



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE UN CENTRO
DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – AYACUCHO 2024**

**Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en psicología clínica

Autor

Tacuri Ventura, Elifas

Asesora

Becerra Flores, Sara

ORCID: 0000-0003-4390-116X

Jurado

Valdez Sena, Lucía

Aguilar Mori, Karim

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2025



APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – AYACUCHO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
9	www.msmanuals.com Fuente de Internet	<1%
10	www.aepcp.net Fuente de Internet	<1%
11	www.rehueong.com.ar Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DE UN
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – AYACUCHO 2024**

Línea de investigación:

Psicología de los Procesos básicos y Psicología Educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención en
psicología clínica

Autor:

Tacuri Ventura, Elifas

Asesora:

Becerra Flores, Sara

ORCID: 0000-0003-4390-116X

Jurado:

Valdez Sena, Lucía

Aguilar Mori, Karim

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima- Perú

2025

Pensamientos

Dos son mejor que uno, porque sacan más provecho de sus afanes. Si uno de ellos se tropieza, el otro lo levanta.

(Eclesiastés 4:9)

“No niegues un favor a quien te lo pida si en tu mano está el poder otorgarlo”

(Proverbios 3:27)

Dedicatoria

A Armando y Valentina, mis padres a quienes se los debo todo, por su apoyo y comprensión durante estos años, a mis hermanas Jeny y Flor y mi hermano Uriel por ser un soporte especial en mi vida.

Agradecimientos

A Dios, por ser fiel a sus promesas y permitirme llegar hasta estas instancias,

A mis padres, por haber confiado en mí, y haberme brindado todo su respaldo tanto económico como moral, por su paciencia y tolerancia, por sus ánimos.

A mi asesora, por ser guía en este trabajo, por su paciencia, tolerancia y esmero en este acompañamiento.

Índice

Resumen.....	viii
Abstract	lix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	3
1.2. Antecedentes	7
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General.....	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación.....	12
II. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	15
III. MÉTODO	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	28
3.3. Variables.....	28
3.4. Población y muestra	29
3.5. Instrumentos	31
3.6. Procedimiento.....	34
3.7. Análisis de datos.....	35
3.8. Consideraciones éticas	36
IV. RESULTADOS.....	37
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
VI. CONCLUSIONES	60
VII. RECOMENDACIONES	61
VIII. REFERENCIAS.....	62
IX. ANEXOS.....	80

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.....	30
Tabla 2. Características clínicas de los participantes	31
Tabla 3. Confiabilidad de la Escala de apoyo social percibido y sus dimensiones	37
Tabla 4. Correlación ítem-test de la escala MSPSS.....	38
Tabla 5. Baremos de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).....	38
Tabla 6. Baremos de las dimensiones del MSPSS.....	39
Tabla 7. Niveles de apoyo social percibido	40
Tabla 8. Nivel de apoyo social percibido según dimensiones del MSPSS	40
Tabla 9. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	41
Tabla 10. Comparación de nivel de apoyo social percibido general y sus dimensiones según el sexo	41
Tabla 11. Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el sexo.....	42
Tabla 12. Comparación de nivel de apoyo social percibido y sus dimensiones según la etapa de vida.....	43
Tabla 13. Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según la etapa de vida	44
Tabla 14. Comparación de nivel de apoyo social general y dimensiones según el tiempo de tratamiento	45
Tabla 15. Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el tiempo de tratamiento.	46
Tabla 16. Comparación de nivel de apoyo social general y sus dimensiones según el tipo de depresión.....	47

Tabla 17. Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el tipo de depresión.....	48
Tabla 18. Comparación de nivel de apoyo social percibido general y dimensiones según medicación	49
Tabla 19. Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según medicación.....	50

Resumen

Se buscó determinar los niveles de apoyo social en una muestra de 90 pacientes con depresión, hombres y mujeres, que reciben atención en un Centro de Salud Mental Comunitario en Ayacucho. El instrumento usado fue la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, el cual evalúa apoyo familiar, de amigos y otros significativos. Se evaluaron las propiedades psicométricas y se establecieron baremos lo que permitió clasificar el apoyo social en bajo, medio y alto; así mismo se realizaron análisis descriptivos y comparativos en el programa estadístico SPSS. Con respecto a los resultados, se encontró que, el 54,4% de pacientes perciben apoyo social en niveles medios, 24,4% en niveles bajos y 21,1% alto apoyo social, de manera similar en cada una de sus dimensiones. Finalmente, no se hallaron diferencias significativas ($p>0.05$) en los niveles de apoyo social según variables sociodemográficas y clínicas, así mismo, si bien no existen diferencias, se encontró que las mujeres reciben mayor apoyo de amigos y otros significativos, mientras que los hombres por la familia.

Palabras claves: apoyo social percibido, depresión, centro de salud mental comunitario

Abstract

The aim was to determine the levels of social support in a sample of 90 patients with depression, men and women, who receive care at a Community Mental Health Center in Ayacucho. The instrument used was the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley, which assesses support from family, friends and other significant people. The psychometric properties were evaluated and scales were established which allowed classifying social support into low, medium and high; likewise, descriptive and comparative analyses were performed in the statistical program SPSS. Regarding the results, it was found that 54.4% of patients perceive social support at medium levels, 24.4% at low levels and 21.1% high social support, similarly in each of its dimensions. Finally, no significant differences ($p>0.05$) were found in the levels of social support according to sociodemographic and clinical variables. Likewise, although there are no differences, it was found that women receive greater support from friends and significant others, while men from family.

Keywords: perceived social support, depression, community mental health center

I. INTRODUCCIÓN

El apoyo social cumple un rol importante en la rehabilitación, siendo un factor protector clave ante los trastornos mentales como la depresión. Este factor no solo promueve la adherencia al tratamiento, sino que también fortalece el bienestar de los pacientes que enfrentan esta enfermedad. En el contexto de la salud mental comunitaria, particularmente en Ayacucho, el apoyo social percibido y los niveles de depresión sigue siendo un área poco explorada. Esto genera la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre el impacto del apoyo social en la percepción y afrontamiento de esta condición, con el fin de aportar al diseño de estrategias más efectivas para la atención integral de los pacientes.

En el primer capítulo, se presenta el planteamiento del problema, donde se describe la magnitud y relevancia de la depresión en la población de Ayacucho, así como la importancia del apoyo social en el manejo de esta enfermedad. Además, se expone una revisión de antecedentes nacionales e internacionales, permitiendo contextualizar el fenómeno de estudio. Este capítulo culmina con la formulación de los objetivos de investigación y la justificación del estudio.

En el segundo capítulo, se desarrolla el marco teórico, donde se abordan los conceptos fundamentales relacionados con la depresión y el apoyo social percibido. Asimismo, se exponen las principales teorías y estudios previos que lo fundamentan, estableciendo una base sólida para el análisis y comprensión de los resultados.

El tercer capítulo se centra en la metodología de investigación, detallando el tipo de estudio, la población y muestra, el instrumento de recolección de datos y el procedimiento empleado. Este capítulo también incluye la descripción del análisis estadístico utilizado para procesar e interpretar los datos recolectados.

Finalmente, en el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos, incluyendo el análisis descriptivo de los niveles de apoyo social percibido y sus dimensiones, así como su relación con variables sociodemográficas y clínicas. Se discuten también las implicancias de los hallazgos en relación con estudios previos y se plantean conclusiones que destacan la importancia del apoyo social como factor protector frente a la depresión. El trabajo concluye con recomendaciones para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones orientadas a fortalecer las redes de apoyo en los Centros de Salud Mental Comunitaria.

1.1. Descripción y formulación del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la depresión es uno de los trastornos mentales que afecta de manera significativa a la población. Se estima que cerca de 280 millones de personas en el mundo sufren de esta condición, lo que representa aproximadamente un 3.8% de la población mundial y un 5% de los adultos. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA, 2024) informó que en Perú se registraron 280,917 casos de depresión durante el 2023, de los cuales el 75.5% correspondieron a mujeres. En Ayacucho, durante los últimos tres años, se contabilizaron más de 21,000 casos relacionados con depresión, ansiedad y otros trastornos, convirtiéndose en una de las regiones con mayor incidencia de problemas de salud mental, siendo la depresión la condición más frecuente, según un estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental (2017).

