

# UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

### CARRERA DE ENFERMERÍA

**Tema:** "Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores"

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del  
título de Licenciadas en Enfermería

AUTORAS: Pabón Ramos Dolores Lisbeth.

Valencia Vivero Brenda Dayana.

TUTORA: Lic. Realpe Sandoval Jacqueline A, MSc.

Tulcán, 2025.

## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

Certifico que las estudiantes Pabón Ramos Dolores Lisbeth y Valencia Vivero Brenda Dayana con el número de cédula 1004120190 y 0805150729 respectivamente han desarrollado el Trabajo de Integración Curricular: "Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores"

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en la Codificación del Reglamento de Régimen Académico y de Estudiantes de la UPEC, por lo tanto, autorizo la presentación de la sustentación para la calificación respectiva.

---

Lic. Realpe Sandoval Jacqueline de los Ángeles MSc.

**TUTORA**

Tulcán, octubre de 2025

## **AUTORÍA DE TRABAJO**

El presente Trabajo de Integración Curricular constituye un requisito previo para la obtención del título de Licenciadas en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Educación.

Nosotras, Pabón Ramos Dolores Lisbeth y Valencia Vivero Brenda Dayana con cédula de identidad número 1004120190 y 0805150729 respectivamente declaramos que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que hemos llegado son de nuestra absoluta responsabilidad.

---

Pabón Ramos Dolores Lisbeth

**AUTORA**

---

Valencia Vivero Brenda Dayana

**AUTORA**

Tulcán, octubre de 2025

## **ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

Nosotras Pabón Ramos Dolores Lisbeth y Valencia Vivero Brenda Dayana declaramos ser autoras de los criterios emitidos en el Trabajo de Integración Curricular: " Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores" y se exime expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

---

Pabón Ramos Dolores Lisbeth

**AUTORA**

---

Valencia Vivero Brenda Dayana

**AUTORA**

Tulcán, octubre de 2025

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por guiar mi camino y bendecirme en cada paso que he dado en mi carrera universitaria, agradezco también a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus maestros que me guiaron a formarme como una profesional.

Agradezco a mis padres Lourdes Ramos y Rigoberto Pabón el apoyo incondicional que me han dado durante toda mi vida, ellos son mi mayor orgullo, quienes me dan ese impulso para seguir adelante y lograr mis metas. A mi hermana Yolanda Andrango, a mi cuñado Danny Ipiales por ser mis compañeros incondicionales mis segundos padres ,que han sido una parte importante de cada paso que he dado a lo largo de mi vida y sobrinos por su amor, cariño incondicional. Agradezco a mis amigos que me acompañaron a lo largo de este camino Santi Tugumbango, Jefferson Calderón, Karina Cumbal, Jhonatan Palacios, Yesenia Chalparizán, Brenda Valencia, Yuliana Montenegro y Valeria Arévalo.

Agradezco a mi Tutora MSc. Jacqueline Realpe por su dedicación, apoyo, conocimientos brindados y el tiempo que ha dedicado a la investigación durante este proceso que se volvió un camino duro, pero no imposible.

Dolores Lisbeth Pabón Ramos.

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía, por el cuidado constante y por darme la fuerza necesaria para culminar esta maravillosa carrera de Enfermería. Mi profundo agradecimiento a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi por abrirme sus puertas y por la excelencia de sus profesionales que contribuyeron a hacer realidad mi gran sueño. A mis padres, Cintia Vivero y Byron Delgado, les doy las gracias por el apoyo, el amor y la guía a lo largo de toda mi vida. Su sacrificio y su esfuerzo por brindarme el estudio son mi mayor inspiración. A mi hija, Brenda Arce, mi gran motor y motivación. Eres la fuerza que me ayudó a no desmayar. Gracias por tu amor y ternura. A mis hermanos, por ser mis amigos y por el apoyo incondicional en el cuidado y el amor hacia mi pequeña. Mi gratitud a la MSc. Susana Reyes por sus valiosos consejos, su apoyo y su gran calidad humana.

Un agradecimiento especial a mi Tutora, MSc. Jacqueline Realpe, por su dedicación, el tiempo invertido y el conocimiento compartido, claves para que esta investigación se desarrollara de la mejor manera.

Brenda Dayana Valencia Vivero.

## DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico primeramente a Dios y mis abuelitos por ser quienes guía mi camino desde el cielo, a mis padres, por ser el pilar fundamental en mi vida, les agradezco por creer en mí e incluirme en cada una de sus oraciones y por ser el ejemplo de fortaleza y esfuerzo para seguir adelante, también a mis hermanos, cuñado, sobrinos por todo el e apoyo que me ha brindado, han sido mi más grande motivación, haciendo este gran logro no solo mío sino también de todos ustedes.

Dolores Lisbeth Pabón Ramos.

Dedico la presente investigación a mi madre por ser esa mujer guerrera que lucho por muchos años trabajando en la calle recibiendo frío e igual con mi padrastro que fue el padre que no tuve y nunca me negaron nada para mis estudios y velaban por verme echa una mujer profesional y por confiar en mí, gracias por ser mi motivación. Agradezco a mis hermanos por sus desvelos con mi hija para que yo pueda estudiar y no estancarme gracias familia lo logramos.

Brenda Dayana Valencia Vivero.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>11</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>12</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>I. EL PROBLEMA</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>19</b>
1.4.1. Objetivo General .....	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.4.3. Preguntas de Investigación.....	19
<b>II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
2.2.1. El proceso de envejecimiento y el adulto mayor .....	25
2.2.1.1. Adulto mayor .....	25
2.2.1.2. Cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento....	26
2.2.1.3. Dimensiones psicológicas del envejecimiento.....	27
2.2.1.4. Aspectos sociales del envejecimiento .....	28
2.2.2. Apoyo social percibido .....	29
2.2.2.1. Tipos de apoyo social .....	29
2.2.2.2. La familia como fuente principal de apoyo social en la vejez.....	32
2.2.2.3. Otras redes de apoyo y su rol en el adulto mayor.....	33
2.2.2.3.1. Amigos y vecinos.....	34

2.2.2.3.2. Grupos comunitarios y asociaciones de adultos mayores.....	34
2.2.2.3.3. Apoyo institucional y formal .....	34
2.2.3. Depresión en el adulto mayor.....	35
2.2.3.1. Definición .....	35
2.2.3.2. Características clínicas de la depresión en el adulto mayor.....	35
2.2.3.3. Factores de riesgo asociados a la depresión en la vejez.....	37
2.2.3.4. Consecuencias de la depresión en la salud del adulto mayor.....	37
2.2.4. Teorizantes y/o modelos de enfermería .....	38
2.2.5. Marco legal.....	40
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO .....</b>	<b>44</b>
3.1.1. Enfoque .....	44
3.1.2. Tipos de Investigación .....	44
3.1.2.1. Investigación descriptiva .....	44
3.1.2.2. Investigación bibliográfica .....	45
3.1.2.3. Investigación de campo .....	45
<b>3.2. HIPÓTESIS .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>47</b>
3.3.1. Definición de las variables .....	47
3.3.2. Operacionalización de las variables .....	47
<b>3.4. MÉTODOS UTILIZADOS .....</b>	<b>49</b>
3.4.1. Métodos .....	49
3.4.2. Técnicas e instrumentos .....	49
<b>3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>50</b>
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN .....</b>	<b>71</b>
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>73</b>

<b>5.1. CONCLUSIONES.....</b>	<b>73</b>
<b>5.2. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>80</b>

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variables para el tema “Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores” .....	47
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas de los adultos mayores.....	52
<b>Tabla 4.</b> Nivel de depresión en adultos mayores .....	54
<b>Tabla 5.</b> Nivel de depresión de los adultos mayores por rangos de edad .....	55
<b>Tabla 6.</b> Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por género.....	56
<b>Tabla 7.</b> Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por estado civil.....	56
<b>Tabla 8.</b> Nivel de depresión en adultos mayores según el número de hijos. ....	57
<b>Tabla 9.</b> Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por grado de instrucción .....	58
<b>Tabla 10.</b> Nivel de depresión en adultos mayores según su situación laboral .....	59
<b>Tabla 11.</b> Nivel de depresión en adultos mayores según el nivel de ingresos económicos.....	60
<b>Tabla 12.</b> Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por la estructura familiar del hogar.....	60
<b>Tabla 13.</b> Nivel de depresión en adultos mayores según el tipo de vivienda .....	61
<b>Tabla 14.</b> Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores por rangos de edad .....	62
<b>Tabla 15.</b> Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por género .....	63
<b>Tabla 16.</b> Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por estado civil.....	63
<b>Tabla 17.</b> Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el número de hijos.....	64
<b>Tabla 18.</b> Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por grado de instrucción .....	65

<b>Tabla 19.</b> Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según su situación laboral.....	66
<b>Tabla 20.</b> Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el nivel de ingresos económicos.....	67
<b>Tabla 21.</b> Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por la estructura familiar del hogar .....	68
<b>Tabla 22.</b> Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el tipo de vivienda.....	69
<b>Tabla 23.</b> Nivel de depresión en adultos mayores según el nivel de apoyo social percibido.....	69
<b>Tabla 24.</b> Prueba de correlación Chi Cuadrado (Nivel de depresión y nivel de apoyo social.....	70

#### **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1.</b> Certificado del abstract por parte de idiomas .....	80
<b>Anexo 2.</b> Autorización del GAD de San Rafael.....	82
<b>Anexo 3.</b> Consentimiento Informado.....	83
<b>Anexo 4.</b> Cuestionario .....	85
<b>Anexo 5.</b> Registro fotográfico .....	89

## RESUMEN

La depresión geriátrica se relaciona intrínsecamente con el apoyo social percibido. Un apoyo insuficiente intensifica la vulnerabilidad emocional, haciendo que su estudio sea vital para la salud mental del adulto mayor; por esta razón el propósito del presente estudio fue analizar la relación entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi, durante el periodo julio–octubre de 2025. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, empleando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), aplicadas a 96 adultos mayores residentes en la comunidad. Los resultados mostraron que el 97,9 % de los participantes percibe un nivel de apoyo social bajo o medio, mientras que solo el 2,1 % reporta un alto apoyo. En cuanto a la depresión, el 100 % de los adultos mayores presentó algún grado de sintomatología depresiva, siendo moderada o severa en el 64,6 % de los casos y leve en el 35,4 %. Sin embargo, la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2=1,986$ ;  $p=0,370$ ) evidenció que no existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión. A pesar de ello, se identificó una tendencia inversa: a menor apoyo social, mayores niveles de depresión. Estos hallazgos reflejan la vulnerabilidad emocional de los adultos mayores rurales, influenciada por factores como la migración de familiares, el aislamiento social y la escasez de redes de apoyo comunitario. El estudio concluyó que, aunque la relación no es estadísticamente significativa, el apoyo social sigue siendo un factor protector esencial para la salud mental del adulto mayor.

**Palabras Clave:** Nivel de depresión; nivel de apoyo social percibido; adulto mayor.

## ABSTRACT

Geriatric depression is closely linked to perceived social support. Insufficient levels of such support increase emotional vulnerability, making its study essential for preserving mental health among older adults. In this context, the purpose of the present study was to analyse the relationship between perceived social support and depression levels in older adults from the community of Caldera, Bolívar Canton, Carchi Province, during the period from July to October 2025. The research followed a quantitative, descriptive, and correlational approach. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15) were administered to 96 older adults residing in the community. The results showed that 97.9% of participants perceived a low or moderate level of social support, while only 2.1% reported a high level. Regarding depression, 100% of the older adults presented some degree of depressive symptoms: 64.6% with moderate or severe levels and 35.4% with mild levels. However, the Pearson's Chi-square test ( $\chi^2 = 1.986$ ;  $p = 0.370$ ) indicated that there was no significant relationship between perceived social support and depression levels. Despite this, an inverse trend was observed: lower social support was associated with higher levels of depression. These findings highlight the emotional vulnerability of older adults living in rural areas, influenced by factors such as family migration, social isolation, and limited community support networks. In conclusion, although the relationship between both variables was not statistically significant, social support remains an essential protective factor for the mental health of older adults.

**Keywords:** Level of depression; level of perceived social support; older adult.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento, a menudo marcado por pérdidas significativas y cambios en la salud, incrementa la vulnerabilidad de los adultos mayores a desarrollar trastornos del estado de ánimo. Dentro de este contexto, la depresión geriátrica se erige como una de las problemáticas de salud pública más prevalentes y menos diagnosticadas. Numerosos estudios han señalado al apoyo social percibido no solo como un factor protector crucial, sino también como un determinante clave de la calidad de vida. Comprender la relación entre la solidez de las redes sociales y la severidad de los niveles de depresión en esta población es fundamental para diseñar intervenciones efectivas que promuevan un envejecimiento activo y saludable.

En la provincia del Carchi, particularmente en la comunidad de Caldera del cantón Bolívar, esta situación se acentúa debido al aislamiento rural, la migración familiar y la carencia de redes de apoyo comunitario. Bajo este contexto, la presente investigación titulada "Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores" analiza de manera integral la interacción entre ambas variables, aportando evidencias para la intervención en salud mental desde la enfermería comunitaria.

El capítulo I, denominado El problema, aborda la contextualización de la depresión en la vejez y la importancia del apoyo social como factor protector. Se presenta el planteamiento y formulación del problema, la justificación del estudio y los objetivos general y específicos que orientan la investigación.

El capítulo II, correspondiente a la Fundamentación teórica, recopila antecedentes científicos que sustentan el estudio y desarrolla el marco conceptual sobre el envejecimiento, el apoyo social y la depresión, integrando teorías de enfermería como las de Betty Neuman, Jean Watson y Myra Levine, además del marco legal aplicable a la población adulta mayor.

El capítulo III, Metodología, describe el enfoque cuantitativo, el tipo de investigación descriptiva y correlacional, el diseño transversal y las técnicas empleadas, destacando el uso de la Escala Multifimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) aplicadas a los adultos mayores de la comunidad.

El capítulo IV, Resultados y discusión, presenta los datos obtenidos, su análisis estadístico y la interpretación de los hallazgos, identificando la tendencia inversa entre el apoyo social y la depresión, aunque sin una relación estadísticamente significativa.

Finalmente, el capítulo V, Conclusiones y recomendaciones, resume los hallazgos principales y plantea acciones concretas para fortalecer el acompañamiento emocional y social de los adultos mayores, destacando el rol esencial del profesional de enfermería en la promoción del bienestar mental y comunitario.

## I. EL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2024) la población mundial mayor de 60 años se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, estimándose que para el año 2050 alcanzará aproximadamente 2.100 millones de personas, se estima de igual forma que aproximadamente el 15% de adultos mayores experimentan algún grado de depresión, siendo esta condición con frecuencia subdiagnosticada o no tratada por lo que la falta de detección oportuna incrementa el deterioro funcional así como la dependencia, lo que a su vez afecta la calidad de vida en la última etapa del ciclo vital.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022) plantea que el envejecimiento poblacional constituye uno de los desafíos de mayor complejidad para los sistemas de salud pública ya que de acuerdo con el porcentaje de adultos mayores, en la región se pasará del 13% actual al 25% en las próximas dos décadas. En el caso de Ecuador, los adultos mayores representan el 9,9% de la población nacional, de los cuales de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se reportó que cerca del 18% de estos presentaron sintomatología compatible con depresión que se relaciona con niveles bajos de interacción social, ausencia de actividades comunitarias y falta de vínculos afectivos estables (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024).

La provincia del Carchi evidencia un notable envejecimiento poblacional, ya que cerca del 11% de sus habitantes son adultos mayores, uno de los índices más altos de la región norte del Ecuador. Esta situación ha incrementado la necesidad de servicios de salud especializados, puesto que muchos presentan enfermedades crónicas relacionadas con hábitos poco saludables y alteraciones en la salud mental. Entre las principales causas de atención se destacan los trastornos del estado de ánimo y los síntomas depresivos, especialmente en personas mayores que viven solas o carecen de apoyo familiar. (Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador, 2022).

En la comunidad de Caldera perteneciente al cantón Bolívar de la provincia del Carchi se ha identificado un aumento progresivo de casos en los que los adultos mayores manifiestan síntomas depresivos, especialmente entre aquellos que viven solos o tienen vínculos sociales limitados ya que alrededor del 40% de quienes fueron atendidos en el área de medicina general reportaron sentimientos de tristeza persistente, desmotivación o ansiedad, sin contar con un acompañamiento emocional ni espacios adecuados para la interacción social (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Bolívar, 2023).

Se han identificado altos niveles de depresión entre los adultos mayores vinculados con la ausencia o baja percepción de apoyo social, lo cual influye en su salud mental afectando su funcionalidad, relaciones interpersonales y adaptación a los cambios propios del envejecimiento, por lo que la falta de soporte emocional y de redes de interacción limita la capacidad de afrontamiento ante pérdidas, enfermedades o situaciones de dependencia (Nieto et al., 2023).

Entre las causas que contribuyen a esta problemática se encuentran la disolución de los vínculos familiares, abandono, migración de hijos o cuidadores, aislamiento geográfico y falta de integración comunitaria, de igual forma también influyen las escasas oportunidades de participación en espacios sociales, la desinformación sobre salud mental y el estigma asociado a expresar emociones en la vejez. Estos factores reducen la percepción del adulto mayor de sentirse acompañado, valorado o contenido dentro de su entorno (Lozano-Zúñiga et al., 2022).

Las consecuencias se observan en el aumento en los síntomas depresivos, pérdida de sentido vital, aparición de conductas de retraimiento, así como un mayor riesgo de deterioro físico y cognitivo. Es por ello que la ausencia de apoyo social percibido se asocia con menor adherencia a tratamientos médicos, aumento de la dependencia funcional y sobrecarga para cuidadores informales lo cual tiene un impacto no solo en el adulto mayor, sino también al sistema familiar, sanitario y comunitario (Paredes et al., 2024).

