

Artículo Científico

Apoyo social, úlceras por presión y salud mental en adultos mayores institucionalizados

Social Support, pressure ulcers, and mental health in institutionalized older adults

Cristina Nataly Cadena-Palacios¹ , Ismenia Araujo² , Rocío Duque Granados³ 

¹ Instituto Superior Tecnológico ITCA, cncadena@itca.edu.ec, Ibarra - Ecuador

² Instituto Superior Tecnológico ITCA, idaraujo@itca.edu.ec, Ibarra - Ecuador

³ Instituto Superior Tecnológico ITCA, raduque@itca.edu.ec, Ibarra - Ecuador

Autor para correspondencia: cncadena@itca.edu.ec

RESUMEN

En el presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre el apoyo social percibido, la sintomatología depresiva, y el riesgo clínico de desarrollar úlceras por presión en adultos mayores institucionalizados. Se aplicó un diseño cuantitativo, de tipo transversal, además de correlacional con una muestra de 135 adultos mayores residentes en centros geriátricos de Imbabura. Se utilizaron la escala de Norton para clasificar el riesgo de Úlceras por Presión (UPP), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido-12 (EMAS-12) para medir el apoyo social, y el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para evaluar la sintomatología depresiva. Entre los principales hallazgos, el 60 % de los adultos mayores mostró algún nivel de depresión, el apoyo social se correlacionó negativamente con la depresión ($r = -0,731$, $p < 0,01$) y positivamente con la escala de Norton ($r = 0,497$, $p < 0,01$). Los resultados sugieren la necesidad de cuidados integrales que promuevan el bienestar psicosocial y la prevención clínica de UPP en adultos mayores institucionalizados. **Palabras clave:** Úlceras por presión; Adulto mayor; Apoyo social; Depresión; Institucionalización.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the relationship between perceived social support, depressive symptomatology, and the clinical risk of developing pressure ulcers (PUs) in institutionalized older adults. A quantitative, cross-sectional, and correlational design was applied, utilizing a sample of 135 older adults residing in geriatric centers in Imbabura. The instruments used were the Norton Scale to classify the risk of Pressure Ulcers (PUs), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support-12 (EMAS-12) to measure social support, and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) to evaluate depressive symptomatology. Among the main findings, 60% of the older adults exhibited some level of depression. Social support was negatively correlated with depression ($r = -0.731$; $p < 0.01$) and positively correlated with the Norton scale score ($r = 0.497$; $p < 0.01$). The results suggest the necessity of comprehensive care that promotes psychosocial well-being and the clinical prevention of PUs in institutionalized older adults.

Keywords: Pressure Ulcers; Older Adults; Social Support; Depression; Institutionalization.

Derechos de Autor

Los originales publicados en las ediciones electrónicas bajo derechos de primera publicación de la revista son del Instituto Superior Tecnológico Universitario Rumiñahui, por ello, es necesario citar la procedencia en cualquier reproducción parcial o total. Todos los contenidos de la revista electrónica se distribuyen bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



Citas

Cadena-Palacios, C. N., Araujo Vilchez, I. del C., & Duque Granados, R. A. (2026). Apoyo social, úlceras por presión y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *CONECTIVIDAD*, 7(1), 722-741. <https://doi.org/10.37431/conectividad.v7i1.473>

Nota: El artículo fue presentado en las Jornadas Internacionales BINTECH 2025 (Innovación en Tecnología, Emprendimiento, IA y Salud), 19 y 20 de noviembre 2025, Ibarra - Ecuador.

1. INTRODUCCIÓN

La creciente prevalencia de UPP entre los ancianos que residen en instalaciones de cuidados a largo plazo es, en la actualidad, una de las complicaciones clínicas más frecuentemente encontradas en la medicina geriátrica y que es notablemente prevenible, lo que resalta los déficits persistentes en el cuidado preventivo y la gestión holística del envejecimiento (García Gallo et al., 2023). Este fenómeno se enmarca en el contexto del envejecimiento poblacional, uno de los hechos sociales más relevantes del siglo actual; datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que para 2050 más de 2 mil millones de personas tendrán 60 años o más, representando casi el 22% de la población mundial (OMS, 2024); y esta tendencia plantea retos significativos para los sistemas de atención médica y social, especialmente por el aumento de enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidad de institucionalización.

La demanda de cuidados institucionales crece, especialmente entre adultos mayores con alta dependencia o sin redes familiares activas, pese a ello, si bien la institucionalización garantiza cuidados continuos, también se ha asociado con disminución de la autonomía, soledad y deterioro del bienestar subjetivo (Arévalo-Avecillas et al., 2019). Estas condiciones pueden provocar pérdida de autodeterminación, desconexión emocional y afectación negativa de la salud psicosocial, incluso en contextos de cuidados humanizados. En este sentido, uno de los principales indicadores de la calidad de la atención son las UPP, lesiones cutáneas dolorosas y graves, relacionadas con inmovilidad, desnutrición, incontinencia y deterioro físico-mental (Balan et al., 2025). Su prevalencia puede alcanzar el 25 % en entornos institucionalizados, especialmente en pacientes con enfermedades neurológicas, cardiovasculares o musculoesqueléticas (Jaul y Calderon-Margalit, 2015), lo que ha motivado el uso de herramientas como la escala de Norton para evaluar riesgos y planificar acciones preventivas (Indraswari, 2024).