La depresión tiene un origen multicausal y se manifiesta a través de diversos síntomas, tales como tristeza persistente, pérdida de interés por las actividades cotidianas, alteraciones en los patrones de sueño y alimentación, falta de placer en las actividades diarias, e incluso pensamientos relacionados con el suicidio, los cuales, en muchos casos, se materializan. Según el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), durante el año 2023 se reportaron 391 suicidios y 2,121 intentos de suicidio en el Perú, cifras que revelan la magnitud del problema (Villantoy, 2024). Por otro lado, Vallejos (Citado en Guardamino, 2024) sostiene que estos actos extremos están vinculados, en gran medida, con la falta de sensibilización sobre salud mental y el diagnóstico tardío de diversos trastornos, incluida la depresión. Esto resalta la importancia de implementar estrategias educativas y de atención temprana que permitan abordar esta problemática de manera integral. Es crucial que se identifiquen y comprendan los factores subyacentes para desarrollar medidas efectivas de prevención y tratamiento que promuevan el bienestar emocional en la población afectada.

En el Perú, el Ministerio de Salud planteó abordar esta problemática mediante la implementación de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), establecidos bajo la Ley 29889. Estas instituciones tienen como objetivo principal mejorar las condiciones de vida de las personas que enfrentan trastornos mentales y/o dificultades psicosociales, extendiendo también su impacto positivo a sus familias y a la comunidad en general. Los CSMC, distribuidos a nivel nacional, facilitan una atención más accesible y oportuna para la recuperación de quienes necesitan apoyo especializado en salud mental. Sin embargo, la limitada disponibilidad de personal capacitado y la insuficiencia en la infraestructura sanitaria persisten como barreras importantes. Estas limitaciones dificultan la expansión y eficacia del servicio, ya que muchos establecimientos carecen de los recursos necesarios para brindar una atención adecuada. En esta línea, la Defensoría del Pueblo (2023) destacó que la salud mental continúa siendo relegada dentro de las prioridades de la agenda nacional. De acuerdo con este organismo, 8 de cada 10 personas que requieren atención en esta área no logran acceder al tratamiento necesario. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2023) señaló que uno de los principales retos radica en la limitada inversión destinada a fortalecer los servicios de salud mental y a capacitar al personal especializado.

Sin embargo, la importancia de esta problemática no radica únicamente en las elevadas cifras de incidencia ni en la escasez de centros de atención, sino también en la limitada cultura de cuidado de la salud mental y el temor al juicio social por buscar apoyo profesional. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM, 2021) señala que cerca del 84% de las personas con algún trastorno mental no reconocen su condición, muchas veces debido al miedo al estigma. Esta situación representa una barrera significativa que dificulta el acceso a una atención adecuada. En otros casos, las personas, conscientes de su enfermedad, optan por no buscar ayuda para evitar el rechazo social, lo que genera un aislamiento emocional y las obliga a enfrentar solas su situación.

Según Moncada (2023), la idea de acudir a un psicólogo continúa siendo un tabú debido a los prejuicios sociales, lo que dificulta la normalización del bienestar emocional como parte esencial de la salud integral. Esto contribuye a que muchas personas no consideren los síntomas depresivos como indicadores de una enfermedad, sino como un aspecto de la personalidad, lo que perpetúa la idea errónea de que se debe “actuar con normalidad” (Pezo, et al., 2004). Este escenario genera un círculo de aislamiento y dificultades para buscar ayuda en un entorno que no reconoce la gravedad de estos padecimientos. La ausencia de un adecuado apoyo social complica aún más la situación, ya que las personas pierden la posibilidad de recibir respaldo emocional, lo cual es crucial para su recuperación. Existe evidencia de que el soporte social puede desempeñar un papel fundamental en la estabilidad emocional y el proceso de recuperación, como lo demuestran diversos estudios que han vinculado el apoyo social con los problemas de salud mental en diferentes grupos poblacionales, incluidos adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y personas mayores. Por ejemplo, Barra (2004) afirmó que el apoyo social influye en varios aspectos clave, como la capacidad de afrontar la enfermedad, la progresión de los síntomas, el ajuste psicológico y la recuperación. En este sentido, la falta de apoyo social se ha identificado como un factor de riesgo que puede aumentar la morbilidad y la mortalidad asociadas a trastornos mentales. Asimismo, López y Chacón (1990) subrayaron que un apoyo social percibido como positivo puede reducir significativamente los síntomas de la depresión.

Clark y Dunbar (2003) destacan que el entorno más cercano de una persona con problemas de salud mental es su principal fuente de apoyo dentro del ámbito de la salud. Por su parte, Barra y Chavarría (2014) señalan que el soporte brindado por la familia, los amigos o personas significativas puede fortalecer la autoestima y generar una percepción más positiva del entorno. Este apoyo influye de manera positiva tanto en el bienestar general como en la salud, ya que incrementa la resistencia ante factores que generan malestar. Resulta

relevante subrayar que la familia desempeña un papel fundamental como núcleo de apoyo para la persona, ya que se considera una pieza esencial que puede ofrecer estabilidad y asistencia en situaciones de cambio. Esto convierte a la familia en una institución duradera que procura recursos y cuidado para sus integrantes (Ardila, 2009, citado en Díaz, 2021). Por el contrario, la falta de apoyo familiar puede tener un impacto significativo en la salud mental, ya que la ausencia de comprensión y respaldo puede contribuir al desarrollo de síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad o la depresión (Ustariz, 2023). Estudios previos han demostrado que las personas que mantienen una conexión cercana con sus familias presentan una menor incidencia de síntomas depresivos (Tuesca et al., 2003).

No obstante, se ha demostrado que la familia no es la única fuente de apoyo social. Ortiz (2013) destacó que las relaciones de amistad también desempeñan un papel importante en el bienestar emocional. Estas relaciones se caracterizan por el interés mutuo en el estado de salud del otro, lo que fomenta el acompañamiento y la protección, especialmente en momentos de dificultad. En situaciones adversas, los amigos no solo brindan apoyo emocional, sino que también colaboran en la búsqueda de soluciones y en la recuperación de la estabilidad. Por otro lado, Pezirkianidis (2023, citado en Abrams, 2023) señaló que las amistades de calidad, que ofrecen afecto y respaldo, contribuyen significativamente al bienestar psicológico y son una herramienta clave para proteger a las personas que enfrentan problemas de salud mental, como la depresión. De manera complementaria, Holt et al. (2010), en un metaanálisis, concluyeron que las personas con amistades de mala calidad o sin amigos tienen el doble de probabilidades de fallecer prematuramente. Por su parte, Wrzut et al. (2017, citados en Pezirkianidis, 2023) reforzaron la idea de que las amistades son esenciales para el bienestar psicológico, subrayando su importancia en la promoción de la salud emocional.

Acoba (2024), en su investigación sobre apoyo social y salud mental, concluyó que no solo el apoyo familiar, sino también el proveniente de la comunidad y los amigos, tiene un impacto significativo en el bienestar emocional. Este respaldo fomenta un estado positivo, reduciendo el estrés percibido y contribuyendo al alivio de síntomas como la depresión y la ansiedad. Por su parte, Chaters et al. (2016) identificaron que el apoyo social proporcionado por miembros de la iglesia está inversamente relacionado con la aparición de síntomas depresivos y el malestar psicológico. En cuanto al apoyo social ofrecido por vecinos, Li et al. (2022) subrayaron su relevancia, especialmente en adultos mayores, ya que constituye un recurso potencialmente valioso para la salud mental. Recomendaron, además, que este tipo de apoyo sea considerado en las estrategias de promoción de salud mental. Asimismo, Chen et al. (2021) destacaron que el respaldo social proporcionado por la comunidad vecinal puede desempeñar un papel clave en la reducción de la angustia psicológica.

En este contexto, el apoyo social está vinculado a la red social de un individuo, la cual se compone de personas, grupos y organizaciones. Esta red incluye a la familia, amigos, vecinos y otros actores que contribuyen a generar un intercambio de afecto positivo, promoviendo la integración social, el interés emocional y el respaldo directo (Frey, 1989).

En función a lo señalado, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de apoyo social percibido en pacientes con depresión de un centro de salud mental comunitario en Ayacucho?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Neira y Polansky (2023) realizaron un estudio para analizar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) en adultos de Lima Metropolitana. Este trabajo, de tipo instrumental, evaluó una escala que mide tres

dimensiones: apoyo de la familia, amigos y otros significativos. La muestra estuvo compuesta por 535 adultos, hombres y mujeres, con edades entre 18 y 65 años. Los resultados arrojaron valores adecuados de confiabilidad para las dimensiones evaluadas, con coeficientes Alfa de Cronbach de .895, .920 y .899, respectivamente. En relación con la validez de la escala, el análisis factorial confirmatorio evidenció que un modelo de tres factores presentaba indicadores óptimos de ajuste (CFI = .97, TLI = .96, RMSEA = .04, SRMR = .02). Además, se evaluó la validez convergente y divergente de la MSPSS comparándola con otras variables. Se observó una correlación positiva entre la MSPSS y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), así como una correlación inversa con la Escala de Malestar Psicológico (K-10). Estos hallazgos confirman que la MSPSS posee evidencias sólidas de validez y confiabilidad para medir el apoyo social percibido en la población adulta de Lima Metropolitana.