En la comunidad de Caldera se han evidenciado condiciones que reflejan una vulnerabilidad creciente en la población adulta mayor, particularmente en lo relacionado con su salud emocional y sus vínculos sociales ya que los adultos mayores residentes manifiesta sentimientos de soledad, tristeza persistente y desinterés por las

actividades cotidianas, lo cual ha sido asociado con síntomas compatibles con estados depresivos. Estas condiciones se ven agravadas por el deterioro progresivo de los lazos familiares, la migración de hijos a centros urbanos o al exterior, y la limitada participación del adulto mayor en espacios comunitarios ya que muchos viven solos o en hogares donde no reciben acompañamiento emocional, lo que reduce su percepción de estar apoyados o valorados dentro de su entorno, a esto se suma la falta de programas formales que promuevan el acompañamiento psicosocial, así como la escasez de redes comunitarias funcionales que puedan contener afectivamente a esta población.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi, durante el periodo julio – octubre 2025?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se enfoca en analizar la relación existente entre el apoyo sociofamiliar percibido y los niveles de depresión en los adultos mayores de la comunidad de Caldera, lo cual representa una herramienta útil tanto para el personal de salud como para los actores comunitarios involucrados en el cuidado de esta población, ya que los hallazgos del estudio pueden orientar nuevas estrategias de intervención psicosocial, fundamentadas en el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar como un medio para prevenir o disminuir los síntomas depresivos en la vejez, lo cual servirá como base para futuras investigaciones en contextos similares donde las condiciones sociofamiliares influyen significativamente en la salud mental de los adultos mayores.

En la dimensión social, el estudio cobra relevancia al visibilizar una problemática que afecta directamente la calidad de vida de las personas mayores en zonas rurales ya que la identificación de los niveles de apoyo percibido y su relación con los estados emocionales permitirá entender cómo se estructura la red social de los adultos mayores en la comunidad de Caldera y qué tan protegidos se sienten frente a situaciones de vulnerabilidad, soledad o abandono, que se intensifican con la edad.

Los principales beneficiarios serán los adultos mayores de la comunidad de Caldera, quienes podrán ser visibilizados como sujetos activos de cuidado emocional y social dado que a partir del conocimiento generado, se podrán desarrollar propuestas adaptadas a sus necesidades, contribuyendo al envejecimiento digno, al fortalecimiento de vínculos comunitarios y a la reducción del riesgo de depresión en este grupo vulnerable. Como beneficiarios indirectos se identifican los profesionales de enfermería, el personal del centro de salud, las familias y la comunidad en general, quienes contarán con herramientas concreta para fortalecer el acompañamiento, crear redes de apoyo funcionales promoviendo un entorno inclusivo y solidario hacia la vejez.

La comunidad de Caldera perteneciente al cantón Bolívar de la provincia del Carchi, representa un espacio donde las dinámicas sociales y familiares se han transformado en las últimas décadas, debilitando los vínculos de acompañamiento hacia los adultos mayores por lo que la investigación resulta necesaria para comprender cómo la falta de redes afectivas incide en el desarrollo de síntomas depresivos en esta población ya que la migración de familiares, aislamiento geográfico y la limitada interacción comunitaria son elementos que justifican la realización del estudio en este entorno rural.

Los resultados que se obtengan del estudio pueden ser utilizados para diseñar intervenciones comunitarias, fortalecer programas de promoción del bienestar emocional y establecer mecanismos de contención social para los adultos mayores, orientando acciones educativas por parte del personal de enfermería, así como otros actores comunitarios, enfocadas en la reconstrucción de redes afectivas y el acompañamiento emocional.

Esta investigación aporta al campo científico al analizar la relación existente entre dos variables fundamentales en el ámbito de la salud mental del adulto mayor como son el apoyo social percibido y los niveles de depresión lo cual permite establecer vínculos empíricos entre factores psicosociales y condiciones afectivas, contribuyendo a ampliar el conocimiento sobre los determinantes emocionales del envejecimiento. Esta relación, aunque reconocida en la literatura, requiere mayor validación en contextos específicos como el rural, donde los factores estructurales pueden modificar significativamente la percepción del entorno social.

Desde el ámbito académico, esta investigación constituye una oportunidad de formación y aplicación del conocimiento adquirido en ciencias de la salud mediante el uso de herramientas metodológicas y técnicas de recolección de datos aplicadas a una problemática concreta, por lo que la ejecución del estudio promueve el desarrollo de habilidades investigativas y analíticas, lo cual fortalece el perfil profesional en áreas prioritarias como la salud mental comunitaria o la gerontología social.

#### **1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

##### 1.4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi en el periodo julio - octubre 2025.

##### 1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de apoyo social percibido en los adultos mayores de la comunidad de Caldera.
- Identificar los niveles de depresión en los adultos mayores de la comunidad de Caldera.
- Establecer la relación entre el apoyo sociofamiliar y los niveles de depresión de los adultos mayores de la comunidad de Caldera.

##### 1.4.3. Preguntas de Investigación

¿Cuál es el nivel de apoyo social percibido en los adultos mayores de la comunidad de Caldera?

¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los adultos mayores de la comunidad de Caldera?

¿Existe relación entre el apoyo social percibido con los niveles de depresión los adultos mayores de la comunidad de Caldera?

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente sección tiene como propósito fundamentar la investigación mediante una revisión exhaustiva de estudios y publicaciones previas que aborden temáticas directamente relacionadas con las variables en estudio. Los trabajos seleccionados se han clasificado y analizado en función de su pertinencia, su impacto y los hallazgos más significativos que ofrecen para el desarrollo de esta investigación.

Como primer antecedente, se destaca la investigación de Paredes et al. (2024), titulada "Apoyo social percibido en el adulto mayor durante el confinamiento", realizada en México. El objetivo fue identificar el nivel de apoyo social que perciben los adultos mayores durante el confinamiento; este estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal; empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido a una muestra de 119 participantes. Dentro de los hallazgos clave, la investigación subrayó que el conjunto de individuos participantes consistía principalmente en señoras de edad avanzada. Se observó que únicamente un segmento menor contaba con estudios universitarios completos, y que una fracción considerable de las personas mayores no disponía de un círculo familiar que les brindara sostén. En conclusión, el estudio identificó que los adultos mayores, tanto los que residen en instituciones como los que permanecen en sus hogares, perciben un nivel de apoyo social que se considera adecuado en términos generales.

Un antecedente importante es el trabajo de González (2021), titulado "Apoyo social y envejecimiento activo: Aproximaciones desde la perspectiva de la psicología positiva", realizado en Buenos Aires. El propósito de esta investigación fue analizar cómo la orientación familiar influye en el proceso de envejecimiento de los adultos mayores. Para lograrlo, se optó por una metodología cualitativa basada en la revisión documental, enmarcada dentro del paradigma post-positivista. Entre los principales

hallazgos, el autor resalta la clara relación que existe entre el apoyo social y las condiciones del envejecimiento. Señala que no son factores independientes, sino que están estrechamente vinculados: el nivel de apoyo recibido repercute directamente en la calidad de vida en esta etapa. El análisis mostró que hablar de envejecimiento activo sin considerar la existencia de redes de apoyo social resulta insuficiente, pues estas cumplen un papel clave en el acompañamiento de las personas mayores. Finalmente, el estudio concluye que el apoyo social es un elemento esencial para la salud en general, pero adquiere un peso aún mayor en la vida de los adultos mayores, ya que influye tanto en su satisfacción vital como en sus expectativas hacia el futuro.

Por otro lado, resulta relevante la investigación de Jiménez (2023), titulada "Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico". Este estudio, realizado en Hidalgo, México, tuvo como propósito analizar la relación entre el apoyo social percibido y el nivel de depresión en 71 adultos mayores que acudían regularmente a un centro gerontológico. La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, con un enfoque cuantitativo, de tipo transversal y correlacional. Entre los principales hallazgos, se identificó que la mayoría de los participantes eran mujeres, con un promedio de edad de 75 años, nivel educativo de primaria, casadas y dedicadas principalmente a labores del hogar. En el aspecto emocional, se detectaron distintos grados de depresión, predominando los niveles leves y moderados, aunque también se presentaron algunos casos más severos. En cuanto al apoyo social, la mayoría de los adultos mayores manifestó contar con redes de acompañamiento estables, mientras que solo un pequeño grupo reportó tener un respaldo limitado. El estudio concluyó que existe una relación inversa entre el apoyo social y la depresión, es decir, mientras más sólido es el entorno social de la persona, menor tiende a ser la presencia de síntomas depresivos.

Otro antecedente significativo es la tesis doctoral de Benítez (2024), titulada "Apoyo social percibido por adultos mayores viudos y viudas", tuvo como propósito profundizar en el conocimiento sobre las necesidades de esta población en Puerto Rico. Se trató de un estudio cuantitativo con un diseño exploratorio, descriptivo y correlacional, en el que participaron 40 adultos mayores. Para la recolección de datos, Benítez empleó el Medical Outcome Survey y el cuestionario sobre la Salud del Paciente-8. Los resultados confirmaron la fiabilidad de los instrumentos utilizados. No

se hallaron diferencias significativas en el nivel de apoyo social percibido en función de variables demográficas como sexo, edad o ingresos. Sin embargo, sí se observó una relación inversa entre el apoyo social y la depresión: cuanto mayor era el apoyo percibido, menores eran los síntomas depresivos reportados. Concluyó que el apoyo social y el respaldo familiar funcionan como un factor clave de protección emocional durante la vejez.

También se considera trascendental el artículo de Fernández et al. (2020), titulado "Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida". El propósito de este estudio fue describir cómo perciben el apoyo social los adultos mayores de la ciudad de Cartagena que asisten a dichos centros. La investigación se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo transversal con una muestra de 320 adultos mayores. Para la recolección de la información se aplicó la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social. Los resultados mostraron que, en general, los participantes compartían ciertas características: edades avanzadas, bajo nivel educativo y poca descendencia. Aun con estas condiciones, una parte considerable de los adultos mayores señaló contar con un apoyo social sólido, sobre todo de su familia cercana. Este respaldo no solo se reflejaba en la convivencia diaria, sino también en la capacidad de sus redes para brindar acompañamiento emocional en situaciones difíciles, lo que generaba en ellos sentimientos de seguridad y compañía. Sin embargo, se observó que en los casos donde no existían familiares cercanos, la percepción de apoyo social disminuía de manera importante, llegando a considerarse insuficiente o limitada. A partir de estos hallazgos, el estudio concluyó que la cercanía familiar y la existencia de vínculos afectivos influyen directamente en la percepción de apoyo social, lo cual impacta de forma significativa en el bienestar emocional y mental de los adultos mayores.

Igualmente, la investigación de Macas et al. (2023), titulada "Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación con la funcionalidad familiar", tuvo como objetivo analizar cómo se relaciona el funcionamiento familiar con la presencia de ansiedad, depresión y estrés en adultos mayores de Santo Domingo de los Colorados. El estudio se llevó a cabo bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y un alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 384 adultos mayores, a quienes se aplicó una encuesta de 32 ítems. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes pertenecía a familias con una estructura funcional, lo cual

reflejaba la existencia de relaciones estables y redes de apoyo adecuadas. No obstante, un grupo más reducido de adultos mayores reportó síntomas de ansiedad, depresión y estrés, con mayor prevalencia en aquellos que presentaban un bajo nivel de funcionalidad familiar. En conclusión, el estudio evidenció una relación inversa entre el grado de funcionalidad familiar y la aparición de problemas emocionales. Esto significa que contar con un entorno familiar sólido contribuye de manera significativa a reducir el riesgo de que los adultos mayores desarrollen síntomas vinculados con la salud mental.

Noriega y Ortiz (2021), contribuyen a la investigación con su artículo “Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán – Ecuador”. El propósito de este estudio fue analizar la relación entre la autoestima y los niveles de depresión en 319 adultos mayores de la parroquia Licán, en la provincia de Chimborazo. La investigación se desarrolló bajo un enfoque descriptivo-correlacional y con un diseño transversal. A diferencia de lo encontrado en otros estudios, los resultados mostraron que no existía una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y los niveles de depresión en la población analizada. Sin embargo, los autores destacaron que la totalidad de los participantes presentaba algún grado de depresión ya fuera moderada, severa o muy severa, lo que refleja que ninguno estaba exento de esta alteración emocional que afecta de manera directa su bienestar afectivo.

Por otro lado, el artículo de Chavarría et al. (2022), titulado “Depresión en el adulto mayor: factores de riesgo y manejo en el primer nivel de atención”, aporta a la investigación al enfocarse en las características clínicas de la depresión en adultos mayores. Su objetivo fue proporcionar herramientas para valorar esta condición desde el ámbito de la atención primaria, con la intención de mejorar su pronóstico y manejo. La investigación se realizó a partir de una revisión de la literatura, con un enfoque cualitativo, orientado a identificar los principales factores de riesgo de la depresión en la vejez. Entre los hallazgos más relevantes, los autores señalan que la depresión en los adultos mayores constituye un problema de salud pública que demanda la intervención activa de los profesionales de la salud. Destacan la necesidad de fortalecer la interacción social y familiar, especialmente en quienes atraviesan situaciones de abandono, como medida para disminuir la prevalencia del trastorno. Asimismo, subrayan que las intervenciones psicológicas resultan efectivas

para ayudar a los adultos mayores a reconocer las causas de su depresión y desarrollar estrategias de afrontamiento y prevención. Finalmente, concluyeron que la actividad física y recreativa juega un papel fundamental en el bienestar y la salud de esta población. La práctica de ejercicio ya sea de baja o alta intensidad, contribuye a reducir los niveles de depresión, con beneficios visibles a corto, mediano y largo plazo.

Morales y Alcívar (2021), también aportan a la presente investigación con su artículo "Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito", cuyo objetivo fue identificar los niveles de depresión en 20 adultos mayores que acudían a esta institución. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y un diseño transversal. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, centrada en la evaluación del estado de ánimo. Entre los principales hallazgos, los autores señalaron que las condiciones generadas por la pandemia de COVID-19 como el confinamiento, el aislamiento social y la disminución de la atención familiar favorecieron la aparición de síntomas depresivos en esta población. Dichos síntomas se manifestaron en sentimientos de tristeza, irritabilidad, visión negativa del futuro, falta de energía, pérdida de interés en actividades cotidianas, así como alteraciones en el sueño y en el apetito.

Finalmente, es necesario mencionar el artículo realizado por Parada et al. (2022), denominado "Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años". El propósito de este estudio fue analizar la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en la población adulta mayor. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo, que incluyó investigaciones publicadas entre 2015 y 2021 en bases de datos como Scopus, ScienceDirect, Elsevier y PubMed. Los hallazgos revelaron que la depresión y el deterioro cognitivo mantienen una relación tanto directa cuando una condición influye en la otra como indirecta, al compartir factores de riesgo como la edad avanzada, la presencia de enfermedades asociadas y distintos elementos psicosociales y biológicos. Se concluyó que ambas condiciones afectan de manera significativa el bienestar de los adultos mayores. Si bien existen programas de apoyo y protección, todavía persisten diferencias entre los investigadores respecto a los factores específicos que explican el vínculo entre depresión y deterioro cognitivo.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### 2.2.1 El proceso de envejecimiento y el adulto mayor

El envejecimiento es un proceso biológico natural, continuo y dinámico que ocurre a lo largo de la vida, con mayor visibilidad a partir de la adultez tardía manifestándose a través del desgaste gradual de las funciones orgánicas, reducción de la reserva fisiológica y menor capacidad de respuesta adaptativa frente a situaciones de estrés interno o externo. Aunque su origen es multifactorial, el envejecimiento está influido por factores genéticos, estilos de vida, condiciones ambientales y acceso a servicios sanitarios a lo largo del tiempo (Ortiz Montalvo et al., 2023).

Este implica una reconfiguración de la identidad, la percepción del tiempo y la forma de interactuar con el entorno ya que las personas mayores suelen experimentar cambios en sus vínculos familiares, patrones de comunicación y participación comunitaria. Estas transformaciones pueden generar sentimientos de soledad o aislamiento, especialmente si no existen redes de apoyo estables por lo que, en este sentido, el entorno y la experiencia de vida juegan un papel determinante en la forma en que cada individuo enfrenta el proceso de envejecer (Solórzano Beneditt et al., 2023).

La comprensión del envejecimiento desde una perspectiva integral permite identificar sus múltiples dimensiones y anticipar necesidades específicas en la vejez ya que no se trata únicamente de cambios físicos, sino de una transición vital que involucra adaptación, aprendizaje y resiliencia. Esta visión holística promueve enfoques que incluyen la prevención de deterioros evitables, el mantenimiento de capacidades funcionales y la preparación para una etapa de vida prolongada, con énfasis en la dignidad y la autonomía personal (Ortiz Montalvo et al., 2023).

#### 2.2.1.1 Adulto mayor

El adulto mayor es la persona que ha alcanzado la última etapa del ciclo vital humano, comúnmente a partir de los 60 años, aunque esta cifra puede variar según criterios institucionales y contextuales. Esta etapa se caracteriza por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que afectan la funcionalidad y el estilo de vida del individuo. En el ámbito biomédico, el adulto mayor puede presentar mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas, deterioro sensorial y pérdida progresiva de

capacidades físicas, mientras que en el aspecto social puede enfrentar aislamiento, dependencia o disminución de roles activos en la comunidad (Ortiz Montalvo et al., 2023).

El adulto mayor se puede enfrentar a diferentes desafíos asociados a la pérdida de roles tradicionales, jubilación, disminución de la interacción social y procesos de duelo por fallecimiento de personas cercanas. Estas transformaciones suelen tener repercusiones en la autoestima, el estado emocional y el sentido de pertenencia dentro del núcleo familiar o comunitario, adicionalmente, existe una mayor probabilidad de desarrollar condiciones como deterioro cognitivo, ansiedad o síntomas depresivos, los cuales pueden interferir con la funcionalidad diaria que se presente (Sornoza, 2023).

La atención integral al adulto mayor considera dimensiones físicas, mentales, sociales y funcionales, lo cual requiere una comprensión amplia de sus características particulares ya que en este grupo etario se reconoce una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidad parcial o total y dependencia progresiva, que influyen directamente en la calidad de vida. Esta etapa demanda estrategias específicas orientadas a la prevención, el mantenimiento de la autonomía y la promoción del bienestar desde un enfoque multidisciplinario (Lozano-Zúñiga et al., 2022).