Al mismo tiempo, factores emocionales como la depresión cobran protagonismo en estos entornos debido a que la desconexión social, la pérdida de roles y la dependencia funcional provocan la aparición de síntomas depresivos en personas institucionalizadas (Rodríguez-Renobato et al., 2025), los cuales se asocian a mayor riesgo de complicaciones físicas, incluyendo las UPP (Morales-Pachay et al., 2021). Instrumentos como el PHQ-9 han probado ser efectivos en la detección de depresión en contextos institucionales (Kröenke, 2001), permitiendo

intervenciones oportunas; en paralelo, el apoyo social percibido proveniente de familiares, amistades o cuidadores protege contra el deterioro funcional y emocional, favoreciendo el bienestar y la adherencia a cuidados de salud (Lambiase et al., 2022).

Múltiples estudios han evidenciado que los síntomas depresivos reducen la disposición del anciano a participar activamente en la prevención de enfermedades y autocuidado, e incluso dificultan la expresión de necesidades físicas y emocionales (Estrada Restrepo et al., 2013). Esta situación incrementa también el riesgo de complicaciones como las UPP y eleva las tasas de rehospitalización, uso de psicofármacos y la probabilidad de mortalidad (Völzer et al., 2023). También se ha documentado que la actividad física reduce significativamente la incidencia de depresión (Lima et al., 2024; Du et al., 2015), mientras que la pérdida de movilidad agrava el deterioro emocional (Lampinen & Heikkinen, 2003); en este marco, el apoyo social no solo debe contemplarse como red emocional, sino también como estímulo para mantener la funcionalidad y participación del adulto mayor.

En consecuencia, el apoyo social ha sido identificado como un factor protector frente a la aparición de UPP, al fomentar la movilización, autoestima y actitud activa hacia el cuidado personal (Lambiase et al., 2022; Heywood-Everett et al., 2023); además, quienes se sienten respaldados emocionalmente presentan menor prevalencia de depresión, incluso ante comorbilidades severas (Figuroa-Varela, 2021). Sin embargo, en muchos hogares de cuidado para ancianos se ha prestado escasa atención a la prevención de UPP, ignorando estrategias orientadas a evitar su aparición, a pesar de las múltiples comorbilidades presentes en esta población (Barrera-Buestán et al., 2025). Por ello, se requiere un monitoreo estructurado del riesgo, junto con educación al personal sobre intervención temprana.

Si bien existe abundante literatura sobre factores físicos, emocionales y sociales en personas institucionalizadas, la integración de estas variables en un enfoque geriátrico holístico es aún limitada. La prevalencia de UPP, los síntomas depresivos y el nivel de apoyo social percibido han sido estudiados por separado, pero su análisis conjunto sigue siendo escaso en la región; de allí la necesidad de examinar cómo interactúan estos elementos para diseñar estrategias de atención más efectivas y humanizadas en entornos de larga estancia.

Por lo tanto, este estudio analizó la relación entre el apoyo social percibido, la sintomatología

depresiva y el riesgo clínico de desarrollar UPP en adultos mayores institucionalizados, con el fin de comprender cómo interactúan estas dimensiones en el cuidado geriátrico; a partir de esta comprensión, se busca fundamentar la propuesta de cuidados integrales que no solo aseguren una vigilancia clínica constante, sino que también fortalezcan el bienestar psicosocial como componentes esenciales para la prevención de UPP y la promoción de una atención integral a esta población vulnerable.

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y enfoque de estudio

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo transversal y alcance correlacional. La finalidad fue examinar la relación entre el riesgo clínico de desarrollar úlceras por presión, la presencia de síntomas depresivos y el nivel de apoyo social percibido en adultos mayores institucionalizados. El diseño transversal permitió recolectar los datos en un único momento temporal, sin manipular las variables estudiadas ni intervenir en el entorno. La naturaleza correlacional del estudio facilitó identificar asociaciones estadísticas entre las variables, contribuyendo a una mejor comprensión de su comportamiento conjunto en el contexto institucional de cuidado prolongado.

2.2. Contexto y participantes

El estudio se llevó a cabo en instituciones geriátricas de la provincia de Imbabura, Ecuador, especializadas en la atención de personas adultas mayores en situación de dependencia. La selección de estos centros respondió a convenios vigentes de cooperación suscritos con la institución de educación superior responsable del proyecto, lo cual garantizó el acceso ético y autorizado a los participantes. Dicho entorno institucional proporcionó una población con condiciones relativamente homogéneas en cuanto a vulnerabilidad física, social y emocional, lo que facilitó el análisis comparativo de las variables estudiadas.

La muestra estuvo compuesta por 135 adultos mayores institucionalizados, de los cuales 75 eran mujeres (55,56 %) y 60 hombres (44,44 %), con una edad promedio de 82 años. Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, seleccionando a quienes cumplían con los criterios de inclusión: tener 65 años o más, haber permanecido al menos un mes en la institución, y contar con las capacidades cognitivas necesarias para responder los instrumentos aplicados. En

los casos que no se cumplía esta última condición, se solicitó el consentimiento informado a un tutor legal. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo, hospitalización reciente o condiciones clínicas críticas que impidieran la evaluación.