Bocanegra (2021) examinó la relación entre los niveles de apoyo social y la incidencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes post-COVID-19 en Trujillo. El estudio utilizó un diseño no experimental, con enfoque descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra incluyó a 247 pacientes mayores de 18 años, evaluados mediante el DASS, que mide depresión, ansiedad y estrés, y el cuestionario MOS, que evalúa el apoyo social. Para el análisis de datos, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, encontrando una relación significativa entre las variables. Concretamente, se identificaron valores de $\chi^2 = 165.676$ ($p < 0.001$) para el estrés, $\chi^2 = 135.112$ ($p < 0.001$) para la ansiedad y $\chi^2 = 185.414$ ($p < 0.001$) para la depresión. Los resultados sugieren que las personas con mayores niveles de apoyo social tienen una menor probabilidad de experimentar niveles elevados de estrés, ansiedad o depresión.

Muñoz (2020) investigó la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores atendidos en un Centro del Adulto Mayor en Cusco. Este estudio utilizó un

diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 132 adultos mayores, tanto hombres como mujeres. Para la recolección de datos, se emplearon la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados indicaron una correlación negativa y significativa entre el apoyo social y la depresión, con un coeficiente de Spearman de $r = -0.360$ ($p < 0.05$), lo que señala una relación inversa entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que el nivel de apoyo social percibido disminuye, los niveles de depresión tienden a aumentar. En consecuencia, se concluye que los adultos mayores con depresión perciben menor disposición de apoyo por parte de familiares o amigos.

Díaz (2019) investigó los niveles de apoyo social percibidos por pacientes oncológicos en un hospital de Lima. El estudio, de tipo básico, descriptivo y con diseño transversal, contó con una muestra de 50 pacientes, hombres y mujeres, con edades entre 30 y 58 años. Para la recolección de datos, se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social MOS. Los resultados indicaron que el 10% de los participantes percibía un bajo nivel de apoyo social, el 54% reportó un nivel medio y el 36% un nivel alto. En cuanto a los tipos de apoyo, predominó el apoyo material, identificado en el 68% de los casos. Se concluyó que, en general, el apoyo social percibido por los pacientes oncológicos se ubicó en un nivel medio, dado que cuentan con alguien que los acompaña y les brinda asistencia durante su tratamiento.

Alvarado y Bustamante (2018) analizaron la relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en pacientes con cáncer hospitalizados en Arequipa. Este estudio, de diseño descriptivo correlacional y enfoque transversal, utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss y el Inventario de Depresión de Beck en una muestra de 225 pacientes, conformada por 93 mujeres y 132 hombres. Los resultados mostraron una correlación negativa y significativa entre el apoyo social y la depresión, con un coeficiente de

Pearson de $r = -0.273$, $p < 0.05$. Esto sugiere que a medida que disminuye el apoyo social percibido, los niveles de depresión aumentan en pacientes diagnosticados y hospitalizados con enfermedades.

Llanque (2017) investigó la relación entre el apoyo social y la depresión en pacientes adultos hospitalizados en Vitarte. Este estudio analítico observacional de diseño transversal incluyó una muestra de 354 pacientes, tanto hombres como mujeres. Para la recolección de datos, se utilizaron la Escala de Depresión de Zung y el cuestionario DUKE UNC para medir el apoyo social. Los resultados revelaron una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, con un OR = 3.78 (IC 95%: 2.27-6.32). Esto indica que un menor nivel de apoyo social está relacionado con un mayor riesgo de depresión en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Vitarte.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Martínez et al. (2022) investigaron la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en estudiantes de enfermería. El estudio se llevó a cabo en una Escuela de Enfermería en Costa Rica y contó con una muestra de 78 estudiantes, compuesta por 62 mujeres y 16 hombres. Para la recolección de datos, se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Los resultados mostraron una correlación negativa y significativa entre las dos variables, con un coeficiente de Pearson de $r = -0.44$ ($p < 0.01$). Esto indica que, a menor apoyo social percibido, mayor es el nivel de depresión en los estudiantes. En conclusión, los autores destacan que un alto nivel de apoyo social puede desempeñar un papel protector frente a condiciones adversas de salud mental, como la depresión.

Jiménez et al. (2020) investigaron la relación entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a un centro geriátrico en México. El

estudio, de diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo-correlacional y de corte transversal, incluyó a 71 participantes, de los cuales 20 eran hombres y 51 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron el DUKE-UNC11, para medir el apoyo social, y la escala geriátrica de Yesavage, para evaluar el grado de depresión. Los resultados revelaron una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el apoyo social y la depresión, con un coeficiente de $r = -0.339$ ($p < 0.001$). Esto sugiere que un mayor nivel de apoyo social está asociado con una disminución de los síntomas depresivos. Sin embargo, la relación no fue lo suficientemente fuerte, lo que llevó a concluir que niveles normales de apoyo social no bastan para prevenir la aparición de depresión en esta población.

Barrera et al. (2019) estudiaron la influencia del apoyo social y factores sociodemográficos en la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Chile. La investigación utilizó un diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal, con una muestra de 449 estudiantes. Para recolectar los datos, se aplicaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Los resultados, obtenidos mediante la prueba de correlación de Pearson, mostraron asociaciones significativas entre el apoyo social y las variables de depresión, ansiedad y estrés. En cuanto a los coeficientes, la familia presentó correlaciones de $r = -0.348$ para la depresión, $r = -0.269$ para el estrés y $r = -0.104$ para la ansiedad. Por otro lado, los amigos y otros significativos también presentaron correlaciones negativas de menor magnitud. Estos hallazgos sugieren que un mayor nivel de apoyo social percibido se asocia con una menor presencia de síntomas de salud mental, lo que evidencia la relevancia del apoyo social como factor protector frente a la sintomatología emocional.

Alfaro y Pacheco (2018) analizaron la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores de la ciudad de La Paz, Bolivia. Este estudio, de diseño no experimental y enfoque descriptivo-correlacional, utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala Geriátrica de Yesavage para la recolección de datos. Las herramientas fueron aplicadas a una muestra de 240 personas mayores de 60 años, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados evidenciaron una relación negativa y significativa ($r = -0.438$) entre el nivel de apoyo social total percibido y el grado de depresión, lo que indica que a medida que aumenta el apoyo social, disminuye el nivel de depresión en los adultos mayores.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los niveles de apoyo social percibido en pacientes con depresión de un Centro de Salud Mental Comunitario en Ayacucho.

1.3.2. Objetivos específicos

- Probar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en pacientes con depresión del CSMC en Ayacucho.
- Describir el nivel de apoyo social percibido en las dimensiones de familia, amigos y otros significativos, por pacientes con depresión de un CSMC en Ayacucho.
- Describir y comparar los niveles de apoyo social percibido según sexo, en pacientes con depresión que asisten a un CSMC en Ayacucho.
- Describir y comparar los niveles de apoyo social percibido según la etapa del desarrollo, en pacientes con depresión que asisten a un CSMC en Ayacucho.
- Describir y comparar el nivel de apoyo social percibido en relación con el tipo de depresión en pacientes de un CSMC de Ayacucho.

- Describir y comparar el nivel de apoyo social percibido en relación con el tiempo de tratamiento en pacientes de un CSMC de Ayacucho.
- Describir y comparar los niveles de apoyo social percibido entre pacientes con depresión que reciben tratamiento farmacológico y aquellos que no reciben tratamiento farmacológico, en un CSMC de Ayacucho.

1.4. Justificación

Las motivaciones para llevar a cabo esta investigación surgen de la experiencia directa con pacientes diagnosticados con depresión atendidos en el CSMC. A través de la observación, se identificó un notable aumento en el número de pacientes, así como un impacto significativo en su bienestar, lo que en muchos casos pone en riesgo la continuidad de sus vidas. Este contacto directo con pacientes en situación de vulnerabilidad despertó el interés por analizar el papel crucial que desempeñan la familia, los amigos y otros significativos en el apoyo emocional y la recuperación de estas personas.