#### 2.2.1.2 Cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento

El envejecimiento produce modificaciones progresivas en los diferentes sistemas del organismo, generando una disminución gradual en su capacidad funcional por lo que se encuentran entre los principales la pérdida de masa y fuerza muscular, reducción de la densidad ósea, disminución de la elasticidad vascular y cutánea, así como el enlentecimiento de los reflejos neuromusculares, mientras que a nivel cardiovascular, se observa un incremento de la rigidez arterial, una menor capacidad de respuesta al esfuerzo; en el sistema respiratorio una reducción de la elasticidad pulmonar; en el sistema nervioso una disminución de la velocidad de conducción nerviosa y del volumen cerebral, cambios que no siempre implican enfermedad, pero condicionan la respuesta del organismo ante factores externos incrementando la vulnerabilidad a diversos trastornos (Quintero et al., 2024).

El envejecimiento es asociado con una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas entre las que se incluyen la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis, osteoporosis, deterioro cognitivo y depresión, los cuales pueden verse favorecidos por factores genéticos, hábitos de vida inadecuados o exposición a riesgos ambientales a lo largo de la vida, por lo que la coexistencia de múltiples enfermedades en una misma persona mayor, conocida como multimorbilidad, es habitual complicando el manejo clínico, dado que incrementa la dependencia funcional y el riesgo de complicaciones lo que afecta la calidad de vida (Tecalco et al., 2021).

### 2.2.1.3 Dimensiones psicológicas del envejecimiento

Las dimensiones psicológicas durante el envejecimiento, de acuerdo con Piña, Olivo y Martínez (2022), son:

- **Cognición:** Comprende procesos como atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje y velocidad de procesamiento dado que con el paso del tiempo suele observarse que se hace lento el procesamiento de la información, mayor dificultad para la atención dividida y la memoria de trabajo, variabilidad interindividual marcada según historia de vida, estimulación o comorbilidades, mientras que el conocimiento semántico así como el vocabulario tienden a mantenerse relativamente estables con aprovechamiento de la experiencia para resolver problemas rutinarios; mientras que plasticidad y la reserva cognitivas permiten compensaciones mediante estrategias externas, rutinas u organización ambiental.
- **Emociones:** La regulación afectiva muestra mayor estabilidad relativa, con uso frecuente de estrategias de reevaluación, así como control del afecto negativo por lo que pérdidas de rol, duelos o cambios funcionales introducen estresores que inciden en el estado de ánimo por lo que la sintomatología puede expresarse en forma somática (fatiga, dolor, insomnio) sumado a manifestaciones emocionales. La reactividad afectiva o el curso de síntomas se modulan por condiciones médicas, polifarmacia y contexto relacional donde se observa en muchos casos un sesgo hacia la priorización de estímulos positivos en el procesamiento emocional.

- **Desarrollo personal:** Se orienta a la integración biográfica, construcción de sentido y el ajuste de metas a capacidades reales incorporando competencias como resiliencia, generatividad, sabiduría práctica y espiritualidad dado que la identidad se reorganiza alrededor de autonomía, continuidad de proyectos significativos o participación social, mientras que la percepción de autoeficacia y control favorece la adaptación ante cambios o pérdidas. El aprendizaje durante toda la vida se mantiene con preferencia por contenidos funcionales aplicados que se facilita por medio de oportunidades de participación, reconocimiento social y acceso a recursos educativos.

#### 2.2.1.4 Aspectos sociales del envejecimiento

Guzmán, Martínez y Gómez (2024), destacan que el envejecimiento se caracteriza por una serie de aspectos sociales clave, entre los que se incluyen:

- **Asignación de roles:** Implica la redistribución de funciones familiares, comunitarias y laborales conforme cambian las capacidades así como las expectativas sociales dado que la jubilación, transición hacia tareas de cuidado intergeneracional o reconfiguración del rol conyugal modifican la identidad social con las rutinas cotidianas, por lo que estos roles deben ser negociados dentro de marcos culturales y normativos que definen qué actividades se consideran propias de la adultez mayor, influyendo en el estatus, reconocimiento y autonomía percibida.
- **Participación social:** Comprende la implicación en redes formales e informales, incluyendo organizaciones vecinales, espacios religiosos, clubes de mayores y actividades cívicas para lo cual se depende de factores estructurales (accesibilidad, transporte, recursos económicos), disposicionales (motivación, autoeficacia) y contextuales (oportunidades locales, capital social), es así que la continuidad de actividades significativas favorece la interacción, intercambio de apoyo y mantenimiento de roles sociales, expresándose en frecuencias así como calidades distintas de contacto con pares, familia o comunidad.
- **Exclusión social:** En la vejez se entiende como un proceso multidimensional que limita el acceso a recursos, derechos y relaciones, pudiendo manifestarse en esferas económicas, relacionales, culturales o digitales dado que factores como

la viudez, aislamiento residencial, barreras de movilidad, edadismo o brecha tecnológica contribuyen a reducir las oportunidades de interacción y de ejercicio de ciudadanía, es así que la exclusión no es uniforme; varía según género, nivel educativo, trayectoria laboral y contextos territoriales, expresándose en disminución de vínculos, menor participación y restricción de opciones de vida en la etapa tardía.

### 2.2.2 Apoyo social percibido

Se refiere a la percepción individual que tiene una persona sobre la disponibilidad y calidad del apoyo que recibe o podría recibir de su entorno. No necesariamente implica la cantidad real de ayuda que se recibe, sino la valoración subjetiva de sentirse acompañado, respaldado o comprendido. Esta percepción puede variar incluso entre personas que reciben el mismo tipo de apoyo, debido a factores personales, culturales y emocionales (Muñoz et al., 2023).

Este tipo de apoyo cumple una función psicológica relevante, ya que influye directamente en la manera en que se enfrentan los eventos vitales estresantes. Estudios demuestran que una alta percepción de apoyo social se asocia con niveles más bajos de ansiedad, síntomas depresivos y estrés, mejorando la capacidad de afrontamiento en diferentes situaciones. Por otro lado, una percepción baja, aunque se reciba ayuda objetiva, puede incrementar la vulnerabilidad emocional y deteriorar la salud mental (Lara Vásquez et al., 2023).

#### 2.2.2.1 Tipos de apoyo social

La clasificación del apoyo social incluye diferentes dimensiones:

- **Apoyo instrumental:** Se refiere al apoyo brindado a través de bienes materiales y servicios destinados a resolver necesidades cotidianas y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Este tipo de ayuda comprende acciones que benefician directamente a la persona e implican la transferencia de recursos tanto económicos como no económicos. Dentro de estos se incluye el dinero, que permite a los familiares cubrir los bienes y servicios necesarios para satisfacer requerimientos básicos como la alimentación, el vestuario, la vivienda y la atención en salud, procurando siempre que estos sean adecuados y saludables para el bienestar del adulto mayor. Según Collazos (2022), muchos adultos

mayores cuentan con una pensión o jubilación que les permite contribuir a la economía familiar y cubrir sus propias necesidades; además, cuando el adulto mayor dispone de recursos propios, la familia debe respetar su administración y decisiones sobre los mismos. Otro aspecto relevante es garantizar un entorno confortable y seguro que favorezca su bienestar integral.

En coherencia con este enfoque, las políticas de atención al adulto mayor reconocen que el hogar constituye el espacio más apropiado para el proceso de envejecimiento, ya que promueve la autonomía, mantiene la identidad y preserva la dignidad personal. Por ello, su habitación debe reunir características que estimulen la orientación y la memoria, incorporando elementos como calendarios, relojes, fotografías o recuerdos personales, además de disponer de una cama cómoda y segura que facilite el descanso y prevenga riesgos de caídas (Ruiz, 2021).

- **Apoyo emocional:** Las relaciones expresivas constituyen un elemento esencial para el bienestar emocional de las personas adultas mayores, ya que representan un fin en sí mismas al satisfacer necesidades afectivas y de pertenencia, tales como sentirse amadas, valoradas y aceptadas. Este tipo de vínculos favorece la comunicación emocional, la expresión de sentimientos y la posibilidad de compartir experiencias, preocupaciones y frustraciones, lo cual fortalece el apoyo mutuo y la sensación de compañía.

El componente afectivo resulta indispensable dentro de las relaciones expresivas, especialmente en el contexto del cuidado del adulto mayor, puesto que implica una disposición emocional basada en la confianza, la atención y el cariño. En la práctica, este afecto se manifiesta mediante gestos y expresiones de cercanía como abrazos, caricias, palabras amables o demostraciones de ternura. Dichas interacciones fomentan un lazo emocional que promueve la seguridad, la tranquilidad y el bienestar integral de la persona mayor (Fernández et al., 2020).

Las actividades lúdicas, educativas y deportivas representan espacios significativos que fortalecen el bienestar emocional y social, por lo que deben ser estimuladas tanto en hombres como en mujeres mayores. Se estima que aproximadamente uno de cada siete adultos mayores experimenta algún grado de depresión, lo que resalta la importancia del acompañamiento afectivo y la

comunicación constante. Por ello, se recomienda promover el diálogo, la escucha activa y la expresión emocional, de modo que el adulto mayor pueda compartir sus pensamientos y sentimientos, aliviar su carga emocional y sentirse comprendido y valorado (Noriega, 2021).

- Apoyo familiar: Arias y Ramírez (2021), señalan que el apoyo familiar constituye el principal sustento dentro del núcleo familiar, al ofrecer ayuda y respaldo a cada uno de sus integrantes, especialmente a los adultos mayores, quienes suelen presentar algún grado de dependencia. Este acompañamiento se fundamenta en vínculos afectivos que promueven una convivencia positiva dentro de un entorno armonioso.

De igual manera, Guzmán (2020), afirma que las personas mayores suelen recibir apoyo constante por parte de sus cónyuges, hijos y nietos, quienes participan activamente en su vida cotidiana. Sin embargo, el autor aclara que dicho apoyo no se manifiesta de manera uniforme en todos los contextos familiares, ya que existen hogares donde no se brindan los cuidados básicos que el adulto mayor requiere. Desde la perspectiva de esta población, resulta necesario que las familias adquieran una mayor sensibilización y preparación respecto a las necesidades de convivencia y atención que demandan las personas mayores.

- Apoyo informativo: También llamado apoyo cognitivo como lo define Fawcett (2020) el apoyo informativo puede definirse como el proceso mediante el cual las personas buscan y comparten información, experiencias, consejos u orientaciones que les permitan enfrentar y resolver diversas dificultades. A diferencia del apoyo instrumental, este tipo de ayuda no proporciona una solución directa al problema, sino que ofrece los conocimientos necesarios para que el individuo pueda gestionarlo de manera autónoma. Este acompañamiento contribuye a reducir la incertidumbre y la angustia, favoreciendo una mayor sensación de control sobre la situación y, en consecuencia, un mejor bienestar psicológico. En este sentido, el apoyo informativo se relaciona con la provisión de datos, explicaciones, sugerencias o guías que facilitan la comprensión y la resolución de problemas personales o del entorno inmediato.
- Apoyo de redes sociales: Las definiciones sobre redes sociales son tan diversas que resultaría complejo enumerarlas en su totalidad. No obstante, una de las

aproximaciones más relevantes es aquella que propone analizar las redes desde una perspectiva comunitaria, más allá del individuo o la familia. En este sentido, Dabas (2020) destaca la importancia de los movimientos sociales que se estructuran en torno a redes comunitarias orientadas a dar respuesta a necesidades y demandas sociales específicas.

Desde una visión grupal, las redes comunitarias adquieren un significado particular, ya que su impacto se percibe de manera colectiva. En muchos casos, las instituciones gubernamentales y en ocasiones también las organizaciones no gubernamentales carecen de la capacidad para atender los problemas locales más urgentes, e incluso, en algunos contextos, no logran reconocerlos adecuadamente. Frente a ello, las propias comunidades, mediante procesos participativos de diagnóstico interno, son capaces de identificar, analizar y priorizar sus principales necesidades. Cabe señalar que, en los países más desarrollados, donde las carencias sociales son menores, la concepción de red comunitaria desde una perspectiva colectiva resulta menos común o incluso poco familiar.

#### 2.2.2.2 La familia como fuente principal de apoyo social en la vejez

La familia constituye la red primaria de soporte en la vejez, al articular recursos emocionales (afecto, escucha, contención), instrumentales (cuidado personal, ayuda doméstica, gestión de trámites), informativos (orientación, consejo) y de valoración (reconocimiento, refuerzo de la identidad). Este soporte se organiza en configuraciones diversas operando como un conjunto de relaciones relativamente estables que acompaña a la persona mayor a lo largo del tiempo, dado que la solidaridad intergeneracional se expresa mediante intercambios de tiempo, dinero, cuidados y compañía, ajustándose al ciclo vital de cada miembro, así como a las demandas emergentes de salud (Vergara et al., 2024).

La provisión de apoyo familiar depende de determinantes estructurales y relacionales: proximidad residencial, tamaño y composición del hogar, historia de vínculos, normas culturales, roles de género y situación laboral de los potenciales cuidadores. Procesos como la migración, las familias transnacionales y la cohabitación intergeneracional modifican la disponibilidad y la forma del apoyo (presencial, remoto, económico o simbólico). La calidad del vínculo —incluida la

ambivalencia afectiva y los conflictos— condiciona la percepción del soporte; así, una red amplia no siempre se traduce en apoyo efectivo si existen tensiones, sobrecarga o escasa coordinación entre familiares (Islas, 2025).

En el funcionamiento cotidiano, el apoyo sociofamiliar puede amortiguar estresores, facilitar la autonomía mediante acompañamiento en actividades básicas e instrumentales favorece la continuidad de hábitos de salud al monitorear tratamientos y citas médicas, al mismo tiempo, pueden presentarse efectos menos deseables, como sobreprotección, dependencia aprendida o desgaste del cuidador, especialmente cuando el reparto de tareas es inequitativo o sostenido sin relevo. Las dinámicas de apoyo son bidireccionales: la persona mayor también aporta experiencia, recursos y cuidado a otros miembros, configurando un intercambio que influye en la cohesión familiar y en la percepción subjetiva del soporte recibido (Araujo et al., 2021).

### 2.2.2.3 Otras redes de apoyo y su rol en el adulto mayor

Las redes de apoyo son sistemas de relaciones sociales que proveen asistencia en momentos de necesidad. Estas redes están compuestas por diversos miembros con distintos niveles de cercanía, como la familia nuclear, parientes, amigos, vecinos, y organizaciones comunitarias o estatales. Su función principal es facilitar el acceso a recursos sociales, emocionales y prácticos esenciales para el bienestar individual (Ortegón et al., 2022).

La efectividad de una red de apoyo depende en gran medida de su tamaño, calidad y funcionalidad. Una red amplia y cohesionada puede ofrecer múltiples formas de ayuda, mientras que una red limitada o disfuncional podría agravar situaciones de riesgo. En el contexto de los adultos mayores, estas redes cumplen un papel crucial, ya que compensan las posibles pérdidas funcionales, económicas o sociales que acompañan al proceso de envejecimiento (Pineda Méndez et al., 2025).

El análisis de estas redes no solo permite identificar los nodos de soporte primario, sino también los puntos de ruptura o la ausencia de vínculos. Esto facilita la planificación de intervenciones comunitarias dirigidas a fortalecer los lazos existentes o a crear nuevas conexiones. En el campo de la gerontología, las redes de apoyo son un indicador clave de bienestar y autonomía, ya que influyen directamente en la

permanencia del adulto mayor en su hogar, previenen el aislamiento y contribuyen a su salud mental (Cancino et al., 2024).

#### 2.2.2.3.1 Amigos y vecinos

Los amigos y vecinos constituyen una red de soporte no familiar que aporta compañía, intercambio de información y ayuda instrumental de proximidad estructurándose en contactos cotidianos, visitas breves, encargos prácticos (compras, gestiones simples) y vigilancia informal del entorno. La densidad y reciprocidad de estos vínculos dependen de la historia de convivencia barrial, la estabilidad residencial y las normas de convivencia local, lo que configura patrones de disponibilidad y respuesta ante necesidades puntuales (Díaz y Hernández, 2023).

Los lazos con amigos y vecinos facilitan la integración social y actúan como puente hacia recursos comunitarios expresándose a través de la conversación y la validación de experiencias, mientras que el apoyo informativo emerge en forma de consejos sobre servicios, actividades y trámites. La eficacia de esta red se relaciona con factores como accesibilidad física, confianza interpersonal y frecuencia de contacto, con variaciones según características urbanas o rurales del territorio (Aranda y Pérez, 2021).

#### 2.2.2.3.2 Grupos comunitarios y asociaciones de adultos mayores

Son estructuras organizadas que ofrecen espacios de participación, aprendizaje y coordinación de apoyos, su actividad incluye talleres, encuentros recreativos, actividades físicas adaptadas y acciones de capacitación, además de mecanismos de ayuda mutua, por lo que la pertenencia a estas organizaciones favorece la formación de redes horizontales, así como el acceso a información relevante sobre derechos, prestaciones y oportunidades locales (Porto, 2023).

#### 2.2.2.3.3 Apoyo institucional y formal

El apoyo institucional y formal comprende dispositivos estructurados como servicios de salud, trabajo social, centros de día y programas municipales o estatales los cuales proporcionan evaluación profesional, seguimiento clínico, rehabilitación, acompañamiento psicosocial y cuidados diurnos, bajo protocolos definidos y criterios de elegibilidad por lo que su intervención se basa en equipos interdisciplinarios,

registros sistemáticos o coordinación interinstitucional para gestionar necesidades tanto sanitarias como sociales (Fernández et al., 2020).

## 2.2.3 Depresión en el adulto mayor

### 2.2.3.1 Definición

Es un trastorno afectivo caracterizado por la presencia persistente de tristeza, pérdida de interés en actividades, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, dificultades cognitivas y sentimientos de desesperanza. Este cuadro clínico puede confundirse con el deterioro propio del envejecimiento, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. La depresión en esta etapa de la vida suele estar infravalorada o malinterpretada como parte natural del proceso de envejecimiento (Inostroza et al., 2023).

Este trastorno puede presentarse en distintas formas, desde episodios depresivos mayores hasta distimias o trastornos adaptativos por lo que los síntomas pueden variar en intensidad y duración, afectando el funcionamiento social, emocional y físico del adulto mayor. Es común que se manifieste de manera somática, a través de dolores físicos sin causa orgánica evidente, lo cual complica su identificación desde una perspectiva clínica convencional (Calva-Cumbicus et al., 2024).