El tamaño muestral fue adecuado para los análisis estadísticos realizados, ya que pruebas como la correlación de Spearman o U de Mann–Whitney no exigen supuestos de normalidad ni grandes tamaños muestrales, siendo aplicables incluso en estudios con muestras moderadas o pequeñas (Field, 2018; Sullivan y Artino, 2013). En ese sentido, la muestra de 135 sujetos permitió examinar asociaciones significativas entre las variables propuestas dentro de un enfoque correlacional, sin que ello implique generalización a poblaciones más amplias, lo cual escapa a los objetivos de este diseño.

2.3. Instrumentos

Para recopilar datos, se utilizaron tres instrumentos validados ampliamente aplicados en entornos clínicos y sociales, el riesgo de úlceras por presión fue evaluado utilizando la versión abreviada de la Escala de Norton, la cual considera dimensiones como el estado físico, mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia, cada dimensión es valorada en una escala de 1 a 4, donde puntuaciones más bajas indican mayor riesgo (Norton, 1962).

La sintomatología depresiva fue medida a través del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), este cuestionario consta de nueve ítems que registran la presencia de depresión durante las dos últimas semanas con base en las directrices del Manual de Diagnóstico DSM-IV. Cada uno de estos ítems se puntúa de 0 a 3, y la puntuación total se clasifica en cinco niveles de severidad: mínima, leve, moderada, moderadamente severa y severa. El PHQ-9 ha demostrado ser una herramienta breve, confiable y válida en población adulta mayor y en contextos institucionales (Zimet et al, 1990).

El apoyo social percibido fue evaluado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), en una versión customizada, adaptada y abreviada en 12 ítems (EMAS-12), que valora el apoyo emocional percibido desde tres fuentes: familia, amigos y persona significativa. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Este instrumento ha mostrado adecuados índices de confiabilidad y validez factorial en diversos contextos geriátricos y latinoamericanos (Zimet et al, 1990).

Adicionalmente, para la recolección de datos, se examinaron las historias clínicas de los adultos mayores de manera que se pudiera complementar la información sociodemográfica y clínica relevante.

Cabe destacar que los datos recolectados mediante la utilización de los instrumentos anteriormente mencionados fueron integrados a las historias clínicas de los pacientes como parte del seguimiento clínico, por lo que su manejo se encuentra bajo estrictas normas de confidencialidad. Las instituciones participantes han autorizado expresamente el uso de esta información con fines exclusivamente investigativos, garantizando en todo momento la protección de la identidad y los derechos de los adultos mayores residentes en los centros de cuidado participantes en la investigación.

2.4. Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados de forma individual, en un ambiente tranquilo y controlado dentro de las instalaciones del centro. Antes de iniciar cada evaluación, se explicó claramente el propósito del estudio y se completó el consentimiento informado, durante todo el proceso se garantizó el anonimato, la confidencialidad de los datos y se respetó en todo momento el derecho de los participantes a no participar o a retirarse del estudio sin consecuencias.

En los casos en que se identificaron valores faltantes, especialmente en la variable edad, se realizó una segunda etapa de verificación en coordinación con los cuidadores responsables de cada participante, esta revisión complementaria permitió recuperar información sociodemográfica faltante mediante registros internos o entrevistas breves con el personal de cuidado directo, asegurando así la integridad y calidad del conjunto de datos para los análisis posteriores.

2.5. Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales multivariantes, utilizando los softwares STATA versión 17.0 y R versión 4.2.2. Inicialmente, se aplicaron estadísticas descriptivas para caracterizar a la población estudiada, empleando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

Con el fin de evaluar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se calcularon los coeficientes α de Cronbach y ω de McDonald, obteniendo valores superiores a 0.80, lo

cual indica una adecuada fiabilidad interna. Finalmente, para determinar la pertinencia de la exploración estructural de los datos se aplicaron los estadísticos Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultando ambas pruebas significativas y confirmando la idoneidad de los datos para análisis multivariados.

Posteriormente, se emplearon coeficientes de correlación de Pearson para explorar las asociaciones entre las variables principales: apoyo social percibido (global y por subdimensiones), riesgo de úlceras por presión (evaluado mediante la escala de Norton) y niveles de sintomatología depresiva. Se adoptó un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

2.6. Consideraciones éticas

Este trabajo cumple con los elementales éticos que adopta la investigación en seres humanos. Para llevar a cabo esta investigación, fue evaluado y aprobado un protocolo por el Comité de Ética del Instituto Superior Tecnológico ITCA, donde los docentes investigadores expusieron formalmente la propuesta. Esta aprobación garantiza el cumplimiento de las normativas éticas, tanto a nivel nacional como internacional. También se ha considerado los criterios de la Declaración de Helsinki, prestando especial atención al resguardo de la privacidad, autonomía, bienestar y dignidad, de los participantes, además, no se documentaron riesgos físicos y psicológicos para los participantes en la investigación.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta sección presenta los resultados más importantes, organizados de acuerdo con las variables de interés, comenzando con los datos sociodemográficos de las personas mayores en centros de atención, seguidos de los resultados sobre su estado funcional, apoyo social percibido, sintomatología depresiva y los análisis correlacionales entre las principales variables clínicas y psicosociales.

