y asistencia, se distinguen dos elementos; el respaldo estructural que depende del tamaño, forma de la red y el respaldo funcional refiriéndose a la percepción de la persona sobre el tipo de ayuda que recibe de la red.

La investigación muestra que el apoyo de otras personas mejora la satisfacción con la vida, la salud física, la salud mental, la salud de la comunidad, brinda protección contra la depresión y que el uso de la tecnología, como la red y los recursos en línea, disminuye el aislamiento, contribuyendo al bienestar, Además, enfatiza que no solo hay que obtener apoyo, sino que también hay que darlo lo cual favorece la salud (Zabala, 2021).

Parodi y Runzer-Colmenares (2021) realizaron en Perú, desde la medicina, un estudio en adultos mayores de comunidades altoandinas peruanas para analizar el impacto del soporte social en la movilidad limitada con el objetivo de comprobar si existía un vínculo entre la movilidad física y la falta de soporte social en los adultos mayores residentes en esa zona. El resultado mostró que los participantes con poco soporte social tuvieron una mayor probabilidad de presentar movilidad limitada.

En México, Alonso et al. (2022) realizaron un estudio de enfermería acerca de la calidad de vida del adulto mayor, con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida, la dependencia funcional, el funcionamiento familiar y el apoyo social. Por ello, trabajaron con adultos mayores del noroeste de México y descubrieron que la calidad de vida se asocia con la dependencia funcional, el funcionamiento familiar y el apoyo social. Además, la independencia funcional y el apoyo social mejoran la calidad de vida.

Ortega Rabí y sus colegas realizaron en 2022 un estudio en Cuba, en el ámbito de las ciencias médicas, con el fin de evaluar el apoyo social en la población mayor que acude al consultorio médico de familia 58 del Policlínico Docente Universitario Luis Augusto Turcios Lima, en Pinar del Río, desde un enfoque cuantitativo, examinando cuatro tipos de apoyo: apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo espiritual. Los resultados mostraron que las familias numerosas ofrecen apoyo social con mayor frecuencia; no se encontró una relación significativa entre el tamaño de la familia y la cantidad de apoyo recibido.

Gallardo-Peralta et al., (2023) realizaron otro estudio del trabajo social en Europa que revisó documentos teóricos, estos mostraron que las redes de apoyo social, el mantenimiento de interacciones regulares y la participación en la comunidad ayudan a reducir el sentimiento de soledad en la vejez.

En México, Paredes Castillo et al., (2024), desde la enfermería, realizaron un estudio para identificar el nivel de apoyo social que perciben los adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19. Para medir el apoyo social, utilizaron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, lo que mostró que la media del nivel de apoyo social percibido fue de 59,85 puntos, lo que indica un alto nivel de apoyo, y aportó datos sobre cómo los adultos mayores percibieron el apoyo social durante la pandemia.

López-Nolasco et al. (2024) realizaron su estudio en enfermería en el estado de Hidalgo, México, y aportan a su investigación sobre el apoyo social en adultos mayores y determinan el grado de apoyo social que existe en dicha comunidad, empleando una metodología cuantitativa y el instrumento DUKE-UNC para su medición. Los resultados obtenidos demuestran que el apoyo social constituye un recurso muy valioso para los adultos mayores y que es capaz de influir positivamente en su bienestar.

Tabla 2*Características de estudios sobre soporte social*

Autor, año, lugar y área.	Características	Resultados, conclusiones o hallazgos
Pacheco Halas & Alfaro Urquiola (2018). Bolivia. Psicología.	Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz.	Correlación significativa entre la percepción del apoyo social y los niveles de depresión. La depresión como factor que afecta la salud mental puede obstaculizar que el adulto mayor desempeñe sus tareas cotidianas, impactando indirectamente la capacidad funcional.
Casiblanco et al. (2019). Colombia. Medicina y salud.	Influencia de las redes de apoyo social en la evolución de la enfermedad del Alzheimer.	Una red de apoyo sólida asegura un mejor cuidado, atención y educación, ayudando así a frenar el progreso de la enfermedad de Alzheimer y mantener por más tiempo las capacidades funcionales del paciente.
Lizcano Cardona et al. (2020). Colombia. Salud y medicina.	Factores que explican el respaldo social para la tercera edad en tres ciudades de Colombia.	92-93% de adultos mayores perciben apoyo social apropiado en diversas dimensiones. La percepción de un sólido respaldo social se refleja en adultos mayores saludables, sin riesgo de depresión y con mejores condiciones funcionales.
Pinzón et al. (2021). Colombia. Salud y medicina.	Apoyo social y uso de espacios de vida en personas mayores en el contexto rural.	Correlación entre la edad y la utilización de espacios de vida, el impacto del respaldo social en la movilidad y la vinculación con elementos cognitivos y emocionales que favorecen la capacidad funcional.
Zabala (2021). Psicología.	Apoyo social y envejecimiento activo: Aproximaciones desde la	La existencia del respaldo social potencia la calidad de vida y la salud física y

Autor, año, lugar y área.	Características	Resultados, conclusiones o hallazgos
	perspectiva de la psicología positiva.	mental, funcionando como un elemento de protección. El apoyo social mejora la capacidad funcional al reducir el aislamiento y promover el bienestar general.
Parodi & Runzer-Colmenares (2021). Perú. Salud y medicina.	Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas.	Los participantes con un inadecuado soporte social tenían mayor probabilidad de presentar movilidad limitada. Existe una relación directa entre la falta de apoyo social y las limitaciones en la capacidad funcional.
Alonso et al. (2022). México. Enfermería.	Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores.	Las dimensiones física, psicológica y social de la calidad de vida están relacionadas con la capacidad funcional, el funcionamiento familiar y el apoyo social. La independencia en actividades básicas y un sólido apoyo social mejoran la calidad de vida física y psicológica.
Ortega Rabí et al. (2022). Cuba. Salud y medicina	Evaluación del apoyo social en el adulto mayor.	El 59% de los adultos mayores percibió un apoyo social algo frecuente. El apoyo social es un elemento clave en la calidad de vida y el mantenimiento de la capacidad funcional de los adultos mayores.
Gallardo-Peralta et al. (2023). España. Trabajo social.	Documental. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa.	Los países que más estudios habían realizado eran Países Bajos y España, en su mayoría, las investigaciones eran cuantitativas. Las variables más analizadas fueron: estado civil, estructura del hogar, redes

Autor, año, lugar y área.	Características	Resultados, conclusiones o hallazgos
Paredes Castillo et al. (2024).	Apoyo social percibido en adultos mayores durante el confinamiento.	de apoyo social, participación social, depresión, problemas de salud, comorbilidad y funcionalidad física. Durante el COVID-19, se encontró un nivel de apoyo social considerablemente elevado (59.85 puntos), lo que contribuyó a mantener el bienestar y la funcionalidad de los adultos mayores durante el confinamiento.
López-Nolasco et al. (2024). México. Enfermería.	Apoyo social en adultos mayores del estado de Hidalgo.	El apoyo social sigue predominando como un recurso valioso en la vida de los adultos mayores y tiene una influencia positiva en su bienestar emocional, psicológico y funcional.

Nota. Fuentes incluidas en la revisión teórica.

Bajo este análisis, la fragilidad del adulto mayor ya no se entiende solo como pérdida de fuerza o de peso, sino que abarca más de un área; investigadores como Gobbens et al. (2010) añaden la dimensión social, definiendo la fragilidad social como la falta de recursos y de relaciones que permitan al adulto mayor enfrentar los retos del día a día, mostrando que no basta con fortalecer lo físico, sino que se debe apoyar las redes del adulto mayor para evitar el declive funcional.

En zonas rurales de China, Li et al. (2018) encontraron que los adultos mayores que recibían menos apoyo familiar e instrumental presentaban más signos de fragilidad. El apoyo práctico, la ayuda en la casa y en los traslados, el apoyo emocional, el acompañamiento y la escucha reducen la soledad, mejorando la autonomía de los adultos mayores en sus actividades

diarias. se ha observado que los ancianos que disponen de menos apoyo familiar e instrumental presentan más signos de fragilidad. Este hallazgo demuestra que la calidad de las relaciones sociales influye de manera directa en la salud y en la conservación de las capacidades de los adultos mayores.

A partir de todo lo mencionado, el trabajo social desempeña un papel importante en este caso. La Organización Mundial de la Salud (2015) indica que los programas de envejecimiento activo deben incluir: redes formales, como los servicios comunitarios y el voluntariado, y redes informales, como la familia y los vecinos. Para ello, los trabajadores sociales crean espacios de encuentro y garantizan que las personas mayores tengan acceso a recursos que fortalezcan la red de apoyo y reduzcan el riesgo de aislamiento.

En este sentido, los trabajadores sociales organizan talleres sobre habilidades de autocuidado y foros intergeneracionales para mejorar la percepción de apoyo y reducir los marcadores de fragilidad. Se busca promover la socialización, la actividad física y el intercambio de experiencias, con el fin de crear un ciclo de mejora: la persona se siente valorada y recupera la confianza en sus capacidades (Apóstolo et al., 2018).

El trabajo social influye en la política al mostrar cómo las redes débiles hacen que la gente sea muy vulnerable; precisamente, se requieren políticas públicas que satisfagan diversas demandas, como el transporte fácil, centros de día y proyectos de voluntariado local con el fin de que las redes de apoyo lleguen a más personas y perduren más tiempo, dejando una huella en la comunidad (Quintero, 2022).

Conviene precisar que pensar en la fragilidad y en las redes de apoyo ayuda a ver la vejez como una etapa que demanda la creación de lazos entre la persona mayor, la familia y las

instituciones, así, el profesional del trabajo social reduce la fragilidad y promueve un envejecimiento con dignidad, que incluya la solidaridad, la participación y el bienestar como derechos de todas las personas.

En conjunto, los estudios de estado del arte muestran que la fragilidad y el soporte social son procesos complejos que pueden explicarse desde múltiples enfoques disciplinares, incluyendo factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, que influyen entre sí, lo que requiere estudios que interpreten la presencia y el avance de la fragilidad, para la construcción de nuevos significados a partir de la propia experiencia de las personas mayores.

De manera general, el capítulo realiza una revisión de las teorías del envejecimiento desde un enfoque que evidencia la relación entre el individuo y los entornos que lo rodean, reconociendo que el individuo se encuentra conectado con el medio y lo plantea como un ser social. Esto permite ahondar en el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como teoría para entender cómo los niveles de contexto influyen en el bienestar, la vulnerabilidad y las redes de apoyo de las personas mayores.

2.2 Marco Jurídico del Envejecimiento en México

El número de personas mayores está creciendo, lo que obliga a buscar respuestas legales que garanticen su ejercicio de derechos. En México, la *¿Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, promulgada en 2002, estableció un marco normativo con principios y obligaciones? Esa ley guía a las instituciones para proteger la dignidad de las personas mayores, impulsar su autonomía y mejorar su bienestar. (Cámara de Diputados, 2024).

En este ámbito, los países se apoyan en el marco jurídico y en instrumentos que abarcan más áreas de protección a los derechos de las personas mayores. La Organización de los Estados

Americanos (OEA) adoptó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015; dicha Convención reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos, no como receptores de asistencia. Impulsando la autonomía, la participación social y la dignidad de los mayores en la vejez. Sitúa a México en un estándar de protección. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) señala que la convención modifica la manera en que se conciben y se garantizan los derechos de los mayores en el país (SCJN, 2016).

Resulta pertinente señalar que el artículo 1.º de la Constitución establece el principio pro-persona, obligando a interpretar las normas en el sentido de la protección de los derechos humanos, incluidos los de las personas mayores. México sostiene que los tratados internacionales tienen jerarquía constitucional y deben ser aplicados. Los retos persisten para implementar el marco jurídico; la discriminación por edad, el maltrato y la exclusión social, y por eso hay que fortalecer los mecanismos de acceso a la justicia y la vigilancia del cumplimiento normativo (Aco Flores & Landa Reyes, 2024; Calero Sánchez, 2016).

2.3 Trabajo Social en Salud

El profesional de trabajo social en salud tiene una función: actuar en los tres niveles de atención: primario, secundario y terciario. En el nivel primario, el profesional ayuda a promover la salud y a prevenir enfermedades. El profesional brinda cuidados a la gente y organiza actividades de enseñanza. En el nivel secundario, el profesional colabora en la atención de problemas de salud que requieren la intervención de un médico especializado. En el nivel terciario, el profesional apoya los procesos de hospitalización y rehabilitación. En México, la atención médica la brinda la seguridad social a través de sus regímenes, los cuales incluyen IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y la Secretaría de Salud (Escalona, 2022).

En Sinaloa existen otras instituciones de salud, públicas y privadas, que benefician al adulto mayor en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud derivados de las enfermedades crónico-degenerativas, en las que el trabajador social está presente.

El profesional de trabajo social en salud debe conocer las especialidades médicas existentes en cada región. También debe atender las necesidades específicas de la población que sirve. Su trabajo abarca áreas como la atención médica general y especializada, la salud pública, la planificación familiar, la psicología y la psiquiatría. El profesional de trabajo social en salud es clave para la atención médica y la promoción de la salud en México. Debe poder atender las necesidades de la población con problemas. Entre los grupos con problemas se encuentran los adultos mayores (Escalona, 2022). El análisis que sigue busca comprender cómo el trabajo social y la gerontología se relacionan con la fragilidad y el soporte social de las personas mayores.

2.4 Trabajo Social y Gerontología

El trabajo social se ocupa de la vejez, con la facultad de facilitar la creación y activación de las redes, impulsando el capital social en el entorno familiar, en el entorno comunitario y en el entorno institucional, también atiende la vulnerabilidad de la vejez y su efecto en la calidad de vida. Con esa visión, la intervención profesional acompaña a la persona mayor en los cambios biográficos, las pérdidas, los logros y las transiciones que se intensifican con la vejez. La intervención profesional ofrece respuestas adaptadas a las necesidades de cada persona mayor; se fomenta la participación y se refuerzan los vínculos de apoyo, ampliando los recursos para enfrentar problemas y crisis (Dulcey, 2016, p. 157).

Además, la gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento y puede abordarlo desde varios ángulos: la biología, la psicología y la sociedad, incluyendo la historia, factores que

influyen en la salud. Por su naturaleza, la gerontología se relaciona con muchas disciplinas. La palabra gerontología combina los vocablos griegos geronto, que significa anciano, y logia, que significa estudio. Así, la gerontología se ocupa del análisis de la vejez y del proceso de envejecer (Millán-Calenti, 2006).

En el ámbito del trabajo social, priorizamos su colaboración con distintas disciplinas para comprender y transformar la realidad social del adulto mayor, con el compromiso de garantizar los derechos humanos y la justicia, así como de promover acciones orientadas a la salud integral. Cabe señalar que recientemente el trabajo social busca mejorar la funcionalidad física, cognitiva y social de esta población, debido a que sus acciones profesionales se dotan de la riqueza que brindan otras disciplina actuando desde varios niveles que abarcan lo micro, meso y macro social, esta base conceptual se puede abordar el envejecimiento de forma holista, dando el reconocimiento, respeto, con atención prioritaria de sus necesidades como por ejemplo: la gestión del riesgo, los cambios de vida, el fin de vida, el estrés de las personas cuidadoras y la fragilidad (Yusta Tirado et al., 2024). De ahí se recalca el reconocimiento y el respeto a las personas mayores; con ello reducimos las desventajas sociales y garantizamos que ejerzan sus derechos.

En la gerontología, dentro del trabajo social, se considera un área que interviene e investiga los procesos de envejecimiento, tratando de comprenderlos desde diversas aristas, con el fin de brindar una atención digna a este grupo etario, mediante el uso de teorías y métodos que guían y permiten explicar, estudiar y ejecutar acciones desde la profesión del trabajo social. Desde esta perspectiva, el trabajo social de casos se centra en la persona mayor y su familia. El enfoque sistémico abarca las necesidades emocionales y los patrones de la familia en su entorno cercano. El trabajo social en red lleva la acción a la comunidad, incluye a vecinos, grupos locales y otros actores sociales y conecta los procesos del individuo con el colectivo (Adámez & Correa, 2016).

Como disciplina social, tiene un papel importante tanto en la intervención como en la investigación sobre la gente mayor, ya que asegura que las personas mayores sean escuchadas y que las necesidades de esta etapa se reflejen en los análisis y las decisiones. Este enfoque defiende el derecho a una vejez digna y saludable. El trabajo social gerontológico dirige las acciones para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

2.5 Conceptos de Vejez, Envejecimiento y Tipos de Envejecimiento

2.5.1 Vejez y Envejecimiento

Entender la vejez obliga a verla como una situación que incluye la memoria, los significados y las construcciones socioculturales, más allá del cuerpo y de sus cambios. Las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la vejez no funcionan de forma aislada; forman parte de un proceso interrelacionado en el que se influyen mutuamente. Por eso, la vejez y el envejecimiento no pueden separarse, al igual que la realidad no se separa del sujeto que la vive, porque la experiencia y el contexto están siempre conectados (Esquivel et al., 2009).

Cuando se habla del envejecimiento, a menudo la gente piensa en ideas que lo critican. Pero se debe cambiar la percepción. Los investigadores que lo estudian dicen que es un proceso natural; por eso, deben desmontar mitos, resignificarlo y señalar que esta tarea contribuye al desarrollo de la sociedad y al progreso de la gente. Se deben reconocer las variaciones culturales que influyen en cómo se construyen la imagen, la representación y los papeles de las personas que han llegado a la vejez. Los investigadores de la sociología de los mayores estudian la vejez de tres maneras (Zúñega Hernández, 2020).

En este análisis, la vejez se entiende en tres formas. La primera forma es la vejez cronológica, que toma la edad como referencia. La segunda forma es la vejez funcional, que busca

identificar las limitaciones, discapacidades y condiciones que afectan la autonomía. La tercera forma es la vejez como etapa del ciclo vital, que muestra los rasgos que aparecen a partir de las experiencias subjetivas y de los cambios biológicos, psicosociales y cognitivos que acompañan al periodo de la vejez (Hernández, 2020).

Con esta visión conjunta de la vejez y del envejecimiento, el siguiente apartado revisa las teorías sobre el envejecimiento exitoso. El apartado indica en qué condiciones personales y contextuales se mantienen la autonomía, la funcionalidad y el sentido de propósito en la etapa tardía de la vida.

2.5.2 Envejecimiento Exitoso

El envejecimiento con éxito se basa en la teoría de la actividad, que sostiene que la vejez es un tiempo para el desarrollo, la participación y el mantenimiento de los roles, lo cual contribuye a la satisfacción y al bienestar. Con esta visión, basada en los trabajos clásicos de Havighurst y Albrecht, las personas mayores buscan sustituir los papeles que se van perdiendo por otros que la sociedad valora; quieren mantener su participación y su sentido de continuidad para que no se vean solo como una etapa de declive, sino que se reconozca su trayectoria de adaptación, con oportunidades de logro y de contribución. (Havighurst, 1961/1963, Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

Para Rowe y Kahn (1987), el concepto de envejecimiento exitoso plantea una alternativa a la idea de que envejecer siempre aumenta el riesgo de morir, estableciendo una separación entre el envejecimiento usual y el envejecimiento patológico. El envejecimiento habitual muestra cambios asociados a la edad, pero no enfermedades. El envejecimiento patológico evidencia la presencia de enfermedades y discapacidades a lo largo del trayecto de la vejez. El envejecimiento

exitoso se explica por la influencia de los factores intrínsecos, que favorecen el buen funcionamiento físico y mental (Rowe & Kahn, 1987).

Cabe señalar que el envejecimiento combina tres partes que dependen una de la otra: la salud, el funcionamiento físico y el funcionamiento mental, esto favorece el compromiso con la vida y la actividad, lo cual muestra la capacidad de la persona para mantenerse con poco riesgo de enfermar, para sostener la actividad física, la actividad de la mente y para participar con decisión en la vida con otras personas; incluyendo el mantenimiento de los lazos con personas y la participación en las actividades que importan (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

2.5.3 Envejecimiento Saludable

El envejecimiento saludable es un proceso que no deja de avanzar y que requiere adoptar estilos de vida que cuidan la salud, los cuales se refuerzan para mantener o mejorar la salud, con el uso de estrategias de autocuidado y autogestión, bajo esa lógica, las redes de apoyo se movilizan como recursos para alcanzar el bienestar y la calidad de vida, siguiendo los principios del envejecimiento activo (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

Lo que conlleva ampliar los tipos de envejecimiento que se consideran: el envejecimiento exitoso, es decir, que no presenta enfermedades crónicas ni limitaciones físicas, y el envejecimiento usual, que presenta algunas enfermedades crónicas, pero mantiene un desempeño funcional bastante conservado, reconociendo a las personas mayores frágiles, enfermas y dependientes que necesitan estrategias de autocuidado, de ayuda mutua y de autogestión. El autocuidado incluye la alimentación adecuada, la actividad física moderada, la higiene personal, la higiene ambiental, la higiene del sueño y el fortalecimiento de la autoestima, todo ello con los recursos que forman los entornos familiares y comunitarios, que favorecen el bienestar y la calidad, y previenen y eliminan hábitos perjudiciales (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

Con esa base, se abre paso al concepto de envejecimiento activo, que incluye salud, participación y seguridad; también contempla factores personales, conductuales y contextuales que favorecen la autonomía e independencia en la etapa tardía de la vida.