Asimismo, este trabajo de investigación se justifica por los siguientes aspectos:

En el plano teórico, aunque la depresión es un tema ampliamente estudiado, aún existen pocas investigaciones que exploren específicamente el nivel de apoyo social percibido en pacientes, especialmente en la población de Ayacucho. Por ello, las conclusiones de este estudio aportarán antecedentes relevantes a nivel nacional, sirviendo como base para futuros investigadores interesados en profundizar en esta temática dentro del contexto peruano, con énfasis en la región de Ayacucho.

En el aspecto metodológico, si las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido son adecuadas en esta población de pacientes depresivos de un centro de salud mental, permitirá hacer uso de esta a futuros investigadores

que deseen conocer niveles de apoyo social en años posteriores, permitiendo de esa manera actualizar la información respecto a la variable.

Desde una perspectiva práctica, este estudio beneficiará tanto a los pacientes con depresión como a sus familiares y al entorno cercano, ya que proporcionará información clave para garantizar un adecuado apoyo social durante el proceso de la enfermedad. Además, brindará a las instituciones y organismos encargados de atender a personas con depresión una visión más detallada sobre la dinámica y funcionalidad del apoyo social en este contexto. Esto permitirá diseñar programas de prevención enfocados en fortalecer las redes de apoyo, especialmente aquellas integradas por la familia, amigos y otras figuras significativas. Asimismo, facilitará la implementación de estrategias específicas destinadas a mejorar el apoyo social ofrecido al paciente y a su entorno.

En el aspecto de relevancia social, de acuerdo a los resultados que se obtendrán va a favorecer a la sociedad para reflexionar sobre el impacto que tiene del apoyo social como factor protector de problemas de salud mental. Así mismo, las personas podrán ser conscientes de los efectos de la conducta de apoyo sobre su entorno como también el beneficio que genera a uno mismo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Depresión

La depresión se ha posicionado como una de las principales problemáticas de salud mental a nivel global, afectando de manera significativa a la población mundial. Esta condición genera diversos obstáculos en el desarrollo cotidiano de las personas y puede tener consecuencias graves en su calidad de vida. Por ello, resulta esencial profundizar en el conocimiento de todos los aspectos relacionados con esta enfermedad.

2.1.1.1. Concepto de la depresión. Botto (2014) señala que el término "depresión" comenzó a utilizarse a mediados del siglo XIX para describir alteraciones emocionales caracterizadas por inhibición y deterioro funcional. Estas condiciones afectaban negativamente la calidad de vida de las personas.

La OMS (2023) define la depresión como un trastorno mental común que se manifiesta principalmente por un estado de ánimo decaído, junto con la pérdida de interés o disfrute en actividades durante un periodo prolongado. Sin embargo, es importante distinguirla de las alteraciones temporales del estado de ánimo que pueden surgir en respuesta a situaciones estresantes. Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2022) señala que la depresión es una enfermedad que impacta de manera significativa en las formas de pensar, sentir y actuar de la persona, destacándose por la presencia de tristeza persistente y la falta de interés en actividades cotidianas, lo cual genera dificultades tanto a nivel emocional como físico, perjudicando su vida social, laboral y familiar, entre otros aspectos.

Díaz et al. (citado en Díaz, 2018) describen la depresión como un cambio significativo en el estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de abatimiento e infelicidad. Esta definición coincide con lo señalado por Sánchez (2008), quien clasifica la

depresión como un trastorno o síndrome que se manifiesta comúnmente con una disminución en la atención, concentración, pérdida de confianza y un estado de ánimo triste, vacío o irritable. Estos síntomas suelen ir acompañados de alteraciones somáticas y cognitivas que impactan negativamente en la capacidad funcional del individuo.

Por otro lado, Pérez (2017) describe la depresión como una condición debilitante que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos. Entre estos, se incluyen un estado de ánimo bajo, anhedonia, cambios en el apetito y el peso, alteraciones en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades en la concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

2.1.1.2. Sintomatología de la depresión. Aunque diversas situaciones de la vida, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de empleo o el fin de una relación de pareja, pueden provocar tristeza y aflicción, estas experiencias, aunque difíciles de superar, no necesariamente implican la presencia de depresión. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, 2023), la depresión se caracteriza por un conjunto amplio de signos y síntomas específicos, los cuales se analizarán a continuación.

Entre los síntomas más comunes se encuentra un estado de ánimo decaído durante la mayor parte del día, acompañado de una marcada disminución en el interés o placer por casi todas las actividades. También se presentan cambios significativos en el peso, alteraciones del sueño, fatiga o sensación constante de agotamiento, sentimientos de inutilidad y desesperanza, dificultad para concentrarse o pensar con claridad, y pensamientos recurrentes de muerte o intentos de suicidio. Además, se plantea que pueden existir especificadores que describen características adicionales durante un episodio depresivo, como la angustia acompañada de ansiedad, caracterizada por temores extremos ante posibles adversidades, o la

melancolía, que se manifiesta con sentimientos intensos de culpa, abatimiento profundo y desesperanza.

2.1.1.3. Tipos y niveles de depresión. Según la OMS (2023), los episodios de depresión se clasifican considerando el número de síntomas, la intensidad de estos y su impacto en el funcionamiento de la persona, pudiendo ser leve, moderada o grave. Asimismo, los episodios depresivos se agrupan en diferentes categorías, como el trastorno depresivo de un solo episodio, el trastorno depresivo recurrente, caracterizado por la aparición de más de dos episodios depresivos, y el trastorno bipolar, que se distingue por la alternancia entre episodios depresivos y episodios maníacos, caracterizados por euforia e irritabilidad.

Trastorno depresivo recurrente: También conocido como trastorno depresivo persistente, se caracteriza por la repetición de episodios depresivos. Estos episodios pueden variar en intensidad, manifestándose como leves, moderados o graves, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o incrementos en la vitalidad que sean suficientes para clasificarse como episodios maníacos.

Es relevante señalar que el MINSA (2023) desarrolló una guía práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años. En esta guía se explican conceptos fundamentales, incluyendo los niveles de depresión:

Episodio depresivo leve: Durante este tipo de episodio, la persona suele experimentar un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés en las actividades y disminución de la capacidad de disfrute, además de un aumento de la fatiga. También puede enfrentar ciertas dificultades para cumplir con sus responsabilidades laborales, familiares y sociales, aunque, por lo general, logra mantenerlas. Para clasificar un episodio como leve, debe tener una duración mínima de dos semanas y los síntomas no deben presentarse con una intensidad severa.

Episodio depresivo moderado: En este nivel de severidad la persona experimenta normalmente 4 o más síntomas de los establecidos en el CIE10 y es muy probable que tenga grandes dificultades para desenvolverse en sus actividades cotidianas.

Episodio depresivo grave: En este nivel se observa que varios de los síntomas están bien marcados y afecta gravemente a la persona; es característico un decaimiento en la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. Es común las ideas e inclusive actos suicidas.

Por otro lado, en el establecimiento de salud donde se está realizando la presente investigación, se halló pacientes con un diagnóstico relacionado a la depresión, se trata del Trastorno Mixto de ansiedad-depresión, razón por la que es importante definirlo en este apartado.

Trastorno Mixto ansiedad-depresión: Vanegas et al. (citados en Rojas, 2022) refieren que el trastorno mixto ansioso depresivo, se trata de una suma de síntomas que por sí solos no poseen la suficiente independencia para ser diagnosticado de forma independiente, razón por la que no puede ser categorizado como un trastorno ansioso ni trastorno depresivo. Gonçalves et al. (2008) mencionan que los síntomas comunes son los problemas de atención y concentración, alteraciones en el apetito y el sueño, pensamientos de preocupación, sentimientos de inutilidad, hipervigilancia, entre otros.

2.1.1.4. Etiología de la depresión. La aparición de un cuadro depresivo está asociada a una combinación de factores de diferentes orígenes, incluyendo aspectos psicológicos, psicosociales, ambientales, genéticos y biológicos (Álvarez, 2016). Asimismo, Robertson et al. (2020) destacan que la etiología de la depresión es compleja y heterogénea, y que la evidencia científica actual sugiere un enfoque multifactorial que integra la interacción entre factores genéticos, biológicos y ambientales en los trastornos depresivos.

A. Biológica. Para mantener un funcionamiento cerebral óptimo, es fundamental regular el equilibrio entre la transmisión sináptica excitatoria e inhibitoria, que actúan como el acelerador y el freno del sistema nervioso. Este equilibrio se logra mediante la producción adecuada de neurotransmisores en las sinapsis, asegurando la correcta comunicación neuronal (Vineet et al., 2018).