3.1. Características sociodemográficas de los participantes

La muestra estuvo conformada por dos grupos poblacionales, los adultos mayores institucionalizados ($n = 135$) y sus cuidadores formales encargados de su atención ($n = 34$). En cuanto a los adultos mayores, el 55.56 % eran mujeres y el 44.44 % hombres, con una edad mediana de 83 años. Todos los participantes residían en centros geriátricos en Imbabura. Con respecto a las características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados

que presentaron UPP, se identificó que la mayoría eran mujeres (72.73 %), mientras que los hombres representaron el 27.27 % de los casos.

La edad promedio en este grupo fue de 85.73 años, evidenciando una tendencia hacia la mayor edad como factor asociado al desarrollo de estas lesiones. Aunque las diferencias por sexo no resultaron estadísticamente significativas, el predominio femenino coincide con la estructura general de la población geriátrica institucionalizada. Estos datos reflejan que los adultos mayores más longevos, en particular las mujeres, constituyen un grupo especialmente vulnerable frente a complicaciones como las UPP, lo cual exige una atención diferenciada y planes de cuidado personalizados en función de sus características sociodemográficas.

3.2. Estado funcional y riesgo de UPP

De acuerdo con los datos recogidos en la muestra de 135 adultos mayores institucionalizados, se encontró que las enfermedades más recurrentes fueron las enfermedades del sistema nervioso, con un 69.06 % de los residentes afectados. Entre estas se incluyen condiciones como accidente cerebrovascular, demencia senil, Parkinson, Alzheimer y depresión. En segundo lugar, las enfermedades del sistema musculoesquelético estuvieron presentes en el 52.52 % de los adultos mayores, incluyendo diagnósticos como osteoartritis, artritis y osteoporosis. Por último, un 32.37 % de los participantes presentaba enfermedades cardiovasculares por ejemplo alta presión, fallo cardíaco y otras disfunciones circulatorias.

La Tabla 1 presenta los resultados de la aplicación de la escala de Norton a los adultos mayores participantes en el estudio.

Tabla 1. Riesgo de UPP según la escala de Norton.

Variable	n	%
<i>Estado Físico</i>		
Malo	3	2.22
Regular	41	30.37
Mediano	49	36.30
Bueno	42	31.11
<i>Estado Mental</i>		
Estupuroso o comatoso	9	6.67
Confuso	54	40.00
Apático	34	25.19
Alerta	38	28.14
<i>Actividad</i>		
Inmóvil	3	2.22

Variable	n	%
Muy limitada	8	5.93
Disminuida	66	48.89
Ambulante	58	42.96
<i>Movilidad</i>		
Encamado	3	2.22
Sentado	10	7.41
Camina con ayuda	74	54.81
Completa	48	35.56
<i>Incontinencia</i>		
Urinario y fecal	10	7.41
Urinaria o fecal	25	18.52
Ocasional	50	37.04
Ninguna	50	37.04
Total	135	

La mayoría de los residentes se ubicó en niveles intermedios en cuanto al estado físico, con predominancia de valoraciones de mediano (36.3 %) y bueno (31.1 %), sin embargo, en la dimensión de estado mental, el 40 % fue clasificado como confuso y un 25.2 % como apático, lo que refleja un deterioro cognitivo significativo en la muestra. En cuanto a la actividad y movilidad, la mayoría de los pacientes tenía movilidad reducida: el 48,9 % con actividad disminuida y el 54,8 % requería asistencia para caminar, estas cifras se alinean con los hallazgos sobre incontinencia, donde solo el 37 % no presentaba este problema, y otro 37 % presentaba incontinencia ocasional. Estas condiciones combinadas aumentan de forma sustancial el riesgo de UPP.

Específicamente en adultos mayores institucionalizados la movilidad reducida, la confusión mental y la incontinencia son los factores más importantes que contribuyen al desarrollo de UPP, especialmente en entornos donde la rotación postural no es sistemática (Yagual Hoyos, 2023) de igual manera se ha demostrado que más del 60 % de los adultos mayores en centros geriátricos presentan algún grado de alteración en la movilidad o el estado mental, lo cual eleva su vulnerabilidad a complicaciones dérmicas (Donnelly et al., 2020); lo que resalta la importancia de intervenciones centradas en la funcionalidad diaria y el acompañamiento clínico permanente.

El perfil funcional evidenciado en esta muestra sugiere que los adultos mayores institucionalizados enfrentan una combinación de limitaciones físicas, cognitivas y urinarias que los posiciona

en una franja de riesgo clínico elevado para desarrollar úlceras por presión. Esta situación puede explicarse por la coexistencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento avanzado y la institucionalización prolongada, donde las rutinas de autocuidado se ven reemplazadas por cuidados dependientes de manera que la inactividad, sumada al deterioro del estado mental, dificultan la comunicación de molestias y la movilidad espontánea, favoreciendo la presión continua en zonas corporales específicas.