La depresión en adultos mayores presenta una prevalencia considerable, especialmente en aquellos que enfrentan enfermedades crónicas, pérdidas significativas, soledad o baja integración social. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno puede generar un deterioro progresivo de la salud mental, incrementar el riesgo de suicidio, limitar la adherencia a tratamientos médicos y deteriorar la calidad de vida en esta población (Valdés-Martinić et al., 2023).

### 2.2.3.2 Características clínicas de la depresión en el adulto mayor

De acuerdo a Arcos et al. (2024) , las entre las características de la depresión en el adulto mayor se encuentran:

- Afectivas: ánimo deprimido persistente, anhedonia, irritabilidad, sentimientos de vacío o culpa desproporcionada, labilidad emocional.
- Cognitivas: quejas subjetivas de memoria, disminución de atención y funciones ejecutivas, pensamiento rumiativo o pesimista; puede presentarse

seudodemencia depresiva (fallas cognitivas reversibles secundarias al cuadro afectivo).

- Somáticas/vegetativas: alteraciones del sueño (insomnio inicial, medio o terminal; hipersomnias), cambios en apetito y peso, fatiga marcada, quejas somáticas múltiples (dolor inespecífico, malestar gastrointestinal), disminución de energía.
- Psicomotoras: enlentecimiento psicomotor (bradipsiquia, hipomimia, disminución de la iniciativa) o, en menor medida, agitación psicomotora.
- Conductuales y sociales: retraimiento, reducción de actividades habituales, abandono del autocuidado, menor participación social, apatía y pérdida de motivación.
- Características atípicas (posibles): reactividad del estado de ánimo, hipersomnias, hiperfagia, sensación de pesadez en extremidades, sensibilidad al rechazo interpersonal.
- Características psicóticas (en subgrupos): ideas de ruina, culpa extrema, hipocondría, nihilismo; pueden acompañarse de alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.
- Riesgo suicida: ideación con o sin planificación, especialmente ante pérdidas recientes, dolor crónico, soledad o comorbilidad médica significativa.
- Curso y cronobiología: episodios únicos o recurrentes; variación diurna con empeoramiento matutino en algunos casos; inicio tardío posible tras eventos vitales estresantes o cambios orgánicos.
- Particularidades geriátricas: mayor tendencia a expresar el malestar en forma somática más que con verbalización de tristeza; menor reconocimiento del problema; impacto funcional más evidente que la queja afectiva.
- Comorbilidad y fármacos: alta coexistencia con enfermedades crónicas (dolor crónico, cardiovasculares, metabólicas, neurológicas) y polifarmacia; posibles efectos depresógenos de algunos medicamentos.
- Depresión de inicio tardío/depresión vascular: asociación con lesiones cerebrovasculares subcorticales; predominio de enlentecimiento, afectación ejecutiva y menor historia afectiva previa.
- Diagnóstico diferencial frecuente: duelo no complicado, apatía, trastornos neurocognitivos mayores o leves, hipotiroidismo, déficits nutricionales (p. ej., B12), efectos de sustancias o fármacos.

- Impacto funcional: deterioro en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, menor adherencia terapéutica, aumento de caídas y consultas médicas, peor recuperación de eventos médicos intercurrentes.

#### 2.2.3.3 Factores de riesgo asociados a la depresión en la vejez

La depresión en la vejez es un desafío significativo para la salud pública, influenciado por una compleja interacción de factores. Entre los factores biológicos se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o neurodegenerativas, que generan una carga física y emocional prolongada. El deterioro funcional o la dependencia en las actividades diarias también contribuyen a una mayor vulnerabilidad (Andrade Palos et al., 2022).

A nivel psicológico, el historial previo de trastornos afectivos, el afrontamiento negativo ante las pérdidas, la baja autoestima y los sentimientos de inutilidad son elementos que predisponen al desarrollo de cuadros depresivos. La percepción de pérdida de control sobre la vida, la ausencia de sentido existencial y la falta de resiliencia ante los cambios también agravan la sintomatología depresiva en esta etapa (Calva Cumbicus et al., 2024).

El aislamiento, la ausencia de redes de apoyo sólidas, la viudez, la pobreza o el abandono familiar son factores determinantes. La interacción limitada con el entorno, junto con contextos comunitarios poco inclusivos o indiferentes, refuerzan el sentimiento de exclusión y tristeza. La combinación de estos factores puede desencadenar o prolongar episodios depresivos si no se interviene adecuadamente (Cancino et al., 2024).

#### 2.2.3.4 Consecuencias de la depresión en la salud del adulto mayor

En los adultos mayores las consecuencias de la depresión son profundas y afectan múltiples dimensiones de su vida por lo que a nivel físico, se asocia con un incremento en el deterioro funcional, mayor riesgo de caídas, retraso en la recuperación de enfermedades agudas y descompensación de patologías crónicas. La presencia de depresión también puede disminuir la adherencia a tratamientos médicos, afectando directamente los resultados clínicos (Lara Vásquez et al., 2023).

En la esfera psicológica, la depresión genera sentimientos persistentes de tristeza, inutilidad y desesperanza, lo que puede conducir a la pérdida de sentido de vida. Esta sintomatología puede provocar retraimiento social, deterioro cognitivo y, en casos severos, ideación suicida. El impacto emocional no solo recae sobre el individuo, sino también sobre sus cuidadores y entorno familiar, quienes pueden experimentar sobrecarga emocional y estrés (Vega Umaña, 2022).

La depresión tiende a intensificar el aislamiento, deteriorar las relaciones interpersonales y reducir la participación comunitaria lo que contribuye a la pérdida de autonomía e independencia, generando una espiral de dependencia institucional o familiar. En contextos donde el apoyo social es limitado, estas consecuencias se agravan y dificultan el proceso de envejecimiento activo y digno (Meza Santa María, 2023).

#### 2.2.4 Teorizantes y/o modelos de enfermería.

Relacionadas con el proyecto de investigación:

- Teoría de Sistemas – Betty Neuman.

Betty Neuman (1924-2022), fue una enfermera, educadora y teórica estadounidense, reconocida por su enfoque innovador en la atención integral de la salud, se graduó en el People's Hospital School of Nursing en Akron, Ohio, y posteriormente obtuvo licenciatura, maestría y doctorado en enfermería y salud pública. Trabajó como enfermera clínica, profesora universitaria y consultora internacional. En 1970 desarrolló el Modelo de Sistemas de Neuman, inspirado en la teoría general de sistemas y en la prevención primaria, con la intención de ofrecer un marco integral para la práctica de la enfermería. Esta teoría visualiza a la persona como un sistema abierto en interacción constante con el entorno, está compuesto por una serie de líneas de defensa que protegen contra estresores internos, externos y extra personales.

El rol de la enfermería es fortalecer las líneas de defensa y promover la estabilidad del sistema a través de intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria la meta es mantener o restablecer el equilibrio y la salud integral (Alligood, 2023). En el estudio que se va a realizar puede considerarse un factor protector que actúa como línea de defensa frente a estresores emocionales como la soledad, el duelo o la pérdida de independencia, según Neuman, cuando estas líneas de defensa se

fortalecen mediante redes de apoyo, se reduce la vulnerabilidad del individuo y se previenen alteraciones en la salud mental, como la depresión

- Teoría del Cuidado Humano – Jean Watson.

Jean Watson (1940-), es una enfermera y teórica estadounidense nacida en Virginia Occidental. Se graduó en enfermería en la Lewis Gale School of Nursing y posteriormente obtuvo su maestría y doctorado en Educación y Psicología del Cuidado en la Universidad de Colorado, donde también ejerció como profesora y decana. Fundó el Watson Caring Science Institute, desde el cual ha promovido investigaciones y programas basados en el cuidado humano como núcleo de la práctica enfermera.

La Teoría del Cuidado Humano de Watson se centra en la relación transpersonal entre enfermero y paciente, entendiendo el cuidado como un acto intencional que promueve la curación y el crecimiento personal propone 10 factores caritativos (posteriormente denominados procesos caritativos) que incluyen valores humanistas, cultivo de la sensibilidad, desarrollo de la relación de ayuda, promoción del entorno de apoyo y cuidado de las necesidades emocionales y espirituales del paciente (Alligood, 2023). Esta teoría se vincula estrechamente con el estudio ya que resalta la importancia del cuidado relacional y del apoyo emocional para promover el bienestar, el apoyo social se puede considerar como una manifestación del cuidado humano, donde las interacciones significativas y el acompañamiento reducen sentimientos de soledad, fortalecen la autoestima y ayudan a mitigar síntomas depresivos.

- Teoría de la Conservación - Myra Estrin Levine.

Myra Estrin Levine (1920-1996) fue una enfermera estadounidense reconocida por sus aportes a la práctica y educación en enfermería. Se graduó en el Cook County School of Nursing de Chicago y más tarde obtuvo su licenciatura en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Chicago, trabajó como enfermera clínica, educadora y consultora, siempre con el objetivo de mejorar la atención al paciente y la formación profesional su experiencia clínica, combinada con un profundo interés

por la filosofía del cuidado, la llevó a desarrollar un enfoque holístico que más tarde se formalizó como la Teoría de la Conservación.

La Teoría de la Conservación de Levine plantea que el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a conservar su energía y su integridad, promoviendo así su salud y bienestar, identificó cuatro principios de conservación: energía, integridad estructural, integridad personal e integridad social (Alligood, 2023). Esta teoría ayuda en la conservación de la integridad social es un elemento clave, reconoce que las relaciones interpersonales y el sentido de pertenencia son esenciales para el bienestar emocional el apoyo social actúa como un recurso que ayuda a preservar esta integridad social, reduciendo el aislamiento y previniendo el deterioro emocional que puede conducir a la depresión.

#### 2.2.5 Marco legal

La presente investigación se sustenta en normativas nacionales e internacionales que garantizan los derechos y la protección de este grupo de atención prioritaria:

- Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores

Establece el objeto general de promover, proteger y asegurar el pleno goce de derechos de la persona mayor (art. 1); define "persona mayor" y otras nociones clave (art. 2); prohíbe la discriminación por edad (art. 5); reconoce autonomía y toma de decisiones (art. 7); garantiza participación e integración comunitaria (art. 8); derecho a una vida libre de violencia (art. 9); consentimiento libre e informado en salud (art. 11); cuidados a largo plazo con regulación y personal especializado (art. 12); y el derecho a la salud física y mental con políticas intersectoriales basadas en APS y servicios socio-sanitarios integrados (art. 19) (Organización de Estados Americanos, 2016).

- Constitución de la República del Ecuador

La Constitución vigente reconoce la salud como un derecho fundamental y oportunos y de calidad. El artículo 32 define la salud como un derecho que debe ser garantizado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Además, el artículo 50 establece que el Estado adoptará políticas

públicas para promover el envejecimiento activo y saludable, así como la atención especializada para las personas adultas mayores, priorizando su bienestar físico, mental y social (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2008).

- Ley orgánica de las personas adultas mayores

La presente investigación se apoya de manera especial en la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador, 2019), la cual ofrece el marco legal necesario para comprender el apoyo social no solo como un derecho, sino también como un factor de protección. Dentro de este cuerpo normativo, destacan los siguientes artículos:

Artículo 3. Este artículo establece como uno de los objetivos principales de la ley la "eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de edad". La ausencia de apoyo social se considera un antecedente directo de situaciones de abandono y discriminación, reconocidas a su vez como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos en la vejez. Por lo tanto, la ley no se limita a prohibir el maltrato, sino que también impulsa, de manera implícita, la construcción de relaciones de apoyo como mecanismo de protección.

Artículo 9. Señala los deberes del Estado. Para esta investigación son especialmente relevantes los siguientes apartados:

Literal b): Obliga al Estado a garantizar el acceso a servicios de salud que incluyan "programas de promoción de un envejecimiento saludable y de prevención y tratamiento prioritario de síndromes geriátricos", entre ellos la depresión. Esta disposición reconoce la importancia de la salud mental como parte de la atención integral.

Literal e): Ordena "fomentar la solidaridad y las relaciones intergeneracionales". Este mandato respalda la creación e implementación de políticas y programas dirigidos a fortalecer el tejido social, lo que influye directamente en la cantidad y calidad de apoyo disponible para las personas adultas mayores, incidiendo de manera positiva en su bienestar emocional.

Artículo 11. Aborda la “Corresponsabilidad de la Familia”, señalando que esta tiene la obligación de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores, así como de brindarles el apoyo necesario. Esta disposición resulta clave para el estudio, ya que permite analizar el papel central de la familia como principal fuente de apoyo social y su influencia directa en la prevención de la depresión.

Artículo 17. Reconoce los derechos de “Independencia y Autonomía”, lo que incluye la participación activa de la persona adulta mayor en la sociedad. Promover la autonomía y el involucramiento social constituye una pieza fundamental del apoyo social, pues ambos actúan como factores protectores frente al aislamiento y la aparición de síntomas depresivos.

- Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (LOS) de 2006 constituye la base que organiza y regula el Sistema Nacional de Salud en Ecuador. Dentro de su contenido se encuentran disposiciones directamente relacionadas con el tema de esta investigación: la conexión entre el apoyo social y la depresión en las personas adultas mayores.

Artículo 6, literal d). Este apartado reconoce la salud como un “derecho humano fundamental e irrenunciable”, cuya garantía recae en el Estado. Dado que la depresión afecta de manera significativa la calidad de vida, se entiende como parte de este derecho, lo que justifica la necesidad de analizar sus determinantes —entre ellos el apoyo social— para asegurar el bienestar de la población mayor.

Artículo 14. Resulta particularmente relevante porque establece que las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben poner en marcha “planes y programas de salud mental, basados en la atención integral, con especial atención a los grupos vulnerables y con un enfoque familiar y comunitario”. Precisamente, la salud mental de los adultos mayores y el papel del apoyo familiar y comunitario son el centro de este estudio, lo que demuestra una alineación clara entre la investigación y las prioridades de política pública.

Artículo 22. Aunque más general, este artículo reafirma la obligación de los prestadores de salud de ofrecer atención “prioritaria, especializada y sin discriminación” a los grupos vulnerables. En este sentido, la investigación aporta a la

comprensión de cómo los sistemas de apoyo social pueden complementar la atención formal, logrando que la atención a la salud mental de los adultos mayores sea más integral y efectiva.

- Ley Orgánica de Salud Mental

La Ley Orgánica de Salud Mental (2023) refuerza y amplía el alcance de la LOS, consolidando un marco legal más sólido para el abordaje de la salud mental en Ecuador. Este nuevo cuerpo normativo resulta directamente aplicable al objeto de estudio:

Artículo 1. Define como objetivo la promoción y garantía del derecho a la salud mental “bajo un modelo de atención integral y comunitario”. Este planteamiento respalda la premisa central de la investigación: el bienestar emocional no depende únicamente de la atención clínica, sino también de las condiciones del entorno social y de las redes de apoyo.

Artículo 3. Reconoce la salud mental como parte esencial de la salud integral y resalta la importancia de la promoción y la prevención. Dentro de esta lógica, el apoyo social se posiciona como un factor protector fundamental, lo que ubica la investigación en plena sintonía con las acciones preventivas que la ley fomenta.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO**

##### **3.1.1. Enfoque**

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, definido como un método sistemático que utiliza datos numéricos para describir características, encontrar correlaciones o probar hipótesis. Según Ñaupas (2023) ,este enfoque implica la recopilación y análisis de datos numéricos para identificar patrones, promedios, relaciones causales y generalizar resultados a poblaciones más amplias. Este enfoque permite establecer relaciones estadísticas y generalizar resultados a la población estudiada.

En el presente estudio, se aplicó mediante la utilización de instrumentos estandarizados como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), cuyos resultados se codificaron y analizaron estadísticamente para determinar la prevalencia de depresión y la percepción de apoyo social en los adultos mayores de la comunidad estudiada, garantizando precisión, consistencia y replicabilidad de los hallazgos.

##### **3.1.2. Tipos de Investigación**

###### **3.1.2.1. Investigación descriptiva**

Es tipo de investigación que tiene como objetivo principal detallar y caracterizar de manera precisa las propiedades, comportamientos o características de un fenómeno, una población o una situación específica. Su metodología se basa en la observación, el registro y el análisis de cómo se manifiestan ciertos hechos, sin que el investigador intervenga en ellos ni manipule las variables. Esta modalidad se utilizó para caracterizar el comportamiento de las variables involucradas en el estudio, específicamente el nivel de apoyo social percibido y los niveles de depresión en los adultos mayores (Palella, 2022).

### 3.1.2.2. Investigación bibliográfica

Consiste en recopilar, analizar e interpretar información de fuentes secundarias; libros, artículos, tesis, y documentos digitales, entre otros. El propósito principal reside en la construcción del marco teórico, así como identificar antecedentes importantes, y además proveer sustento científico al problema que se investiga. Esto, de hecho, le permite al investigador comparar sus descubrimientos con lo que ya se sabe sobre el tema (Torres, 2020).

Se aplicó en la fase de construcción del marco teórico, mediante la revisión de libros, artículos científicos, tesis, informes institucionales y documentos disponibles en bases de datos académicas. Esta revisión permitió sustentar el estudio desde una perspectiva conceptual y teórica, incorporando definiciones, antecedentes, enfoques metodológicos y hallazgos previos relacionados con el apoyo social, la depresión y su interrelación en adultos mayores. La información obtenida ayudó a contextualizar la investigación y justificar la pertinencia del tema.

### 3.1.2.3. Investigación de campo

Es un tipo de investigación realizada justo en el sitio donde suceden las cosas. Su propósito es obtener datos primarios al instante, por medio de observaciones, encuestas o entrevistas a la gente implicada. Esta manera de enfocar el tema le da al investigador la oportunidad de interactuar cara a cara con la realidad, que ayuda a entender mejor el problema y a comprobar las hipótesis con pruebas que se ven (Torres, 2020).

Se llevó a cabo directamente en la comunidad de Caldera, mediante la aplicación de encuestas a los adultos mayores residentes en el sector. Esta fase permitió obtener información primaria, real y actual sobre las percepciones de apoyo social y los niveles de depresión que presentan los participantes. La investigación de campo proporcionó los datos necesarios para establecer correlaciones, verificar hipótesis y extraer conclusiones concretas sobre la realidad local, apoyando así el análisis cuantitativo propuesto en el estudio.