Friedman y Thase (citado en Vásquez, 2000) señalan que, desde una perspectiva biológica, la depresión puede estar relacionada con una disminución de ciertos neurotransmisores en el sistema nervioso central. Además, se asocia con alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desequilibrios en la interacción entre el sistema inmune y el neuroendocrino. De igual manera, Escobedo (2008) enfatiza que la depresión está vinculada a niveles anormales de determinados compuestos químicos, conocidos como neurotransmisores. Cuando estos se alteran, el funcionamiento cerebral se ve afectado, razón por la cual el tratamiento farmacológico tiene como objetivo principal regular los niveles adecuados de estas sustancias.

B. Genética. Según el DSM (2023), aunque la causa exacta de los trastornos depresivos aún no se ha identificado, se reconoce que los factores genéticos desempeñan un papel importante en su aparición. Además, se ha observado que la depresión es más común entre los familiares de primer grado de pacientes diagnosticados con este trastorno. Asimismo, existe una alta concordancia en la aparición de la depresión entre gemelos idénticos, lo que sugiere que los factores genéticos influyen significativamente en el desarrollo de respuestas depresivas ante eventos adversos.

Mitjans y Arias (2012) señalan que la depresión forma parte de las enfermedades clasificadas como genéticamente complejas, una categoría que ha sido respaldada por investigaciones en familias, gemelos y casos de adopción. Si bien se acepta la influencia

genética, esto no significa que la enfermedad siga un patrón hereditario mendeliano clásico. En cambio, se plantea que el modelo umbral de susceptibilidad podría explicar mejor su transmisión, sugiriendo que para que la enfermedad se desarrolle, ciertos factores genéticos deben superar un umbral específico. Además, se ha destacado que la interacción entre los genes de pequeño efecto y los factores ambientales juega un papel crucial en la manifestación de la depresión. Estudios sobre gemelos han reforzado la importancia de estos factores, demostrando que el trastorno depresivo es el resultado de una interacción compleja entre múltiples genes y su relación con el entorno, lo que refuerza su clasificación como una enfermedad multifactorial.

Según la APA (2023), en estudios realizados con gemelos idénticos, se ha observado que, si uno de ellos desarrolla depresión, el otro tiene un 70% de probabilidad de presentar el mismo diagnóstico en algún momento de su vida. Asimismo, resaltan que, para comprender enfermedades complejas como la depresión, es esencial considerar la interacción entre los factores genéticos y ambientales, entendiendo a estos últimos como elementos que influyen constantemente en la expresión del genotipo.

C. Ambiental. Durán et al. (2014) respecto a los factores ambientales que guían el desarrollo del trastorno depresivo están los perinatales y los psicosociales, y que en su interacción repercute de diferente manera a la persona, familias y grupos sociales. Vargas et al. (2010) en su estudio de prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo resaltan que el contexto familiar, conflictos familiares o conyugales, dificultades emocionales, padecimiento de maltrato físico, psicológico o sexual, negligencia en el cuidado, eventos vitales negativos, el divorcio, pérdida de amistades significativas o muerte de un familiar juegan un papel importante en el desarrollo del episodio depresivo.

La APA (2023) afirmó que la exposición constante a situaciones como la violencia, el abandono, el abuso o la pobreza puede aumentar la vulnerabilidad de algunas personas a desarrollar depresión. Por su parte, Coryell (2023) destacó que los eventos estresantes de la vida cotidiana, especialmente las separaciones y las pérdidas, suelen preceder a episodios de depresión mayor. Sin embargo, estos eventos no suelen provocar episodios de depresión intensa y prolongada, salvo en personas con predisposición a trastornos del estado de ánimo.

2.1.1.5. Consecuencias de la depresión. Morales (2017) destaca que la depresión genera un nivel significativo de angustia en quienes la padecen, afectando su capacidad para realizar incluso las actividades cotidianas más simples. Este trastorno impacta negativamente las relaciones familiares, sociales y laborales, provocando repercusiones económicas y sociales importantes. En su manifestación más extrema, la depresión puede llevar al suicidio, estimándose que aproximadamente 800 mil personas se quitan la vida cada año, lo que agrava los efectos sociales y económicos de esta enfermedad. La depresión es considerada una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, representando una significativa carga de morbilidad y mortalidad en los países, además de ejercer una presión considerable sobre los sistemas de salud.

2.1.1.6. Tratamiento de la depresión. El MINSA (2023) resalta que el tratamiento de la depresión debe poseer una visión integral, clínica y psicosocial, bajo un enfoque psicosocial y comunitario, que se realiza por un equipo multidisciplinario, entre las cuales destacan el servicio de medicina, psicología y enfermería. El tratamiento para la depresión comprende el uso de psicofármacos guiado por el psiquiatra y psicoterapia realizado por el profesional de psicología.

A. Psiquiátrico. Es fundamental destacar que el tratamiento farmacológico con antidepresivos se utiliza principalmente en episodios clasificados como moderados o severos y, en algunos casos específicos, en episodios leves (Kennedy, citado en Pérez, 2017).

Existen diversos tipos de medicamentos utilizados en el tratamiento de la depresión, entre los cuales se incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (Sánchez, 2008, p. 269). Estos medicamentos pueden generar efectos secundarios, que generalmente aparecen poco después de iniciar el tratamiento, mientras que los beneficios terapéuticos suelen manifestarse entre la segunda y la cuarta semana (Stahl, 2013, citado en Pérez, 2017). En cuanto a la elección del tipo de antidepresivo, Kennedy et al. (2016, citado en Pérez, 2017) indican que esta debe basarse en la sintomatología específica del paciente, los posibles efectos secundarios, comorbilidades, interacciones farmacológicas, entre otros factores. En última instancia, el objetivo del tratamiento es lograr la regulación de neurotransmisores clave, como la serotonina, dopamina y noradrenalina.

B. Psicoterapéutico. La psicoterapia permite a los pacientes analizar sus problemas y trabajar en su resolución, mediante la intervención de un profesional que, a través de sesiones, contribuye a lograr la estabilidad emocional (Sánchez, 2008). Diversos estudios han demostrado que enfoques como la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual son efectivos en el tratamiento de la depresión. Por otro lado, la OMS (2023) señala que los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión incluyen la activación conductual, la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal y el tratamiento orientado a la resolución de problemas. Asimismo, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2023) destaca que estos enfoques ayudan a la recuperación de las personas al identificar y abordar las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales que influyen en su padecimiento, fomentando un mejor afrontamiento.

2.1.2. Apoyo social

Los antecedentes del concepto de apoyo social se remontan a la década de 1960, cuando el psiquiatra John Bowlby (1969), citado en Prada (2004), comenzó a desarrollar los primeros planteamientos a través de su teoría del apego. En esta, destacaba que el apoyo recibido durante la infancia tiene un efecto protector que perdura a lo largo de la vida. Posteriormente, en la década de 1970, se incrementó el interés por estudiar el apoyo social y su impacto en el bienestar y la salud de las personas.

2.1.2.1. Concepto del apoyo social. El apoyo social se define como el respaldo recibido por una persona, el cual genera la sensación de ser amado, cuidado y de formar parte de una red social de apoyo (Cobb, 1976). Este proceso de interacción entre individuos favorece la adaptación frente a situaciones de estrés, privación o desafíos (Caplan y Killilea, 1976, citado en Aranda y Pando, 2013). Por su parte, Cassel (1974, citado en Durá y Garcés, 1991) destaca que este tipo de apoyo proviene principalmente de los grupos más cercanos e importantes para la persona. Asimismo, Aranda y Pando (2013) afirman que el apoyo social incluye conductas que expresan interés, afecto, cuidado, ayuda y respaldo material, lo que refuerza la percepción de ser valorado.

Según Cobb (1976, citado en Juárez, 2018) el apoyo social comienza desde el útero y su desarrollo se produce a través de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y profesionales de ayuda. Es entendido también como la confianza que se tiene de disponer tanto de las personas como de los recursos del entorno en el momento que se requiere, que comprende la accesibilidad que se tiene para establecer interacciones sociales con otros individuos, grupos o la comunidad, el cual ayuda al bienestar, favoreciendo los procesos de adaptación personal, familiar, y social (Londoño, et al. 2018).

2.1.2.2. Teorías del apoyo social. Entre las teorías que sustentan los fundamentos del apoyo social se destacan la propuesta de Gottlieb, conocida como "efecto principal o directo", y la de Cohen y Wills, denominada "efecto protector o amortiguador".