2.5.4 Envejecimiento Activo

El concepto de envejecimiento activo surgió en la década de 1990. Surgió como una idea a partir del envejecimiento saludable. Este dice que la actividad y la participación se mantienen en la vejez y que ambas favorecen la salud, la independencia, la posibilidad de envejecer bien. La Organización Mundial de la Salud amplió la comprensión de la salud y la definió como un estado de bienestar biológico, psicológico y social. Después, propuso sustituir la idea anterior por la de envejecimiento activo, porque no solo considera los indicadores de salud, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos, e incluye un enfoque comunitario; además, presta atención a las diferencias culturales y de género (OMS, 2015; Petretto et al., 2016; Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

Petretto et al. (2016) afirman que la OMS propone un enfoque de envejecimiento activo que se basa en tres pilares: la participación, la salud y la seguridad, el cual se operacionaliza el mediante los seis determinantes que están interrelacionados, que incluyen los servicios sociales, los servicios sanitarios, estos abarcan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención curativa, la asistencia de larga duración y la salud mental, le siguen las conductas de salud que abarca el tabaquismo, la actividad física, la alimentación saludable, el consumo de alcohol, el uso de medicamentos y la adherencia al tratamiento, la dimensión de factores personales que se compones por factores psicológicos, genéticos y biológicos. La dimensión del entorno físico incluye la seguridad de la vivienda, la prevención de caídas y la reducción de la exposición a contaminantes; la dimensión del entorno social, que abarca el apoyo social, la violencia, el abuso,

la educación y la alfabetización; y, por último, las condiciones económicas: los ingresos, la protección social y el empleo.

En función del proceso de envejecimiento, los factores clave son la autonomía y la independencia, lo que significa que la persona puede controlar su vida cotidiana, adaptarse y tomar decisiones personales según sus propias reglas y preferencias, y realizar actividades diarias por sí misma en la comunidad sin la ayuda de otras personas. Por último, la calidad de vida es la percepción que tiene cada persona de su posición en la vida, en el contexto cultural y social en el que vive, considerando los objetivos, las expectativas y las preocupaciones; también combina la salud física, el estado psicológico y las relaciones con el entorno (Petretto et al., 2016).

Estas ideas se conectan con el enfoque de envejecimiento activo, el cual coloca la autonomía, la independencia y la calidad de vida como los resultados que se esperan, pero dependen de los determinantes que influyen entre sí y de las redes de apoyo que favorecen la funcionalidad en la vejez.

2.6 Concepto Síndrome de Fragilidad

La fragilidad es un síndrome que favorece el desgaste y se presenta poco a poco, lo que aumenta la probabilidad de eventos críticos, desde caídas, accidentes y enfermedades hasta discapacidad, hospitalización y la muerte. Para autores como Clegg, se debe a la disminución de las reservas fisiológicas, lo que reduce la resistencia del organismo a los estresores y origina un desequilibrio que provoca un desgaste progresivo y suele manifestarse en distintos sistemas corporales. (Clegg et al., 2013).

Desde varios autores en función de los conocimientos clínicos, reconocer la vulnerabilidad provocada por el síndrome de fragilidad permite, de manera oportuna, brindar atención antes de la

aparición de daños más severos a la salud del adulto mayor, que favorezcan la continuidad de forma autónoma e independiente, orientándose hacia el enfoque de envejecimiento saludable y activo, con un tamizaje constante de la fragilidad en la práctica de la atención profesional (Clegg et al., 2013; Fried et al., 2001; Romero-Ortuño et al., 2010).

Así mismo con esa identificación clínica oportuna del síndrome de fragilidad, se lleva una clasificación de distintos fenotipos tales como frágil, pre frágil y robustes; los criterios para determinar el estado dependen de situaciones como la pérdida de peso, cansancio o debilidad, disminución de la fuerza, lentitud en la marcha y mínima actividad física. La detección oportuna sería de gran ayuda para profesionales de promover y mantener un mejor estado de salud en la población mayor (Fried et al., 2001).

Sumado a lo anterior, numerosos autores proponen que el concepto de síndrome de fragilidad sea más amplio y abarque fenotipos más allá de los comunes y clásicos. Sugieren incorporar otras alteraciones que impliquen los sistemas vascular y central, así como el efecto de la inflamación crónica, la obesidad, el sedentarismo, la configuración y la progresión de la actividad física. Esta perspectiva encaja mejor con un enfoque de envejecimiento saludable y exige responder de manera interdisciplinaria a las demandas médicas, educativas y comunitarias. Además, se promueve que la persona sustituya conductas dañinas por buenos hábitos, protegiendo así a personas y comunidades de adultos mayores, con el objetivo de que vivan con mayor salud y calidad de vida (García-García et al., 2011).

La edad promedio de inicio de la fragilidad en México se marca más entre los 70.8 años, y con respecto a las diferencias marcadas entre sexo la mujer concentra el 55.8% de casos reportados, dichos patrones dan peso a la necesidad del análisis del síndrome de fragilidad desde la multidimensionalidad, con el fin de poder comprenderla, pero explorar el papel que juega la parte

social y de apoyo que puedan clarificar si la parte del soporte social para modular desde la aparición de la fragilidad y su curso en este grupo etario (ENASEM, 2020).

Incluso la fragilidad conlleva afectaciones clínicas y de la función de salud importantes, tales como la institucionalización, el aumento del riesgo de mortalidad y la pérdida paulatina de las capacidades para llevar a cabo las actividades elementales de la vida diaria, lo que merma su autonomía; en este sentido, resulta muy importante aplazar el estado de fragilidad durante esta etapa de la vida (Clegg et al., 2013).

Ya que la fragilidad no permite que el adulto mayor perciba del todo una buena calidad de vida y de salud, se asocia con un mayor uso de servicios médicos, lo que orilla la implementación urgente de medidas multidimensionales, incluyendo el efecto positivo del soporte social como modulador del proceso clínico y funcional de la vejez (Pérez-Zepeda, 2024).

2.7. Concepto de Soporte Social.

El soporte social es precisamente el apoyo que brindan las distintas redes de apoyo. De forma práctica, las han clasificado en tipo instrumental, tales como ayuda o asistencia en tareas cotidianas; y en tipo emocional, que corresponde al acompañamiento, la escucha y la contención. Esta puede ser objetiva o subjetiva, pero solo en la percepción de la persona. En todos los tipos de soporte o apoyo no se puede prescindir de la interacción con otras personas, lo cual aporta una dimensión psicosocial a la experiencia de la persona mayor que recibe el apoyo (Aranda & Pando, 2013).

Además, desde Lubben, se retoma el soporte social operacionalizado mediante el riesgo de aislamiento y soledad que manifiesta la persona mayor en su escala LSNS, centrando el apoyo social en dos dimensiones principales como la familia y amigos, la familia se entiende como la

primera red cercana, que dota de acompañamiento al adulto mayor le permite conversar, le da apoyo, generando una retroalimentación, por otra parte muy importante están las amistades que complementan las necesidades sociales en la vejez, frente a diversas situaciones, tales como viudez, dejar el hogar o el distanciamiento familiar (Lubben et al., 2006).

Incluso se plantea que la falta de apoyo social genera aislamiento y sentimientos de soledad que afectan el estado de salud mental, física y psicológica, lo cual se asocia con el incremento de la morbilidad, el deterioro de las funciones e incluso la muerte prematura. Por ello, la propuesta es evaluar el apoyo social o soporte para comprender cómo valoran los adultos mayores su estado o percepción con respecto a esas variables y categorías, dado que esto permite prever los riesgos y salvaguardar la integridad de las personas mayores mediante intervenciones precisas (Lubben et al., 2006).

Además de valorar el estado del apoyo social mediante la exploración a esta estructura familia y amigos como las funciones que ejercen de acuerdo a algunas demandas declaradas en los ítems, van a permitir conocer su estado o nivel de soledad o aislamiento y esto junto a la experiencia propia desarrollada en sus contextos cercanos no darán un panorama no solo cuantificable si no pueden permitir la exploración cotidiana de ayuda por ejemplo: de tipo instrumental tales como tareas, cuidados, apoyo emocional, acompañamiento, contención, recursos informativos o de compañía, dimensiones que las personas mayores valoran y resignifican conforme cambian su salud, sus roles y sus entornos (Huenchuan et al., 2003).

Desde esta posición multidimensional, podemos entender mejor el soporte social y el apoyo como recursos que amortiguan los impactos de sucesos en las personas mayores, tales como su deterioro físico y funcional, lo que genera dificultad de movimiento y favorece el aislamiento; por tal motivo, se abordará específicamente su vínculo con la fragilidad en la vejez.

2.8. Relación entre Soporte Social y Fragilidad

En este punto podemos afirmar que el apoyo social, en su relación con la fragilidad, funciona como amortiguador frente a la adversidad en salud, en particular ante el desgaste asociado al curso de vida. La evidencia disponible indica que una disminución del apoyo social y la carencia de redes sociales incrementan la probabilidad de pre-fragilidad y de fragilidad (Maseda et al., 2018).

Se ha documentado en los hallazgos de Lubben que cuando las personas mayores perciben una red social reducida, especialmente en los vínculos familiares y de amistad, ello funciona como indicador y predictor de un mayor riesgo de soledad y aislamiento. Estas condiciones también se asocian con un aumento del riesgo de síndrome de fragilidad, de deterioro cognitivo y de mortalidad. Por tal motivo, se requiere evaluar de forma sistemática el soporte social como clave en las valoraciones geriátricas para anticipar los riesgos asociados a esta condición (Lubben et al., 2006).

La coresidencia es algo que Garay Villegas et al. (2020) reportan con datos de que el 27,5 % de las personas adultas mayores vive solas y no recibe apoyo regular de familiares o amistades, lo que incrementa su riesgo de vulnerabilidad física, social y económica. Asimismo, observaron que la cohabitación con familiares continúa funcionando como una red de apoyo robusta; no obstante, esta práctica ha disminuido en las últimas décadas, con mayor énfasis en las zonas urbanas que en las rurales (Garay Villegas et al., 2020).

Con base en lo anterior, examinaremos las teorías generales desde los enfoques funcionalista, sistémico y constructivista que permitan sustentar un marco de interpretación y de análisis de cómo las estructuras e interacciones sociales influyen en la vejez y la fragilidad.

2.9. Teorías Generales Funcionalista, Sistémica y Constructivista

En el marco funcionalista, la sociedad se explica como un sistema que debe contar con interdependencia y equilibrio para desempeñar su función. Esta mirada presenta la fragilidad como una disfunción desestabilizadora que rompe el equilibrio. Es ahí donde entra en juego el papel fundamental del soporte social, que compensa las limitaciones y los problemas derivados de esa fragilidad y aporta contención, cohesión y motivación para la adaptación del adulto mayor. En la obra de Parsons, la estabilidad de los sistemas se sostiene mediante la adaptación, el logro de metas, la integración y la latencia, lo cual habilita el análisis de patrones y regularidades medibles del apoyo en la vejez (Parsons, 1951).

Incluso Bronfenbrenner (1979), en su trayectoria vital de las personas, en este caso, el adulto mayor, se configura a partir de la relación con distintos sistemas: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema; esas interacciones entre sistemas son bidireccionales, con acoplamientos a lo largo del tiempo y la vida; en suma, lo que sitúa al soporte social dentro de los niveles ecológicos mencionados, por eso esta teoría se describirá a profundidad como una teoría central ya que abarca dimensiones amplias.

Finalmente, en este estudio, adoptamos una postura constructivista sobre el soporte social y la fragilidad: los significados de “estar frágil” y “sentirse apoyado” se construyen intersubjetivamente en la vida cotidiana y orientan las prácticas de cuidado, pertenencia y agencia. Esta construcción de sentido se comprende mejor desde la fenomenología husserliana, que sitúa el análisis en el mundo de la vida como suelo previo de toda teorización y medición, permitiendo articular los datos cuantitativos con los relatos vividos de las personas mayores (Husserl, 1970).

2.9.1 Teorías Biológicas del Envejecimiento

El envejecimiento y la llegada al estado de fragilidad se deben a factores multifactoriales, como los determinantes genéticos, ambientales y sociales. Así que, en un plano biológico, desde lo celular, ese deterioro tiene su explicación: un desgaste progresivo que ocurre con la edad y afecta la estructura y la función del organismo (Sánchez-Ramírez et al., 2021).

Asimismo, la teoría de los radicales libres de Harman (1956) sostiene que el envejecimiento se origina en el daño oxidativo acumulado en las células, con impacto en el ADN, las proteínas y las membranas. Complementada a las teorías biológicas está la teoría del acortamiento de los telómeros que plantea que las células poseen un número limitado de divisiones debido a la pérdida progresiva de secuencias repetitivas en los extremos cromosómicos, lo que conduce a la senescencia. Y, para finalizar, se suma la teoría del error de copia y replicación del ADN, según la cual los micro errores de transcripción y de reparación acumulan mutaciones capaces de alterar la función celular (Sánchez-Ramírez et al., 2021).

Sin embargo, más allá de su sustrato biológico, estas miradas ofrecen una explicación de los procesos de deterioro funcional que incrementan la necesidad de ayuda en la vida cotidiana del adulto mayor durante la vejez, gracias a la unión de lo personal, lo social y lo biológico. Esta mirada abre la puerta a analizar el vínculo entre la fragilidad y el soporte social.

2.9.2 Teorías Psicosociales del Envejecimiento

2.9.2.1 Teoría de la Desvinculación

La teoría de la desvinculación parte de la búsqueda de un equilibrio del orden social desde una perspectiva muy funcionalista, que sostiene que, a medida que envejece y avanza en la edad, se va disminuyendo gradualmente la participación en las redes sociales y en las estructuras a las

que la persona pertenece, con un retiro de roles. Es decir, mantener a las personas mayores en altos niveles de involucramiento podría poner en riesgo la estabilidad social; por ello, la reducción de la interacción, según esta teoría, favorece la renovación generacional y la homeostasis del orden social (Cumming & Henry, 1961).

Al parecer, esta teoría responde a las necesidades del sistema, dejando de lado la capacidad de agencia personal y la de mantener un rol activo al envejecer, lo que impide comprender la vejez como un proceso que aún les permite conservar múltiples capacidades, que abarcan dimensiones físicas, emocionales y culturales. A pesar de ello, algunos elementos de la teoría, como la exclusión de las personas mayores de los roles sociales, siguen siendo utilizados como marco de referencia en investigaciones actuales e intervenciones sociales (Robledo Marín & Orejuela Gómez, 2020).

2.9.2.2. Teoría de la Continuidad

Esta teoría, planteada por Elaine Cumming y William Henry en 1961, es una de las primeras aproximaciones teóricas desde lo sistémico debido a la separación que se tiene respecto de las estructuras durante la vejez, con un enfoque sociológico funcionalista, que sostiene que, al llegar la vejez y con el peso de esa edad, se va generando una disminución gradual en la participación social.

Con respecto a los roles del adulto mayor, sufren cambios hasta el retiro, lo que ayuda a entender fenómenos como el retiro laboral, que disminuye las esferas sociales. Sin embargo, desde esta teoría se sostiene que tal retiro es positivo; de no ser así, no se abriría paso a nuevas generaciones, lo que podría poner en riesgo la estabilidad social. Esto se interpreta simplemente como un ajuste que facilita la renovación generacional en ámbitos activos, mencionándose una homeostasis de orden social (Cumming & Henry, 1961).

Sin embargo, dicha teoría fue polémica, ya que, en esas dos esferas principales, como lo son lo social y lo individual, muestra que su enfoque otorga mayor peso a la dimensión social y omite las necesidades de agencia y el rol activo de la persona; se excluye al individuo en sus dimensiones físicas, emocionales y culturales. A pesar de ello, algunos elementos de la teoría, como la exclusión de las personas mayores de los roles sociales, siguen siendo utilizados como marco de referencia en investigaciones actuales e intervenciones sociales que permiten el análisis y el contranálisis (Robledo Marín & Orejuela Gómez, 2020).

2.9.2.3 Teoría del Ciclo Vital

Según Gómez Montes y Curcio Borrero (2021), el envejecimiento debe entenderse como un proceso continuo, dinámico y multidimensional, en el que confluyen simultáneamente ganancias y pérdidas a lo largo del curso de vida, lo cual se articula con el enfoque del ciclo vital, uno de los marcos conceptuales más relevantes para comprender el envejecimiento desde la perspectiva del desarrollo humano. Más que una teoría cerrada, el enfoque del ciclo vital constituye un conjunto de principios generales que permiten explicar los cambios que ocurren en diversos periodos y dominios evolutivos.

Por consiguiente, esta perspectiva surge como una respuesta crítica a las concepciones clásicas del desarrollo, que lo asociaban únicamente con los avances y lo restringían a las primeras etapas de la vida, sin considerar que ese desarrollo en la última etapa abarca periodos de involución. En contraste, el enfoque del ciclo vital amplía la mirada al reconocer que el desarrollo está influido por factores personales, históricos y contextuales que interactúan de manera constante a lo largo de toda la vida (Gómez Montes & Curcio Borrero 2021).

Entre sus principios básicos, se resaltan la diversidad en el desarrollo, las diferencias interindividuales y la coexistencia de procesos de crecimiento, de mantenimiento y de regulación

de la pérdida. Estos tres procesos están presentes a lo largo de toda la vida, aunque su peso relativo varía según la etapa. En la infancia y la juventud predomina el crecimiento; en la adultez, el mantenimiento de las capacidades; y en la vejez, la regulación de las pérdidas funcionales. Sin embargo, la perspectiva del ciclo vital reconoce que en cualquier momento se producen nuevas adquisiciones y reajustes, lo que refuerza su carácter abierto, flexible y no lineal (Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

A partir de esta comprensión del envejecimiento como un proceso dinámico, multidimensional y condicionado por diversas trayectorias vitales, resulta indispensable situar la experiencia de las personas mayores en contextos específicos que revelan cómo los cambios biológicos, psicológicos y sociales interactúan con sus redes de apoyo, sus condiciones de vida y los entornos en los que habitan (Fernández-Ballesteros, 2000).

2.10. Modelo Biopsicosocial del Envejecimiento

Debido a la complejidad de los procesos de desarrollo humano, pero principalmente en la vejez, se necesita un marco amplio que pueda responder desde una mirada integral rebasando el enfoque únicamente biológico integrando la parte psicológica y social, bajo la denominación del modelo biopsicosocial que plantea Ballesteros para comprender mejor a la persona mayor sin fragmentarla para poder entablar una vinculación entre emociones, relaciones sociales y condiciones físicas que interactúa de forma dinámica (Fernández-Ballesteros, 2000).

Retomaremos las tres dimensiones que abarca el modelo biopsicosocial: la primera corresponde al plano biológico, donde algunos de sus componentes se refieren a cambios progresivos en los sistemas corporales, tales como la pérdida de masa muscular, la disminución de la densidad ósea y la reducción de la capacidad sensorial, entre otros; es aquí donde podemos situar

la fragilidad. Pero el curso del envejecimiento es variable y se explica, en gran medida, por la influencia de factores psicológicos y sociales que interactúan con la dimensión biológica (Fernández-Ballesteros, 2000).

Le siguen, en el ámbito psicológico, la autoestima, la resiliencia, la percepción del envejecimiento y la salud mental; lo cual se resume en cómo interpreta los cambios físicos, a los que se enfrenta en esta etapa, y como construye y reconstruye sus significados al llegar a la vejez, dotado de experiencias previas, también por las condiciones relacionales del entorno, que interactúa de manera dinámica con las transformaciones biológicas del envejecimiento, lo que configura una variedad de trayectorias en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2000).

Por último, el componente social es donde introducimos el soporte social y el rol de la comunidad lo cual se refleja en el acceso a los servicios y en las condiciones socioeconómicas facilitadoras en la vejez, para compensar las limitaciones físicas, el aislamiento y la pobreza que agravan la fragilidad; todo ello demanda el diseño de intervenciones integrales con una mirada más humana, contextualizada y sensible a la diversidad de trayectorias vitales (Fernández-Ballesteros, 2000).

En conclusión, esta mirada permite integrar y situar dentro de un entramado más amplio de relaciones y contextos, donde la vulnerabilidad y el bienestar no dependen solo de factores internos, sino también de las estructuras sociales que los sostienen, resultando pertinente avanzar en la comprensión del envejecimiento al considerar las influencias recíprocas entre la persona, su entorno inmediato y los sistemas sociales más extensos, preparando así el terreno para el análisis que sigue.