#### 3.1.2.4. Investigación transversal

Es un tipo de investigación que recopila datos en un momento único y específico en el tiempo. Su objetivo es describir variables y analizar las relaciones entre ellas tal como se encuentran, sin hacer un seguimiento. Es como tomar una "fotografía" del fenómeno en estudio, lo que lo hace ideal para investigaciones descriptivas y correlacionales (Albornoz, 2023).

A través de este diseño se pudo identificar cómo se manifiestan ambas variables en el tiempo de aplicación, permitiendo analizar si existe o no una relación entre ellas sin necesidad de un seguimiento longitudinal. Esta investigación permitió obtener resultados concretos y útiles para generar propuestas orientadas al fortalecimiento del bienestar emocional de esta población.

#### 3.2.1.5. Investigación correlacional

La investigación correlacional es un tipo de estudio que busca analizar la relación existente entre dos o más variables sin intervenir en ellas, identificando si estas se asocian positiva o negativamente y en qué grado. Según este enfoque permite determinar la fuerza y dirección de la relación entre variables, proporcionando información sobre patrones y asociaciones que pueden ser relevantes para la interpretación de fenómenos sociales o de salud (Creswell, 2022).

En el presente estudio, se aplicó este diseño para analizar la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en los adultos mayores de la comunidad de Caldera, mediante la recolección de datos con instrumentos estandarizados como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), fue posible determinar la existencia y la intensidad de la correlación entre ambas variables en el momento de la aplicación, permitiendo generar conclusiones útiles para el desarrollo de estrategias que fortalezcan el bienestar emocional de esta población.

### **3.2. HIPÓTESIS**

H<sub>1</sub>: El apoyo social se relaciona con los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi, durante el periodo julio – octubre 2025.

H<sub>0</sub>: El apoyo social no se relaciona con los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi, durante el periodo julio – octubre 2025.

### 3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.3.1. Definición de las variables

Las variables de estudio son:

- Variable independiente: Apoyo social.

El apoyo social es la ayuda y acompañamiento que una persona recibe de su familia, amigos o comunidad, lo que le brinda seguridad, bienestar y fortaleza para afrontar momentos difíciles (Bravo, 2024).

- Variable dependiente: Depresión.

Problema emocional que se origina por los cambios físicos, emocionales y sociales que llegan con la edad, además de factores como la soledad, la pérdida de familiares, las limitaciones para realizar actividades, que pueden hacerlos sentir inútiles o sin esperanza (Vásquez, 2024).

#### 3.3.2. Operacionalización de las variables

**Tabla 1.** Operacionalización de variables para el tema “Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores”

Variable	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Variable independiente: Apoyo social percibido	Nivel de apoyo social percibido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo apoyo percibido (12 – 35 puntos): El individuo percibe escasa disponibilidad y calidad de apoyo en su entorno.</li> <li>• Apoyo percibido medio (36 – 60 puntos): El individuo percibe un nivel de apoyo social</li> </ul>	Encuesta	Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)

---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• adecuado o moderado.</li> <li>• Alto apoyo percibido (61 – 84): El individuo percibe una alta disponibilidad y calidad de apoyo social.</li> <li>• Sin depresión (0 – 5 puntos): La puntuación sugiere un estado anímico normal.</li> <li>• Depresión leve (6 – 9 puntos): Indica la necesidad de evaluación y seguimiento clínico.</li> <li>• Depresión moderada o severa (10 a 15 puntos): Sugiere un cuadro depresivo significativo que requiere tratamiento especializado.</li> </ul>		
Variable dependiente: Depresión	Niveles de Depresión		Encuesta	Escala de depresión geriátrica de Yesavage – versión corta (gds-15)
	Características demográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Nivel de educación</li> <li>• Religión</li> <li>• Situación laboral</li> <li>• Ingresos económicos</li> <li>• Tipo de vivienda</li> </ul>	Encuesta	Cuestionario

---

### 3.4. MÉTODOS UTILIZADOS

#### 3.4.1. Métodos

Los métodos empleados en el desarrollo de la investigación fueron:

- Método hipotético-deductivo: El método hipotético-deductivo permite formular suposiciones iniciales que posteriormente serán sometidas a verificación empírica (Vizcaíno Zúñiga et al., 2023). En el contexto del presente estudio, este método facilitará el planteamiento de una hipótesis donde se deducirán consecuencias observables que serán contrastadas con los datos obtenidos en campo mediante el instrumento aplicado.
- Método inductivo-deductivo: El método inductivo-deductivo combina dos formas complementarias de razonamiento (Vega Umaña, 2022). La fase inductiva permitirá observar comportamientos y características específicas dentro de la población adulta mayor de la comunidad, extrayendo patrones generales a partir de los datos obtenidos. Posteriormente, en la fase deductiva, se podrán aplicar estas generalizaciones para explicar situaciones particulares y establecer conclusiones lógicas fundamentadas en la evidencia.
- Método analítico-sintético: Será útil para descomponer el fenómeno de estudio en sus diferentes componentes, tales como las dimensiones del apoyo social percibido y los niveles de depresión en el adulto mayor. (Vega Umaña, 2022) En una primera fase, se analizará cada elemento de manera individual, permitiendo su comprensión detallada. Posteriormente, en la fase sintética, estos elementos serán integrados nuevamente para interpretar el fenómeno en su conjunto, relacionando las variables entre sí y proporcionando una visión global del problema investigado.

#### 3.1.1. Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información, se empleó la encuesta como técnica, y como instrumentos se utilizaron dos escalas validadas:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage – versión corta (gds-15): Fue desarrollada en 1986 por Sheikh y Yesavage como una adaptación de la versión original de 30 ítems, con el objetivo de facilitar la detección rápida de síntomas

depresivos en adultos mayores. Esta herramienta permite evaluar el estado emocional y comportamental de la persona mediante 15 preguntas de autoinforme con respuestas "sí" o "no", de las cuales 10 ítems indican depresión si se responden afirmativamente y 5 si se responden negativamente. Se ha demostrado una alta confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83, y una validez clínica respaldada por su sensibilidad del 92% y especificidad del 89%. La interpretación de los resultados se clasifica la depresión en cuatro niveles: 0–5 no depresión , 6–9 leve, probable depresión, 10–15 depresión establecida (moderada o severa), siendo su tiempo de administración de aproximadamente 10- 15 minutos, lo que la hace práctica y eficaz en contextos clínicos y comunitarios para promover la detección temprana y la intervención oportuna de la depresión en adultos mayores, se utiliza principalmente en atención primaria y geriatría para identificar a adultos mayores que podrían requerir una evaluación clínica más detallada lo que la convierte en una herramienta práctica y accesible para profesionales de la salud (Salgado Cedano et al, 2024).

- Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS): fue desarrollada en 1988 por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley es una herramienta breve que permite evaluar cómo una persona percibe el apoyo recibido de tres fuentes principales: la familia, los amigos y una figura significativa. Está compuesta por 12 ítems y ha sido validada en diversos contextos, mostrando alta confiabilidad y estabilidad en sus resultados. Su puntuación total se obtiene al sumar las respuestas o promediarlas, y se divide en tres subescalas según la fuente de apoyo. No existen valores normativos universales, ya que estos pueden variar según la cultura, la edad o el género. De acuerdo con la interpretación general, los puntajes entre 12 y 35 reflejan bajo apoyo percibido, entre 36 y 60 un nivel medio, y entre 61 y 84 un alto nivel de apoyo social (Zimet GD, 2020).

### **3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico de la investigación se realizó a partir de la información recopilada mediante los instrumentos aplicados a los adultos mayores de la comunidad de Caldera. Los datos fueron organizados en una base estructurada en Microsoft Excel y posteriormente procesados con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 25), lo que permitió garantizar un tratamiento riguroso, ordenado y confiable de la información. Estas herramientas facilitaron la

obtención de resultados precisos, necesarios para contrastar los objetivos y verificar la hipótesis planteada en el estudio.

El procesamiento de los datos se desarrolló en dos etapas complementarias. En la primera, correspondiente al análisis descriptivo, se aplicaron medidas de estadística descriptiva con el fin de conocer la distribución y comportamiento de cada variable de forma individual.

En la segunda etapa, correspondiente al análisis inferencial, se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) con un nivel de significancia de 0,05, lo que representa un 95 % de confianza. Este procedimiento permitió explorar la posible relación entre las dos variables centrales del estudio: el apoyo social percibido y los niveles de depresión.

La población de estudio estuvo conformada por 96 adultos mayores residentes en la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi. Debido al tamaño manejable del grupo y a la facilidad de acceso a los participantes, se trabajó con la totalidad de la población, por lo que no fue necesario aplicar técnicas de muestreo. Para su inclusión se consideraron criterios específicos como tener 65 años o más, conservar sus facultades mentales orientadas en tiempo, espacio y persona, otorgar su consentimiento informado de forma voluntaria y residir de manera permanente en la comunidad. Se excluyeron aquellas personas menores de 65 años, con alteraciones cognitivas, que no brindaron su consentimiento o que no pertenecían a la comunidad en estudio.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de los adultos mayores

Dimensión	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	65 a 69 años	24	25,0
	70 a 74 años	25	26,0
	75 a 79 años	21	21,9
	80 a 84 años	22	22,9
	85 a 89 años	4	4,2
	Total	96	100,0
Género	Hombre	56	58,3
	Mujer	40	41,7
	Total	96	100,0
Estado civil	Soltero/a	14	14,6
	Casado/a o en unión libre	40	41,7
	Viudo/a	29	30,2
	Divorciado/a	8	8,3
	Separado/a	5	5,2
	Total	96	100,0
Número de hijos	Ninguno	11	11,5
	Uno	13	13,5
	Dos	22	22,9
	Tres	18	18,8
	Cuatro o más	32	33,3
	Total	96	100,0
Nivel de educación	Ninguna	16	16,7
	Educación inicial	15	15,6
	Educación general básica	51	53,1
	Bachillerato	14	14,6
	Total	96	100,0
Religión	Católica	73	76,0
	Cristiana	23	24,0
	Total	96	100,0
Situación laboral	Jubilado/a	12	12,5

	Comerciantes	12	12,5
	Jornalero	32	33,3
	Desempleado/a	13	13,5
	Ama de casa	27	28,1
	Total	96	100,0
Ingreso económico	Menor a un salario mínimo	91	94,8
	Igual a un salario básico	5	5,2
	Total	96	100,0
Composición del hogar	Vivo solo/a	47	49,0
	Vivo con el cónyuge o pareja	29	30,2
	Vivo con los hijos	14	14,6
	Vivo con los nietos	1	1,0
	Vivo con otros familiares	5	5,2
	Total	96	100,0
Tipo de vivienda	Casa propia	90	93,8
	Vivienda alquilada	6	6,3
	Total	96	100,0

En cuanto a la edad de los participantes, la mayoría de los encuestados parece estar concentrada en los grupos de edad de 70 a 74 años (26.0%) y de 65 a 69 años (25.0%). Es interesante señalar que más de la mitad de los encuestados (51.0%) se encuentra en las primeras etapas del envejecimiento. Esto es importante porque, según la literatura, durante esta etapa, las personas todavía son capaces de mantener un buen nivel de capacidad funcional y una cantidad moderada de independencia.

En contraste, los grupos de edad de 80 a 84 años (22.9%) y de 75 a 79 años (21.9%) están representados considerablemente, mientras que el grupo de 85 años y más (4.2%) es minoría. La comunidad de Caldera registra una notable disminución en la brecha entre hombres (58.3%) y mujeres (41.7%) respecto a la tendencia nacional.

En términos de estado civil, los datos muestran que el 41.7% están casados o viven en unión libre, seguidos por el 30.2% que son viudos y el 14.6% que son solteros, mientras que el 8.3% están divorciados y el 5.2% separados completan el total. Estos porcentajes indican que la mayoría de las personas mantiene alguna forma de vínculo marital o de pareja, lo que a menudo se considera un factor protector contra la depresión, ya que implica afecto y compañía. Sin embargo, la existencia del 30% de viudez también indica que una porción significativa de la población se encuentra en un estado de pérdida emocional, lo que puede aumentar la carga emocional y explica el bajo apoyo social percibido

En cuanto al número de hijos, es evidente que el 33.3% de los participantes tiene cuatro o más hijos, seguido por el 22.9% con dos hijos y el 18.8% con tres. Esto indica familias numerosas, que es un rasgo tradicional de las comunidades rurales. Sin embargo, a pesar del gran número de descendientes, no se traduce necesariamente en apoyo en términos de compañía, lo que a menudo se debe a la migración o la distancia física. Es sorprendente notar que el 11.5% no tiene hijos, lo que probablemente aumente el riesgo de aislamiento social y la falta de apoyo familiar.

Las disparidades en el nivel educativo explican los altos porcentajes de adultos mayores que carecen de educación formal, completando solo la educación básica (53.1%), y habiendo logrado solo una educación inicial (15.6%) y secundario (14.6%). En contraste, el 16.7% no ha recibido educación formal en absoluto. Orientada religiosamente, la población muestra una predominancia de católicos autoidentificados (76.0%) frente a cristianos (24.0%), sugiriendo la presencia de una espiritualidad pronunciada.

En el contexto laboral, los resultados indican una distribución desigual con el 33.3% de los encuestados identificados como jornaleros, el 28.1% como amas de casa, el 12.5% jubilados, el 12.5% comerciantes, mientras que el restante 13.5% de los encuestados estaba desempleado. Los beneficios económicos, en este contexto, fortalecen esta información ya que el 94.8% de los encuestados gana por debajo de una escala salarial, mientras que el 5.2% gana el salario mínimo.

En cuanto a la composición del hogar, casi la mitad de los adultos mayores (49.0%) vive solo, mientras que el 30.2% vive con un cónyuge o pareja y el 14.6% reside con sus hijos. Por último, en lo que respecta al tipo de vivienda, el 93.8% posee su casa mientras que solo el 6.3% vive en alojamientos alquilados.

**Tabla 3.** Nivel de depresión en adultos mayores

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	0	0,0
Depresión leve	34	35,4
Depresión moderada o severa	62	64,6
Total	96	100,0

Los resultados evidencian una prevalencia del 100% de sintomatología depresiva en la población estudiada, lo que indica una severa problemática de salud mental. Más

alarmante aún, casi dos tercios (64,6%) de los participantes presentan un nivel de depresión que requiere atención clínica inmediata, al ser clasificado como moderado o severo.

**Tabla 4.** Nivel de apoyo social percibido

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo de apoyo social percibido	43	44,8
Nivel medio de apoyo social percibido	51	53,1
Nivel alto de apoyo social percibido	2	2,1
Total	96	100,0

Casi la totalidad de la población estudiada (97,9%) percibe un nivel de apoyo social entre bajo y medio. Específicamente, más de la mitad de los adultos mayores muestra (53,1%) se ubica en un nivel medio, mientras que cerca de la mitad (44,8%) reporta una percepción de apoyo social baja. El porcentaje de individuos con un alto nivel de apoyo social percibido es residual.

**Tabla 4.** Nivel de depresión de los adultos mayores por rangos de edad

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total
85 a 89 años	Recuento	1	3	4
	% del total	1,0%	3,1%	4,2%
80 a 84 años	Recuento	9	13	22
	% del total	9,4%	13,5%	22,9%
75 a 79 años	Recuento	12	9	21
	% del total	12,5%	9,4%	21,9%
70 a 74 años	Recuento	6	19	25
	% del total	6,3%	19,8%	26,0%
65 a 69 años	Recuento	6	18	24
	% del total	6,3%	18,8%	25,0%
Total	Recuento	34	62	96
	% del total	35,4%	64,6%	100,0%

De acuerdo con los resultados, se observa que la mayor concentración de casos de depresión se presenta en los grupos etarios de 70 a 74 años (26,0 %) y 65 a 69 años (25,0 %), seguidos de los rangos de 80 a 84 años (22,9 %) y 75 a 79 años (21,9 %), mientras que el grupo de 85 a 89 años representa únicamente el 4,2 % del total. En cuanto al tipo de depresión, predomina la depresión moderada o severa o depresión establecida en todos los rangos de edad, alcanzando su mayor proporción en los grupos de 70 a 74 años (19,8 %) y 65 a 69 años (18,8 %).

Por otro lado, los casos de depresión leve o probable depresión (35,4 %) se distribuyen principalmente entre los adultos de 75 a 79 años (12,5 %) y 80 a 84 años (9,4 %), lo que podría reflejar una fase intermedia de adaptación emocional, donde los síntomas no alcanzan aún la intensidad clínica, pero sí indican un riesgo de evolución hacia cuadros más severos si no se realiza una intervención adecuada.

**Tabla 5.** Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por género.

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total	
Genero	Mujer	Recuento	17	23	40
		% del total	17,7%	24,0%	41,7%
	Hombre	Recuento	17	39	56
		% del total	17,7%	40,6%	58,3%
Total	Recuento	34	62	96	
	% del total	35,4%	64,6%	100,0%	

Los resultados reflejan que la depresión afecta a ambos géneros, aunque con una mayor incidencia en los hombres, quienes representan el 58,3 % del total de participantes frente al 41,7 % correspondiente a las mujeres. En particular, dentro del grupo masculino, el 40,6 % presenta depresión moderada o severa (depresión establecida) y el 17,7 % depresión leve (probable depresión), mientras que en el grupo femenino se observa una proporción de 24,0 % con depresión moderada o severa y 17,7 % con depresión leve. Por su parte, aunque las mujeres también presentan una proporción considerable de depresión (41,7 %), la mayoría se ubica en los niveles leve o moderado, lo que sugiere una mayor capacidad de adaptación emocional ante los cambios propios del envejecimiento. De manera complementaria, se evidencia que la suma de casos de depresión leve y moderada o severa abarca el 100 % de la muestra, lo cual confirma la presencia universal de sintomatología depresiva en ambos géneros.