A. Teoría de los efectos principales o directos. Explica que el apoyo social que recibe una persona es positivo, es decir genera bienestar emocional y físico, disminuyendo posibles apariciones de patologías o desarrollo de alguna enfermedad, independientemente de si haya o no un evento estresante. Lo que sucede es que el apoyo social favorece al cambio de conducta de los individuos, las cuales tienen efectos positivos para la salud (Castro, Campero y Hernández, 1997).

Por su parte, López y Chacón (1999, citados en Díaz, 2019) destacan que las relaciones sociales ofrecen a las personas un sentido de identidad, evaluaciones positivas, y un fortalecimiento de la autoestima, además de mejorar los sentimientos de competencia y control sobre su entorno.

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores. Esta teoría sostiene que el apoyo social puede moderar el impacto negativo que los factores estresantes tienen sobre el bienestar de las personas. En otras palabras, el apoyo social actúa como un amortiguador frente a condiciones de estrés elevado, protegiendo al individuo de los efectos perjudiciales y facilitando los procesos de adaptación. El apoyo social ayuda a reinterpretar y reducir el potencial dañino del estrés, permitiendo que la persona evalúe la situación de manera menos amenazante y disminuya la experiencia de estrés, previniendo el desarrollo de patologías o enfermedades relacionadas (Díaz, 2019). Asimismo, Nicho et al. (2023) coinciden en que el efecto amortiguador se enfoca en minimizar los efectos adversos que pueden derivarse de eventos estresantes.

1.2.1.3. Funciones del apoyo social. El apoyo social tiene funciones diferentes, entre ellas: la función emocional, el cual tiene que ver con el cuidado, soporte y confort; función informativa, brindado a través de orientaciones o guías y por último la funcional instrumental, que implica la ayuda directa o el brindar recursos materiales (Aranda y Pando, 2013).

Por otro lado, Vega y González (2009) describen cuatro funciones, estas son: emocional, que tiene que ver con sentimientos de estima, afecto y seguridad; instrumental, que engloba ayudas materiales; informacional, al recibir consejos o guías; y valorativo, que se da cuando la persona siente que puede contar y recibir la compañía de otros en situaciones complicadas.

Lin et al. (1986, citados en Juárez, 2018) la función instrumental presta ayuda material o concreta, como obtener un préstamo, buscar trabajo o tener a alguien que oriente en alguna actividad. Mientras que la función expresiva incluye el emocional y el valorativo, donde se comparten sentimientos y se afirma la valía.

Es fundamental comprender las diversas funciones que cumple el apoyo social, ya que identificar el tipo de apoyo que necesita una persona permite maximizar sus beneficios. Costanza et al. (1988) destacaron la importancia de evaluar los efectos diferenciados de los distintos tipos o componentes del apoyo social, un aspecto que ha sido investigado en numerosos estudios. Los resultados de estas investigaciones señalan que, ante una misma situación de estrés, ciertos tipos de apoyo social pueden ser beneficiosos, mientras que otros podrían intensificar los efectos negativos.

1.2.1.4. Fuentes de apoyo social. House (1981, citado en Alva, 2016) identifica nueve fuentes principales de apoyo social: esposos, familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de salud o servicios

sociales. Por su parte, Chou (2000) clasifica estas fuentes en dos categorías principales: familia y amigos. Sin embargo, otros autores han propuesto una clasificación en tres dimensiones que ha recibido un mayor respaldo empírico (Denis, 2015). Estas dimensiones incluyen la familia, los amigos y otras personas significativas (Calderón et al., 2021), lo cual coincide con el planteamiento de Zimet et al. (1988).

A. Familia. Minuchin y Fishman (2009, citados en Medellín et al., 2012) la familia es el espacio natural donde se crece y recibe apoyo para el desarrollo. Jirón et al. (s.f.) afirman que en toda sociedad la familia ha representado un aspecto importante y vital para toda persona, las manifestaciones de afecto, el valor que se recibe dentro el soporte y la seguridad que brinda en situaciones adversas, permite alcanzar la estabilidad. Así mismo, Ortiz (2020) sostiene que es el grupo de apoyo más importante pues proporciona un aprendizaje en habilidades sociales y recursos para enfrentar situaciones difíciles que se presenten en el curso de la vida.

B. Amigos. Está relacionado al apoyo social percibido por algún miembro de su sistema social de pares, donde el vínculo de la amistad es lo que los une. Esta relación se construye a través del tiempo, y se caracteriza por la confianza y ayuda mutua (Bohorquez y Rodriguez, 2014), se comparten experiencias, sentimientos y vivencias que brindan apoyo emocional e instrumental de forma voluntaria (Canazas et al., 2019).

Navarro et al. (2020, citados en Neira y Polanski, 2023) los amigos son un soporte importante porque, por medio de la amistad, se establecen vínculos estrechos; además, con alguno de los amigos, se comparten sentimientos profundos y duraderos, lo que hace que la persona obtenga mayor autoconfianza.

C. Personas significativas. Hace referencia a cualquier persona del entorno del individuo que actúa como factor de apoyo y protector, como un profesor, vecino, compañero

(Canazas et al., 2019), pareja, amigos de la infancia u otros (Montoya et al., 2016), profesores y compañeros de trabajo (Novoa y Barra, 2015).

1.2.1.5. Importancia del apoyo social en pacientes con depresión. Durantes (2016) afirma que el apoyo social tiene un impacto positivo en la salud de las personas, ya que ayuda a reducir el estrés, mejora la calidad de vida, fomenta la autoestima y facilita el proceso de adaptación ante enfermedades. Asimismo, la Sociedad Americana del Cáncer (2016, citado en Durantes, 2016) señala que las personas que perciben mayores niveles de apoyo social tienden a experimentar menos ansiedad y depresión.

Cassel y Cobb (citados en Gómez y Lagoueyte, 2012) sostienen que el apoyo social actúa como un recurso clave para proteger a las personas de los efectos negativos, tanto físicos como psicológicos, derivados de los eventos traumáticos de la vida, cumpliendo un rol esencial de sostén y ayuda.

Se ha comprobado que el apoyo social desempeña un papel fundamental en la adaptación a enfermedades crónicas y en la recuperación de los resultados de salud. Además, puede prevenir la aparición de respuestas psicológicas adversas y conductas relacionadas con el estrés, como la falta de adherencia al tratamiento o el aislamiento social. También contribuye a fortalecer la autoestima y a mejorar los indicadores de calidad de vida (Alonso et al., 2013).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, recolectando datos numéricos mediante un instrumento de medición diseñado para describir el comportamiento a través del análisis estadístico. El diseño es no experimental, de tipo transversal, ya que no se manipulan las variables y los datos se recopilan en un periodo de tiempo determinado. Además, el estudio se basa en el método de investigación descriptiva comparativa, cuyo objetivo es analizar las características del apoyo social percibido en pacientes con depresión y comparar los resultados entre diferentes grupos. Estas comparaciones se realizan considerando variables sociodemográficas, como el sexo y la etapa de desarrollo, así como variables clínicas, como el tiempo de tratamiento, el tipo de depresión y si reciben medicación o no (Hernández et al., 2014).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se desarrolló en un ámbito temporal específico, entre el mes de julio y diciembre del 2024. El ámbito espacial se centró en el CSMC “Kuska Wiñarismu” ubicado en el distrito de Jesús Nazareno de la provincia de Huamanga, Ayacucho, debido a mi experiencia previa en el lugar, ya que realicé mi internado y prácticas profesionales en ese centro. Además, la jefa del centro me brindó su apoyo y autorización para realizar la investigación, lo que facilitó enormemente el acceso a la población objetivo.

3.3. Variables

3.3.1. Variable

- **Definición conceptual**

El apoyo social es aquello recibido por una persona, que genera la sensación de ser amado, cuidado y parte de una red social de apoyo (Cobb, 1976).

- **Definición operacional**

El apoyo social se evaluará mediante las puntuaciones obtenidas al aplicar la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, que se evalúa en las dimensiones de apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo de otros significativos.

3.3.2. *Variables sociodemográficas*

- Sexo: Se refiere a la categorización de hombre o mujer, de acuerdo a la identidad del participante.
- Etapa de desarrollo: La etapa de desarrollo se clasificó en los siguientes grupos: adolescencia (18 a 19 años), adultez temprana (20 - 39 años), adultez media (40- 60 años), y adultez tardía (60 a más).

3.3.3. *Variables clínicas*

- Tiempo de tratamiento: Es el periodo de tiempo que el paciente lleva en tratamiento dentro del CSMC, además, para un mejor análisis, se clasificó en los siguientes grupos: 0 a 3 meses, 4 a 6 meses, 7 a 9 meses y 10 a más meses.
- Tipo de depresión: Esta variable hace referencia al diagnóstico del paciente que fue indicado por el psiquiatra del CSMC. Estos son: Episodio depresivo leve, moderado, grave, Trastorno mixto ansioso-depresivo, y trastorno depresivo recurrente, que son los que corresponden al grupo de pacientes con depresión.
- Tratamiento farmacológico: Hace referencia a la presencia o ausencia de medicación en el tratamiento del paciente.