2.11 Teorías Específicas

2.11.1. Modelo Ecológico de Sistemas

El Modelo Ecológico de Sistemas, propuesto por Urie Bronfenbrenner (1979), explica el desarrollo humano como el resultado de interacciones recíprocas entre la persona y sistemas anidados en micro, meso, exo, macro y cronosistema, que se influyen mutuamente. Su pertinencia para este estudio radica en que fragilidad y soporte social son fenómenos altamente contextuales: se configuran en la trama de relaciones cercanas, instituciones, políticas y cultura, y varían a lo largo del tiempo y en las transiciones del curso de vida. A continuación, se desarrolla su fundamentación y se articula con las variables, categorías e instrumentos de la investigación. (Bronfenbrenner, 1979).

Con el fin de nutrir el marco fundamental, se menciona un aporte a partir de un modelo teórico denominado Teoría ecológica del envejecimiento, propuesto por Lawton y Nahemow (1973), que destaca la vejez por procesos de ajuste y equilibrio, a partir de lo individual y de las demandas del entorno, reforzando un análisis situado de la fragilidad y del apoyo disponible.

Regresando al modelo ecológico y considerando los distintos sistemas, como el microsistema, ubicamos aquí los entornos inmediatos, como la familia, las amistades, los cuidadores, los centros de día y los grupos comunitarios, en los cuales se construye y se percibe la mayor parte del soporte social analizadas con base en el tamaño de la red, la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo y la reciprocidad, operatividades según las demandas del adulto mayor (Bronfenbrenner, 1979; Lubben et al., 2006).

Seguido por el mesosistema articulado entre microsistemas; por ejemplo, la coordinación entre la familia y los servicios de salud, o entre los centros de día y la comunidad que facilita o

dificulta la participación social, la adherencia terapéutica, los procesos de rehabilitación y el cuidado cotidiano, incidiendo de manera directa en la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores. (Bronfenbrenner, 1979).

Ligado también al meso está el exosistema, que continúa en esa constante articulación y comprende contextos en los que la persona no participa directamente, pero sí les afecta, como ejemplo, están la estructura y la accesibilidad de los servicios de salud, las prestaciones y pensiones, el transporte, el equipamiento urbano y la oferta de programas comunitarios. Estas condiciones son recursos protectores frente a la fragilidad y, en consecuencia, frente a la posibilidad de mantener la capacidad funcional (Bronfenbrenner, 1979).

Continuamos en ese tejido de sistemas, con el macrosistema que integra la cultura, los valores y las normas para la participación y la independencia en la vejez; no obstante, persisten desafíos para su plena implementación, lo que condiciona la valoración social de la vejez y la priorización del soporte y de los cuidados de larga duración (SCJN, 2016).

Al final, el cronosistema introduce el elemento tiempo que implican trayectorias y transiciones como la jubilación, la viudez, los cambios de salud, así como eventos históricos que se presentan a lo largo del trayecto de esta etapa, por ejemplo, recientemente con la pandemia de COVID-19, que reconfiguró las redes, los niveles de soledad y aislamiento, elevando los riesgos de fragilidad, entendiendo como un proceso dinámico la vejez y su trayecto con múltiples niveles que mencionamos en párrafos anteriores y el impacto de tiempo en ello (Stoeckel, 2011; OMS, 2024).

Entendiendo lo anterior, desde este modelo, la vejez se compone de cambios repentinos que transforman las interacciones cotidianas y los significados también se reconfiguran de acuerdo

con las necesidades que surgen entre el adulto mayor y su entorno. No todo puede deducirse únicamente de los términos de estructura, sino que se requiere conocer las experiencias y la relación con esos componentes ecológicos que generan significados en la persona.

2.12 Construcción del Sistema Categorial

Para la construcción de este sistema categoría se lleva a cabo a partir de dos fase la primera es cuantitativa denominada a partir de las variables principales como es la fragilidad y el soporte social operacionalizada la fragilidad mediante el instrumento validado SHARE-FI, traduciendo sus siglas al español es instrumento de fragilidad de la encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa, con los criterios de agotamiento, fuerza, movilidad y actividad física para clasificar a las personas mayores en robustas, pre-frágiles o frágiles (Romero-Ortuño et al., 2010) Por otra parte, la variable del soporte social se fundamenta y se operacionaliza en la escala propuesta por Lubben, denominada LSNS-R para tamizar el apoyo familiar y el de amistades como indicadores clave del riesgo de aislamiento social en personas mayores. Estas bases permiten estructurar las variables de manera coherente con el marco conceptual y los objetivos analíticos (Lubben et al., 2006).

Por último, con el apoyo referencial de Moustakas, con un enfoque fenomenológico e interpretativo, se construyen las categorías a partir de las variables principales, fragilidad y soporte social, pero ahora sin cuantificar, a partir de las experiencias significativas que puedan fortalecer la integración de ambos enfoques, con un mayor margen explicativo y de comprensión (Moustakas, 1994).

Tabla 3*Operacionalización de las variables sociodemográficas.*

Variable	Definición conceptual	Operacionalización
Nivel educativo	Grado máximo de estudios formales completados por la persona	Primaria, secundaria, bachillerato, profesional, posgrado, especialidad, Maestría, Doctorado
Número de hijos	Cantidad total de hijos procreados por el adulto mayor a lo largo de su vida.	Sin hijos, 1-2 hijos, 3-4 hijos, +4 hijos.
Servicios médicos	Disponibilidad y tipo de servicios médicos a los que tiene acceso	ISSSTE, IMSS, Privado, Otro
Padecimientos	Presencia de enfermedades crónicas o condiciones de salud diagnosticadas médicamente que coexisten en el adulto mayor.	Enfermedades del corazón, Diabetes, Presión arterial, Lípidos altos, Otros,
Estado civil	Situación jurídica de una persona en relación con sus vínculos conyugales.	Soltero, Casado o unido, Divorciado o separado, viudo o viuda.
Tipo de familia	Estructura y organización de los vínculos familiares del adulto mayor según su composición y funcionalidad.	Nuclear, Monoparental, Amplia o extensa, otro.
Situación laboral	Condición de actividad económica del adulto mayor al momento del estudio.	Jubilado o pensionado, trabajo, Otro
Red de apoyo	Condición de actividad económica del adulto mayor al momento del estudio.	
Ingresos mensuales	Cantidad de dinero que recibe mensualmente por concepto de pensiones, jubilaciones, apoyo familiar u otras fuentes.	8-16 mil pesos, 16-24 mil pesos, 24-32 mil pesos, 32-40 mil pesos, >40 mil pesos

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión de las variables sociodemográficas.

Tabla 4*Operacionalización de los ítems de la escala LSNS-R*

Variable	Operacionalización	Definición
P1. Tamaño de red familiar - "¿Con cuántos familiares tiene contacto al menos una vez al mes?"	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red Familiar - Evalúa la extensión cuantitativa de vínculos familiares activos
P2. Frecuencia de contacto familiar - "¿Con qué frecuencia tiene contacto con el familiar con quien tiene más contacto?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red Familiar - Mide la intensidad de la interacción familiar.
P3. Apoyo emocional familiar - "¿Con cuántos familiares se siente cómodo hablando sobre asuntos privados?"	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red Familiar - Evalúa la calidad del soporte emocional familiar.
P4. Apoyo instrumental familiar - "¿Con cuántos familiares siente que puede contar cuando necesita ayuda?"	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red Familiar - Mide el soporte tangible disponible en la familia.
P5. Frecuencia de hablar con familiares - "¿Con qué frecuencia habla con algún familiar sobre asuntos importantes?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red Familiar - Evalúa la comunicación significativa con la familia.
P6. Reciprocidad familiar - "¿Con qué frecuencia algún familiar cuenta con usted cuando necesita ayuda?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red Familiar - Evalúa el intercambio bidireccional de apoyo.
P7. Tamaño de red de amigos - "¿Con cuántos amigos tiene contacto al menos una vez al mes?"	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red de Amistades - Evalúa la extensión cuantitativa de vínculos de amistad.
P8. Frecuencia de contacto con amigos - "¿Con qué frecuencia tiene contacto con el amigo con quien tiene más contacto?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red de Amistades - Mide la intensidad de la interacción social con pares
P9. Apoyo emocional de amigos - "¿Con cuántos amigos se siente cómodo	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red de Amistades - Evalúa la calidad del soporte emocional no familiar.

Variable	Operacionalización	Definición
hablando sobre asuntos privados?"		
P10. Apoyo instrumental de amigos - "¿Con cuántos amigos siente que puede contar cuando necesita ayuda?"	Escala: 0 = Ninguno, 1 = Uno, 2 = Dos, 3 = De tres a cuatro, 4 = De cinco a ocho, 5 = Nueve o más	Red de Amistades - Mide el soporte tangible disponible en la red de pares
P11. Frecuencia de hablar con amigos - "¿Con qué frecuencia habla con algún amigo sobre asuntos importantes?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red de Amistades - Evalúa la comunicación significativa con amigos.
P12. Reciprocidad con amigos - "¿Con qué frecuencia algún amigo cuenta con usted cuando necesita ayuda?"	Escala: 0 = Menos de una vez al mes, 1 = Una vez al mes, 2 = Pocas veces al mes, 3 = Una vez a la semana, 4 = Pocas veces a la semana, 5 = Diariamente	Red de Amistades - Evalúa el intercambio bidireccional de apoyo social.
Puntuación total LSNS-R	Sumatoria de las puntuaciones de todos los ítems del instrumento (rango: 0-60)	Evaluación Global - Indicador general del tamaño y funcionalidad de la red de soporte social.

Nota. Elaboración propia a partir de Lubben et al. (2006) y la versión revisada de la escala LSNS-R.

Para el cálculo de la escala LSNS, que tamiza el soporte social global y se basa en el riesgo de aislamiento, los puntajes y su resultado se clasifican de la siguiente manera: puntaje > 30 = bajo riesgo; 26-30 = moderado; 21-25 = alto; y < 20 = aislamiento social. En cuanto a la aplicación, es auto administrada o se realiza mediante entrevista (15-20 minutos) y, en cuanto a la validación, el instrumento está validado en múltiples idiomas y culturas.

Tabla 5*Operacionalización de los ítems del instrumento SHARE-FI*

Variable	Operacionalización	Definición
P 1. Durante el último mes, ¿ha tenido muy poca energía para hacer las cosas que quería hacer?	Respuesta: Sí No	Criterio Físico - Evalúa la sensación de agotamiento y vitalidad reducida.
P2. ¿Cómo ha estado tu apetito?	Respuesta: Disminuyó el deseo de comer menos de lo usual. No disminuyó el deseo de comer lo mismo de lo usual. Incrementó el deseo de comer más de lo usual.	Factor Asociado - Indicador de riesgo nutricional y fragilidad
P3. ¿Fuerza de presión manual?	Respuesta Mano Derecha (1°). Mano Derecha (2°) Mano Izquierda (1°). Mano Izquierda (2°)	Criterio Físico - Indicador de fuerza muscular y sarcopenia
P4. Por sí mismo y sin ayuda, ¿tiene alguna dificultad para caminar cien metros (dos cuerdas) o subir un tramo de escaleras (¿alrededor de 10 y 20 escalones?)	Respuesta Cien metros: Si No Un tramo de escaleras: si No	Criterio Físico - Evalúa la función motora y el riesgo de caídas.
P5. ¿Con qué frecuencia realiza actividades que requieren un nivel bajo moderado de energía, como hacer jardinería, limpiar el coche o salir caminar?	Respuesta Casi nunca o nunca. Una vez a la semana De una a tres veces al mes Más de una vez a la semana	Criterio Físico - Mide el nivel de actividad física y sedentarismo
P6. ¿Durante el último año has sufrido alguna/s caídas?	¿Cuántas veces?	Factor asociado a la fragilidad. - específicamente relacionado con el riesgo de caídas y deterioro funcional en personas mayores.
P7. ¿Fuiste hospitalizado/a debido a alguna caída?	Sí No	Factor Asociado - Indicador de deterioro de salud y vulnerabilidad
Puntuación de fragilidad	Clasificación tricotómica: Robusto (0 criterios), Pre-frágil (1-2 criterios), Frágil (≥ 3 criterios)	Evaluación Global - Categorización del estado de fragilidad según criterios establecido

Nota. Elaboración propia a partir de Romero-Ortuño et al. (2010) y la estructura conceptual del instrumento SHARE-FI.

Para el cálculo de SHARE-FI, que evalúa el estado de fragilidad y cuyos criterios diagnósticos son los de Fried modificados, en cuanto a su interpretación, permite identificar tempranamente la fragilidad y la pre-fragilidad. Las características del instrumento son: clasificación en Robusto: 0 criterios físicos presentes; Pre-frágil: 1-2 criterios físicos presentes; y Frágil: 3-5 criterios físicos presentes.

Tabla 6

Elementos constitutivos de la categoría Experiencias vividas.

Categoría	Definición	Operacionalización	Dimensiones
Experiencias vividas	Son las experiencias tal como se presentan antes de cualquier interpretación teórica, análisis externo o explicación causal. Son el punto de partida para comprender el sentido que las personas otorgan a lo que viven, pues reflejan la manera en que cada sujeto percibe, siente y se relaciona con su mundo (Husserl, 1983).	Guía de entrevista	Experiencia de la fragilidad Experiencia de soporte social

Nota. Elaboración propia.

Capítulo 3

Metodología

Este capítulo presenta la ruta metodológica del estudio y expone, de forma ordenada y clara, el diseño que guía las decisiones de recolección, análisis e integración de la evidencia. Se trabajó con un enfoque mixto de carácter secuencial explicativo: primero se produjeron resultados cuantitativos y, después, se profundizó en su sentido mediante indagación cualitativa, con un momento final de integración para lograr una comprensión más completa del fenómeno. Con esta secuencia se puede ir garantizando la lógica que permita explicar los hallazgos de cada fase, con un punto de encuentro formulado por Creswell en diseños mixtos, que da voz tanto a los datos numéricos como a las experiencias de los propios participantes (Creswell & Plano Clark, 2018).

3.1 Enfoque Mixto

La investigación presente busca abarcar de manera integral conociendo la complejidad del síndrome de fragilidad y del soporte social en este grupo etario y para lograr se incorporó un diseño metodológico mixto de tipo secuencial explicativo para la primera fase cuantitativa que mide variables y se analizan estadísticamente que pretende identificar generalidades, patrones, relaciones y diferencias en dicha población que permitan las estimaciones objetiva, comparables, para contrastar supuestos y responder a las preguntas que guían dicho trabajo (Creswell & Plano, 2018; Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

En una segunda fase cualitativa, que surge posteriormente a la cuantitativa, se pretende adentrar, desde una lógica inductiva y contextual, en las experiencias de los adultos mayores participantes y en cómo significan sus vivencias en la cotidianidad de su entorno, todo ello desde

la fenomenología, hasta llegar a una integración de ambos enfoques que permita una comprensión más amplia y coherente del fenómeno estudiado (Moustakas, 1994).

En relación con el diseño adoptado, es idóneo, ya que permite explicar resultados cuantitativos y la evidencia cualitativa asegura la coherencia entre los niveles de análisis en fenómenos complejos como la fragilidad y el soporte social. En la fase cuantitativa aporta diversas ventajas, como la medición de variables de fragilidad y de soporte social, para llevar a cabo un análisis estadístico en muestras más grandes e identificar relaciones significativas entre factores psicosociales y las condiciones de salud en adultos mayores permitiendo obtener indicadores confiables que orientan intervenciones preventivas, gracias a la objetividad inherente a este enfoque, fundamental para comprender fenómenos complejos en las ciencias sociales (Del Canto & Silva Silva, 2013; Stacciarini & Cook, 2015).

No obstante, no se limita a una sola mirada metodológica, con un enfoque reduccionista o positivista, porque solo conduce a representaciones parciales y fragmentadas de la realidad social. Esta investigación social sobre fragilidad y soporte social en personas mayores, en la primera parte cuantitativa, se dirige a la medición de variables para generar datos estadísticos; sin embargo, la parte cualitativa profundizará en experiencias y significados que estas personas atribuyen a su propia realidad, dotando dicho estudio de riqueza, ampliando la visión con un panorama integrador e inductivo, evitando la rigidez y humanizando lo que es vivir con fragilidad y contar o no con el soporte social, la sensibilidad ética se obliga en este ejercicio (Iñiguez et al., 2017; Maksimovic & Evtimov, 2023).

Además, algunos autores remiten a la tradición de la teoría fenomenológica, que destaca la intuición reflexiva con el fin de describir la experiencia tal como se constituye en la conciencia.

Es investigar de forma constante, de manera epistemológica y con compromiso con la descripción y la clarificación de la estructura esencial del mundo vivido, de la experiencia consciente (Mendoza de Carmona, 2019).

Como señala Creswell, la integración de lo cuantitativo y lo cualitativo aporta mayor profundidad, validez y riqueza al estudio, ya que une la precisión estadística con la profundidad de las experiencias narradas y supera las limitaciones de enfoques aislados mediante una comprensión más completa del fenómeno analizado (Blanco & Pirela, 2022).

3.2 Alcance

El alcance es descriptivo-comparativo en la fase cuantitativa; aquí se caracterizan la fragilidad y el soporte social; se compara por sexo, estado civil, tipo de familia y niveles de fragilidad; e interpretativo-explicativo en la fase cualitativa, donde se profundiza en los significados y las experiencias vividas en relación con las redes de apoyo y la fragilidad. El enfoque mixto se sustenta en los desarrollos de Creswell & Plano Clark (2018) y en la tradición de Tashakkori & Teddlie (2010) sobre la integración y la justificación pragmática de métodos.

Un diseño descriptivo es adecuado para caracterizar fenómenos sociales mediante datos numéricos, lo que permite identificar patrones relacionados con ambas variables. Sin embargo, en la fase cualitativa se pueden comprender las experiencias de los adultos mayores frágiles respecto al soporte social (Yip et al., 2022).

Además, el estudio con un diseño mixto secuencial tiene un componente explicativo, ya que combina un análisis transversal descriptivo con la segunda parte cualitativa. Esto busca llegar más a fondo e integrar ambas partes que brinden una explicación de cómo se describen el síndrome

de fragilidad y el soporte social en adultos mayores, y de qué condiciones influyen en esta relación (Yip et al., 2022).

3.3 Justificación del Método

Se adopta un diseño mixto secuencial, explicativo, considerando que responde a las necesidades; además, permite ir más allá de los límites cuantitativos, ya que se complementa con la fase cualitativa para profundizar en el contexto y no quedar en un solo dato numérico. Que, de mayor posibilidad y fuerza, con solidez en sus resultados, hallazgos y conclusiones, debido a la combinación de números y experiencias, y a una rigurosa integración (Subedi, 2023; Toyon, 2021).

3.4 Diseño Mixto Secuencial Explicativo

Con la elaboración del estado del arte, las revisiones que muestran mayor evidencia de estudios de fragilidad y soporte social en personas mayores con enfoque cuantitativo, nos permitimos caracterizar la tendencia a como se abordan estos factores y algunas limitaciones, que permitan comprender esa parte cualitativa con la voz a experiencias y significados de los adultos mayores, motivo por el cual se decide el diseño mixto secuencial explicativo que combinen la precisión estadística con la profundidad de la interpretación de significados (Leone & Couselo, 2023).

De igual modo esa revisión documental para el estado del arte, mostró predominio para el análisis de fragilidad y soporte social en adultos mayores con instrumento como FRIED y SHARE-FI, con vacíos en los significados y las experiencias que las personas dan frente a estas limitaciones explicativas que atraviesan, por eso el diseño mixto secuencial explicativo permite integrar la precisión estadística con la interpretación contextual, fortaleciendo la validez mediante

la triangulación y ofreciendo una comprensión integral que articula “cuánto” ocurre con “por qué” sucede (Toyon, 2021).

3.5 Población y Muestra

Durante el estudio se asistió a reuniones en diferentes asociaciones de población de adultos mayores en la ciudad de Culiacán, Sinaloa, entre ellas, las de la Universidad Autónoma de Sinaloa, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los Centros de día del DIF 6 de enero. Se les informó sobre el objetivo del estudio y otorgaron su consentimiento voluntario por escrito para participar. Una vez autorizado el ingreso al campo, se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión: edad, capacidad física y cognitiva para realizar y responder adecuadamente, así como ser residentes en la ciudad de Culiacán, Sinaloa, procurando diversidad de género y de edad dentro del rango.

Tabla 7

Población de referencia y participantes contactados por agrupación institucional.

Agrupación	Contactados	Participantes Elegibles (encuesta)
Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS)	48	45
IMSS (jubilados/as)	63	57
Centros de día DIF 6 de enero	47	44
Total	158	146

Nota. La tabla presenta el número de personas adultas mayores contactadas en cada agrupación institucional y aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en la fase cuantitativa del estudio.