**Tabla 6.** Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por estado civil

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total	
Estado civil	Separado/a	Recuento	1	4	5
		% del total	1,0%	4,2%	5,2%
	Divorciado/a	Recuento	3	5	8
		% del total	3,1%	5,2%	8,3%
	Viudo/a	Recuento	8	21	29
		% del total	8,3%	21,9%	30,2%
	Casado/a o en unión libre	Recuento	17	23	40
		% del total	17,7%	24,0%	41,7%

	Soltero/a	Recuento	5	9	14
		% del total	5,2%	9,4%	14,6%
Total		Recuento	34	62	96
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Los resultados permiten evidenciar que la depresión afecta en mayor medida a los adultos mayores casados o en unión libre (41,7 %), seguidos por los viudos (30,2 %) y, en menor proporción, por los solteros (14,6 %), divorciados (8,3 %) y separados (5,2 %). Esta distribución sugiere que la presencia de un vínculo conyugal no garantiza la ausencia de depresión, ya que, aunque los casados o convivientes representan el grupo más numeroso, una parte importante de ellos presenta depresión moderada o severa (24,0 %) o depresión leve (17,7 %), lo que indica que el deterioro emocional puede coexistir incluso dentro de relaciones estables, posiblemente influido por conflictos familiares, carga de cuidado o desgaste en la convivencia.

Por otra parte, el grupo de viudos/as constituye el segundo segmento con mayor frecuencia de depresión, con 21,9 % de casos en depresión moderada o severa y 8,3 % depresión leve, lo cual confirma que la pérdida de la pareja representa un evento crítico en la salud emocional del adulto mayor. Asimismo, los solteros/as (14,6 %) y divorciados/as (8,3 %) muestran también una proporción significativa de depresión, aunque menor que en los casos anteriores. En contraste, los separados/as (5,2 %) presentan la menor incidencia de depresión, aunque se debe considerar que representan un grupo numéricamente pequeño dentro de la muestra.

**Tabla 7.** Nivel de depresión en adultos mayores según el número de hijos.

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total
Cuatro o más	Recuento	13	19	32
	% del total	13,5%	19,8%	33,3%
Tres	Recuento	7	11	18
	% del total	7,3%	11,5%	18,8%
Número de hijos Dos	Recuento	4	18	22
	% del total	4,2%	18,8%	23%
Uno	Recuento	6	7	13
	% del total	6,3%	7,3%	13,6%
Ninguno	Recuento	4	7	11
	% del total	4,2%	7,3%	11,5%
Total	Recuento	34	62	96
	% del total	35,4%	64,6%	100%

Los resultados muestran que la mayor proporción de depresión se presenta en los adultos mayores con cuatro o más hijos (33,3 % del total), seguida por quienes tienen

dos hijos (23,0 %) y aquellos con tres hijos (18,8 %). En menor medida, se encuentran los adultos mayores con uno o ningún hijo, que representan cada uno el 11,5 % de los casos.

En detalle, el grupo con cuatro o más hijos registra 19 casos de depresión moderada o severa (19,8 %) y 13 de depresión leve (13,5 %), lo que sugiere que el tamaño familiar extenso no garantiza un acompañamiento afectivo efectivo, posiblemente debido a la dispersión de los hijos por motivos laborales, migratorios o por desinterés en el cuidado parental, situaciones que derivan en sensaciones de abandono, soledad y desvalorización.

Por otro lado, los adultos mayores con dos hijos concentran 18 casos de depresión moderada o severa (18,8 %), lo que indica que incluso en núcleos familiares medianos, la calidad del vínculo afectivo tiene mayor peso que la cantidad de descendientes. Asimismo, los participantes con un solo hijo o sin hijos presentan niveles similares de depresión moderada o severa (7,3 % cada uno), lo que sugiere que la ausencia de descendencia o la limitación del círculo familiar puede aumentar la vulnerabilidad emocional, aunque en menor magnitud que en los grupos con mayor número de hijos.

**Tabla 8.** Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por grado de instrucción

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total	
Nivel de educación	Bachillerato	Recuento	6	8	14
		% del total	6,3%	8,3%	14,6%
	Educación general básica	Recuento	21	30	51
		% del total	21,9%	31,3%	53,1%
	Educación inicial	Recuento	3	12	15
		% del total	3,1%	12,5%	15,6%
	Ninguna	Recuento	4	12	16
		% del total	4,2%	12,5%	16,7%
Total		Recuento	34	62	96
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

La mayor proporción de depresión se concentra en los adultos mayores con educación general básica (53,1 %), seguida de quienes no poseen ningún nivel de instrucción formal (16,7 %), los que alcanzaron la educación inicial (15,6 %) y, finalmente, los que cursaron bachillerato (14,6 %). En particular, el grupo con educación general básica presenta 30 casos de depresión moderada o severa (31,3

%) y 21 casos de depresión leve (21,9 %), lo que sugiere que, aunque poseen cierto grado de alfabetización, las limitaciones en el acceso a información, recursos y actividades cognitivamente estimulantes podrían incrementar su vulnerabilidad psicológica.

Por su parte, los adultos mayores sin instrucción o con educación inicial presentan niveles similares de depresión moderada o severa (12,5 % en ambos grupos), lo cual revela que la ausencia de educación formal limita la capacidad de comprensión y gestión emocional, así como el acceso a redes sociales o institucionales de apoyo. En contraste, los adultos mayores con formación de bachillerato presentan los porcentajes más bajos de depresión, tanto leve (6,3 %) como moderada o severa (8,3 %).

**Tabla 9.** Nivel de depresión en adultos mayores según su situación laboral

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total	
Situación laboral	Ama de casa	Recuento	10	17	27
		% del total	10,4%	17,7%	28,1%
	Desempleado/a	Recuento	2	11	13
		% del total	2,1%	11,5%	13,5%
	Jornalero	Recuento	11	21	32
		% del total	11,5%	21,9%	33,3%
	Comerciante	Recuento	5	7	12
		% del total	5,2%	7,3%	12,5%
	Jubilado/a	Recuento	6	6	12
		% del total	6,3%	6,3%	12,5%
	Total	Recuento	34	62	96
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Los resultados reflejan que la mayor prevalencia de depresión se observa en los adultos mayores que se desempeñaron como jornaleros (33,3 %), seguidos por las amas de casa (28,1 %), los desempleados (13,5 %) y, finalmente, los comerciantes y jubilados (12,5 % cada uno). En detalle, el grupo de jornaleros presenta 21 casos de depresión moderada o severa (21,9 %) y 11 de depresión leve (11,5 %), lo que indica que quienes realizaron trabajos informales o físicamente exigentes durante su vida productiva enfrentan un mayor deterioro emocional en la vejez.

De manera similar, las amas de casa representan el segundo grupo con mayor prevalencia de depresión (28,1 %), con 17 casos en nivel moderada o severa (17,7 %). Por otro lado, los adultos mayores desempleados (13,5 %) presentan una alta

proporción de depresión moderada o severa (11,5 %), lo cual pone de manifiesto que la falta de ingresos y de participación laboral activa genera sensaciones de inutilidad y exclusión social. En tanto, los comerciantes y jubilados (12,5 % cada grupo) registran los porcentajes más bajos, lo cual podría deberse a que mantienen una rutina activa y un sentido de productividad o estabilidad económica.

**Tabla 10.** Nivel de depresión en adultos mayores según el nivel de ingresos económicos

Indicador			Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total
Ingreso económico	Igual a un salario básico	Recuento	3	2	5
		% del total	3,1%	2,1%	5,2%
	Menor a un salario mínimo	Recuento	31	60	91
		% del total	32,3%	62,5%	94,8%
Total		Recuento	34	62	96
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Se observa que el 94,8 % de los participantes perciben ingresos inferiores a un salario básico, y dentro de este grupo, el 62,5 % presenta depresión moderada o severa (depresión establecida), mientras que el 32,3 % manifiesta depresión leve (probable depresión). En contraste, únicamente el 5,2 % de los adultos mayores perciben ingresos iguales a un salario básico, y de ellos, la mayoría presenta niveles leves o moderados de depresión. Por el contrario, aunque el grupo que percibe un salario básico es reducido (5,2 %), sus niveles más bajos de depresión sugieren que una mínima estabilidad económica puede tener un efecto protector, al permitir cubrir gastos esenciales y reducir la sensación de carga familiar.

**Tabla 11.** Nivel de depresión de los adultos mayores clasificado por la estructura familiar del hogar.

Indicador			Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total
	Vivo con otros familiares	Recuento	1	4	5
		% del total	1,0%	4,2%	5,2%
	Vivo con los nietos	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Composición del hogar	Vivo con los hijos	Recuento	5	9	14
		% del total	5,2%	9,4%	14,6%
	Vivo con el cónyuge o pareja	Recuento	14	15	29
		% del total	14,6%	15,6%	30,2%
	Vivo solo/a	Recuento	14	33	47
		% del total	14,6%	34,4%	49,0%

Total	Recuento	34	62	96
	% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Los resultados evidencian que la mayor prevalencia de depresión se presenta en los adultos mayores que viven solos (49,0 %), de los cuales el 34,4 % manifiesta depresión moderada o severa (depresión establecida) y el 14,6 % depresión leve (probable depresión). En contraste, los porcentajes más bajos corresponden a quienes viven con otros familiares (5,2 %) o con los nietos (1,0 %).

Por otra parte, el grupo que vive con el cónyuge o pareja (30,2 %) muestra una proporción intermedia de depresión: 15,6 % depresión moderada o severa y 14,6 % depresión leve. Asimismo, los adultos mayores que viven con los hijos (14,6 %) registran niveles moderados de depresión, lo que podría deberse a que el acompañamiento familiar directo disminuye el aislamiento, aunque en algunos casos puede implicar dependencia económica o conflictos intergeneracionales, factores que influyen en el estado de ánimo. De manera similar, quienes viven con otros familiares (5,2 %) o con los nietos (1,0 %) presentan los porcentajes más bajos, probablemente por contar con un entorno protector y dinámico, que contribuye al bienestar emocional y la integración social.

**Tabla 12.** Nivel de depresión en adultos mayores según el tipo de vivienda

Indicador		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)	Total
Tipo de vivienda	Vivienda alquilada	Recuento	1	5
		% del total	1,0%	5,2%
	Casa propia	Recuento	33	57
		% del total	34,4%	59,4%
Total		Recuento	34	62
		% del total	35,4%	64,6%

Los resultados muestran que la gran mayoría de los adultos mayores (93,8 %) habitan en casas propias, mientras que solo el 6,3 % reside en viviendas alquiladas. Sin embargo, dentro del grupo que posee vivienda propia, se observa una alta prevalencia de depresión, con 59,4 % en depresión moderada o severa (depresión establecida) y 34,4 % en depresión leve (probable depresión). Por otra parte, el grupo que vive en viviendas alquiladas (6,3 %) presenta una proporción menor de casos, aunque dentro de ellos la mayoría (5,2 % del total) padece depresión moderada o severa, lo que sugiere que la inseguridad habitacional y la carga económica del arriendo pueden contribuir a la aparición o intensificación de los síntomas depresivos.

**Tabla 13.** Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores por rangos de edad

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total
85 a 89 años	Recuento	3	1	0	4
	% del total	3,1%	1,0%	0,0%	4,2%
80 a 84 años	Recuento	13	9	0	22
	% del total	13,5%	9,4%	0,0%	22,9%
Edad 75 a 79 años	Recuento	9	11	1	21
	% del total	9,4%	11,5%	1,0%	21,9%
70 a 74 años	Recuento	10	15	0	25
	% del total	10,4%	15,6%	0,0%	26,0%
65 a 69 años	Recuento	8	15	1	24
	% del total	8,3%	15,6%	1,0%	25,0%
Total	Recuento	43	51	2	96
	% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados de la tabla muestran que el nivel medio de apoyo social percibido (53,1 %) predomina en todos los rangos de edad, mientras que el nivel bajo (44,8 %) representa una proporción también significativa. El nivel alto, en cambio, es muy reducido (2,1 % del total), concentrándose en los grupos de 75 a 79 años y 65 a 69 años con apenas un caso cada uno. En cuanto a la distribución etaria, se observa que los grupos de 70 a 74 años (26,0 %) y 65 a 69 años (25,0 %) reúnen las mayores proporciones de adultos con apoyo medio, con 15,6 % en cada grupo, lo que indica que, en estas edades, caracterizadas por una vejez activa y todavía funcional, persisten vínculos familiares o comunitarios que contribuyen a sostener el equilibrio emocional. No obstante, estos mismos grupos también registran porcentajes elevados de apoyo bajo (10,4 % y 8,3 % respectivamente), lo que sugiere la coexistencia de situaciones de aislamiento o debilitamiento progresivo de las redes sociales.

Por otra parte, los adultos de 80 a 84 años (22,9 % del total) y 85 a 89 años (4,2 %) presentan una tendencia clara hacia niveles bajos de apoyo social, con 13,5 % y 3,1 % respectivamente, mientras que el nivel medio desciende a 9,4 % y 1,0 %. En contraste, los adultos de 75 a 79 años (21,9 %) muestran una proporción más equilibrada entre los niveles bajo (9,4 %) y medio (11,5 %), además de un 1 % con apoyo alto, lo que podría interpretarse como una etapa de transición emocional, en la cual algunos logran mantener vínculos afectivos activos, mientras que otros experimentan su debilitamiento.

**Tabla 14.** Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por género

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Genero	Mujer	Recuento	15	24	1	40
		% del total	15,6%	25,0%	1,0%	41,7%
	Hombre	Recuento	28	27	1	56
		% del total	29,2%	28,1%	1,0%	58,3%
Total	Recuento	43	51	2	96	
	% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%	

Los resultados muestran que el nivel medio de apoyo social percibido predomina en ambos géneros, con 53,1 % del total, de los cuales las mujeres representan el 25,0 % y los hombres el 28,1 %. Sin embargo, también se evidencia un porcentaje considerable de adultos mayores con bajo apoyo social (44,8 %), distribuido entre 29,2 % de hombres y 15,6 % de mujeres. Por su parte, el nivel alto de apoyo social resulta mínimo, con apenas 2,1 % del total (1,0 % en cada género). No obstante, el hecho de que solo 1 % de ellas perciba un apoyo alto evidencia la ausencia de redes sólidas y constantes de soporte, lo que podría relacionarse con cambios familiares, pérdida de seres queridos o sobrecarga en los roles de cuidado. Por otro lado, la escasa presencia de apoyo social alto en ambos géneros (2,1 % total) revela una deficiencia estructural en la red de soporte afectivo dentro de la comunidad de Caldera.

**Tabla 15.** Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por estado civil

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
	Separado/a	Recuento	3	2	0	5
		% del total	3,1%	2,1%	0,0%	5,2%
	Divorciado/a	Recuento	3	5	0	8
		% del total	3,1%	5,2%	0,0%	8,3%
Estado civil	Viudo/a	Recuento	15	13	1	29
		% del total	15,6%	13,5%	1,0%	30,2%
	Casado/a o en unión libre	Recuento	12	28	0	40
		% del total	12,5%	29,2%	0,0%	41,7%
	Soltero/a	Recuento	10	3	1	14
		% del total	10,4%	3,1%	1,0%	14,6%
Total	Recuento	43	51	2	96	
	% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%	

Los resultados reflejan que el mayor nivel de apoyo social percibido corresponde a los adultos mayores casados o en unión libre (41,7 %), de los cuales el 29,2 % se ubican en el nivel medio de apoyo y el 12,5 % en el nivel bajo. En segundo lugar, se encuentran los viudos/as (30,2 %), seguidos de los solteros/as (14,6 %), los divorciados/as (8,3 %) y los separados/as (5,2 %).

En particular, el grupo de casados o convivientes presenta una proporción predominante en el nivel medio de apoyo (29,2 %), lo que evidencia que, aunque existe acompañamiento emocional, este no alcanza niveles óptimos de contención o comunicación afectiva. Por otra parte, los viudos/as (30,2 %) muestran una situación intermedia: el 15,6 % perciben bajo apoyo social y el 13,5 % apoyo medio, mientras que apenas 1 % reporta apoyo alto.

Los solteros/as (14,6 %), en cambio, presentan una proporción más elevada de apoyo bajo (10,4 %) y apenas 3,1 % de apoyo medio, lo que refleja una carencia significativa de redes afectivas estables. Aunque un 1 % declara apoyo alto, este valor es marginal. Este patrón se repite entre los divorciados/as (8,3 %) y separados/as (5,2 %), donde predomina el bajo nivel de apoyo, evidenciando que las rupturas y la falta de integración familiar tienden a debilitar las fuentes de respaldo emocional.

**Tabla 16.** Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el número de hijos

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Número de hijos	Cuatro o más	Recuento	9	22	1	32
		% del total	9,4%	22,9%	1,0%	33,3%
	Tres	Recuento	6	12	0	18
		% del total	6,3%	12,5%	0,0%	18,8%
	Dos	Recuento	13	8	1	22
		% del total	13,5%	8,3%	1,0%	22,9%
	Uno	Recuento	6	7	0	13
		% del total	6,3%	7,3%	0,0%	13,5%
	Ninguno	Recuento	9	2	0	11
		% del total	9,4%	2,1%	0,0%	11,5%
	Total	Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados revelan que el nivel medio de apoyo social percibido (53,1 %) predomina en todos los grupos, mientras que el nivel bajo (44,8 %) se presenta de manera considerable y el nivel alto (2,1 %) es mínimo. En términos generales, los

adultos mayores con cuatro o más hijos (33,3 %) concentran la mayor proporción de apoyo medio (22,9 %), seguidos de quienes tienen dos hijos (22,9 %) y tres hijos (18,8 %). Por su parte, aquellos con uno o ningún hijo representan porcentajes menores (13,5 % y 11,5 %, respectivamente), con predominio del apoyo bajo.

Si bien los adultos con familias numerosas manifiestan niveles medios de apoyo, una parte importante de ellos (9,4 %) se ubica en el nivel bajo, lo que sugiere que la cantidad de descendientes no siempre se traduce en disponibilidad afectiva o presencia continua. Por otro lado, los adultos con dos hijos muestran una distribución más equilibrada entre apoyo bajo (13,5 %) y medio (8,3 %), e incluso registran uno de los pocos casos de apoyo alto (1,0 %). En contraste, los grupos con un solo hijo (13,5 %) o sin hijos (11,5 %) presentan los niveles más bajos de apoyo percibido. En particular, el 9,4 % de los adultos sin hijos se ubica en el nivel bajo, lo que refleja una ausencia significativa de acompañamiento familiar directo.