3.3. Apoyo Social y riesgo de UPP

Referente a la percepción del sostén social, según lo evaluado por la escala EMAS-12, los resultados muestran diferencias marcadas entre las diferentes fuentes de apoyo. Los elementos de apoyo familiares tuvieron medias de 3.08 y 3.33, lo que significa un nivel moderado de apoyo. En contraste, los ítems asociados con amigos tuvieron promedios que varían de 3.66 a 3.95, demostrando percepciones más positivas de apoyo de este grupo. La subescala de otra persona significativa obtuvo los resultados más altos, de 3.84 a 4.01. Esto sugiere que los ancianos institucionalizados perciben a algunas figuras de apoyo específicas, como amigos cercanos, cuidadores afectuosos, o incluso pares del centro, como quienes brindan un apoyo emocional más consistente y valorado, lo que potencia su bienestar general.

En el análisis del apoyo social percibido a través de la escala EMAS-12 en adultos mayores en instituciones, los ítems pertinentes a la familia tuvieron promedios de 3.08 a 3.33, sugiriendo un nivel moderado de apoyo; en contraste, los artículos relacionados con los amigos presentaron promedios más altos de 3.66 a 3.95, lo que sugiere una percepción más favorable en este aspecto. La subescala de persona significativa obtuvo los promedios más elevados entre 3.84 y 4.01, lo que implica que los adultos mayores gozan de una figura especial en su vida que les brinda un soporte positivo.

En referencia a lo anterior, se ha identificado que los adultos mayores en centros de vida percibían un apoyo social significativo, especialmente de amigos y personas cercanas, lo que contribuía a su bienestar emocional (Fernández Aragón et al., 2020). También, se ha demostrado que la presencia de una persona significativa en la vida del adulto mayor está asociada con una mejor respuesta de apoyo social y una mayor plenitud de vida (Ariza Díaz, 2018).

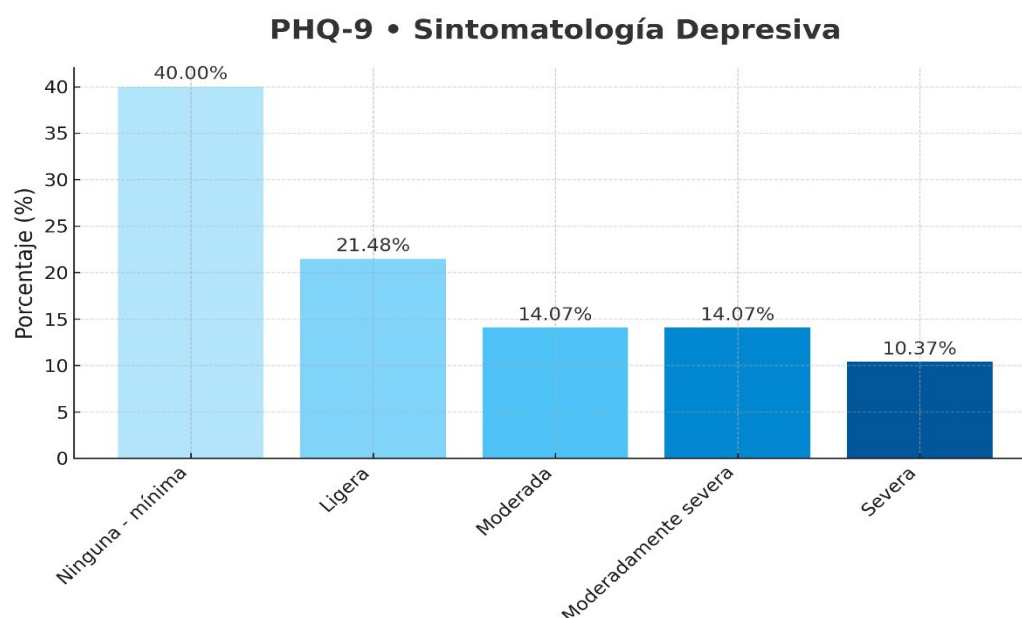
La percepción de apoyo por parte por parte de amigos y personas significativas, en comparación

con la familia, podría deberse a varios factores, en primera instancia, la institucionalización puede limitar la frecuencia y calidad de las interacciones familiares, mientras que las relaciones con amigos y figuras significativas dentro del entorno institucional pueden fortalecerse debido a la convivencia y el apoyo mutuo. Además, la presencia de una persona significativa puede proporcionar un sentido de pertenencia y propósito, elementos esenciales para el bienestar emocional.

3.4. Sintomatología depresiva

A continuación, en la Figura 1 se muestran los resultados del cuestionario PHQ-9, que proveen datos sobre los niveles de sintomatología depresiva.

Figura 1. Niveles de sintomatología depresiva (PHQ-9)



La evaluación de la sintomatología depresiva a través del PHQ-9 reveló que el 60% de los participantes presentaron algún grado de depresión, leve (21.48%), moderada (14.07%), moderadamente severa (14.07%) y severa (10.37%). Este hallazgo es significativo, ya que indica que más de la mitad de la población evaluada experimenta síntomas depresivos que podrían afectar su calidad de vida y bienestar general, la presencia de depresión severa en más del 10% de los participantes destaca la necesidad inmediata de intervenciones específicas en este grupo.

La evaluación de la sintomatología depresiva a través del PHQ-9 reveló que el 60% de los participantes presentaron algún grado de depresión, leve (21.48%), moderada (14.07%),

moderadamente severa (14.07%) y severa (10.37%). Este hallazgo es significativo, ya que indica que más de la mitad de la población evaluada experimenta síntomas depresivos que podrían afectar su calidad de vida y bienestar general, la presencia de depresión severa en más del 10% de los participantes destaca la necesidad inmediata de intervenciones específicas en este grupo.