Para la fase cuantitativa, se calculó el tamaño de la muestra mediante el software estadístico G*Power, versión 3.1.9.7, considerando un escenario con tres grupos de adultos mayores (robustos, pre-frágiles y frágiles). Para el cálculo se utilizó la familia de pruebas F, considerando

un análisis de la varianza de una vía (ANOVA one-way) con un tamaño del efecto de 0.4, una probabilidad alfa de 0.05 y una potencia estadística (1-b error prob) de 0.8; se estimó un tamaño de muestra mínimo de 66 sujetos. Sin embargo, la muestra del estudio fue mayor, siendo un total de 158 adultos mayores, de los cuales, solamente 146 cumplieron con los criterios de inclusión (Chaokromthong y Sintao, 2021).

Para la fase cualitativa, Guetterman et al. (2015) destacan que se exploran en profundidad las experiencias y los significados de los participantes para comprender los fenómenos sociales complejos. Así pues, con base en los resultados cuantitativos, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Flick, 2007). Participaron cuatro adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, como una capacidad física y cognitiva para realizar y responder adecuadamente, además de ser residentes de Culiacán, Sinaloa, procurando diversidad de género y edad dentro del rango. Al respecto, Creswell (2003) refiere que, en los estudios cualitativos, los intervalos de las muestras varían entre 1 y 50 casos.

En adición, la fenomenología trabaja con muestras pequeñas y profundas, priorizando la densidad y el significado de los relatos por encima del tamaño muestral. Por lo tanto, la parte cualitativa de este estudio buscó centrar la atención en las voces de quienes han vivido de manera directa el fenómeno de la fragilidad y el soporte social, enfatizando la participación de cuatro personas mayores (Moustakas, 1994).

3.6 Técnicas e Instrumentos

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó, en la parte cuantitativa, un cuestionario sociodemográfico; para determinar el soporte social, la Escala de Redes Sociales de Lubben revisada (LSNS-R); y para evaluar la fragilidad, el Instrumento de Fragilidad del Estudio sobre

Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE-FI), validado por Romero-Ortuño. Después, en la parte cualitativa mediante entrevistas en profundidad a los casos seleccionados. Todo el proceso se desarrolló conforme a los principios éticos de respeto, confidencialidad y consentimiento informado.

3.6.1 Características Sociodemográficas

Para el análisis de las características sociodemográficas, se aplicó una encuesta de auto reporte (elaboración propia) que incluyó las siguientes categorías: edad, género, estado civil, nivel educativo, tipo de familia, servicios médicos, situación laboral y estado de salud.

3.6.2 Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa SHARE-FI

Para el análisis de los datos se utilizó el instrumento de fragilidad SHARE-FI, ampliamente utilizado en investigación para la atención primaria y que se deriva de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (por sus siglas en inglés, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, [SHARE]), mediante un procedimiento de cálculo específico para cada sexo que incluye elementos relacionados con el agotamiento, la pérdida de peso, la fuerza de agarre manual, la lentitud y la baja actividad. SHARE-FI se basa en puntuaciones de factores discretos y divide a las personas en robustas (mujeres <0.315; hombres < 1.212 puntos), pre-frágiles (mujeres < 2.103; hombres < 3.005 puntos) y frágiles (mujeres <6; hombres <7 puntos). En el primer escenario, se consideró un análisis de dos grupos (ya sea robustos vs pre-frágiles o pre-frágiles vs frágiles), mientras que en el segundo escenario consideraríamos incluir participantes de diferentes grados de fragilidad (robustos vs pre-frágiles vs frágiles). Es un instrumento validado y ampliamente utilizado en adultos mayores (Romero-Ortuno et al., 2010; Haider et al., 2016).

Soporte social

3.6.3 Escala de Redes Sociales (LSNS)

La Escala de Redes Sociales, por sus siglas en inglés, Lubben Social Network Scale (LSNS), es un conjunto de instrumentos diseñados para evaluar el apoyo social que me permite explorar con respecto al soporte social ya que me permite la operacionalización de las variables a través del apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores. Estas escalas examinan el tamaño de la red social de un adulto mayor, así como la cercanía y frecuencia de los contactos que mantiene con diferentes miembros de su red social (Lubben et al., 2006).

Por su parte, la LSNS-R se integra de 12 ítems con 6 opciones de respuesta tipo Likert puntuado de 0 a 5, donde 0 se nula relación con familiares y con no familiares, y frecuencia de contacto menos de una vez al mes; mientras que 5 puntos indican que tiene una relación con más de nueve familiares o no familiares y tiene contacto con ellos diariamente. La LSNS-R nos proporciona cuatro categorías de análisis: apoyo social familiar (rango 0-30), apoyo social no familiar (rango de 0-30), soporte social (rango de 0-60) y aislamiento social (bajo > 30 puntos, moderado de 26-30 puntos, alto de 21-15 y aislamiento social ≤ 20 puntos). Es una escala validada en español en adultos mayores (Lubben et al., 2006; Navarro Naranjo, 2021).

Fase Cualitativa

Para la fase cualitativa, la observación y la entrevista semiestructurada permiten sumergirse en la forma del otro, explorar y detallar lo que resulta significativo para la persona. Se trata de reconstruir meticulosamente su experiencia, paso a paso. La entrevista en profundidad adopta el

formato de conversación entre pares, basada en encuentros repetidos y cara a cara entre el investigador y los informantes (Robles, 2011).

Kvale & Brinkman (2015) conciben la entrevista cualitativa como una conversación con propósito orientada a comprender el mundo de la vida del participante; en esa línea, la versión semiestructurada operacionaliza dicho objetivo mediante una guía temática flexible que permite adaptar las preguntas, el orden y los sondeos según las respuestas. Por su parte, Denzin & Lincoln (2018) describen la observación como un recurso central del enfoque naturalista, que permite acceder a procesos, rutinas y significados situados en los contextos en los que las personas adultas mayores viven e interactúan.

3.6.4 Guía de Entrevista

1. Experiencia de la fragilidad

- ¿Cómo describiría su estado de salud, le limita?
- ¿En qué momentos ha sentido que su salud le limita?
- ¿Cuáles son los principales cambios que ha notado en su cuerpo o en su ánimo con el paso de los años?
- ¿Ha tenido caídas, pérdida de fuerza, cansancio o dificultades para caminar? ¿Cómo ha impactado esto en su vida diaria?
- ¿Cómo afecta su salud a su independencia y autonomía en actividades cotidianas?
- ¿Ha sentido miedo o preocupación por su salud? ¿En qué situaciones?

2. Experiencia soporte social

- ¿Quiénes han sido las personas más importantes para apoyarle en su salud?
- ¿Cómo ha cambiado su red de apoyo con los años?

- ¿Recibe apoyo de familiares, amigos, vecinos o instituciones? ¿De qué tipo?
- ¿Qué tipo de ayuda recibe con mayor frecuencia (emocional, económica, acompañamiento, ayuda en tareas del hogar, etc.)?
- ¿Participa en actividades comunitarias, centros de día o programas municipales? ¿Cómo han influido en su bienestar?
- ¿Siente que puede contar con alguien cuando lo necesita?

3. Interacción fragilidad – apoyo social

- ¿Cómo cree que el apoyo recibido ha influido en su salud?
- ¿Qué tipo de apoyo le ha resultado más útil?
- ¿Ha habido momentos en los que necesitó apoyo y no lo recibió? ¿Cómo lo afrontó?
- ¿Ha cambiado la importancia que le da al apoyo social a medida que ha envejecido?
- ¿Cómo se siente emocionalmente al recibir apoyo? ¿Le resulta fácil pedir ayuda?
- ¿Considera que el apoyo social ha cambiado su manera de enfrentar los problemas de salud o las limitaciones físicas?

4. Perspectiva personal y expectativas

- ¿Qué significa para usted envejecer de manera saludable?
- ¿Cuáles son sus principales preocupaciones o deseos para el futuro?
- ¿Qué le gustaría que mejorara en la atención o el apoyo que recibe?
- ¿Qué mensaje les daría a otras personas mayores sobre la importancia del apoyo social?

Para garantizar la coherencia entre las preguntas de investigación, los objetivos y los procedimientos metodológicos, se presenta a continuación la relación directa entre cada instrumento utilizado y el objetivo al que da respuesta dentro del diseño mixto secuencial explicativo.

Tabla 8

Correspondencia entre instrumentos, objetivos y variables del estudio.

Instrumento	Objetivo	Categoría / variable	
		Conceptual	Operacional
Encuesta sociodemográfica (elaboración propia)	“Identificar las características sociodemográficas y su relación con el soporte social y la fragilidad”.	Edad, sexo, estado civil, tipo de familia, comorbilidades, situación laboral, servicios médicos.	
SHARE-FI (Romero-Ortuño)	“Diferencias en el soporte social según el nivel de fragilidad y clasificar a los adultos mayores en robustos, prefrágiles o frágiles”.	Fragilidad física.	
Escala LSNS-R (Lubben)	Responde al objetivo cuantitativo: “Identificar el nivel de soporte social percibido y comparar diferencias según sexo, estado civil, tipo de familia y nivel de fragilidad”.	Soporte social, apoyo familiar, apoyo de amistades, riesgo de aislamiento.	
Entrevista semiestructurada (fenomenológica)	Responde al objetivo cualitativo: “Comprender las experiencias vividas respecto al soporte social en contextos de fragilidad”.	Experiencia de fragilidad, experiencia de apoyo familiar, comunitario e institucional; sentido de pertenencia; afrontamiento; resiliencia.	

Nota. La tabla muestra la relación entre cada instrumento utilizado en el estudio y el objetivo específico al que contribuye dentro del diseño mixto secuencial explicativo.

3.7 Ingreso al Campo

El ingreso al campo es un proceso crucial en toda investigación que involucra la interacción entre los participantes y la recopilación de datos. Esto se realiza con base en los dos tipos de fases: cuantitativa y cualitativa, en las que el estudio se dividió, incluso en los entornos geográficos de las personas mayores con las que hemos de realizar el estudio, de manera efectiva y ética.

Para acceder al campo, basado en Johnson & Onwuegbuzie (2004), en el que se resalta que el estudio mixto es un paradigma de investigación sólido y muy útil para el abordaje de las ciencias sociales, debido a que permite superar los vacíos de los enfoques puramente cuantitativos o cualitativos y comprender el fenómeno social estudiado de forma más completa.

Asimismo, Jhonson et al. (2007) señalan que, durante la fase cuantitativa, se busca recolectar datos estructurados y numéricos con el fin de evaluar patrones, frecuencias o relaciones entre variables mediante instrumentos estandarizados.

Durante la fase cuantitativa, se buscó a personas adultas mayores que participan en grupos o asociaciones de personas jubiladas, tanto del IMSS como de la UAS o del centro de día del DIF 6 de enero, en la ciudad de Culiacán, Sinaloa. El proceso se desarrolló de la siguiente manera:

Una vez autorizado el ingreso al campo, se definen las características de los participantes, así como los criterios de inclusión y exclusión. El primer criterio que tomamos en consideración fue la edad de 60 años o más, un requisito importante para participar en el estudio; vivir en la ciudad de Culiacán, Sinaloa; diversidad de género y de edad, siempre y cuando estén dentro del rango establecido; y la aceptación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Se

excluyó a las personas que no cumplían la edad mínima, no residían en la localidad o no otorgaron su consentimiento.

El tamaño de la muestra se determinó considerando tanto la representatividad necesaria para realizar análisis estadísticos descriptivos como la validez de los hallazgos cuantitativos. Los estudios de investigación mixta destacan la importancia del diseño de muestreo y su impacto directo en la calidad de las inferencias (Onwuegbuzie & Collins, 2017).

Con base en las recomendaciones de Onwuegbuzie & Collins (2017), se opta por una muestra de 158 personas mayores; sin embargo, se excluyen 12 que no cumplen con los criterios establecidos, lo que da un total de 146 participantes, una cifra suficiente para detectar patrones y relaciones entre las variables establecidas y contribuir al rigor científico del estudio mixto. Se aplican los siguientes instrumentos validados: SHARE-FI y la escala LSNS-R.

Para la fase cualitativa, Guetterman et al. (2015) destacan la exploración profunda de las experiencias y los significados de los participantes con un nivel de fragilidad, a fin de comprender los fenómenos sociales complejos. Así pues, para entrar en esta parte, tanto en el campo como hasta este momento, se seleccionó a cuatro adultos mayores, quienes resultaron frágiles en la etapa cuantitativa.

En consonancia con los principios del método fenomenológico, esta selección se apoya en criterios de muestreo intencional, es decir, se seleccionan participantes que han experimentado directamente el fenómeno que se busca explorar (Moustakas, 1994).

Gracias a la fenomenología se podrá entender la esencia de las experiencias vividas desde la perspectiva de quienes las han atravesado, lo cual requiere de participantes capaces de ofrecer

relatos profundos y ricos en significado (Tavakola & Sandars, 2025). Además, estudios metodológicos recientes advierten que, aunque los tamaños de muestra en estudios fenomenológicos pueden variar, la calidad del análisis suele ser mayor cuando se emplean muestras pequeñas y bien definidas, alineadas con un enfoque específico del método (Bartholomew et al., 2021).

Por ello, se elige un grupo reducido de cuatro personas clasificadas como frágiles, lo que responde a la necesidad de explorar en profundidad su vivencia y permite identificar temas comunes y variaciones significativas en su experiencia.

En conclusión, el ingreso al campo requiere planificación, preparación y una ejecución cuidadosa para seguir estas fases y procedimientos, que garanticen un ingreso al campo efectivo y ético, permitiendo recopilar datos de calidad estableciendo confianza con los participantes (Creswell & Plano Clark, 2018; Robles, 2011).

3.8 Consideraciones Éticas

Los principios éticos fundamentales que rigen este estudio son el respeto a las personas y su autonomía. Todos los adultos mayores que participen deben ser informados sobre el objetivo, el proceder, los riesgos y los beneficios que conlleva realizar dicho estudio. La participación deberá ser voluntaria y contar con el consentimiento informado (Miranda-Novales & Villasís-Keever, 2019).

Asimismo, la beneficencia y la no maleficencia son otros principios que consisten en maximizar el beneficio que trae consigo dicho estudio y, por otro lado, minimizar los riesgos que tiene para los participantes. Los riesgos que pueden surgir deben estar previamente identificados

y justificados para asegurar que los mayores que participen puedan superarlos (Salazar Raymond et al., 2018).

Para la selección de participantes nos basamos en el principio de justicia y equidad, sin hacer distinciones; los beneficios que genere dicho estudio serán distribuidos de manera equitativa entre los participantes y los responsables de la investigación (Miranda-Novales & Villasís-Keever, 2019).

Ante todo, se ofrece la garantía de la confidencialidad y la privacidad: los datos personales que se brindan serán resguardados para la total confidencialidad y el anonimato de cada participante; el uso dado a los datos será con fines científicos y no de otra índole (CEPAL, 2024). También se llevará a cabo el consentimiento informado. Consiste en dar a conocer a cada participante todos los aspectos relevantes del estudio que se pretende realizar. Para todo esto, se requiere contar con su autorización explícita antes de su inclusión en dicho estudio (Barrientos Rastrojo, 2023).

Se garantiza la transparencia y el acceso a la producción y al análisis de los datos, lo que permite la replicabilidad y la verificación de los resultados por parte de la comunidad científica. Asimismo, se garantiza la integridad científica, evitando el plagio, la manipulación de datos y la tergiversación de los resultados. La prevalencia de la honestidad y la objetividad es un elemento esencial que se buscará cubrir durante el proceso investigativo (Espinoza Freire & Calva Nagua, 2020).

3.9 Conclusión del Trabajo de Campo

3.9.1 Tratamiento de Datos Cuantitativos

La estadística descriptiva de los datos se realizó mediante la media, la desviación estándar, la frecuencia y el porcentaje relativo. Se utilizó el software G*Power para calcular la muestra mínima requerida. La normalidad y homogeneidad de la varianza se analizaron mediante las pruebas de Shapiro-Wilk y de Levene, según el tipo de escenario de los datos recolectados. Cuando se compararon los determinantes sociodemográficos (edad, sexo, comorbilidad asociada, situación laboral y uso de dispositivo) frente al soporte social, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; cuando se consideraron más de tres grupos (estado civil, tipo de familia y nivel de fragilidad), se utilizó un análisis de varianza con un factor (ANOVA one-way). Si la F es significativa, se realizarán pruebas post hoc con el ajuste de Bonferroni. Se estableció el nivel de significancia en $p < 0,05$. El tratamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25.0 (IBM).

Según Rahman y Muktadir (2021), el uso de SPSS es el más común debido a su capacidad para gestionar grandes volúmenes de información, aplicar procedimientos estadísticos robustos y generar representaciones gráficas claras y sistemáticas.

Por tanto, a partir de estas aportaciones, en la presente investigación se recurre a él para procesar un número considerable de encuestas recolectadas, lo que permite organizar adecuadamente la base de datos, realizar los análisis estadísticos correspondientes y producir visualizaciones que fortalecen la comprensión de los resultados. El uso de este software contribuye al rigor metodológico y a la solidez interpretativa de la fase cuantitativa del estudio.

Asimismo, Leech (2022) destaca IBM SPSS en las investigaciones mixtas, ya que permite integrar datos y articularlos con la parte cualitativa de forma ordenada, coherente y sistemática. Por tanto, seguimos dicha referencia para la construcción de este trabajo, que obedece a un diseño mixto y utiliza esta herramienta.

3.9.2 Tratamiento de Información Cualitativa

Por otra parte, en la fase cualitativa se utilizó ATLAS.ti, versión 9, para el análisis, siguiendo una ruta fenomenológica. Es sabido que este software se utiliza en investigaciones cualitativas porque permite organizar, codificar y analizar una gran cantidad de datos textuales de manera sistemática, lo que asegura el rigor metodológico y la profundidad interpretativa.

Como afirma Klüber (2014), señalando que ATLAS.TI ofrece múltiples posibilidades para investigaciones fenomenológicas, lo que permite una codificación reflexiva y la exploración de contenidos nuevos y emergentes en los relatos de los participantes. Esta característica resulta esencial para comprender la esencia de las experiencias vividas, objetivo central de la fase cualitativa de este estudio.

Capítulo 4.

Resultados y discusión

La organización de este capítulo sigue la lógica del diseño mixto aplicado en el estudio. En primer lugar, se presentan los resultados cuantitativos, derivados de la caracterización sociodemográfica de la muestra y del análisis del soporte social, así como de las comparaciones por variables sociodemográficas y de la relación entre la fragilidad y el soporte social.

En segundo término, se presentan los resultados cualitativos, que incluyen el análisis descriptivo inicial, la codificación abierta, la codificación axial y las categorías emergentes, con el propósito de profundizar en los significados y las experiencias que subyacen a los patrones identificados.

Finalmente, la integración de los hallazgos se organiza en subapartados que articulan la síntesis global del soporte social, las comparaciones por sexo, estado civil y tipo de familia, el uso de dispositivos de apoyo y la integración específica entre el soporte social y la fragilidad, para cerrar con una conclusión integrada que vincula ambas partes y delimita sus aportes e implicaciones (Creswell & Plano Clark, 2018; Moustakas, 1994).

4.1 Enfoque Cuantitativo

4.1.1 Características Sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 146 participantes. En la tabla 9 se describen los determinantes sociodemográficos. En cuanto a la edad, la mayoría se concentró en el grupo de 66 a 75 años, que representó el 50,7% (n = 74) de la población estudiada, mientras que los grupos

menores de 65 años y mayores de 75 años presentaron la misma proporción, con 24,7% cada uno (n = 36). Respecto al sexo, predominó el femenino, con el 74,0% (n = 108), frente al masculino, que representó el 26,0% (n = 38).

Analizando lo anterior desde la OMS y CONAPO, que mencionan una feminización en la vejez debido a una mayor supervivencia de las mujeres de edad avanzada, esto se afirma con evidencia demográfica en publicaciones de salud pública sobre el crecimiento acelerado en grupos etarios de 60 años o más, así como sobre la demanda de apoyo y cuidados (OMS, 2024; CONAPO, 2025).

Con lo que respecta al estado civil, el mayor porcentaje correspondió a participantes casados/as, con el 45,9% (n = 67), seguido de viudos/as con el 26,7% (n = 39). Los solteros/as representaron el 17,1% (n = 25), mientras que los divorciados/as constituyeron el 10,3% (n = 15). Todo lo anterior es un reflejo de transiciones esperadas a lo largo del curso de vida en etapas avanzadas, ya que el envejecimiento debe entenderse como un proceso continuo, dinámico y multidimensional, donde coexisten pérdidas y ganancias (Blanco, 2011; Gómez Montes & Curcio Borrero, 2021).

En cuanto al nivel educativo, se observó que el 45,2% (n = 66) contaba con estudios de nivel profesional. Los niveles básicos y de posgrado presentaron proporciones iguales, ambos con el 27,4% (n = 40). Estos resultados permiten contextualizar el perfil del nivel educativo; en particular, se parte de lo reportado por Carrasco Peña et al. (2018), quienes documentan que un menor grado de escolaridad se asocia con una mayor fragilidad en adultos mayores, sobre todo en aquellos que cuentan con comorbilidades y algunas condiciones sociales desfavorables.