3.4. **Población y muestra**

Población. La población del estudio estuvo conformada por pacientes diagnosticados con depresión, incluyendo tanto hombres como mujeres, con edades entre los 18 y 65 años. Estos pacientes eran atendidos de forma gratuita mediante el Seguro Integral de Salud y

formaban parte de la unidad de adultos del Centro de Salud Mental Comunitario "Kuska Wiñarisun".

Tamaño de muestra. La muestra final consistió en 90 pacientes con depresión, seleccionados entre quienes asistieron al Centro de Salud Mental Comunitario Jesús Nazareno "Kuska Wiñarisun" obtenidos mediante muestreo no probabilístico durante el periodo de julio a diciembre del año 2024, escogiendo a los pacientes disponibles y dispuestos a participar en el estudio durante dicho periodo.

Criterios de inclusión

- Pacientes que actualmente reciben tratamiento psicoterapéutico.
- Pacientes que tengan capacidad para comprender y completar la escala.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar del estudio

La Tabla 1 muestra la distribución de la muestra en base al sexo y la etapa de desarrollo, donde se observa que el 70% son mujeres y el 30% hombres. Respecto a la etapa de vida, la población de adultos en etapa temprana es mayor (48,9%), seguido de la adultez media (27,8%) y en menor proporción la adolescencia y adultez tardía, 15,6% y 7,8% respectivamente.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la población

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	27	30,0
	Mujer	63	70,0
Etapa de vida	Adolescencia	14	15,6
	Adultez temprana	44	48,9
	Adultez media	25	27,8
	Adultez tardía	7	7,8

En la Tabla 2 se observa las características clínicas de los participantes, en cuanto al tipo de depresión, tiempo de tratamiento y si recibe medicación. Existe mayor porcentaje de pacientes con depresión moderada (75,6%), en cuanto al tiempo de tratamiento se observa porcentajes similares en las categorías establecidas, y por último el 62,2% recibe medicación frente a un 37,8% que no lo recibe.

Tabla 2.

Características clínicas de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de depresión	Leve	5	5,6
	Moderada	68	75,6
	Grave	5	5,6
	Recurrente	7	7,8
	Mixta	5	5,6
Tiempo de tratamiento	0 a 3 meses	22	24,4
	4 a 6 meses	26	28,9
	7 a 9 meses	18	20,0
	10 a más	24	26,7
Si recibe medicación	Sí	56	62,2
	No	34	37,8

3.5. Instrumentos

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

La escala, desarrollada en Estados Unidos por Zimet et al. (1988), es un breve autoinforme diseñado para evaluar la percepción de apoyo social en tres dimensiones clave: familia, amigos y otros significativos. Inicialmente, la escala constaba de 24 reactivos; sin embargo, para mejorar su confiabilidad, se redujo a 12 ítems distribuidos equitativamente entre las tres dimensiones, con 4 ítems por dimensión. Las respuestas se recopilan mediante

una escala tipo Likert de 7 puntos, donde: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Muy en desacuerdo, 3 = En desacuerdo, 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 = De acuerdo, 6 = Muy de acuerdo y 7 = Totalmente de acuerdo.

La Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) ha demostrado, en diversos estudios psicométricos, una excelente confiabilidad, una estructura factorial estable y una validez robusta. Estas características, junto con su brevedad, claridad y facilidad de administración, la posicionan como un instrumento fundamental para evaluar el apoyo social percibido proveniente de la familia, los amigos y otras personas significativas (Zimet, 1998).

Los autores señalan que las puntuaciones totales de la escala se obtienen sumando los ítems y dividiendo el resultado entre 12, lo que genera una puntuación media total que se relaciona directamente con la escala de respuesta de 7 puntos. De manera similar, las puntuaciones de cada subescala se calculan sumando los ítems correspondientes y dividiendo entre cuatro. En cuanto a la interpretación, se proponen dos enfoques. El primero clasifica las puntuaciones entre 1 y 2.9 como apoyo bajo, de 3 a 5 como apoyo moderado, y de 5.1 a 7 como apoyo alto. El segundo consiste en dividir a los encuestados en tres grupos iguales según sus puntuaciones, designando el grupo inferior como apoyo percibido bajo, el intermedio como apoyo medio, y el superior como apoyo alto.

Por otro lado, aunque la escala original fue desarrollada en inglés, Landeta y Calvete (2002) la adaptaron al español utilizando una muestra de 803 estudiantes universitarios en España. Los resultados de este estudio confirmaron que el modelo de tres dimensiones (familia, amigos y personas relevantes) era el más adecuado, mostrando buenos indicadores estadísticos ($X^2 = 611.66$, $gl = 54$, $RMSEA = .116$, $GFI = .88$). Las cargas factoriales fueron elevadas (.42-.66, .52-.58 y .49-.61), y la consistencia interna también resultó alta, con

coeficientes alfa de .89, .92 y .89 para las dimensiones de familia, amigos y personas relevantes, respectivamente. Estos resultados sugieren que el MSPSS es un instrumento válido y confiable para medir la percepción de apoyo social en la población española. Además, en esta adaptación, la escala de respuesta se redujo a 6 opciones para minimizar posibles sesgos en las respuestas.

En Perú, la escala fue adaptada por Juárez (2018) en una población de estudiantes universitarios peruanos. Esta adaptación incluyó una adecuación lingüística realizada con la participación de cuatro jueces expertos, así como modificaciones en los ítems 1 y 5 para mejorar su claridad. Además, debido a dificultades identificadas en la comprensión de las opciones de respuesta durante una prueba piloto, se optó por simplificar y ajustar la escala a un formato de cinco opciones: 1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = A veces, 4 = Casi siempre, y 5 = Siempre.

La validez y confiabilidad de la escala se evaluaron mediante análisis factorial confirmatorio. Se probaron dos modelos no jerárquicos oblicuos, encontrando que el modelo de tres factores (familia, amigos y otros significativos) ofrecía mejores evidencias de validez interna, con indicadores sólidos como X^2/df , GFI = .94, CFI = .98, SRMR y RMSEA < .05, además de un AIC más favorable. En cuanto a las cargas factoriales, se obtuvo un promedio de .80 para la dimensión de familia, .89 para amigos y .78 para otros significativos, lo que indica una buena consistencia interna.

Respecto a la confiabilidad interna, se utilizó el coeficiente ω , obteniéndose valores de .88, .94 y .86 para las dimensiones de familia, amigos y otros significativos, respectivamente, lo que refleja una alta confiabilidad. Asimismo, se elaboraron baremos percentilares para cada dimensión, permitiendo clasificar los resultados en tres categorías: apoyo social bajo, apoyo social promedio y apoyo social alto.

Debido a la ausencia de validaciones específicas del MSPSS en pacientes de centros de salud mental, especialmente en la región de Ayacucho, se decidió utilizar la adaptación realizada por Juárez (2018), validada en estudiantes universitarios de Lima. Aunque esta adaptación no se diseñó específicamente para la población objetivo del presente estudio, se considera la alternativa más adecuada disponible. Es importante reconocer que esta adaptación podría presentar ciertas limitaciones al aplicarse en un contexto distinto; sin embargo, se espera que ofrezca una aproximación razonable para evaluar la percepción de apoyo social en la población estudiada. Para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, se llevará a cabo un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento en la población objetivo. Este análisis incluirá la evaluación de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y la correlación ítem-test para confirmar la validez del instrumento.

Ficha de datos

La ficha de datos fue diseñada para recopilar información sobre variables sociodemográficas, como sexo, edad y etapa de desarrollo, así como variables clínicas, incluyendo tiempo de tratamiento, tipo de depresión y uso de medicación. Estos datos permitirán enriquecer el análisis y proporcionar un panorama más completo del comportamiento de la variable principal. En relación con el tipo de depresión, esta información se complementará con los registros en Excel disponibles en el Centro de Salud Mental, donde se detalla el diagnóstico correspondiente y la etapa de desarrollo se clasificará según la edad registrada.