Resultados similares se han reportado en adultos mayores institucionalizado con una prevalencia de depresión del 25.5%, utilizando también el PHQ-9 como instrumento de evaluación (Domínguez-Lara, 2017). Asimismo, investigaciones en Colombia han reportado que condiciones como la institucionalización, la falta de sostén social y la dependencia funcional están asociados con una mayor prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores (Estrada Restrepo et al, 2013).

La elevada prevalencia de síntomas depresivos en esta muestra puede atribuirse a múltiples factores inherentes a la institucionalización, como la inexistencia o pérdida de roles sociales, el aislamiento, la falta de apoyo familiar y el desvanecimiento de la autonomía. Estos elementos pueden contribuir significativamente al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva en los adultos mayores. Además, la presencia de comorbilidades físicas y la dependencia funcional pueden exacerbar estos síntomas, creando un ciclo que afecta en forma negativa el físico y la mente de los ancianos.

3.5 Correlaciones entre variables

La Tabla 2, describe las correlaciones que existen entre el apoyo social percibido, el riesgo de padecer UPP y la depresión en adultos mayores institucionalizados.

Tabla 2. Correlación entre apoyo social percibido, riesgo de UPP y depresión

Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1) Apoyo Multidimensional Global	1.000										
(2) Familia	0.663 ***	1.000									
(3) Amigos	0.943 ***	0.443 ***	1.000								
(4) Persona significativa	0.927 ***	0.370 ***	0.912***	1.000							
(5) Escala de Norton	0.947 ***	0.541 ***	0.393 ***	0.367 ***	1.000						
(6) Estado Físico	0.673 ***	0.616 ***	0.556 ***	0.563 ***	0.706 ***	1.000					

Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(7) Estado Mental	0.334 * **	0.345* **	0.277* **	0.241* **	0.691* **	0.430* **	1.000				
(8) Actividad	0.169*	0.239 ***	0.111	0.105	0.717* **	0.304 ***	0.219 **	1.000			
(9) Movilidad	0.195 **	0.270 ***	0.116	0.136	0.719***	0.301 ***	0.244 ***	0.866 ***	1.000		
(10) Incontinencia	0.356 ***	0.427 ***	0.288 ***	0.227 ***	0.762***	0.443 ***	0.438 ***	0.390 ***	0.376 ***	1.000	
(11) Depresión	-0.731 ***	-0.555 ***	-0.661 ***	-0.652 ***	-0.494 ***	-0.602 ***	-0.359 ***	-0.154 *	-0.245 ***	-0.359 ***	1.000

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

En el análisis de correlaciones se ha podido observar una relación significativa entre el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP), específicamente, el apoyo multidimensional global muestra una correlación positiva moderada con la escala de Norton ($r = 0.497$, $p < 0.01$), indicando que un mayor apoyo social se asocia con un menor riesgo de UPP. Las subescalas de apoyo familiar, amigos y pareja también presentan correlaciones positivas con la escala de Norton, siendo el apoyo familiar el que presenta la mayor clasificación ($r = 0.541$, $p < 0.01$). Además, se reporta una valoración negativa significativa entre el apoyo social y la depresión, especialmente el apoyo global multidimensional ($r = -0.731$, $p < 0.01$), lo que sugiere que un mayor apoyo social está asociado a niveles más bajos de síntomas depresivos. Asimismo, la depresión tiene una valoración negativa con la escala de Norton ($r = -0.494$, $p < 0.01$), demostrando que niveles más elevados de depresión están asociados con un mayor riesgo de UPP.

Algunos hallazgos han subrayado que la influencia del apoyo social como un factor protector ante el deterioro físico y mental en adultos mayores institucionalizados incide en que más altos de apoyo social se asocian con menor prevalencia de úlceras por presión, destacando que el acompañamiento afectivo favorece la adherencia a cuidados básicos como la movilidad asistida (Yagual Hoyos, 2023). Por otra parte, se ha evidenciado también la existencia de una relación inversa entre percepción de apoyo social y síntomas depresivos en adultos mayores, señalando que las redes sociales significativas actúan como reguladores emocionales frente a la pérdida de autonomía y aislamiento (Lambiase et al, 2022).

La correlación positiva entre el apoyo social percibido y la escala de Norton sugiere que los adultos mayores que sienten un mayor respaldo emocional y práctico por parte de su entorno

social tienden a tener un menor riesgo de desarrollar UPP. Esto puede deberse a que el apoyo social facilita la movilización, el cuidado personal y la adherencia a las recomendaciones médicas. Además, la fuerte correlación negativa entre el apoyo social y la depresión indica que la falta de apoyo puede contribuir significativamente al deterioro del bienestar emocional, lo cual, a su vez, puede aumentar el riesgo de UPP debido a la disminución de la motivación para el autocuidado y la movilidad.