Los hallazgos del estudio citado nos permiten entender que la escolaridad puede ser un recurso protector que favorece el mantenimiento de la funcionalidad y la reducción del riesgo de fragilidad en la vejez, considerando los múltiples componentes de la fragilidad y resaltando el dominio cognitivo.

Respecto al tipo de familia, predominó la familia nuclear con el 40,4% (n = 59), seguida de la monoparental con el 32,9% (n = 48). La familia extensa representó el 22,6% (n = 33), mientras que solo el 4,1% (n = 6) de los participantes vivía solo/a. Los resultados sugieren la proximidad familiar y verificar si es que cumple con la función de amortiguación social. Desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) podemos ver a la familia como el primer microsistema de apoyo con funciones que van desde el acompañamiento, el cuidado, incluso la ayuda en tareas domésticas y gestión de trámites. Su presencia protege frente a la soledad y el aislamiento.

La distribución familiar es favorable, resulta oportuno, según marca la literatura, el tamizaje social para detectar casos con redes frágiles aun cuando no vivan solos, pues la coresidencia no es garantía del soporte social funcional suficiente por parte de esta red primaria que es la familia (Lubben et al., 2006).

Cabe destacar que, en Colombia, en el estudio realizado por Lizcano Cardona et al. (2020), reporta que una percepción sólida de respaldo social está vinculada con mejor salud y menor riesgo de depresión, mientras que en México el apoyo social y la independencia funcional son factores que influyen en la percepción de la calidad de vida. Cuando el soporte social es limitado, la funcionalidad se ve afectada. Aunque en la muestra pocas personas viven solas, se necesita valorar

la calidad del apoyo familiar, ya que la convivencia no es garantía de un soporte social efectivo (Lizcano Cardona et al., 2020; Alonso et al., 2022; Parodi & Runzer Colmenares, 2021).

En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los participantes se encontraba inactiva (84,2%; n = 123), mientras que únicamente el 15,8% (n = 23) se encontraba activa. Esto es coherente con la transición típica hacia la jubilación en contextos urbanos y con los patrones demográficos descritos, que corresponden a personas de 66 a 75 años. Esta inactividad no se interpreta solo como ausencia de empleo, sino como una fase de transición que reconfigura los ritmos de vida y sus redes sociales, como mencionan la teoría de la continuidad y Lim en su documento sobre la transformación en las redes sociales, especialmente en zonas urbanas (Atchley, 1971; Lim et al., 2025; Thornton & Bowers, 2024; CONAPO, 2025).

Desde un enfoque ecológico, esto implica la modificación en microsistemas de interacción y surge la demanda de nuevos acoplamientos del mesosistema que abarca desde familia, centros de día y distintos servicios comunitarios, donde se mantiene la participación y el bienestar. Asimismo, la literatura señala que, tras el retiro, el riesgo de aislamiento puede incrementar si no se reemplazan los vínculos sociales que ofrecía la vida laboral, como el contacto cotidiano, aun así, se puede mantener un bajo riesgo de aislamiento si se cuenta en esta etapa con una buena participación comunitaria y actividades organizadas, tal como destacan algunos estudios referenciados llevados a cabo en China y Europa (Sun et al., 2022; Miglio et al., 2024).

Finalmente, en cuanto a los servicios médicos, el 63,0% (n = 92) estaba afiliado al IMSS, seguido del ISSSTE con el 18,5% (n = 27) y de la doble afiliación IMSS/ISSSTE con el 15,1% (n = 22). Solo el 3,4% (n = 5) contaba con servicios médicos particulares. Esto refleja el andamiaje institucional de atención en salud para personas adultas mayores en contextos urbanos de México,

lo cual, este perfil, es coherente con la estructura del sistema de salud enmarcado anteriormente desde los distintos regímenes (Escalona, 2022).

En relación con la presencia de comorbilidades asociadas, el 78,8% (n = 115) reportó tener al menos una comorbilidad, mientras que el 21,2% (n = 31) no presentó comorbilidades. La alta prevalencia de comorbilidades en la muestra es congruente con el perfil epidemiológico de la vejez y con evidencias sobre la acumulación de enfermedades crónicas, lo que incrementa la vulnerabilidad clínica y funcional (Clegg et al., 2013; Morley et al., 2013).

En los estudios revisados en Latinoamérica se señala que, en México, según evidencia de Carrasco Peña et al. (2018), la fragilidad se relaciona con comorbilidad, el sexo, la viudez, un IMC bajo y menor escolaridad. En la región andina, Moya (2022) describe perfiles con múltiples condiciones crónicas asociadas al deterioro funcional. El 78,8 % de las comorbilidades en la muestra constituye una ventana clave para evitar la progresión hacia la fragilidad y la dependencia.

Tabla 9

Características sociodemográficas del estudio

Variables	n	%
Edad		
< 65	36	24.7
66 - 75	74	50.7
> 75	36	24.7
Sexo		
Mujeres	108	74.0
Hombres	38	26.0
Estado Civil		
Soltero/a	25	17.1
Casado/a	67	45.9

Divorciado/a	15	10.3
Viudo/a	39	26.7
Nivel Educativo		
Nivel básico	40	27.4
Profesional	66	45.2
Posgrado	40	27.4
Tipo de familia		
Sola	6	4.1
Nuclear	59	40.4
Monoparental	48	32.9
Extensa	33	22.6
Situación Laboral		
Inactivos	123	84.2
Activos	23	15.8
Servicios Médicos		
IMSS	92	63.0
ISSSTE	27	18.5
IMSS/ISSSTE	22	15.1
Particular	5	3.4
Comorbilidad asociada		
Si	115	78.8
No	31	21.2

4.1.2 Nivel de Soporte Social (LSNS-R)

Para dar respuesta al primer objetivo y a la pregunta de investigación en relación con el nivel de soporte social percibido por los adultos mayores según la clasificación de la escala LSNS-R, la mayoría de los participantes se ubicó en el nivel de bajo riesgo de aislamiento, con un 58,2% (n = 85). Asimismo, el 21,9% (n = 32) presentó un nivel moderado de riesgo de aislamiento. En menor proporción, el 12,3% (n = 18) se clasificó en un nivel de alto riesgo de aislamiento. Finalmente, el 7,5% (n = 11) de los participantes se encontró en la categoría de riesgo de aislamiento; dichos resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10*Distribución del soporte social (LSNS-R) en la muestra (n = 146)*

LSNS_R_Clasif		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	85	58.2
	Moderado	32	21.9
	Alto	18	12.3
	Riesgo	11	7.5
	Total	146	100.0

Nota. Riesgo de aislamiento.

Los resultados también muestran que la mayoría de quienes participaron tiene redes de apoyo activas y una minoría se acerca al riesgo o al aislamiento, lo cual evidencia que, aunque las redes estén presentes, no todas tienen el mismo tipo de apoyo: algunas son amplias, otras pequeñas y casi inexistentes. Esto evidencia un segmento que requiere una detección oportuna y la activación de redes para evitar la progresión hacia el aislamiento.

Para fundamentar lo anterior en el marco de la teoría ecológica, la familia forma parte de un sistema micro, al igual que las amistades, que constituyen el primer sostén de afecto y facilitan la función del adulto mayor, además de ser un recurso protector. Lo planteado por Bronfenbrenner, en los sistemas, mitiga sus adversidades mediante el apoyo que se otorga y que beneficia la salud integral en esta etapa (Bronfenbrenner, 1979; Lubben et al., 2006; Lizcano Cardona et al., 2020).

4.1.3 Comparaciones por Variables Sociodemográficas

En cuanto al objetivo cuantitativo, que busca comparar el riesgo de aislamiento social según características sociodemográficas, como sexo, edad, estado civil, tipo de familia y nivel de

fragilidad. En la Tabla 11 se presentan los factores sociodemográficos asociados al soporte social, medido mediante la escala LSNS-R, en adultos mayores.

Tabla 11

Factores asociados entre variables sociodemográficas y soporte social en adultos mayores

Variables	Soporte social (LSNS-R)		
	Media	±	SD
Sexo			
Mujer	30.5	±	6.4
Hombres	32.3	±	7.0
<i>P</i>	0.146		
Edad			
< 65	32.0	±	5.3
66 – 75	32.3	±	5.7
> 75	27.3	±	8.0
<i>P</i>	0.002		
Estado Civil			
Soltera	30.5	±	6.0
Casada	32.4	±	6.5
Divorciada	30.0	±	4.9
Viuda	29.3	±	7.2
<i>P</i>	0.113		
Tipo de familia			
Sola	29.8	±	5.1
Nuclear	31.9	±	7.0
Monoparental	29.8	±	5.7
Extendida	31.2	±	7.1
<i>P</i>	0.401		
Comorbilidad asociada			
Si	30.8	±	6.9
No	31.7	±	5.3
<i>P</i>	0.787		
Situación Laboral			
Inactivo	31.2	±	6.4
Activo	28.8	±	7.4
<i>P</i>	0.403		
Uso de dispositivo			

Sí (bastón o andadera)	31.6 ± 6.1
No	27.5 ± 8.2
<i>P</i>	0.023
Nivel de Fragilidad	
Fragilidad	28.1 ± 7.5
Prefrágiles	29.8 ± 5.3
No frágiles	32.3 ± 6.2
<i>P</i>	0.004

Nota. Factores sociodemográficos asociados al soporte social.

Respecto al sexo, los hombres presentaron una media ligeramente mayor de soporte social (32.3 ± 7.0) que las mujeres (30.5 ± 6.4); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.146$). Pero a otros estudios que se revisaron durante el estado del arte como es el caso de Carrasco et al. (2017), con respecto al sexo, encontraron que las mujeres suelen presentar una mayor fragilidad que los hombres; Carrasco-Peña et al. (2018) reportaron lo mismo: que ser mujer aumenta la probabilidad de fragilidad, pero también documentaron que las mujeres suelen mantener vínculos relacionales más activos y redes afectivas más cohesionadas, lo que puede contrarrestar el riesgo de aislamiento. En este sentido, los datos del presente estudio sugieren que el sexo, por sí solo, no constituye un determinante suficiente del aislamiento social y que puede verse influido por el contexto sociocultural.

En cuanto a la edad, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el soporte social ($p = 0.007$). Los participantes mayores de 75 años (27.3 ± 8.0) presentaron niveles significativamente menores de soporte social en comparación con los grupos menores de 65 años (32.0 ± 5.3 , $p = 0.005$) y de 66 a 75 años (32.3 ± 5.7 , $p = 0.000$).

Todo lo anterior puede señalar que, conforme la edad avanza, la percepción del soporte social y su red de apoyo tiende a disminuir; es decir, se manifiesta una reducción que puede ser un indicio de que, con el envejecimiento, se produce una mayor pérdida de vínculos, menor

interacción y más limitaciones físicas que restringen la participación social. Con el argumento del estudio de Wang et al. (2023) que manifestó que la soledad y el aislamiento son factores que incrementan el riesgo de mortalidad, empeoran el funcionamiento físico y aumentan la prevalencia de problemas depresivos y ansiosos en este grupo etario.

En el análisis del estado civil, las personas casadas presentaron la media más alta de soporte social (32.4 ± 6.5), seguidas de las solteras (30.5 ± 6.0), las divorciadas (30.0 ± 4.9) y las viudas (29.3 ± 7.2); no obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p = 0.113$). No obstante, los hallazgos de otros estudios indican que contar con pareja es un sostén que brinda apoyo cotidiano, en contraste con la viudez, que puede verse como una contracción de la red y orilla a un mayor riesgo de soledad y aislamiento en la vejez (Lizcano Cardona et al., 2020; ENASEM, 2021).

Sin embargo, con los hallazgos de este estudio en particular, el riesgo no depende por sí solo del estado civil que guarda la persona mayor, sino de la eficacia de la red de apoyo, de la frecuencia con que interactúa con el otro y de la reciprocidad de las personas que la rodean, ya sea la familia o amistades (Lubben et al., 2006). Así que las limitaciones, como la movilidad, junto con las condiciones del entorno social, intensifican el riesgo de aislamiento en quienes viven solos, han enviudado y tienen más de 75 años. Esto resalta la importancia de promover intervenciones que fomenten la vinculación comunitaria y el fortalecimiento del soporte familiar (Parodi & Runzer-Colmenares, 2021; Gallardo-Peralta et al., 2023).

En cuanto al tipo de familia, los adultos mayores pertenecientes a familias nucleares (31.9 ± 7.0) y extendidas (31.2 ± 7.1) mostraron puntuaciones promedio de soporte social más altas que

quienes vivían solos (29.8 ± 5.1) o en familias monoparentales (29.8 ± 5.7), sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.401$).

Sin encontrar diferencias significativas en el tipo de familia, la evidencia documental de otras investigaciones señaló que las familias nucleares y extendidas suelen tener vínculos intergeneracionales más activos, que ofrecen mayor acompañamiento emocional y apoyo práctico, lo que reduce el riesgo de aislamiento (Lizcano Cardona et al., 2020; Garay Villegas et al., 2020).

Aunque la significación estadística no fue significativa y requiere una interpretación prudente, sí se palpa una tendencia que coincide con otros estudios reportados que han señalado la relevancia de dirigir las intervenciones dirigidas al adulto mayor que vive solo o con redes reducidas (Lizcano Cardona et al., 2020; Garay Villegas et al., 2020).

La presencia de comorbilidad no mostró una asociación significativa con el soporte social. Los participantes sin comorbilidades presentaron una media de 31.7 ± 5.3 , mientras que los con comorbilidades presentaron una de 30.8 ± 6.9 ($p = 0.787$). Aunque en la muestra la comorbilidad no se asocia con el soporte social, se observa una tendencia a un menor nivel de soporte social en quienes reportan enfermedades crónicas.

En la literatura previamente consultada, algunos estudios describen cómo condiciones como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular o depresión incrementan la vulnerabilidad de las personas mayores y el grado en que pueden reducir la frecuencia e intensidad del contacto social, ya sea por limitaciones funcionales, lo cual, además, incrementa la demanda de cuidados continuos (Morley et al., 2013; Díaz de León-Castañeda et al., 2025).

En relación con los resultados sobre la situación laboral, los adultos mayores inactivos presentaron una media de soporte social de 31.2 ± 6.4 , mientras que los activos mostraron una media de 28.8 ± 7.4 ; esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.403$).

Aunque la diferencia entre personas activas e inactivas no resultó estadísticamente significativa, la tendencia es coherente con lo señalado por la literatura: en la vejez, la pertenencia laboral deja de ser un eje central para la configuración de las redes de apoyo, diversos estudios indican que, conforme avanza la edad, los vínculos sociales dependen menos del trabajo, si tomamos en cuenta que esta etapa se caracteriza por jubilación esto sostiene el hecho que toman un papel protagónico la familia, la comunidad y los espacios de participación social, como centros de día o actividades recreativas (Gallardo-Peralta et al., 2023).

Asimismo, el soporte social percibido está más estrechamente relacionado con la convivencia familiar y la integración comunitaria que con el estatus laboral, lo que, a su vez, permite que la inactividad laboral le dé más tiempo para involucrarse en actividades sociales que puedan incrementar la percepción de su nivel de soporte social (Lizcano Cardona et al., 2020).

Por otro lado, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el uso de dispositivos de apoyo para la marcha. Los participantes que utilizaban bastón o andadera presentaron puntuaciones más altas de soporte social (31.6 ± 6.1 , $p = 0.023$) que quienes no utilizaban dispositivos (27.5 ± 8.2). Esto puede interpretarse así: la movilidad tiende a activar la red de apoyo familiar y comunitaria, ya que demanda mayor acompañamiento en traslados, asistencia práctica e incluso vigilancia para evitar accidentes, lo que incrementa la frecuencia de interacción y la disponibilidad de apoyo o compañía (Parodi & Runzer Colmenares, 2021).

4.1.4 Fragilidad y su Relación con el Soporte Social

Finalmente, los adultos mayores no frágiles mostraron los niveles más altos de apoyo social, mientras que los frágiles, los más bajos. Asimismo, el nivel de fragilidad se asoció significativamente con el soporte social ($p = 0.004$). Los adultos mayores no frágiles (32.3 ± 6.2) presentaron niveles significativamente más altos de apoyo social que los frágiles (28.1 ± 7.5 , $p = 0.004$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de pre-frágiles y los grupos no frágiles y frágiles. La Tabla 12 muestra la distribución del soporte social según el nivel de fragilidad en adultos mayores. Del total de participantes ($n = 146$), el 61,6 % correspondió a adultos mayores no frágiles, el 21,9 % a frágiles y el 16,4 % a pre-frágiles.

Tabla 12

Distribución del nivel de fragilidad y el apoyo social mediante la LSNS-R de la corte de estudio.

		Nivel de Fragilidad						Total	
		Frágiles		Pre Frágiles		No frágiles			
		n	%	n	%	n	%		
Soporte social	Nivel								
	Bajo	13	8.9	14	9.6	58	39.7	85	58.2
	Moderado	7	4.8	4	2.7	21	14.4	32	21.9
	Alto	7	4.8	4	2.7	7	4.8	18	12.3
	Riesgo	5	3.4	2	1.4	4	2.7	11	7.5
	Total	32	21.9	24	16.4	90	61.6	146	100.0

Nota. Elaboración propia.

En términos generales, predominó el nivel de bajo riesgo de aislamiento, lo que evidencia un buen soporte social, observado en el 58,2 % de la muestra. Este nivel fue el más frecuente entre los adultos mayores no frágiles (39,7 %), seguido de los pre-frágiles (9,6 %) y de los frágiles (8,9 %).

El riesgo de aislamiento moderado se identificó en el 21.9 % de los participantes, siendo nuevamente más común en el grupo no frágil (14.4 %) que en los grupos frágil (4.8 %) y pre-frágil (2.7 %). En cuanto al alto riesgo de aislamiento, este se presentó en el 12,3 % de la muestra total, con una distribución similar entre los adultos mayores frágiles y no frágiles (4,8 % cada uno), mientras que el grupo pre-frágil presentó una proporción menor (2,7 %).

Finalmente, el apoyo social bajo se manifestó en la presencia de un nivel de riesgo de aislamiento del 7,5 % del total de participantes, siendo más frecuente en el grupo frágil (3,4 %), seguido por el grupo no frágil (2,7 %) y el grupo pre-frágil (1,4 %).

Desde una perspectiva más amplia esta evidencia sobre los resultados demuestra que las personas mayores que cuentan con mejor estado es decir no frágiles y gracias a su alta funcionalidad aún pueden tener sus redes más operativas, en cambio las personas en un nivel de fragilidad, que se traduce en mayores limitaciones físicas su riesgo de aislamiento puede incrementar, lo cual se fundamenta en lo señalado por Carrasco Peña sobre los perfiles de multimorbilidad y de deterioro funcional, asociados a redes más restringidas y a una mayor vulnerabilidad social (Carrasco Peña et al., 2018; Moya, 2022).

4.2 Enfoque Cualitativo

Desde un encuadre fenomenológico, el análisis cualitativo se orienta a comprender cómo las personas mayores viven y significan la fragilidad y el soporte social en su vida cotidiana. Este enfoque privilegia la experiencia vivida, lo que permite identificar sentidos asociados a la autonomía, la dependencia parcial y la pertenencia. En términos metodológicos, en esta parte se desarrollan las transcripciones de entrevistas semiestructuradas descritas al inicio del capítulo para posteriormente aplicar una fase de codificación abierta y organizar los materiales en ATLAS.ti,

con el propósito de favorecer una lectura inductiva rigurosa y, más adelante, articular la interpretación con los hallazgos cuantitativos.

4.2.1 Análisis Descriptivo: Nube de Palabras

La figura 1 es una nube de palabras y muestra un lenguaje centrado en la primera persona ("yo", "me", "estar", "tener", "porque"), lo cual es característico de narrativas con fuerte anclaje subjetivo. Asimismo, se observan vocablos que podemos asociar a limitaciones físicas y funcionales de las personas entrevistadas ("caminar", "dificultad", "caídas", "rodillas", "dolor", "miedo") y a competencias aún conservadas ("trapeo", "barro", "cocino", "lavo"), junto con términos de dependencia parcial vinculados a la movilidad ("acompañada", "subirme al camión"). Todas estas palabras sustentan los códigos analíticos relacionados, por ejemplo, con la autonomía percibida, la competencia funcional, la dependencia parcial y la movilidad con ayuda, los cuales se desarrollan posteriormente en la codificación abierta.

Figura 1

Nube de palabras



4.2.2 Codificación Abierta

Para llevar a cabo el análisis de resultados en la parte cualitativa, decidimos empezar por la codificación abierta, desde una lógica más inductiva y libre. Las entrevistas con los adultos mayores nos permitieron extraer citas que se destacaron en sus respuestas; luego, a esos fragmentos se les asignaron códigos y se sintetizaron. Gracias a este proceso, surgieron nuevas categorías. Posteriormente, realizamos una nueva agrupación deductiva basada en categorías principales; a partir de este proceso, se fueron revelando los significados de los adultos mayores en torno a sus experiencias relativas a la fragilidad que experimentan y al papel de sus redes de soporte social. Todo esto tuvo como propósito nutrir la parte cuantitativa (Gupta, 2023; Strauss & Corbin, 2015; Saldaña, 2016).