**Tabla 17.** Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por grado de instrucción

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Nivel de educación	Bachillerato	Recuento	8	5	1	14
		% del total	8,3%	5,2%	1,0%	14,6%
	Educación general básica	Recuento	25	26	0	51
		% del total	26,0%	27,1%	0,0%	53,1%
	Educación inicial	Recuento	1	13	1	15
		% del total	1,0%	13,5%	1,0%	15,6%
Ninguna		Recuento	9	7	0	16
		% del total	9,4%	7,3%	0,0%	16,7%
Total		Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados reflejan que el mayor porcentaje de adultos mayores pertenece al grupo con educación general básica (53,1 %), seguido de quienes no tienen instrucción formal (16,7 %), los que alcanzaron la educación inicial (15,6 %) y finalmente los que poseen bachillerato (14,6 %). En general, el nivel medio de apoyo social percibido (53,1 %) predomina en todos los grupos educativos, mientras que el nivel bajo (44,8 %) continúa siendo elevado y el nivel alto (2,1 %) es mínimo.

Dentro del grupo con educación general básica, el 27,1 % percibe un nivel medio de apoyo social, mientras que el 26,0 % manifiesta apoyo bajo, lo que sugiere que, a

pesar de contar con un grado educativo elemental, la mayoría de los adultos mayores no experimenta redes de apoyo sólidas o permanentes. Por otro lado, los adultos mayores sin instrucción formal (16,7 %) muestran una distribución equilibrada entre los niveles bajo (9,4 %) y medio (7,3 %), lo que evidencia que la falta de educación no solo afecta el acceso a servicios y oportunidades, sino también la capacidad de establecer o mantener relaciones de apoyo social significativas.

El grupo con educación inicial (15,6 %) presenta una particularidad: la mayoría (13,5 %) reporta apoyo medio, y un pequeño porcentaje (1,0 %) percibe apoyo alto, el mismo valor observado en el grupo con bachillerato. Finalmente, quienes alcanzaron el nivel de bachillerato (14,6 %) registran una proporción ligeramente superior de apoyo bajo (8,3 %) frente a apoyo medio (5,2 %), pero presentan también uno de los pocos casos de apoyo alto (1,0 %).

**Tabla 18.** Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según su situación laboral

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Situación laboral	Ama de casa	Recuento	18	9	0	27
		% del total	18,8%	9,4%	0,0%	28,1%
	Desempleado/a	Recuento	2	10	1	13
		% del total	2,1%	10,4%	1,0%	13,5%
	Jornalero	Recuento	11	21	0	32
		% del total	11,5%	21,9%	0,0%	33,3%
	Comerciantes	Recuento	6	6	0	12
		% del total	6,3%	6,3%	0,0%	12,5%
	Jubilado/a	Recuento	6	5	1	12
		% del total	6,3%	5,2%	1,0%	12,5%
	Total	Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados evidencian que el nivel medio de apoyo social percibido (53,1 %) es el predominante en la muestra, seguido del nivel bajo (44,8 %) y, en menor medida, del nivel alto (2,1 %). Al clasificar por situación laboral, se observa que los jornaleros (33,3 %) y las amas de casa (28,1 %) conforman los grupos más numerosos, seguidos de los desempleados/as (13,5 %), comerciantes (12,5 %) y jubilados/as (12,5 %).

El grupo de jornaleros concentra el porcentaje más elevado de apoyo medio (21,9 %), lo que indica que, a pesar de desempeñar actividades laborales físicamente exigentes y de carácter temporal, mantienen vínculos sociales relativamente activos,

posiblemente por la interacción cotidiana en espacios comunitarios o de trabajo. Sin embargo, un 11,5 % de ellos percibe apoyo bajo, lo que sugiere que las condiciones laborales precarias y la inestabilidad económica limitan la percepción de respaldo emocional y funcional sostenido.

En contraste, las amas de casa (28,1 %) presentan el porcentaje más alto de apoyo bajo (18,8 %) y una proporción reducida de apoyo medio (9,4 %). Por su parte, los desempleados/as (13,5 %) muestran una proporción favorable de apoyo medio (10,4 %) y un pequeño porcentaje de apoyo alto (1,0 %), lo que podría interpretarse como una compensación social o familiar frente a la falta de ocupación laboral, donde los familiares o redes de vecinos asumen un papel activo de acompañamiento.

Los comerciantes (12,5 %) registran porcentajes equilibrados entre apoyo bajo y medio (6,3 % en cada caso), evidenciando que, si bien su actividad les permite mantener contacto social frecuente, la competencia económica y la carga laboral cotidiana pueden generar estrés y limitación del tiempo para fortalecer vínculos familiares o comunitarios. Finalmente, los jubilados/as (12,5 %) reflejan una distribución mixta: 6,3 % con apoyo bajo, 5,2 % con apoyo medio y 1 % con apoyo alto.

**Tabla 19.** Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el nivel de ingresos económicos

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Ingresos económicos	Igual a un salario básico	Recuento	1	4	0	5
		% del total	1,0%	4,2%	0,0%	5,2%
	Menor a un salario mínimo	Recuento	42	47	2	91
		% del total	43,8%	49,0%	2,1%	94,8 %
Total		Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados reflejan que el nivel medio de apoyo social percibido (53,1 %) predomina en la muestra total, seguido del nivel bajo (44,8 %) y, en menor medida, del nivel alto (2,1 %). En cuanto a la clasificación por ingresos, se observa que la gran mayoría de los adultos mayores perciben menos de un salario mínimo (94,8 %), mientras que solo un 5,2 % dispone de un ingreso igual al salario básico.

Dentro del grupo con ingresos menores al salario mínimo, el 49,0 % manifiesta un nivel medio de apoyo social, el 43,8 % un nivel bajo, y únicamente el 2,1 % un nivel alto. Por

otra parte, el reducido grupo que percibe un salario básico (5,2 %) muestra mejores condiciones relativas: 4,2 % con apoyo medio y solo 1 % con apoyo bajo. Sin embargo, la ausencia de casos con apoyo alto (0,0 %) revela que la suficiencia económica no garantiza, por sí sola, el acompañamiento emocional y la integración social, pues estas dimensiones dependen también de la estructura familiar, la convivencia y la red de relaciones significativas.

**Tabla 20.** Nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores clasificado por la estructura familiar del hogar

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Composición del hogar	Vivo con otros familiares	Recuento	1	3	1	5
		% del total	1,0%	3,1%	1,0%	5,2%
	Vivo con los nietos	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%
	Vivo con los hijos	Recuento	4	9	1	14
		% del total	4,2%	9,4%	1,0%	14,6%
	Vivo con el cónyuge o pareja	Recuento	5	24	0	29
		% del total	5,2%	25,0%	0,0%	30,2%
	Vivo solo/a	Recuento	33	14	0	47
		% del total	34,4%	14,6%	0,0%	49,0%
	Total	Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Se observa que el 49,0 % de los participantes viven solos, y dentro de este grupo, el 34,4 % percibe bajo apoyo social, mientras que solo el 14,6 % manifiesta apoyo medio. Por otro lado, los adultos mayores que viven con su cónyuge o pareja (30,2 %) presentan los niveles más favorables de apoyo social: el 25,0 % reporta apoyo medio y solo el 5,2 % manifiesta apoyo bajo. Sin embargo, la ausencia de casos con apoyo alto (0,0 %) sugiere que, aunque la relación de pareja provee contención emocional, no siempre garantiza una red social ampliada o apoyo externo complementario.

En contraste, los adultos mayores que viven con sus hijos (14,6 %) reflejan una distribución intermedia, con 9,4 % en apoyo medio y 4,2 % en apoyo bajo, además de 1,0 % en apoyo alto. De modo similar, quienes viven con otros familiares (5,2 %) presentan una composición equilibrada (3,1 % apoyo medio, 1,0 % bajo y 1,0 % alto), lo que denota una red afectiva más amplia y diversa, aunque no siempre estable.

**Tabla 21.** Nivel de apoyo social percibido en adultos mayores según el tipo de vivienda

Indicador		Nivel bajo de apoyo social percibido	Nivel medio de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Total	
Tipo de vivienda	Vivienda alquilada	Recuento	1	5	0	6
		% del total	1,0%	5,2%	0,0%	6,3%
	Casa propia	Recuento	42	46	2	90
		% del total	43,8%	47,9%	2,1%	93,8%
Total		Recuento	43	51	2	96
		% del total	44,8%	53,1%	2,1%	100,0%

Los resultados muestran que la gran mayoría de los adultos mayores residen en casa propia (93,8 %), mientras que un 6,3 % vive en vivienda alquilada. En términos generales, el nivel medio de apoyo social (53,1 %) predomina en la muestra, seguido del nivel bajo (44,8 %) y, en menor proporción, del nivel alto (2,1 %). Dentro del grupo que posee casa propia, el 47,9 % percibe apoyo medio, el 43,8 % apoyo bajo y solo el 2,1 % apoyo alto. Por otra parte, los adultos mayores que residen en viviendas alquiladas (6,3 %) muestran una proporción mayor de apoyo medio (5,2 %) frente a apoyo bajo (1,0 %), sin presencia de apoyo alto.

**Tabla 22.** Nivel de depresión en adultos mayores según el nivel de apoyo social percibido

		Escala de depresión geriátrica de Yesavage			Total
		Depresión leve (probable depresión)	Depresión moderada o severa (depresión establecida)		
Escala multidimensional de apoyo social percibido	Nivel alto de apoyo social percibido	Recuento	1	1	2
		% del total	1,0%	1,0%	2,1%
	Nivel medio de apoyo social percibido	Recuento	21	30	51
		% del total	21,9%	31,3%	53,1%
	Nivel bajo de apoyo social percibido	Recuento	12	31	43
		% del total	12,5%	32,3%	44,8%
Total		Recuento	34	62	96
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

En términos generales, la mayoría de los adultos mayores presentan depresión moderada o severa (64,6 %), mientras que el 35,4 % restante muestra depresión leve. Al analizar los datos cruzados, se observa que el 53,1 % de los participantes tiene un nivel medio de apoyo social, seguido del 44,8 % con apoyo bajo y solo un 2,1 % con apoyo alto. Dentro del grupo con bajo apoyo social (44,8 %), el 32,3 % presenta depresión moderada o severa (depresión establecida) y el 12,5 % depresión leve

(probable depresión), lo que refleja una relación directa entre la carencia de acompañamiento y la presencia de síntomas depresivos.

En el grupo con apoyo medio (53,1 %), se identificó un 31,3 % con depresión moderada o severa y 21,9 % con depresión leve, lo que sugiere que, aunque el soporte social es perceptible, su calidad o consistencia no resulta suficiente para neutralizar el impacto de los factores emocionales o contextuales, tales como la soledad o la dependencia. Finalmente, el grupo con apoyo alto (2,1 %) revela un equilibrio entre los dos niveles de depresión (1,0 % cada uno), lo que confirma que la presencia sólida de redes afectivas funciona como factor protector frente a los trastornos del estado de ánimo.

**Tabla 23.** Prueba de correlación Chi Cuadrado (Nivel de depresión y nivel de apoyo social)

Indicadores	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,986 <sup>a</sup>	2	,370
Razón de verosimilitud	2,002	2	,367
Asociación lineal por lineal	1,951	1	,162
N de casos válidos	96		

Los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson presentan un valor de  $\chi^2 = 1,986$ , con 2 grados de libertad y una significancia asintótica bilateral ( $p = 0,370$ ). Dado que el valor de  $p$  es mayor a 0,05, se determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social percibido y el nivel de depresión en los adultos mayores.

Este resultado implica que se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ), la cual establece que el apoyo social no se relaciona significativamente con los niveles de depresión en la población analizada, y se rechaza la hipótesis alterna ( $H_1$ ) que planteaba una relación directa entre ambas variables. Esto sugiere que las intervenciones en salud pública y enfermería deben priorizar el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitario, no como variable aislada, sino como componente integral del cuidado emocional y social del adulto mayor.

## 4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la relación entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión en 96 adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi. Los resultados revelaron que durante el periodo julio–octubre de 2025 el 97,9% de los participantes presentó un nivel de apoyo social bajo o medio, mientras que solo el 2,1% manifestó un alto nivel de apoyo social. En cuanto a la depresión, la totalidad de la muestra (100%) evidenció algún grado de sintomatología depresiva, siendo moderada o severa en el 64,6% de los casos y leve en el 35,4% restante. A pesar de observarse una tendencia inversa entre ambas variables (es decir, que a menor apoyo social aumentan los niveles de depresión), la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2 = 1,986$ ;  $p = 0,370$ ) determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión.

Estos hallazgos sugieren que, aunque el apoyo social cumple un papel protector en la salud mental del adulto mayor, en esta población rural su efecto puede verse limitado por factores estructurales y contextuales. El aislamiento geográfico, la escasez de redes comunitarias, sociales y familiares activos reducen la frecuencia e intensidad del acompañamiento emocional, influyendo en la percepción subjetiva del apoyo recibido. Este resultado concuerda parcialmente con lo encontrado por Noriega y Ortiz (2021), quienes en su estudio con adultos mayores también evidenciaron una ausencia de relación significativa entre las variables estudiadas, a pesar de que todos los participantes presentaron algún nivel de depresión. En ambos casos, los autores coinciden en que las condiciones socioculturales y familiares pueden mediar la relación entre los factores psicosociales y los emocionales, explicando la falta de asociación estadística.

No obstante, los resultados difieren de lo reportado por Jiménez (2023) en Hidalgo, México, quien identificó una relación inversa significativa entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores que asistían a un centro gerontológico. La diferencia puede deberse al tipo de población: mientras el estudio de Jiménez se desarrolló con personas institucionalizadas y con redes sociales formalmente estructuradas, la presente investigación se centró en adultos mayores que viven en una comunidad rural, donde el acompañamiento social es menos constante y más dependiente de la presencia física de familiares.

De manera similar, el estudio de Benítez (2024), realizado en Puerto Rico con adultos mayores viudos, también evidenció una relación inversa entre apoyo social y síntomas depresivos, concluyendo que el acompañamiento familiar y comunitario actúa como un factor protector esencial. Sin embargo, en Caldera esta tendencia, aunque observable en los porcentajes, no alcanzó significancia estadística, posiblemente debido al tamaño muestral y a la homogeneidad de las condiciones sociales de la población, donde la mayoría comparte entornos de vulnerabilidad y soledad.

Por otro lado, investigaciones como las de Macas et al. (2023), en Santo Domingo de los Colorados, confirman que la funcionalidad familiar influye directamente en la salud emocional de los adultos mayores, mostrando que aquellos con familias funcionales presentan menores niveles de depresión. Este contraste con el presente estudio sugiere que, aunque el apoyo social sea percibido, su calidad y efectividad podrían no ser suficientes para compensar la falta de interacción cotidiana, especialmente en comunidades rurales donde los vínculos se debilitan por la distancia física.

Asimismo, los resultados de Fernández et al. (2020), destacan que la cercanía familiar y la convivencia diaria refuerzan la percepción de apoyo social y, por tanto, reducen la depresión. Sin embargo, en Caldera se han evidenciado condiciones que reflejan una vulnerabilidad creciente en la población adulta mayor, particularmente en lo relacionado con su salud emocional, vínculos sociales y familiares. Esta situación se relaciona con lo descrito por Chavarría et al. (2022), quienes señalan que la depresión geriátrica aumenta cuando el entorno social carece de estímulos afectivos, actividades recreativas y acompañamiento emocional constante.

Los datos de la investigación también refuerzan la necesidad de considerar el entorno rural como un determinante social de la salud mental, dado que el aislamiento físico y la falta de programas de integración comunitaria pueden amplificar los sentimientos de soledad y tristeza. Aun cuando el apoyo social no mostró una relación estadística significativa con la depresión, su influencia práctica y emocional es evidente, pues quienes reportaron mayor soporte mostraron menor intensidad de síntomas depresivos. Los hallazgos confirman que la depresión en los adultos mayores de Caldera constituye un problema de alta prevalencia, estrechamente vinculado a condiciones sociales, económicas y familiares que debilitan su bienestar emocional.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

El nivel de apoyo social percibido en los adultos mayores de Caldera se concentra en las categorías más bajas. El 97,9% de los participantes percibe un apoyo social entre medio (53,1%) y bajo (44,8%). La percepción de un alto nivel de apoyo social es mínima (2,1%), lo cual subraya la necesidad de fortalecer las redes de apoyo comunitario.

Existe una prevalencia del 100% de sintomatología depresiva en la población estudiada. Este hallazgo es de suma preocupación, ya que ningún participante se encontró en la categoría "Sin depresión". La distribución de la sintomatología es crítica: casi dos tercios de la muestra (64,6%) presenta un diagnóstico de depresión moderada o severa, lo que indica una alta necesidad de intervención clínica inmediata y especializada. El tercio restante (35,4%) padece depresión leve, lo cual, aunque de menor gravedad, confirma que la depresión es una problemática de salud mental generalizada y urgente en la comunidad de Caldera.

Los resultados del estudio permiten afirmar que, aunque no se halló una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión en los adultos mayores de la comunidad de Caldera, los datos evidencian una tendencia clara: quienes cuentan con menor apoyo social manifiestan mayores niveles de depresión. Este hallazgo, aun sin significancia inferencial, refleja una realidad social importante y coincide con la evidencia científica que resalta el rol del entorno afectivo en la salud mental de las personas mayores.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

A los adultos mayores y sus familias, se recomienda fomentar la comunicación y la convivencia diaria, participando en actividades grupales y comunitarias que fortalezcan los lazos afectivos. Los adultos mayores deben ser alentados a mantener vínculos interpersonales activos, ya sea con familiares, vecinos o grupos locales, puesto que estos espacios mejoran el bienestar emocional y reducen la sensación de soledad.

Al personal de salud del centro de salud, se sugiere implementar programas permanentes de apoyo psicosocial y detección temprana de síntomas depresivos, utilizando instrumentos validados como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

A las instituciones educativas y de formación en salud, se recomienda incorporar en los currículos temas de salud mental geriátrica y apoyo social, de modo que los futuros profesionales desarrollen competencias para la atención integral del adulto mayor y fomenten una visión humanizada de la vejez.