4. CONCLUSIONES

Los participantes en este estudio son adultos mayores institucionalizados que presentan un perfil sociodemográfico caracterizado por edad avanzada, comorbilidades neurológicas, musculoesqueléticas y cardiovasculares, con una prevalencia alta de dependencia funcional. A través de la escala de Norton, se constató que una parte considerable de la muestra presenta riesgo moderado y alto de desarrollar UPP, lo que evidencia la necesidad urgente de vigilancia clínica continua y protocolos de prevención específicos dentro del centro geriátrico.

Más del 60% de la muestra mostró síntomas depresivos en diferentes niveles de gravedad, lo que indica un descenso significativo en el bienestar emocional; adicionalmente, hubo diferencias respecto a la percepción del apoyo social en cuanto a la fuente de la cual proviene el apoyo percibido, con mayor apoyo proveniente de seres significativos y amigos en comparación con la familia. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de formular algún tipo de intervención institucional que busque crear redes de apoyo afectivo dentro y fuera del contexto residencial, como un factor importante contra el aislamiento y la pérdida de sentido vital.

Los resultados dan lugar a la propuesta de un modelo de atención preventiva que integra la evaluación continua del riesgo clínico, o evaluación de riesgo por escala de Norton, el screening de la depresión (PHQ-9), la existencia de ayuda emocional relevante, y la capacitación continua al personal involucrado. Por lo que el modelo de intervención debe facilitar la movilidad asistida, el monitoreo continuo de la piel, y el desarrollo de actividades grupales que estimulen la autoestima y la sociabilidad.

De acuerdo con los resultados, se sugiere diseñar planes de cuidado integrales y personalizados para los adultos mayores institucionalizados en el que se integre tanto la vigilancia clínica del riesgo de úlceras por presión, como la promoción activa del bienestar psicosocial. Estos planes

deben ser evaluados de manera periódica mediante la aplicación de escalas validadas como la Escala de Norton y PHQ-9, sumadas a intervenciones a nivel microsistémico enfocadas en fortalecer las redes de apoyo social del adulto mayor, fomentar lazos de apego con figuras significativas y reducir factores asociados a la sintomatología depresiva.

En esta línea, los equipos interdisciplinarios en instituciones geriátricas deberían considerar no solo el aspecto físico, sino también las áreas emocionales y relacionales del adulto mayor, para garantizar una atención centrada en la persona y prevención del deterioro en la funcionalidad que permita una mejor calidad de vida en esta etapa.

Entre las acciones que podrían incluirse en el plan de cuidados están la implementación de rutinas de movilización periódica para la disminución del riesgo de úlceras por presión, la evaluación clínica continua del estado funcional y talleres psicoeducativos que tendrán por objetivo el reconocimiento temprano de síntomas depresivos.

También, resulta fundamental la inserción de espacios participativos tales como grupos de conversación, visitas programadas de familiares o voluntarios, actividades lúdicas y/o recreativas que se efectuarán con el objetivo de fortalecer el vínculo emotivo y de pertenencia, acciones que deberían estar enmarcadas en una estrategia institucional que se propone en el tiempo y en el espacio, con equipos de salud interdisciplinarios integrados por enfermería, psicología, trabajo social y fisioterapia, que trabajen en la promoción de un modelo centrado en la persona y en la ejecución de acciones de continuidad y rehabilitación en situaciones de internación prolongada.

El estudio pone de manifiesto la importancia de centrarse en la construcción de protocolos de cuidado individualizados que, además de la valoración clínica de rutina, consideren acciones específicas para la prevención de UPP; tales como rotación postural cada dos horas, uso de colchones y cojines anti escaras, higiene cutánea con productos adecuados, hidratación constante, valoración del estado nutricional y fomento de ejercicios pasivos o asistidos.

Además, este estudio proporciona evidencia sobre la compleja interrelación de la salud física y emocional y el apoyo social en ancianos que viven en hogares especializados para su convivencia. Al incluir todos estos factores bajo un único marco analítico, se subraya la necesidad de cambiar el paradigma de atención a los ancianos en entornos institucionales hacia

uno que sea verdaderamente holístico, preventivo, compasivo y donde la prevención de las UPP se vea no solo como una intervención clínica, sino como una expresión fundamental de dignidad y bienestar.

4.1. Disponibilidad de los datos

Los datos correspondientes a este estudio no están actualmente disponibles en un repositorio de acceso abierto, ya que forman parte de las historias clínicas de los adultos mayores participantes. Por tanto, su disponibilidad está sujeta a estrictas normas de confidencialidad y protección de datos personales. Sin embargo, se podrán proporcionar previo una solicitud razonable al autor, siempre y cuando dicha solicitud esté acorde a los principios de ética y se disponga el uso exclusivo para fines de investigación.

4.2. Investigaciones futuras

Para ampliar los aportes del presente estudio, se podrían realizar investigaciones longitudinales o cuasi-experimentales que permitan establecer relaciones causales entre las variables analizadas, controlando factores como la medicación o el estado clínico, también sería valioso integrar enfoques interdisciplinarios que incluyan biomarcadores, niveles de movilidad y evaluaciones cognitivas; además, sería interesante incorporar tecnologías como sistemas de telemonitoreo o inteligencia artificial para mejorar la prevención de UPP y la detección de síntomas depresivos. De igual manera, estudios comparativos entre regiones o países permitirían valorar el impacto del contexto cultural e institucional en el bienestar de los adultos mayores.