La Tabla 13 ejemplifica cómo se consolidaron los códigos y citas que describen dimensiones de agencia y afrontamiento, entre ellas, la Activación y el sentido de propósito, el Autocuidado activo y la Resiliencia ante la fragilidad. Los soportes familiares e institucionales: tal es el caso de la coresidencia como apoyo, el cuidado directo de los hijos, el apoyo institucional como factor de bienestar y de funcionalidad cotidiana, en especial, la competencia funcional y la autonomía percibida.

Figura 2

Codificación abierta

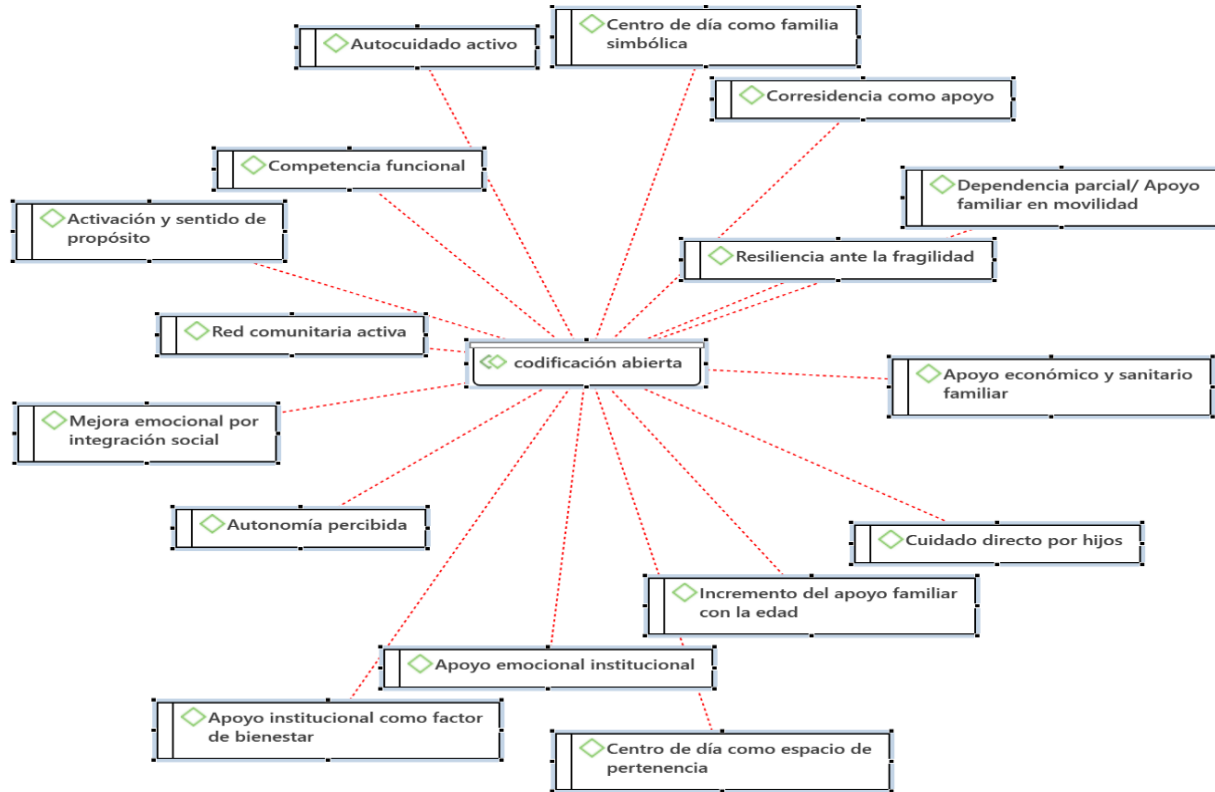


Tabla 13

Códigos, memos analíticos, descripción y ejemplos de citas

Código/Memo	Descripción	Ejemplos de citas
Corresidencia como apoyo	Estrategia de cuidado mediante coresidencia temporal o definitiva frente a la necesidad de apoyo en fragilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Vivo con una hija. (Persona 2). • ahorita está viviendo un primo (persona 4). • me dijo, no, pues si quieres yo me vengo a la otra recámara, para que no esté solo (persona 4).
Activación y sentido de propósito	Estrategias personales para mantener ánimo y motivación; indicador de agencia y resiliencia.	<ul style="list-style-type: none"> • no me gusta estar sentada nomás, me gusta estar así... activa (persona 2). • yo misma me levanto el ánimo (persona 3).

Código/Memo	Descripción	Ejemplos de citas
Apoyo económico y sanitario familiar	Importancia del soporte financiero y sanitario familiar; puede revelar desigualdades en acceso a salud y confianza institucional.	<ul style="list-style-type: none"> • me siento más a gusto viniendo... ya no se me hace tan largo el día (Persona 4). • Tengo la pensión de mi esposo. Yo nunca trabajé (Persona 2). • Tengo ISSSTE... siempre me llevan con particulares (Persona 3). • fui con nutrióloga y me hace menús (Persona 4).
Apoyo emocional institucional	Relevancia del vínculo afectivo con profesionales que contribuyen al bienestar emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • a usted le carga la pila acudir a este espacio? ¡Claro que sí! (persona 1). • La doctora me ayuda mucho... me quiere mucho (persona 3). • me gustó porque... para no estar solo tanto tiempo en la casa (Persona 4).
Apoyo institucional como factor de bienestar	El centro de día como espacio protector e integrador social.	<ul style="list-style-type: none"> • Esto me ha ayudado mucho. Estar aquí (Persona 1) • Me siento cómoda (Persona 2) • Te sientes bien atendida... Muy bien (Persona 2)
Autocuidado activo	Capacidad de afrontamiento y prácticas de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • o siento que aquí voy haciendo las cosas adecuadas... el ejercicio en primer lugar (Persona 2) • fui con nutrióloga (Persona 4) • tenía el 25%... y he venido mejorando... 52%” (Persona 4)
Autonomía percibida	Independencia funcional, aunque coexistente con riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ahorita sí puedo hacer todo (Persona 1) • Trapeo, barro, hago la comida, lavo y todo” (Persona 3) • ¿Te mueves tú solo? Sí, solo (Persona 4)
Centro de día como espacio de pertenencia	El centro de día fomenta la integración y el sentido de comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Primero no quería venir, pero ahora no quiero faltar (Persona 1) • yo vine al DIF... esto es una comunidad (Persona 2)

Código/Memo	Descripción	Ejemplos de citas
Centro de día como familia simbólica	Vínculos afectivos que complementan o sustituyen a la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Has encontrado amigos aquí? — Sí, tengo varios (Persona 4) • Los siento mi familia (Persona 2) • Yo sí platico con todas ellas (Persona 3)
Competencia funcional	Capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), indicador de fragilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Yo puedo barrer, trapear, cocinar, lavar (Persona 1) • Yo barro, trapeo y lavo y todo (Persona 3) • Puedo bailar... con una vuelta despacito (Persona 4)
Cuidado directo por hijos	Soporte social familiar directo, clave en la atención de adultos mayores.	<ul style="list-style-type: none"> • Mi hija... me cuida (Persona 2) • Gracias a Dios, los tres están a mi lado (Persona 3) • Mis hijas están pendientes de mí (Persona 3)
Dependencia parcial / Apoyo familiar en movilidad.	Tensiones entre autonomía y necesidad de protección, especialmente en desplazamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora voy acompañada (Persona 2) • Se enojan mis hijas porque yo me subo... (Persona 3) • No se me va a parar en los camiones (Conchita)
Incremento del apoyo familiar con la edad	El cuidado se intensifica con la edad o ante eventos críticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, ellos están muy pendientes, son tres (Persona 1) • Inmediatamente me llevaron con un especialista (Persona 3) • Me traen aquí las sobrinas (Persona 4)
Red comunitaria activa	Importancia de redes informales (vecinos, amigos, parientes) en el soporte social.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí tengo vecinos buenos... estamos pendientes todos de todos (Persona 1) • Aquí es amistad, convivencia (Persona 2) • Tengo vecinos, sobrinos... no estoy sola (Persona 3)
Resiliencia ante la fragilidad	Capacidad de adaptación y afrontamiento frente a limitaciones y eventos adversos.	<ul style="list-style-type: none"> • Estoy mal de la rodilla, pero bailo (Persona 2) • A pesar de tanta caída... me siento bien” (Persona 3)

Código/Memo	Descripción	Ejemplos de citas
		<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar mientras Dios nos dé vida (V Persona 4)

Nota. La tabla presenta los códigos identificados en el análisis cualitativo, su descripción conceptual y ejemplos textuales extraídos de las entrevistas. Estos códigos se relacionan con dimensiones como soporte social, fragilidad, autonomía y estrategias de afrontamiento, y fueron organizados mediante codificación abierta ATLAS.TI.

Algunos de los códigos identificados en la tabla realizada bajo la codificación abierta, tales como la competencia funcional, la autonomía percibida y la dependencia parcial, permitieron el análisis de la multidimensionalidad del proceso que atraviesa la persona durante el envejecimiento, con evidencia empírica de que la fragilidad no debe verse de manera aislada, sino que esos cambios físicos que se viven a raíz de ella se relacionan con factores psicológicos y sociales que generan reajustes para sostener la vida cotidiana (Fernández Ballesteros, 2000).

Asimismo, emergen referencias vinculadas con la teoría de la actividad y la continuidad; por ejemplo, la autonomía percibida, junto con los apoyos parciales, fortalece lo que se plantea: que envejecer rebasa la pérdida funcional y surge la capacidad de adaptación y reorganización. También se observan componentes del envejecimiento activo y saludable, mediante la participación social, para prevenir la soledad y el aislamiento. Por último, se encuadra la teoría ecológica para posicionar el soporte social en distintos niveles que operan a través de redes de apoyo que favorecen el proceso de la vejez a lo largo del curso de vida (Havighurst, 1961/1963; Atchley, 1971; Fernández-Ballesteros, 2000; OMS, 2015; Rowe & Kahn, 1987; Lubben et al., 2006).

4.2.3 Codificación Axial

Si señalamos, para la fase axial, lo que refieren Strauss y Corbin como aquella que permite reconstruir y jerarquizar los datos para identificar propiedades, condiciones y consecuencias de los fenómenos estudiados, las Figuras 7 y 8 muestran cómo los códigos se agruparon y jerarquizaron en categorías centrales partiendo de la fragilidad, como se aprecia en la Tabla 14, se integraron los códigos de autonomía percibida, competencia funcional, dependencia parcial y apoyo familiar en movilidad, lo que refleja la tensión dinámica entre estos polos (Scott & Medaugh, 2017).

Además, las categorías resultantes mencionadas en el párrafo anterior coinciden con la conceptualización multidimensional de la fragilidad, que abarca lo físico, lo psicológico y lo social. En el dominio clínico, Fried sigue siendo lo más útil para identificar y estratificar el síndrome asociado a factores como pérdida de peso, agotamiento, fuerza, marcha y actividad, pero se menciona en numerosas ocasiones que la interpretación debe ampliarse con dimensiones psicosociales para orientar intervenciones integrales (Fried et al., 2001; Clegg et al., 2013; Méndez-González et al., 2021).

Para la categoría “Soporte social” de la Tabla 15, los códigos, tales como la correspondencia, el cuidado de hijos, la red comunitaria activa y el vínculo con instituciones (centros de día, profesionales de la salud), se convierten en amortiguadores frente al deterioro funcional. Lo cual muestra cómo los microsistemas familiares y comunitarios sostienen la vida cotidiana de las personas mayores entrevistadas y modulan sus experiencias. Desde el modelo ecológico, se destaca la relevancia de las interacciones con las personas que componen las redes de los entornos más cercanos, y se observan los ajustes que realizan las personas adultas mayores

frágiles con el entorno a lo largo del curso de vida (Bronfenbrenner, 1979; Lawton & Nahemow, 1973).

Figura 3

Codificación axial fragilidad

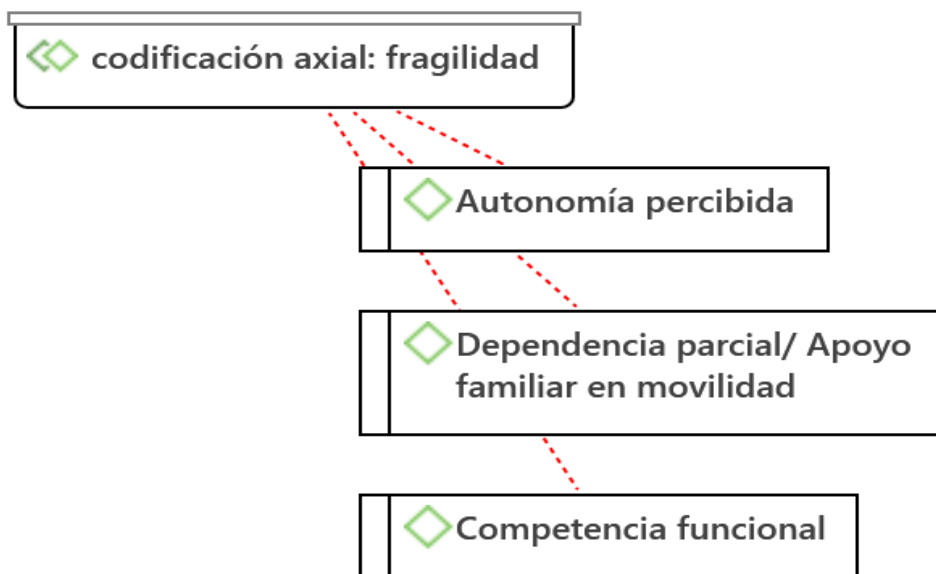


Tabla 14

Códigos y citas representativas en la categoría Fragilidad (Codificación axial)

Códigos	Contenido de cita
Autonomía percibida	a veces no puede uno, porque por miedo a hacer las cosas y no hacerlas bien, pero yo hasta ahorita sí puedo hacer todo.
Competencia funcional	Yo puedo barrer, puedo trapear, puedo cocinar, puedo lavar. Hasta ahorita sí.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Ahora voy acompañada. En mayo fuimos con mi hija, con mi nieto y con mi yerno.
Autonomía percibida	Trapeo, barro, hago la comida, lavo y todo.
Competencia funcional	Yo barro, trapeo y lavo y todo.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Se enojan mis hijas porque yo me subo en algo o a clavar algo o alguna cosa.

Códigos	Contenido de cita
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Le digo, ¿puedo subirme en el camión? Ajá. No, señorita, me dicen no se me va a parar en los camiones.
Autonomía percibida	Sí, solo, sigo andando solo de manera autónoma en camión.
Competencia funcional	yo puedo bailar nomás suelto, porque nomás voy para adelante, con una vuelta despacito porque me caigo.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Las que me traen aquí la sobrina. Hijas de Manuel
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Sí, porque mi hija se lleva todo el día en el trabajo.

Nota. La tabla evidencia los códigos y citas textuales que ilustran la categoría principal

Fragilidad y sus subcategorías.

En la categoría de soporte social, los códigos relacionados son: la coresidencia, el cuidado por hijos y las redes comunitarias. Todos estos códigos evidencian la relevancia del apoyo familiar y comunitario, que actúa como amortiguador del deterioro funcional, lo cual coincide con diversos estudios latinoamericanos (Lubben et al., 2006; Maseda et al., 2018; Lizcano Cardona et al., 2020; Alonso et al., 2022).

Figura 4

Codificación axial del soporte social

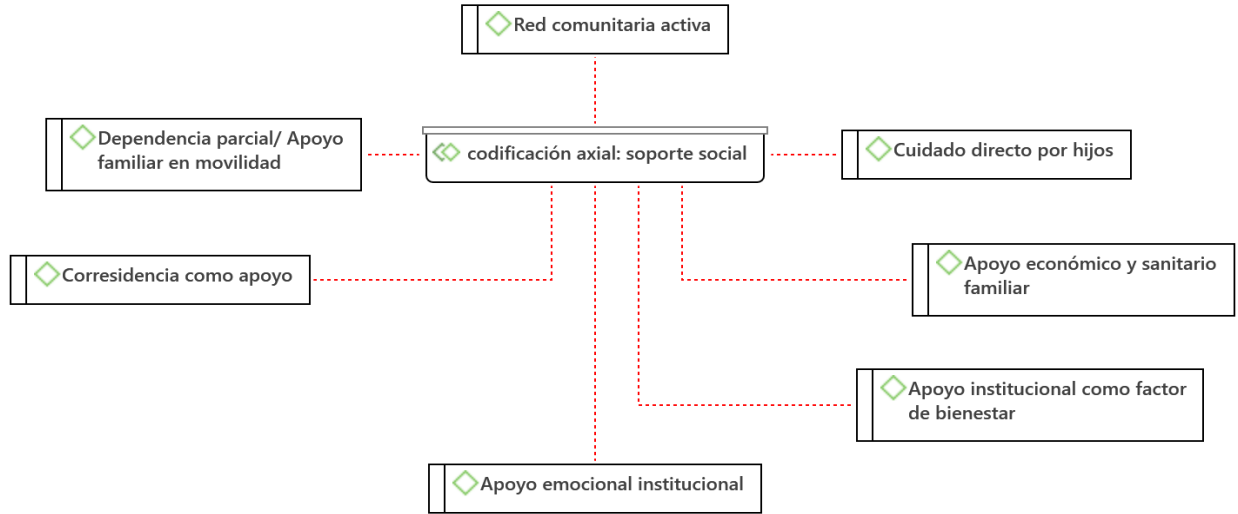


Tabla 15

Códigos y citas representativas en la categoría Soporte social (Codificación axial)

Códigos	Contenido de cita
Corresidencia como apoyo	Vivo con una hija.
Red comunitaria activa	Sí tengo vecinos buenos, mis hermanos buenos. Siempre están pendientes de mí, que yo soy la más grande de todos, fuimos once. De ellos quedamos ocho nada más, pero estamos pendientes todos de todos.
Apoyo emocional institucional	a usted le carga la pila? 36. ADULTO MAYOR2: ¡Claro que sí!
Apoyo económico y sanitario familiar	Tengo la pensión de mi esposo. Yo nunca trabajé.
Apoyo institucional como factor de bienestar	Esto me ha ayudado mucho. Estar aquí.

Códigos	Contenido de cita
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Ahora voy acompañada. En mayo fuimos con mi hija, con mi nieto y con mi yerno.
Cuidado directo por hijos	mi hija, Adriana. Ella es la que...me cuida. Y en Guasave tengo otra hija, se llama Cecilia.
Centro de día como espacio de pertenencia	yo vine al DIF y te conocí aquí, y para mí esto es una comunidad.
Red comunitaria activa	
Red comunitaria activa	Aquí es amistad, convivencia.
Apoyo institucional como factor de bienestar	Me siento cómoda.
Apoyo institucional como factor de bienestar	Te sientes bien atendida por el bien de tu salud. 59. ADULTO MAYOR 3: Sí, muy bien.
Apoyo económico y sanitario familiar	Tengo ISSSTE, pero tengo más de cuatro años que no me paro en el ISSSTE Siempre me llevan con particulares.
Apoyo emocional institucional	La doctora me ayuda mucho. Mucho me ayuda la Doctora, me quiere mucho a mí y platicamos mucho. Y ya estando aquí, después no me quería ir.
Apoyo institucional como factor de bienestar	
Corresidencia como apoyo	allá en la casa. Me trajo a su casa y ahí no durmió ella conmigo, por un lado, de mí...
Cuidado directo por hijos	Pues fíjate que, gracias a Dios, los tres están a mi lado.
Cuidado directo por hijos	Mis hijas están pendientes de mí.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Se enojan mis hijas porque yo me subo en algo o a clavar algo o alguna cosa.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Le digo, ¿puedo subirme en el camión? Ajá. No, señorita, me dicen no se me va a parar en los camiones.
Red comunitaria activa	Tengo vecinos, sobrinos, una concuña que vive enseguida.
Red comunitaria activa	No estoy sola. En la noche me dice uno de mis sobrinos, los dos, si se le ofrece algo, tía.
Activación y sentido de propósito	me siento más a gusto viniendo a levantarme, mañana y venir desayunar y pues, ya se va; ya no se me hace tan largo el día.
Apoyo emocional institucional	
Apoyo económico y sanitario familiar	fui con nutrióloga y me hace menús.