Por último, a los investigadores futuros, se sugiere realizar estudios con muestras más amplias y diseños longitudinales, que permitan analizar la evolución de las variables en el tiempo y explorar la interacción de otros factores, como la funcionalidad familiar, la resiliencia o las condiciones de vida, con el propósito de generar evidencia sólida que oriente políticas públicas y estrategias de atención más eficaces

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albornoz, G. M. (2023). Metodología de la Investigación, aplicada a las ciencias de la salud y la educación. (1 ed.). (M. A. Galanton, Ed.) Quito: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2023.
- Alligood, M. R. (2023). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier .
- Aranda, B., & Pérez, F. (2021). Exploración del significado de vejez y envejecimiento en el adulto mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2), 675-697. doi:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100845>
- Araujo, P., Nunes, J., & Azevedo, L. (2021). Envejecimiento y aislamiento social: una revisión integradora. *Acta Paul Enferm*, 16(34), 1-22. doi:<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2006). *Ley organica de salud*. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2016). *Código Orgánico de Salud*. Resolución CAL-2015-2017-139.
- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2019). *Ley Orgánica de las Personas*. Suplemento del Registro Oficial.
- Benítez, K. (2024). *Apoyo social percibido por adultos mayores viudos y viudas*. Universidad de Puerto Rico.
- Bravo, A. (2024). *Apoyo social en la calidad de vida de las personas adultas mayores institucionalizadas en el Centro Nuevo Amanecer, Portoviejo*. doi:<http://investigacion.utc.edu.ec/index.php/rimarina/article/view/610/832>
- Chavarría, M., Cubero, S., Bogantes, S., & Valderde, A. (2022). Depresión en el adulto mayor: factores de riesgo y manejo el primer nivel de atención. *Ciencia y Salud*, 6(3), 11-26. doi:<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i6.522>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (13 de 11 de 2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. CEPAL. Obtenido de CEPAL: <https://hdl.handle.net/11362/48567>
- Creswell, J. W. (2022). *Research Design: Qualitative Quantitative And Mixed Methods Approaches*. SAGE PUBLICATIONS LTD. doi:<https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/514?mode=full>
- Díaz, D., & Hernández, M. (2023). Neuropsicología del envejecimiento: intervención con enfoque preventivo y rehabilitatorio. *Revdosdic*, 6(4), 440. doi:<https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/440>
- Fernández, S., Cáceres, D., & Manrique, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 25-36. doi:<https://doi.org/10.15332/22563067.5541>
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Bolívar. (2023). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial*. GAD Bolívar.
- González, A. (2021). Apoyo social y envejecimiento activo: Aproximaciones desde la perspectiva de la psicología positiva. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 6(1), 20. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10101689>
- Guzmán, E., Mártínez, N., & Gómez, B. (2024). Limitaciones Sociales del Adulto Mayor y su Influencia en el Envejecimiento Activo, Estado de México, 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 6668-6687. doi:[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.11083](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11083)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (7 de 11 de 2024). *Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: inec destaca datos claves en el día mundial de la población*. Obtenido de INEC destaca datos claves en el día mundial de la población: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>
- Islas, S. (2025). La Reminiscencia: Un Enfoque Innovador para Promover el Envejecimiento Saludable. *Gerontología Latinoamericana*, 1(3), 1-16. doi:<https://revistas.unach.mx/index.php/GerontoLat/article/view/159>

- Jiménez, E., Mendoza, Y., & Moctezuma, S. (2023). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 33(4), 11-34. doi:[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2022000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400005)
- Macas, B., Castelo, W., González, N., & Castro, M. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 14-26. doi:<https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador. (6 de 5 de 2022). *Autoridades de Carchi atienden necesidades de la población adulta mayor*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <https://www.inclusion.gob.ec/autoridades-de-carchi-atienden-necesidades-de-la-poblacion-adulta-mayor/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*.
- Morales, C., & Álcibar, S. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 6(12), 509-520. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219297>
- Noriega, O. A. (2021). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán –Ecuador. *Polo del conocimiento*, 6(3), 1-15. doi:[10.23857/pc.v6i3.2379](https://doi.org/10.23857/pc.v6i3.2379)
- Ñaupas., H., Mejía., E., Trujillo., I., Romero, H., & Wilfrido, M. (2023). *Metodología de la investigación total: Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de Tesis*. Ediciones de la U. doi:[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=0djDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=que+es+la+investigaci%C3%B3n+cuantitativa+tesis&ots=6CYhnhKA5i&sig=s1EKmKqCGARpmOTnpowdu2XPkqQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=que%20es%20la%20investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20tesis&f](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=0djDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=que+es+la+investigaci%C3%B3n+cuantitativa+tesis&ots=6CYhnhKA5i&sig=s1EKmKqCGARpmOTnpowdu2XPkqQ&redir_esc=y#v=onepage&q=que%20es%20la%20investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20tesis&f)
- Organización de Estados Americanos. (2016). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. OEA.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de 5 de 2024). *Autocuidado para la salud y el bienestar*. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>

- Parella, S. (2022). *Investigación cuantitativa*, . (F. Martins, Ed.) México: Mcgrawhill.
- Parada, K., Guapizaca, F., & Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 22-31. doi:<https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Paredes, L., Miranda, C., & Arroyo, F. (2024). Apoyo social percibido en el adulto mayor durante el confinamiento. *Investigación e Innovación*, 4(1), 33-44. doi:<https://doi.org/10.33326/27905543.2024.1.1871>
- Paredes, L., Miranda, C., & Arroyo, F. (2024). Apoyo social percibido en el adulto mayor durante el confinamiento. *Investigación e Innovación*, 4(1), 33-44. doi:<https://doi.org/10.33326/27905543.2024.1.1871>
- Piña, M., Olivo, M., & Martínez, C. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*, 17(28), 15-29. doi:<http://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.642>
- Porto, P. (2023). Bioética y medicina personalizada en el envejecimiento: explorar las complejidades. *Rev. Bioét.*, 31(25), 36-52. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-803420233588ES>
- Resendiz, K., & Martínez, B. (2024). Características clínicas de los adultos mayores que han sufrido caídas en la Fundación Gabriel Pastor en el periodo del 2017 – 2021. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 1 – 13. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9541017>
- Salgado Cedano et al, 2. (2024). Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en. *Informes Psicologicos*, 24(1), pp. 123-135. doi:<https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a08>
- Sornoza, J. C. (2023). La orientación familiar en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Revisión narrativa actualizada de la literatura existente. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*(4), 530– 547. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v4i4.1237>
- Tebes, J. K. (2024). Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) entre los cuidadores familiares de personas. *Psicología Investigación y Gestión del Comportamiento*, 1201–1209. doi:<https://doi.org/10.2147/PRBM.S320126>
- Tecalco, A., Macías, M., & Ramírez, J. (2021). Mecanismos básicos en la modulación de la expresión génica: algunas implicaciones en el envejecimiento del

- cerebro. *TIP. Revista especializada en ciencias químico-biológicas*, 24(1), 15-26.  
doi:<https://doi.org/10.22201/fesz.23958723e.2021.0.295>
- Torres, T. (2020). *Los métodos de investigación*. La Habana: Mc Graw Hill.
- Vásquez, Y. M. (2024). *FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN PRESUNTIVA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE YURACYACU - CHOTA*. Obtenido de UNACH -PERU:  
<https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/00d058b2-2ae3-4205-a8e7-8c7498c51832/content>
- Vega Umaña, L. y. (2022). Percepción del estudiantado universitario sobre la virtualización de la enseñanza de la metodología de la investigación científica en la educación superior. *Revista Actualidades Investigativas En Educación*, 22(3), 1-28. doi:<https://doi.org/10.15517/aie.v22i3.50638>
- Vergara, A., Abraham, M., & Cruz, E. (2024). Promoción del envejecimiento activo y saludable: Desafíos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Investigación Social*, 6(3), 12.  
doi:<https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/relais/article/download/4107/3766>
- Zimet GD, D. N. (2020). La escala multidimensional del apoyo social percibido. *Revista de Evaluación de la Personalidad*, 30-41.

## VII. ANEXOS

### Anexo 1. Certificado del abstract por parte de idiomas



### UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGES CENTER

ABSTRACT- EVALUATION SHEET				
<b>NAME:</b> Lisbeth Pabón Ramos y Brenda Dayana Valencia Vivero				
<b>DATE:</b> ;Martes, 21 de octubre de 2025				
<b>Topic:</b> "Relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores"				
<b>"MARKS AWARDED</b>		<b>QUANTITATIVE AND QUALITATIVE</b>		
<b>VOCABULARY AND WORD USE</b>	Use new learnt vocabulary and precise words related to the topic	Use a little new vocabulary and some appropriate words related to the topic	Use basic vocabulary and simplistic words related to the topic	Limited vocabulary and inadequate words related to the topic
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
<b>WRITING COHESION</b>	Clear and logical progression of ideas and supporting paragraphs.	Adequate progression of ideas and supporting paragraphs.	Some progression of ideas and supporting paragraphs.	Inadequate ideas and supporting paragraphs.
De	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
<b>ARGUMENT</b>	The message has been communicated very well and identify the type of text	The message has been communicated appropriately and identify the type of text	Some of the message has been communicated and the type of text is little confusing	The message hasn't been communicated and the type of text is inadequate
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
<b>CREATIVITY</b>	Outstanding flow of ideas and events	Good flow of ideas and events	Average flow of ideas and events	Poor flow of ideas and events
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
<b>SCIENTIFIC SUSTAINABILITY</b>	Reasonable, specific and supportable opinion or thesis statement	Minor errors when supporting the thesis statement	Some errors when supporting the thesis statement	Lots of errors when supporting the thesis statement
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL/AVERAGE</b>	9 - 10: EXCELLENT 7 - 8,9: GOOD 5 - 6,9: AVERAGE 0 - 4,9: LIMITED		<b>TOTAL 9</b>	



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL  
CARCHI- FOREIGN AND NATIVE LANGUAGES  
CENTER**

**Informe sobre el Abstract de Artículo Científico  
o Investigación.**

**Autor:** Lisbeth Pabón Ramos y Brenda Dayana Valencia Vivero

**Fecha de recepción del abstract:** Lunes, 20 de octubre de 2025

**Fecha de entrega del informe:** Martes, 21 de octubre de 2025

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

**Observaciones:**

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según la rúbrica de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9; por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



Firma digitalizada por:  
MARTHA ARACELLY  
VIVEROS ALMEIDA

MA. Martha Viveros  
Responsable del  
CIDEN

**Anexo 2.** Autorización del GAD de San Rafael.



Oficio N° UPEC- ENF-2025-011-O  
Tulcán, 24 de julio de 2025

Señor  
Cristian Stalin Delgado Rojas  
**Presidente de la junta parroquial San Rafael**  
San Rafael.-

Reciba un atento y cordial saludo de quienes hacemos la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, en especial de la carrera de Enfermería; a la vez, deseamos éxitos en las funciones que usted acertadamente desempeña.

El motivo del presente es solicitar de la manera más comedida la autorización para que las estudiantes **Pabón Ramos Dolores Lizbeth con CI. 1004120190** y **Valencia Vivero Brenda Dayana con CI. 0805150729**, puedan aplicar los instrumentos pertinentes para desarrollar el trabajo de integración curricular denominado "Relación entre el apoyo social y niveles de depresión en adulto mayores que pertenecen a la comunidad de Caldera".

Cabe indicar que la información recopilada será tratada de manera reservada y utilizada únicamente para fines académicos, respetando las normas de bioética ya que los resultados ayudarán a cumplir uno de los objetivos del trabajo antes mencionado.

Por la atención que le brinde al presente, le expreso mi agradecimiento.



Atentamente,

  
MSc. Myra Chapi  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA



M.CH/dn

Calle Antisana y Av. Universitaria  
Telf: (06) 2980837 - 2984435  
info@upec.edu.ec  
www.upec.edu.ec  
Tulcán - Ecuador

## Anexo 3. Consentimiento Informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:** Relación entre el Apoyo Social y los Niveles de Depresión en Adultos Mayores

**Investigador principal:** MSc. Jaqueline Realpe Sandoval

**Institución Responsable:** Universidad Politécnica Estatal del Carchi

---

Le invitamos a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir, por favor, lea atentamente este documento. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultarnos.

#### 2. Propósito del Estudio

El objetivo de este estudio es investigar cómo el **apoyo social** (es decir, la ayuda y el acompañamiento que recibe de familiares, amigos o comunidad) se relaciona con los **niveles de depresión** en adultos mayores. Creemos que comprender esta relación nos ayudará a desarrollar mejores estrategias para promover el bienestar y la salud mental de las personas mayores en de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi.

#### 3. Procedimientos

Si decide participar, se le pedirá que responda a una encuesta. La encuesta incluye preguntas sobre:

- Información general sobre usted (edad, género, con quién vive, nivel de escolaridad).
- Su percepción del apoyo social que recibe.
- Preguntas para evaluar posibles niveles de depresión.

La encuesta durará aproximadamente entre **15 y 25 minutos**. Será administrada por un miembro del equipo de investigación en un lugar cómodo y privado para usted.

#### 4. Riesgos y Molestias

Los riesgos de participar en este estudio son mínimos. Puede que sienta un poco de cansancio o incomodidad al responder algunas preguntas. Si alguna pregunta le resulta incómoda o le genera malestar, puede informarnos y podemos omitirla o detener la encuesta en cualquier momento. Toda la información que nos proporcione será manejada con estricta confidencialidad.

#### 5. Beneficios

Su participación no le ofrecerá un beneficio directo inmediato. Sin embargo, la información que nos proporcione es muy valiosa para comprender mejor las necesidades de los adultos mayores en nuestra comunidad. Los resultados de este estudio podrían contribuir al desarrollo de programas o políticas que mejoren el bienestar emocional y el apoyo a las personas mayores en el futuro.

## 6. Confidencialidad

Toda la información que nos brinde será **estrictamente confidencial**. Su nombre no se registrará en la encuesta. Los datos se analizarán de forma agrupada, lo que significa que no se publicarán resultados que permitan identificarle individualmente. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos, que serán guardados de forma segura y destruidos una vez finalizado el estudio, de acuerdo con las normativas vigentes.

## 7. Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna consecuencia negativa para usted. Su decisión no afectará su atención médica ni su relación con [Mencionar institución de salud o programa si aplica, o la institución responsable del estudio].

## 9. Contacto para Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sus derechos como participante, puede contactar a:

Investigadores: Pabón Ramos Dolores Lisbeth / Valencia Vivero Brenda Dayana.

Teléfono: 0985220102 / 0986682882.

Correo electrónico: [dolores.pabon@upec.edu.ec](mailto:dolores.pabon@upec.edu.ec) / [brenda.valencia@upec.edu.ec](mailto:brenda.valencia@upec.edu.ec)

---

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído este consentimiento informado, o me ha sido leído y explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Doy mi consentimiento libre e informado para participar en este estudio.

---

**Nombre completo del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Nombre completo del investigador que obtiene el consentimiento:**

\_\_\_\_\_

**Firma del investigador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

## Anexo 4. Cuestionario



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES**

El objetivo de la presente encuesta es analizar la relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en adultos mayores de la comunidad de Caldera, cantón Bolívar, provincia del Carchi en el periodo julio - octubre 2025.

Lea atentamente cada pregunta y conteste según su criterio, le recordamos que la encuesta es anónima y los resultados son para fines investigativos.

Su colaboración es muy valiosa y le agradecemos de antemano su participación.

Señale con una X según su corresponda:

**Datos demográficos:**

**a) Edad:**

- 65 a 69 años ( )
- 70 a 74 años ( )
- 75 a 79 años ( )
- 80 a 84 años ( )
- 85 a 89 años ( )
- 90 años y más ( )

**b) Sexo:**

- Hombre ( )
- Mujer ( )

**c) Estado civil**

- Soltero/a ( )
- Casado/a o en unión libre ( )
- Viudo/a ( )
- Divorciado/a ( )
- Separado/a ( )

**d) Número de hijos**

Ninguno ( )

Uno ( )

Dos ( )

Tres ( )

Cuatro o más ( )

**e) Nivel de Educación**

Ninguna ( )

Educación Inicial ( )

Educación General Básica ( )

Bachillerato ( )

Superior ( )

**f) Religión**

Católica ( )

Cristiana ( )

Evangélica ( )

Testigo de Jehová ( )

Mormona ( )

Otra: \_\_\_\_\_

**g) Situación Laboral**

Jubilado/a ( )

Comerciantes ( )

Jornalero( )

Desempleado/a ( )

Ama de casa ( )

Otro: \_\_\_\_\_

**h) Ingresos económicos**

Menor a un salario básico ( )

Igual a un salario básico ( )

Mayor a un salario básico ( )

**i) Composición del hogar: ¿Con quién vive actualmente?**

Vivo solo/a ( )

Vivo con el cónyuge o pareja ( )

Vivo con los hijos ( )

Vivo con los nietos ( )

Vivo con otros familiares ( )

Vivo con amigos ( )

**j) Tipo de vivienda**

Casa propia ( )

Vivienda alquilada ( )

**ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (MSPSS)**

PREGUNTA	Totalmente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ligeramente en desacuerdo 3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4	Ligeramente de acuerdo 5	De acuerdo 6	Totalmente de acuerdo 7
Hay una persona especial que siempre está cerca cuando la necesito.							
Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y penas.							
Mi familia realmente trata de ayudarme.							
Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia.							
Tengo una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.							
Mis amigos realmente me ayudan.							
Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							
Puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y penas.							
Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.							
Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.							

Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							
---	--	--	--	--	--	--	--

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE – VERSIÓN CORTA (GDS-15)

Ítem	Sí	No
1. ¿Está básicamente satisfecho/a con su vida?		
2. ¿Ha dejado de hacer muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente a menudo aburrido/a?		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Teme que algo malo le vaya a pasar?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo desamparado/a?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?		
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo/a ahora?		
12. ¿Se siente inútil la mayor parte del tiempo?		
13. ¿Siente que su situación actual no tiene salida?		
14. ¿Cree que la mayoría de las personas están mejor que usted?		
15. ¿Se siente lleno/a de energía?		

**Anexo 5.** Registro fotográfico.



**Imagen1.** Encuesta realizada Dolores Pabón en la comunidad de Caldera.



**Imagen 2.** Encuesta realizada por Brenda Valencia en la comunidad de Caldera.