Contribución de los Autores (CRediT): CNCP: Curación de datos, Análisis formal, Metodología, Administración del proyecto, Redacción-borrador original. IA: Conceptualización, Supervisión, Validación. RDQ: Visualización, Redacción-revisión y edición.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en esta publicación.

REFERENCIAS

- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., y Wong, N. (2019). Predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores de zonas urbanas y rurales de la provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*, 30(5), 271–282. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642019000500271
- Ariza Díaz, J. (2018). *Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y semi-institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga* [Tesis de pregrado, Universidad

- Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional UPB. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6225>
- Balan, I., Osadebe, U., y Dharmarajan, T. (2025). *Pressure Ulcers: Pathogenesis and Prevention*. En *Geriatric Dermatology* (pp. 1–30). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-53888-9_48-1
- Barrera-Buestán, M., Merchán-Coronel, M., y Yambay-Bautista, X. (2025). Protocolo de enfermería para la prevención de úlceras por presión. *Cuaderno de Enfermería*, 3(2), 1–28. <https://doi.org/10.62574/gx6tnz77>
- Domínguez-Lara, S., y Centeno-Leyva, S. (2017). Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. *Enfermería Clínica*, 27(1), 59–6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.07.009>
- Donnelly, N., Sexton, E., Merriman, N., Bennett, K., Williams, D., Horgan, F., Gillespie, P., Hickey, A. y Wren, M. (2020). The prevalence of cognitive impairment on admission to nursing home among residents with and without stroke: a cross-sectional survey of nursing homes in Ireland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7203. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197203>
- Du, W., Tan, J., Yi, F., Zou, Y., Gao, Y., Zhao, Y., y Wang, L. (2015). Physical activity as a protective factor against depressive symptoms in older Chinese veterans in the community: result from a national cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 803–813. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4376303/pdf/ndt-11-803.pdf>
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á. M., Ordóñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J., & Chavarriaga Maya, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81–94. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100009
- Fernández Aragón, S., Cáceres Rivera, D., y Manrique-Anaya, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 55–64. <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>

- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- Figuroa-Varela, M., Aguirre-Ojeda, D., y Hernández-Pacheco, R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*, *11*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-59362021000100107
- García Gallo, Y. M., Hurtado Yanza, T. J., y López Paredes, S. X. (2023). Prevención de úlcera por presión en adultos mayores aplicadas por el equipo de salud: Hospital Alfredo Noboa Montenegro. *Polo del Conocimiento*, *8*(12), 1047–1063. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9254975&info=resumen&idioma=ENG>
- Heywood-Everett, S., Henderson, R., Webb, C., & Bland, A. R. (2023). Psychosocial factors impacting community-based pressure ulcer prevention: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *146*, 104561. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104561>
- Indraswari, A. D. W., Aisyiyah, U., Kurniawan, K., & Surboyo, M. D. C. (2024). Prediction Pressure Ulcers in High Care Unit Patients: Evaluating Risk Factors and Predictive Scale Using a Prospective Cross-Sectional Study. *Avicenna Journal of Medicine*, *14*(1), 39–44. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1777420>
- Jaul, E., y Calderon-Margalit, R. (2015). Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. *International Wound Journal*, *12*(3), 254–259. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iwj.12086>
- Kröenke, K., Spitzer, R., y Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lambiase, S. M., Tolli, M. V., Gonzalez Cuzi, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *Revista de Psicología*, *6*, 2-16. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/151643>
- Lampinen, P., & Heikkinen, E. (2003). Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: An eight-year follow-up

- study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 205–211. <https://doi.org/10.1007/BF03324501>
- Lima, A., Condominas, E., Sánchez-Niubo, A., Olaya, B., Koyanagi, A., de Miguel, C., y Haro, J. (2024). Physical Activity Participation Decreases the Risk of Depression in Older Adults: The ATHLOS Population-Based Cohort Study. *Sports Medicine - Open*, 10(1), 16. <https://sportsmedicine-open.springeropen.com/articles/10.1186/s40798-023-00664-7>
- Morales-Pachay, C., y Alcívar-Molina, S. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación Una Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 509–520. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3382>
- Norton, D., McLaren, R., y Exton-Smith, A. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. National Corporation for the Care of Old People. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000795420195968>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Rodríguez-Renobato, R., Esparza-Acosta, G. del R., & González-Flores, S. P. (2017). Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(4), 245–256. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75988>
- Sullivan, G., y Artino, A. (2013). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Völzer, B., El Genedy-Kalyoncu, M., Fastner, A., Tomova-Simitchieva, T., Neumann, K., Sill, J., Balzer, K., & Kottner, J. (2023). Prevalence and associations of xerosis cutis, incontinence-associated dermatitis, skin tears, pressure ulcers, and intertrigo in aged nursing home residents: A representative prevalence study. *International Journal of Nursing Studies*, 141, 104472. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104472>
- Yagual Hoyos, G, L. (2023). *Factores intrínsecos y extrínsecos asociados a úlceras por presión*

en adultos. Hospital León Becerra Camacho, Milagro [Tesis de pregrado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/10509>

Zimet, G., Powell, S., Farley, G., Werkman, S., y Berkoff, K. (1990). Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3–4), 610–617. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223891.1990.9674095>