Códigos	Contenido de cita
Apoyo institucional como factor de bienestar	Y ya cuando a los dos años ya me dijo, ya va mejorando un bien".
Apoyo emocional institucional	me gustó porque... pues para no estar solo tanto tiempo en la casa.
Apoyo institucional como factor de bienestar	me siento más a gusto viniendo.
Corresidencia como apoyo	Ahorita está viviendo un primo.
Corresidencia como apoyo	Me dijo, no, pues si quieres yo me vengo a la otra recámara para que no esté solo.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Las que me traen aquí la sobrina. Hijas de Manuel.
Dependencia parcial/Apoyo familiar en movilidad	Sí, porque mi hija se lleva todo el día en el trabajo.
Cuidado directo por hijos	Tengo dos hijas, pero una vive en México.
Cuidado directo por hijos	Y la otra, pues trabaja.
Red comunitaria activa	Sí. Tengo varios: Gilberto, Gustavo, Imelda, con Fermín.
Red comunitaria activa	Y enseguida del otro lado están las que me traen aquí la sobrina. Hijas de Manuel

Nota. La tabla presenta los códigos y citas textuales que ilustran la categoría principal Soporte social y sus subcategorías.

Así que la red axial emanada de esas entrevistas con adultos mayores frágiles permitió estructurar y organizar las evidencias cualitativas y dialogar con la evidencia científica registrada sobre fragilidad y soporte social, estudiados como fenómenos separados en personas mayores, dejándonos, desde la fuente de Fernández-Ballesteros, una gran necesidad de comprender dicho fenómeno con enfoques integrales, como el enfoque biopsicosocial, integrando necesidades físicas, personales y comunitarias (Fernández-Ballesteros, 2000; OMS, 2024).

El análisis cualitativo se guio por la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo describen los adultos mayores sus experiencias relacionadas con el soporte social en contextos de fragilidad?

Los códigos que permitirán realizar el análisis e ir respondiendo son: la autonomía percibida y la competencia funcional, que exigen la reorganización de los apoyos familiares y comunitarios, así como la vinculación con instituciones y actividades significativas; por lo tanto, estos insumos guían la interpretación y su articulación con el marco teórico.

Guardando la coherencia con la pregunta, pudimos conocer mediante la narrativa de las personas mayor cómo situar desde lo que hemos determinado como marco integrador a la teoría ecológica por su explicación que anida los sistemas micro, meso, exo, macro y crono donde se encuentran las interacciones más próximas que se articula con la familia, la comunidad, y las instituciones que modulan la vida cotidiana del adulto mayor que vive y experimenta la fragilidad con ciertas limitaciones, siendo estos sistemas los portadores de apoyo (Bronfenbrenner, 1979).

Con la autonomía percibida en las narrativas, tales como: a veces no puede uno por miedo a hacer las cosas y no hacerlas bien, pero yo hasta ahorita sí puedo hacer todo. Y la competencia funcional en las siguientes frases: Yo barro, trapeo y lavo y todo; se asume en estas respuestas lo que la teoría de la actividad y la teoría de la continuidad afirman que sostener, participar y mantener ciertos roles les permite a las personas mayores esforzarse pese al síndrome de fragilidad que viven con hábitos significativos que favorecen propósito, ajuste y bienestar en la vejez (Havighurst, 1961/1963; Atchley, 1971).

4.2.4 Categorías Emergentes

Por otra parte, en la figura 9 y en la tabla 16 se presentan las categorías, que no responden a un guion previo, sino que afloran de la reconstrucción y el contraste de fragmentos. En conjunto, se presentan la resiliencia, el autocuidado activo, la activación y el sentido de propósito, que describen respuestas adaptativas ante limitaciones y eventos adversos.

Esas narrativas que dan prueba de la adaptación del adulto mayor a sus limitaciones físicas y a los acontecimientos adversos que suelen presentarse durante esta etapa, y aun así realizar actividades que le resulten significativas y seguir con una perspectiva de continuidad y de esperanza son: “Yo siento que no me limita para nada... estoy mal de la rodilla, pero bailo” y “Aprovechar mientras Dios nos dé vida”. Estas respuestas dan prueba de la agencia de afrontamiento y de búsqueda de bienestar, lo cual se alinea perfectamente con la multidimensionalidad de la fragilidad, porque podemos notar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, así como con la noción de fragilidad social (Gobbens et al., 2010; Clegg et al., 2013).

De la misma manera, el autocuidado activo es una de las categorías que emergen en el discurso y se manifiesta mediante prácticas deliberadas de cuidado, como la actividad física, la alimentación guiada, el seguimiento clínico y la gestión de los síntomas para sostener la funcionalidad y la salud. Esto se evidencia en expresiones como “Siento que aquí voy haciendo las cosas adecuadas... el ejercicio en primer lugar”; “Fui con nutrióloga”; “He venido mejorando... en un 52%”.

No obstante, se ha podido dialogar desde los estudios que dan evidencia de intervenciones con un enfoque integral, que se componen de aspectos educativos, promoción del ejercicio y atender la cuestión comunitaria, lo que ayuda a prevenir y revertir la fragilidad en sus primeras etapas, gracias a la participación social y al autocuidado, para un menor riesgo de deterioro funcional (Apóstolo et al., 2018; Sun et al., 2022).

Por otro lado, y en estrecha relación, la activación y el sentido de propósito constituyen otra categoría emergente. Esta se refiere a mantenerse activo y vinculado a actividades significativas, mientras que el propósito engloba las metas, la pertenencia y la motivación, que se

convierten en motores psicosociales que mitigan y amortiguan el impacto de la fragilidad en las personas mayores.

En consecuencia, tales expresiones como: “No me gusta estar sentada... me gusta estar así... activa”, “Yo misma me levanto el ánimo” y “Me siento más a gusto viniendo... ya no se me hace tan largo el día”. los asociamos con lo que implica el envejecimiento activo y desde luego el papel que juega la familia, asociaciones, centros de día etc. corresponden a los componentes del modelo ecológico que se manifiestan en micro la familia, amigos, compañeros con los que se convive, el meso conecta la familia con la parte del soporte institucional tales como asociaciones, centros de día etc. y todo esto le genera a la persona mayor pertenencia, continuidad social y una buena percepción de autonomía funcional.(OMS, 2024; Bronfenbrenner, 1979).

En conclusión, las categorías emergentes muestran la movilización de los recursos personales y sociales del adulto mayor, que afronta la fragilidad y mantiene su funcionalidad y su vida con significados. La fragilidad se puede ver como una oportunidad en la que se hace uso de esa capacidad de adaptación ante la pérdida y de una mayor práctica de cuidado, lo que fortalece el bienestar integral. (Clegg et al., 2013; Apóstolo et al., 2018; Sun et al., 2022).

Figura 5

Categorías emergentes



Tabla 16*Códigos y citas representativas en las categorías emergentes (Codificación mixta)*

Códigos	Contenido de cita
Mejora emocional por integración social	a mí me ha servido mucho. Sí, antes de venir, yo estaba así, (se entristece con el gesto); ya vine para acá, me siento mejor.
Activación y sentido de propósito	Yo siento que el estar aquí es un apoyo que me sirve mucho.
Activación y sentido de propósito	no me gusta estar sentada nomás, me gusta estar así...activa.
Resiliencia ante la fragilidad	Yo siento que no me limita para nada. Porque estoy mal de la rodilla, pero bailo. Como que se me quita el dolor de la rodilla y no me acuerdo de la enfermedad.
Autocuidado activo	o siento que aquí voy haciendo las cosas adecuadas, porque él ejercicio en primer lugar, las comidas, que tenemos hasta chef aquí.
Resiliencia ante la fragilidad	Mucho no, pero pues hay cosas que yo hacía antes, ahora yo siento que ya no las puedo hacer porque han pasado los años.
Activación y sentido de propósito Autocuidado activo	Las actividades que hacemos aquí, el ejercicio, yo siempre he hecho ejercicio, he sido zumbera por muchos años, entonces el ejercicio me ha gustado y me ha servido mucho, ahora a mi edad.
Activación y sentido de propósito	O que dejé yo por muchos años de hacerlo, y lo volví a empezar aquí, bordar y tejer.
Activación y sentido de propósito Autocuidado activo	yo misma me levanto el ánimo.
Mejora emocional por integración social	Lloré porque no quería venir. Y ya estando aquí, después no me quería ir.
Resiliencia ante la fragilidad	No, pues fíjate que no, a pesar de tanta caída que me he dado, me siento bien.
Activación y sentido de propósito Apoyo emocional institucional	me siento más a gusto viniendo a levantarme, mañana y venir a desayunar, y pues ya se va; ya no se me hace tan largo el día.

Códigos	Contenido de cita
Autocuidado activo	fui con nutrióloga.
Autocuidado activo	Tenía el 25% nomás de funcionamiento renal. A para secretar, pero de ahí para acá he venido mejorando. Ay, la última vez tenía 52%. Me dijo la Nefróloga, cuando llegue a 70%, va a poder comerle todo.
Mejora emocional por integración social	Sí, me siento más a gusto viniendo a levantarme, mañana y venir desayunar y pues, ya se va; ya no se me hace tan largo el día.
Resiliencia ante la fragilidad	Pues seguir viniendo hasta que pueda porque, pues, ya una a veces dice una cosa y el que manda es con el (mirada arriba).
Resiliencia ante la fragilidad	Aprovechar mientras Dios nos dé. De vida y que permita movernos.

Nota. La tabla presenta los códigos y citas textuales que ilustran las categorías emergentes.

4.3 Integración de Resultados de la Metodología Mixta

El diseño secuencial explicativo permitió la integración, gracias al contraste entre patrones cuantitativos y explicaciones cualitativas. Desde Creswell y Plano Clark, esto me permite conectar, combinar evidencias, mostrar convergencias y divergencias y documentar con transparencia cómo se integran los datos en los resultados y en la interpretación. Asimismo, la literatura reciente sobre integración recomienda matrices estadísticas por temas o lado a lado para hacer visibles los vínculos entre indicadores y temas/códigos cualitativos, facilitando nuevas comprensiones que no emergen de cada fuente por separado (Creswell & Plano Clark, 2018).

Con el propósito de ir articulando de manera coherente los resultados obtenidos en ambas fases del diseño mixto, se presenta a continuación la integración que sintetiza los principales hallazgos cuantitativos y cualitativos, que permiten visibilizar, por una parte, los patrones

identificados mediante los instrumentos y, por otra, cómo se relacionan con las narrativas expresadas por las personas mayores. Esto da un amplio mecanismo explicativo, que no sería visible desde un solo enfoque.

4.3.1 Integración Global del Soporte Social

En la integración de los resultados cuantitativos obtenidos mediante la escala LSNS-R, se identificó que la mayoría de las personas mayores evaluadas se ubica en niveles que no indican un aislamiento social severo, pero también se detectaron subgrupos con soporte reducido que requieren atención e intervención oportuna. Esta distribución sugiere un panorama general de redes sociales funcionales, pero al mismo tiempo evidencia la presencia de algunos casos con vulnerabilidad en sus relaciones que podrían transitar hacia el aislamiento si no se fortalecen los apoyos disponibles.

Por otra parte, los datos cualitativos permiten profundizar en lo observado en la fase cuantitativa sobre el nivel de soporte social y el riesgo de aislamiento mediante las narrativas que muestran la activación de la red familiar a través de la coresidencia, el cuidado por hijos, la vigilancia y el acompañamiento cotidiano.

Se identificó una red comunitaria dinámica; se pudo ver el apoyo de vecinos y amistades en expresiones como: “Están pendientes todos de todos”, “Aquí es amistad, convivencia”. En la vinculación con el centro de día, como espacio de pertenencia y de familia simbólica, las personas expresan lo siguiente: “no querían faltar” y “ya no se querían ir”, dada la compañía y el bienestar que encuentran en ese entorno.

De igual forma, algunos códigos de coresidencia como apoyo, cuidado directo por hijos, red comunitaria activa, centro de día como pertenencia/familia simbólica y apoyo emocional

institucional, lo cual explica por qué, aun cuando existen pocos casos con menor soporte en la medición, muchas personas mayores mantienen vínculos efectivos que amortiguan el riesgo de aislamiento.

Al mismo tiempo, cuando estas redes son pequeñas o poco funcionales, las narrativas evidencian una disminución del contacto significativo, con citas tales como: “me gustó porque... pues para no estar solo tanto tiempo en la casa”. “me siento más a gusto viniendo... ya no se me hace tan largo el día”. Ambas frases sugieren que, antes de integrarse al centro de día, los días eran “largos” y con poco contacto significativo; acudir al espacio comunitario compensa esa carencia.

Las citas sobre la menor disponibilidad de ayuda fueron: “Sí, porque mi hija se lleva todo el día en el trabajo.” “Le digo: ¿puedo subirme en el camión?... No, señorita, me dicen no se me va a parar en los camiones”. La primera cita muestra una escasa disponibilidad de apoyo diario por cargas laborales de la cuidadora; la segunda muestra restricciones de movilidad que, si no se median apoyos, limitan la interacción social.

La sensación de desconexión y soledad se encuentra en sintonía con lo que la escala identifica como riesgo de aislamiento, que podemos rescatar de las siguientes narrativas: “a mí me ha servido mucho. Sí, antes de venir, yo estaba así, (se entristece con el gesto); ya vine para acá, me siento mejor”. “Lloré porque no quería venir. Y ya estando aquí, después no me quería ir.” “Me gustó porque... pues para no estar solo tanto tiempo en la casa.” Aquí aparece explícitamente la soledad junto al malestar emocional previo y cómo el centro de día restablece vínculos, sensación de pertenencia, lo cual es coherente con esa disminución del contacto significativo y sensación de desconexión.

Los relatos sobre la presencia de recursos personales, como la resiliencia, el autocuidado y el sentido de propósito, desde la participación social, incluso entre quienes reportan un soporte social más limitado. “Yo misma me levanto el ánimo”; “Estoy mal de la rodilla, pero bailo”; “Me siento más a gusto viniendo”. Estos elementos cualitativos ayudan a explicar por qué, pese a la existencia de casos con puntajes bajos en la escala LSNS-R, algunas personas mantienen motivación, contacto y participación.

La integración de ambos enfoques permitió llegar a la conclusión de que las redes a veces son pequeñas o poco funcionales, que hay días largos, que a veces hay ausencia de compañía y que el apoyo es limitado; a todo esto, en algunos casos, se suman restricciones de movilidad y no existe acompañamiento. El LSNS-R, junto con las entrevistas, identificó algunos de estos aspectos.

Tabla 17

Soporte social (LSNS-R) y su contraste con narrativas: síntesis de hallazgos e integración

Indicador	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo	Integración
Soporte social (LSNS-R)	Predomina bajo riesgo de aislamiento, subgrupos de soporte reducido.	Familia y comunidad activas; centro de día como pertenencia y simbólica; relatos de compañía y convivencia.	Panorama favorable sostenido por redes; los subgrupos vulnerables requieren activar apoyos comunitarios e institucionales.

Nota. La tabla presenta de manera resumida el resultado cuantitativo de la escala LSNS-R junto con evidencia cualitativa narrativa y una integración.

4.3.2 Integración por Sexo, Estado Civil, Edad y Tipo de Familia

Entre los hallazgos cuantitativos sobre el soporte social y el sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, pero sí se aprecia una leve

tendencia a puntajes más altos en el soporte social y a un menor riesgo de aislamiento en los hombres. Cabe aclarar que, por sí solo, no explica variaciones concluyentes en el nivel de soporte o de apoyo social percibido.

Dado que el sexo no mostró diferencias significativas en los puntajes de la escala LSNS-R, la variabilidad práctica del soporte en mujeres no se capta como brecha estadística, sino como una forma de organización del cuidado, con la coresidencia y el cuidado filial que se observa en esta manifestación: “mi hija me cuida”, y la participación institucional/comunitaria en: “Primero no quería venir, pero ahora no quiero faltar”.

Tabla 18

Soporte social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (sexo): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.

Indicador	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo	Integración
Sexo	Sin diferencias significativas entre mujeres y hombres.	Corresidencia y cuidado filial (“mi hija me cuida”); vecindad activa (“pendientes todos de todos”); centro de día como pertenencia/familia simbólica (“no querían faltar”).	El sexo no determinó el nivel de soporte; el punto clave es cómo se organizan las familias, amistades y centros de día para sostener compañía y ayuda.

Nota. La tabla presenta de manera resumida el resultado cuantitativo de la escala LSNS-R y el factor sociodemográfico (sexo), junto con evidencia cualitativa narrativa y una integración.

De igual manera, el estado civil no mostró diferencias estadísticamente significativas respecto del soporte social en la parte cuantitativa, pero las experiencias muestran un reacomodo en el soporte social cuando cambian las trayectorias conyugales, como la viudez.

Durante la exploración cualitativa y fenomenológica, las voces de las personas mayores nos enseñan que, frente a la pérdida de sus parejas o cónyuges, no necesariamente quedan aisladas; se vuelven activas las distintas redes, como la familiar, a través de los hijos e hijas; por ejemplo, la coresidencia como evidencia: “Vivo con una hija”. La comunitaria, mediante vecinos y amigos: “Sí, tengo buenos vecinos... estamos pendientes todos de todos”, Por último, la institucional, como son las asociaciones y los centros de día: “Yo vine al DIF... esto es una comunidad.”

Desde la mirada ecológica, pudimos ver en los párrafos anteriores cómo se van reconfigurando los apoyos en etapas de sucesos críticos, incluso en la viudez, que va activando las redes de apoyo como sistemas que amortiguan los eventos de pérdida en la vejez. El microsistema, con la coresidencia familiar y los cuidados de los hijos; el mesosistema, la pertenencia institucional y comunitaria, que favorecen sostener la compañía, mayor contacto y apoyo para evitar los riesgos de soledad y aislamiento (Bronfenbrenner, 1975).

Tabla 19

Soporte social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (estado civil): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.

Nota. La tabla presenta de manera resumida el resultado cuantitativo de la escala LSNS-R y el factor sociodemográfico (estado civil), junto con evidencia cualitativa narrativa y una integración.

Indicador	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo	Integración
Estado civil	Sin diferencias significativas entre casados/as, viudos/as, solteros/as, divorciados/as	Tras viudez o vida sin pareja: coresidencia y cuidado filial, vecindad activa y centro de día como	No es el estado civil por sí solo, sino la funcionalidad de la red y su coordinación lo que mantiene compañía y reduce el riesgo de aislamiento.

(tendencia favorable en casados/as)	pertenencia/familia simbólica.
--	-----------------------------------

En cuanto a la edad, sí mostró diferencias significativas ($p = 0.002$): el apoyo social del grupo de más de 75 años fue significativamente menor que el de los grupos de edad más jóvenes. Esta evidencia implica que, a medida que las personas envejecen, las redes tienen el potencial de reducirse o reconfigurarse en reacción a la pérdida de compañeros o a las limitaciones de movilidad que disminuyen el contacto espontáneo y redirigen el apoyo hacia dimensiones instrumentales y familiares, como el acompañamiento en traslados, la coresidencia y la vigilancia protectora.

Los aspectos cualitativos informan que la edad avanzada impulsa un aumento en la dependencia de la ayuda filial y el centro de día como un lugar similar al hogar para el adulto mayor; de hecho, es un punto de inflexión en el apoyo cuando cambia y se convierte en parte de un dispositivo comunitario o de estrecha relación, amortiguando el riesgo de aislamiento incluso cuando la amplitud de la red disminuye, por ejemplo, ahora voy acompañada..., como manifiesta el adulto mayor en la entrevista.

Tabla 20

Integración de hallazgo cuantitativo y cualitativo sobre soporte social y edad

Indicador	Hallazgos cuantitativos	Hallazgos cualitativos	Integración
Edad	Se observaron diferencias significativas en el soporte social por grupos de edad en mayores de 75 años se mostró menores puntajes que los demás.	Las narrativas de personas de mayor edad reportan mayor necesidad de compañía para movilizarse, coresidencia temporal o definitiva, y apoyo instrumental (traslados, gestiones); el centro de día se vive como familia simbólica y espacio de pertenencia.	La edad avanzada se asocia con reducción de la amplitud de la red y desplazamiento del soporte hacia vínculos familiares y comunitarios próximos. La disminución del puntaje no implica ausencia de apoyo, sino reconfiguración hacia cuidados m

Nota. La integración articula los resultados cuantitativos y cualitativos del soporte social y la edad. Elaboración propia.

Para la integración según el soporte social y el tipo de familia, es necesario primero evidenciar el hallazgo cuantitativo no arroja diferencias significativas, de lo cual podemos concluir que, en la muestra estudiada, la estructura del hogar por sí sola no explica variaciones concluyentes en la percepción del soporte social y el riesgo de aislamiento.

Sin embargo, a partir de la profundización cualitativa, las experiencias nos muestran que lo decisivo no es la estructura ni la forma del hogar, sino la funcionalidad que brinda la red que rodea al adulto mayor. Esto se manifiesta mediante la familia que se activa mediante la coresidencia en respuesta tales como: “Vivo con una hija”; “Mi hija... me cuida”, la red comunitaria y de amistades: “Sí tengo vecinos buenos... estamos pendientes todos de todos”, y el centro de día como pertenencia y familia simbólica: “No querían faltar”; “Ya no se querían ir”; “Los siento mi familia”.

Como conclusión, el tipo de familia no es determinante por sí mismo en la percepción del soporte social; lo decisivo es la funcionalidad y eficacia de la red que se activa alrededor de la persona mayor con la coresidencia, el cuidado filial se articula con el apoyo de vecindad, amistades y centro de día, que generan un sentido de pertenencia, se sostienen la compañía, la frecuencia de contacto y la ayuda, con lo cual el riesgo de aislamiento se atenúa, aunque la etiqueta de tipo de familia u hogar no muestre diferencias en la medición.

Tabla 21

Soprote social (LSNS-R) y factor sociodemográfico (tipo de familia): su contraste con narrativas, síntesis de hallazgos e integración.

Indicador	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo	Integración
Tipo de familia	No significativo; ligera tendencia favorable en nuclear/extendida.	Red funcional con respecto a la estructura: vivo con una hija, mi hija... me cuida, pendientes todos de todos; centro de día como familia simbólica (no querían faltar”).	No es la forma del hogar, sino cómo se activan familia, vecindad y centro de día lo que reduce el riesgo de aislamiento.

Nota. La tabla presenta de manera resumida el resultado cuantitativo de la escala LSNS-R y el factor sociodemográfico (tipo de familia), junto con evidencia cualitativa narrativa y una integración.

4.3.3 Integración Específica de Soprote Social y Fragilidad

Las personas no frágiles presentan puntuaciones más altas y menor riesgo de aislamiento; en contraste, los frágiles obtienen las puntuaciones más bajas y, por tanto, presentan mayor riesgo de aislamiento. Esta asociación es significativa entre el nivel de fragilidad y el apoyo social percibido.

Sin embargo, en la fase cualitativa, vivir en fragilidad provoca mayor tensión entre lo que se describe como autonomía percibida y la competencia funcional, lo que se refleja en las siguientes frases: “Trapeo, barro, hago la comida, lavo y todo”. Asimismo, el código de dependencia parcial con apoyos de movilidad: “Ahora voy acompañada”; “No se me va a parar en los camiones”. Lo cual apoya la lectura cuantitativa, en tanto sugiere que las limitaciones funcionales y de desplazamiento afectan debido a que hay un menor contacto y a una más baja

disponibilidad del apoyo que brindan las redes y el contacto social en adultos mayores que viven con fragilidad.

Por otra parte, se compensa la fragilidad con la familia, la comunidad, las instituciones o las asociaciones que amortiguan ese desgaste físico. Así podemos ver que se incrementan la compañía cotidiana, el contacto significativo y la ayuda instrumental, lo que mitiga el riesgo de aislamiento social, particularmente en personas con fragilidad o movilidad asistida. Esta parte de lo cualitativo explica por qué, pese a la vulnerabilidad, ciertos casos logran mantener niveles de soporte social compatibles con la tendencia observada.

Tabla 22

Soporte social (LSNS-R) por nivel de fragilidad: contraste cuantitativo–cualitativo e interpretación

Indicador	Resultado cuantitativo	Evidencia cualitativa	Interpretación integrada
Fragilidad	Asociación significativa (p = 0.004). Distribución por estratos (véase Tabla 12).	Autonomía/competencia funcional vs dependencia parcial/apoyo en movilidad; activación de corrección, cuidado filial, vecindad y centro de día (“Ahora voy acompañada”; “No se me va a parar en los camiones”; “Vivo con una hija”; “Pendientes todos de todos”; “no querían faltar”).	La limitación funcional y de movilidad reduce interacción y ayuda si la red no se activa; cuando familia, vecindad e institución se coordinan, aumenta la compañía y la ayuda, compensando el riesgo de aislamiento y elevando el LSNS-R.

Nota. La tabla presenta de manera resumida el resultado cuantitativo de la escala LSNS-R y fragilidad, junto con evidencia cualitativa narrativa y una integración.

4.4 Conclusión

Con relación al análisis cuantitativo: el análisis cuantitativo de prevalencia de riesgo de aislamiento y soporte social mostró que el 19,8 % de los adultos mayores se encuentran en riesgo de aislamiento, mientras que el 21,9 % de los participantes deben ser considerados para atención preventiva. Alrededor del 58 % de la muestra atendida percibió una red de apoyo social adecuada.

De acuerdo con los determinantes sociodemográficos analizados, se constató que el único determinante que influyó fue la edad; sobre todo a partir de los 75 años, en este rango, los adultos presentaron una menor percepción de soporte social en relación con los adultos de los grupos de menor edad. Este hallazgo se explica por los cambios acumulados en la etapa avanzada de la vejez, lo cual, si el adulto mayor percibe desapego de la familia y los amigos, incrementa la percepción negativa de la red de apoyo social, de participación social. De manera similar, los adultos mayores con fragilidad perciben una red de apoyo social más limitada. En este estudio, en cambio, los determinantes sociodemográficos de sexo, estado civil y tipo de familia no influyeron en la percepción del soporte social de los adultos mayores.

En relación con el análisis cualitativo, las experiencias vividas mostraron que, para ellos, la fragilidad es una fase de pérdida o de deterioro funcional y no una discapacidad, lo que implica una etapa de afrontamiento entre aceptar y reconocer sus limitaciones físicas debido a la debilidad y la enfermedad. Además, estas limitaciones funcionales aumentan factores como el miedo a caer, las limitaciones en torno a su fuerza, las restricciones de movilidad. Sin embargo, se destaca la resiliencia en ciertas actitudes positivas, como la práctica del autocuidado y el deseo de mantenerse activos y vinculados socialmente, que fortalecen la relación con los recursos de apoyo psicosocial disponibles en su entorno.

El sentido metodológico por el que se optó en este estudio permitió, en la parte cuantitativa, generalizar y comparar variables, pero este enfoque, por sí solo, limita el poder para comprender las experiencias de la parte cualitativa, que proporciona mayor profundidad y significado; esto es lo que Creswell plantea como la mayor comprensión del fenómeno (Creswell, 2018).

Para finalizar, se considera pertinente que las futuras líneas de indagación se centren en el trabajo social gerontológico y en los adultos mayores desde una perspectiva preventiva. La fragilidad y el soporte social son dos categorías que deben considerarse para identificar el deterioro de la salud física y la eficacia de la red de apoyo social en el adulto mayor, en el marco de un envejecimiento saludable y activo (Huenchuan et al., 2003; OMS, 2015; OMS, 2022).

Referencias

- Aco Flores, A. Y., & Landa Reyes, R. (2024). Los derechos humanos de las personas mayores y su protección en México. *Revista CONAMED*, 29(2), 106–116.
- Acosta, L. D., Monteverde, L. M., & Bramajo, O. N. (2022). Trayectorias de salud en la Argentina: ¿compresión o expansión de la morbilidad? *Revista Latinoamericana de Población*, 16, e202205. <https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202205>
- Adámez, R., & Correa, A. (2016). El rol del trabajo social en psicogeriatría. *Norte de Salud Mental*, 14(54), 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5401184>
- Akinyemi, O., Abdulrazaq, W., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ikugbayigbe, S., Nwosu, U., et al. (2025). The impact of loneliness on depression, mental health, and physical wellbeing. *PLOS ONE*, 20(7), e0319311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319311>
- Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpirez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482es>
- Andrade-Bravo, G. (2021). Salud física y mental en el adulto mayor. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 1(2), 12–16. <https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/40>
- Apóstolo, A., Cooke, A., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Holland, C., & Apostolo, J. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review. *Age and Ageing*, 47(3), 374–382. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx173>

- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233–245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Arroyo Cruz, F. J. (2020). *Capacidad funcional y resiliencia en el adulto mayor para un envejecimiento saludable* (Tesis de maestría, BUAP). <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/9741>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/doh-oct-2013_s/
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11(1 Pt.1), 13–17. https://doi.org/0.1093/geront/11.1_part_1.13 PMID: 5579223.
- Banco Mundial. (2021). *Población de 65 años de edad y más (% del total)*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237–243. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barbera, N., Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Revista Multiciencias* 12(2), 199-205. <https://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>
- Beardmore, A., Beynon, P., Crabbe, C., Fullforth, J., Groome, J., & Jones, M. (2023). Social connectedness in a locked-down world: A phenomenological study of older adults during

- the COVID-19 pandemic. *Journal of Ageing and Longevity*, 3(4), 465–482.
<https://doi.org/10.3390/jal3040020>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: Orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5–31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Blanco, N., & Pirela, J. (2022). La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 18(45).
<https://www.redalyc.org/pdf/676/67646966005.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163–176.
- Calero Sánchez, N. (2016). *Sobre los derechos de las personas mayores*. *Suprema Corte de Justicia de la Nación*.
https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/derechos_humanos/articulosdh/documentos/2016-12/PERSONAS%20MAYORES.pdf
- Cámara de Diputados. (2024). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Chaokromthong, K., & Sintao, N. (2021). Sample size estimation using classical formulas and G*Power comparisons. *Aphait International Journal of Interdisciplinary Social Sciences and Technology*, 10(2), 76–86.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

- CEPAL. (2024, enero 5). 3.5 Protección, derechos y acceso a los datos. En Gestión de datos de investigación. <https://biblioguias.cepal.org/c.php?g=495473&p=4396793>
- Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2025). Del acelerado envejecimiento poblacional. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/del-acelerado-envejecimiento-poblacional>
- Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Morata.
- Creswell, J. W. (2003). *Diseño de investigación. Enfoques cualitativos, cuantitativos y métodos mixtos* 2ª ed. Sage, Publications Inc. <https://pdfcoffee.com/creswell-1-2-pdf-free.html>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). Sage. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2697821>
- Curcio Borrero, C. L. (2008). Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 42–58.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage.
- Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M., & Villalobos Dintrans, P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿Dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. ENASEM. (2020, octubre). *Envejecimiento en México: Fragilidad* (Boletín 20.3). https://mhasweb.org/images/MHASFactSheet_Frailty_SPANISH.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Pirámide.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. (2021). Cardiovascular Health Study Collaborative Research

Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Mar; 56(3): M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146. PMID: 11253156.

Fundación Banco Ambiental, FUNBAM. (2005). *Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores: Redes sociales de apoyo*.
https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redex_Adulto_Mayor.pdf

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez Rodríguez, V., & García Martín, M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: Una revisión sistemática en Europa. *Revista Española de Salud Pública*, 97.
<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/86>

Garay Villegas, S., & Arroyo Rueda, M. C. (2022). El cuidado de personas mayores en la agenda política de América Latina y el Caribe. *Astrolabio*, 28, 1–20.

García-García, F. J., Larión Zugasti, J. L., & Rodríguez Mañas, L. (2011). Fragilidad: Un fenotipo en revisión. *Gaceta Sanitaria*, 25, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.001>

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.
<https://doi.org/10.24016/2018.v4n3.155>

Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>

Gobierno de México. (2021). *Favorece el Trabajo Social la promoción y buenas prácticas de la salud*. <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/favorece-el-trabajo-social-la-promocion-y-buenas-practicas-de-la-salud?idiom=es>

- Gobierno de México. (2024). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*.
<https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
- González Zabala, A. G. (2021). Apoyo social y envejecimiento activo: Aproximaciones desde la psicología positiva. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 6, 1–13.
<https://doi.org/10.32351/rca.v6.239>
- Granero, M., Perman G., Vázquez Peña, F., Barbaro, C.A., Zozaya, M., Martínez Infantino, V., et al. (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(4), 296–300. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>
- Greene, J., Caracelli, V., & Graham, W. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255–274.
<https://doi.org/10.2307/1163620>
- Haider, S., Luger, E., Kapan, A., Titze, S., Lackinger, C., Schindler, K. E., Dorner, T. E. (2016). Associations between daily physical activity, handgrip strength, muscle mass, physical performance and quality of life in prefrail and frail community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 25, 3129–3138. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1349-8>
- Hays, R. D., Spritzer, K. L., Schalet, B. D., & Cella, D. (2018). PROMIS-29 v2.0 profile: Physical and mental health summary scores. *Quality of Life Research*, 27, 1885–1891.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1842-3>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_2_1.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES. (2020). *Discapacidad (tarjeta estadística con base en Censo 2020)*. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Discapacidad.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. (2023). *Manual para la formación y activación de redes de apoyo social en personas adultas mayores*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/893920/ManualFARAPAM.pdf>
- Iñiguez, P. C., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., De la Cruz, F. R., & Sangerman-Jarquín, D. M. (2017). Métodos cuantitativos, cualitativos o su combinación en la investigación. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603–1617. <https://www.redalyc.org/pdf/2631/263153520009.pdf>
- Iriarte, E., Araya, A.-X., & Miranda, C. (2022). Evaluación de la calidad de vida de personas mayores participantes de un centro diurno. *Gerokomos*, 33, 234–238. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400006&lng=es&tlng=es.
- JAMA Network. (2023). Social isolation, loneliness tied to higher mortality. *JAMA*, 330(3), 211.
- Kammar-García, A., Ramírez-Aldana, R., Roa-Rojas, P., et al. (2023). Association of loneliness and social isolation with all-cause mortality among older Mexican adults in the Mexican Health and Aging Study. *BMC Geriatrics*, 23, 45. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-037503>

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). SAGE.
- Leone, A., & Couselo, D. S. (2023). Cartografías de la fragilidad de los cuerpos: Una mirada desde el Trabajo Social. *Itinerarios de Trabajo Social*, (3), 110–116.
- Li, X., Qin, W., Ge, D., Zhu, M., & Yu, X. (2018). Frailty index and its associations with self-neglect, social support and sociodemographic characteristics among older adults in rural China. *BMC Geriatrics*, 18, 209. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0890-1>
- Lizcano Cardona, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Segura Cardona, A., Audelo Sifuentes, M., & Muñoz Rodríguez, D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *CES Psicología*, 13(2), 144–165. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8051035>
- López-Nolasco, B., Uribe-Camacho, B. S., Mota-Juárez, M. J., Monroy-Bautista, A. I., & Sánchez, A. M. (2024). Apoyo social en adultos mayores del estado de Hidalgo, México. *XIKUA*, 12(23), 7–12.
- Lubben, J. (2006). Assessing social networks among elderly populations. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61(3), S142–S147.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Maksimovic, J., & Evtimov, J. (2023). Positivism and post-positivism as the basis of quantitative research in pedagogy. *Research in Pedagogy*, 13(1), 208–218. <https://doi.org/10.5937/IstrPed2301208M>

- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2022). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35, 432–437. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
- Menéndez-González, L., Izaguirre-Riesgo, A., Tranche-Iparraguirre, S., Montero-Rodríguez, Á., & Orts-Cortés, M. I. (2021). Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Atención Primaria*, 53(10), 102128. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102128>
- Mendoza de Carmona, Y. (2019). Fenomenología y hermenéutica: perspectivas epistemológicas para producción interpretativa-comprensiva de conocimiento gerencial. *Sapienza Organizacional* 6(12), 76-107. <https://www.redalyc.org/journal/5530/553066097006/>
- Miglio, R., Puglisi, C., Rettaroli, R., Roli, G., & Scalone, F. (2024). Frailty in Europe: The role of social networks and activity participation. *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, 78(2), 1–14. <https://doi.org/10.71014/sieds.v78i2.265>
- Miranda-Navales, M., & Villasís-Keever, M. (2019). La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115–122. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>
- Molés Julio, M. P., Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Nuin Orrio, C., Botigué Satorra, T., & Maciá Soler, L. (2016). Estudio de fragilidad en adultos mayores: Diseño metodológico. *Gerokomos*, 27(1), 8–12.
- Moreno-Altamirano, A., López-Moreno, S., & Corcho-Berdugo, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública de México*, 42, 337–348.
- Morley, J.E., Vellas, B, Van Kan, G.A., Anker, S.D., Bauer, J.M, Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W.C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L.P., Guralnik, J. M., Katz, P.R., Malmstrom,

- T. K., McCarter, R.J., Gutiérrez Robledo, L. M., Rockwood, K., Von Haehling, S., Vandewoude, M. F., Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage.
- Organización Mundial de la Salud (29 de septiembre de 2015). *World report on ageing and health*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (1° de octubre de 2024). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de junio de 2025). *From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies (WHO Commission on Social Connection)*.
<https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection/report/>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Envejecimiento saludable*.
<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Ortega Rabí, Y., Díaz Pita, G., Pérez Martín, M. M., Vilaú Díaz, J. L., & Azcuy Pérez, M. (2022). Evaluación del apoyo social en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(6).
- Pacheco Halas, M. N., & Alfaro Urquiola, A. L. (2018). Influencia del apoyo social percibido sobre la depresión en personas adultas mayores del área urbana de La Paz. *Fides et Ratio*, 15, 15–? http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&tlng=es.

- Paredes Castillo, L., Miranda Flores, C., & Arroyo Cruz, F. J. (2024). Apoyo social percibido en el adulto mayor durante el confinamiento. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 4(1), 33–44 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9787608>
- Parodi, J. F., & Runzer-Colmenares, F. M. (2021). Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e88. <https://nursing.jhu.edu/wp-content/uploads/2025/07/Impacto-del-soporte-social-sobre-la-movilidad-limitada-en-personas-mayores-de-comunidades-altoandinas-peruanas.pdf>
- Paz, C. I., Ledezma, B. M., Rivera, D. M., et al. (2024). Association between functional capacity and family functionality with frailty in older adults with cardiovascular risk in southwestern Colombia. *Biomédica*, 44(4), 537–551. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7473>
- Pérez-Zepeda, M. U. (2024). Asociación de la fragilidad con el uso de servicios de salud en adultos mayores: Un análisis secundario del ENASEM. *Gaceta Médica de México*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000231>
- Pinzón, E. Y., Paredes-Arturo, Y. V., & Acevedo, D. C. A. (2021). Apoyo social y uso de espacios de vida en la persona mayor en el contexto rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4), 1–16.
- Prieto Marin, J. X., & Gutierrez Quispe, L. A. (2024). Capacidad funcional, apoyo social percibido y bienestar psicológico en adultos mayores (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <https://hdl.handle.net/20.500.12773/19238>
- Quintero, I. (2022). Intervenciones de trabajo social con población mayor: Estrategias y desafíos. *Trabajo Social Global*, 14(1), 65–82. <https://doi.org/10.51682/tsg.2022.14.1.65>

- Quito Maza, C., Trelles Calle, D., & Cadena Povea, H. (2019). Afrontamiento de un grupo de adultos ante el duelo por pérdida de los padres en el centro de apoyo al duelo. *Areté: Revista digital del doctorado en educación de la Universidad central de Venezuela*, 5(9), 169-184.
- Rabelo, D. F., & Pinto, J. M. (2024). Red de apoyo social, capacidad funcional y salud mental en personas mayores. *Psico-USF*, 28, 767–781.
<https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1529174>
- Romero-Ortuño, R. (2011). Frailty Index in European older people. *The Journals of Gerontology: Series A*, 66(3), 331–339.
- Romero-Ortuño, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care (SHARE-FI). *European Journal of General Practice*, 16(4), 206–213.
<https://doi.org/10.3109/13814788.2010.525632>
- Salazar Raymond, M. B., Icaza Guevara, M. F., & Alejo Machado, O. J. (2018). La importancia de la ética en la investigación. *Revista Universidad y Sociedad*, 10(1), 305–311.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000100305&lng=es&tlng=es.
- Sobrino Chunga, L. S. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109–137.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.n16.2737>
- Suprema Corte de la Justicia de la Nación. (2016). Criterios sobre la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
<https://www.scjn.gob.mx/>
- Stacciarini, J. M., & Cook, C. L. (2015). La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 99–101. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005>

- Stoeckel, K. J. (2011). *Environmental press, adaptation, and aging*. In R. Schulz (Ed.), *The encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 456–459). Springer.
- Subedi, D. (2023). Use of mixed methods in social sciences research. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.3126/jssh.v2i1.52435>
- Sun, J., Kong, X., Li, H., Chen, J., Yao, Q., Li, H., Zhou, F., & Hu, H. (2022). Does social participation decrease the risk of frailty? *BMC Geriatrics*, 22(1), 553. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03219-9>
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.). (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed.). Sage.
- Torres López, L. R., & Diarte Vázquez, E. C. (2022). Marco político de envejecimiento activo para México. *Estudios Políticos*, 57, 239–263.
- Toyon, M. (2021). Explanatory sequential design of mixed methods research: Phases and challenges. *International Journal of Research and Review*, 8(6), 123–130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5012345>
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda. *The Gerontologist*, 52(3), 306–316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- Wang, F., Gao, Y., Han, Z., et al. (2023). Social isolation, loneliness and mortality: A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies. *Nature Human Behaviour*, 7, 1307–1319. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>
- World Health Organization. (2025, June 30). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies (Press release). <https://news.un.org/en/story/2025/06/1165101>

Yip, O., Dhaini, S., Esser, J., Siqeca, F., Mendieta, M. J., Zúñiga, F., & Deschodt, M. (2022). Health and social care of home-dwelling frail older adults in Switzerland: A mixed methods study. *BMC Geriatrics*, 22, 857. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03552-z>

Zúñiga Hernández, C. Z. (2020). Definición de fragilidad social en personas mayores: Una revisión bibliográfica. *Revista Médica de Chile*, 148(12), 1787–1795. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201787>