3.6. Procedimiento

Se inició el proceso de investigación mediante una reunión con la jefa del Centro de Salud Mental, en la que se presentó un documento de solicitud que detallaba el objetivo y los beneficios del estudio para el CSMC. Tras la revisión y aprobación del documento, se obtuvo la autorización para realizar la investigación con la población del centro. A continuación, se

obtuvo la base de datos de los pacientes donde se pudo visualizar un amplio número de pacientes. Antes de aplicar el instrumento, se les leyó el consentimiento informado, en el que se explicaban los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir y las medidas de confidencialidad y protección de datos. Debido a las limitaciones de acceso a la población y poca muestra alcanzada, se recurrió a llamadas telefónicas para recopilar los datos, donde se seguía el mismo procedimiento de aplicación, se les leía la pregunta y el investigador las completaba. Además, debido a que el investigador principal no podía permanecer en Ayacucho durante todo el período de recopilación de datos, se solicitó la ayuda de dos psicólogas del centro para que aplicaran el cuestionario a sus pacientes con depresión que acudían al centro durante los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.

3.7. Análisis de datos

Se creó una base de datos estructurada en el programa Excel, la cual fue importada al software SPSS versión 25 para realizar los análisis estadísticos pertinentes según los objetivos del estudio. Se evaluó la confiabilidad mediante el análisis de consistencia interna, utilizando el alfa de Cronbach, y se verificó la validez mediante la correlación ítem-total. Además, se establecieron puntos de corte y baremos correspondientes para la escala total y sus dimensiones. Se llevó a cabo un análisis descriptivo para presentar porcentajes y frecuencias, describiendo los niveles de apoyo social percibido. También se elaboraron tablas cruzadas para analizar variables como el sexo, etapa de desarrollo, tiempo de tratamiento, tipo de depresión y uso de medicación. Para determinar la distribución de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de seleccionar las pruebas estadísticas más adecuadas. Finalmente, para los análisis comparativos, se utilizaron pruebas no paramétricas, como la prueba U de Mann-Whitney para comparar dos muestras independientes (por ejemplo, según sexo y uso de medicación) y la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar más de

dos grupos independientes, como la etapa de desarrollo, tiempo de tratamiento y tipo de depresión.

3.8. Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes antes de aplicar la escala, explicándoles el objetivo y la relevancia de la investigación. Además, se les aseguró que los datos recopilados serían tratados con estricta confidencialidad y utilizados exclusivamente para los fines del estudio, sin ser manipulados para el beneficio del investigador. La participación de los pacientes fue voluntaria, anónima, confidencial e informada, respetando las normas éticas y los derechos de los participantes. Se garantizó a los pacientes el derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento y a acceder a los resultados de la investigación, siguiendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

Los resultados se presentarán de la siguiente manera; en primer lugar, las propiedades psicométricas de la escala utilizada (confiabilidad, validez y baremos). En segundo lugar, el análisis descriptivo de niveles de apoyo social general y dimensiones; en tercer lugar, la descripción y comparación de niveles de apoyo social según las variables sociodemográficas y clínicas consideradas en esta investigación.

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos

La tabla 3 muestra el análisis de confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido y sus dimensiones, con valores de .867, .832, .898 y .870 respectivamente, superando cada uno valores de 0,70 lo cual evidencia adecuada confiabilidad.

Tabla 3

Confiabilidad de la Escala de apoyo social percibido y sus dimensiones

Escala	Dimensiones	N de elementos	Alfa de Cronbach	
Apoyo social Percibido	Familia	4	,832	,867
	Amigos	4	,898	
	Otros significativos	4	,870	

Así mismo, para determinar la validez de la Escala de Apoyo social percibido se realizó el análisis de correlación ítem-test, el cual se puede observar en la Tabla 4, donde se muestra que las correlaciones fueron significativas ($p < 0.01$) con un valor mínimo de ,490 y máximo de ,757 siendo el valor del ítem 11 el que menos aporta a la validez del instrumento, pese a ello todos los ítems presentan una correlación por encima de 0,30, lo cual indica que todos los ítems tienen una correlación moderada y en algunos ítems correlación fuerte, por lo que los ítems miden adecuadamente la variable de apoyo social percibido.

Tabla 4*Correlación ítem-test de la escala MSPSS*

Ítem	r	Ítem	r
Ítem 1	,728	Ítem 7	,752
Ítem 2	,736	Ítem 8	,570
Ítem 3	,507	Ítem 9	,757
Ítem 4	,495	Ítem 10	,608
Ítem 5	,657	Ítem 11	,490
Ítem 6	,663	Ítem 12	,654

La correlación es significativa en el nivel 0.01

Los baremos se realizaron a partir de los puntos de corte en el Pc 25, Pc 50 y Pc 75 las cuales permitieron establecer tres niveles claros de apoyo social percibido: bajo, medio y alto.

La tabla 5 muestra los baremos en base a las puntuaciones obtenidas en la población de estudio, el cual permite conocer niveles de apoyo social en la Escala general.

Tabla 5*Baremos de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)*

	Nivel	Puntaje directo
Apoyo social Percibido	Bajo	12-28
	Medio	29-46
	Alto	47 a más

De la misma manera se establecieron niveles de apoyo social para las dimensiones del instrumento (familia, amigos y otros significativos), el cual puede visualizarse en la Tabla 6. Se establecieron en función de los valores obtenidos en cada dimensión de esta población de este estudio, clasificándolos en tres niveles: bajo, medio y alto.

Tabla 6

Baremos de las dimensiones del MSPSS

	Nivel	Puntaje directo
Familia	Bajo	4 a 11
	Medio	12 a 17
	Alto	18 a 20
Amigos	Bajo	4 a 6
	Medio	7 a 14
	Alto	15 a 20
Otros significativos	Bajo	4 a 8
	Medio	9 a 16
	Alto	17 a 20

4.2. Análisis descriptivo de la variable de estudio de forma general.

En la Tabla 7 se observa los niveles de apoyo social percibido de manera general, donde se muestra que el 54,4% del total de pacientes percibe apoyo social en nivel medio. Por otro lado, los niveles bajos y altos de apoyo social son los menos frecuentes, alcanzando valores de 24,4% y 21,1% respectivamente, donde el nivel alto de apoyo social percibido es mucho menor.

Tabla 7*Niveles de apoyo social percibido*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	24,4%
Medio	49	54,4%
Alto	19	21,1%
Total	90	100,0

Los resultados en la Tabla 8 muestran que el nivel de apoyo sobresaliente en las dimensiones de familia, amigos y otros significativos es el nivel medio, con valores de 51,1%, 52,2% y 48,9%. Así mismo, el nivel alto de apoyo social es el menos frecuente en todas las dimensiones.

Tabla 8*Nivel de apoyo social percibido según dimensiones del MSPSS*

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Familia	Bajo	23	25,6%
	Medio	46	51,1%
	Alto	21	23,3%
Amigos	Bajo	22	24,4%
	Medio	47	52,2%
	Alto	21	23,3%
Otros significativos	Bajo	25	27,8%
	Medio	44	48,9%
	Alto	21	23,3%

4.3. Comparación y descripción de niveles según variables sociodemográficas y clínicas.

En la Tabla 9 se puede observar la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov, que se realizó a fin de determinar la distribución de los datos, obteniendo que el valor p es menor a 0,05, lo cual sugiere hacer uso de pruebas no paramétricas.

Tabla 9

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variable	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo social Percibido	,097	90	,038

- **Según el sexo**

En la tabla 10 se presentan los resultados de la prueba de U de Mann Whitney, donde el valor $p > 0,05$, lo cual demuestra que no hay diferencia significativa en el sexo respecto a los niveles de apoyo social. Según el RX, se observa que la puntuación de apoyo social en la dimensión de otros fue de 38,41 en hombres, mientras que en mujeres fue de 48,54.

Tabla 10.

Comparación de nivel de apoyo social percibido general y sus dimensiones según el sexo

	Sexo	N	RX	U	Z	p
General	Hombre	27	41,52	743,000	-1,049	,294
	Mujer	63	47,21			
Familia	Hombre	27	48,80	761,500	-,856	,392
	Mujer	63	44,09			
Amigos	Hombre	27	40,78	723,000	-1,232	,218
	Mujer	63	47,52			
Otros significativos	Hombre	27	38,41	659,000	-1,830	,067
	Mujer	63	48,54			

En la Tabla 11 se presenta una tabla cruzada de las dimensiones de apoyo social percibido según el sexo, donde destaca que el 57,1% de las mujeres en la dimensión de amigos percibe apoyo social en nivel medio y 23,8% en nivel alto. En hombres el 55,6% y 59,3% perciben nivel medio de apoyo social en la dimensión de familia y otros significativos.

Tabla 11.

Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el sexo

		Hombre		Mujer	
		f	%	f	%
Familia	Bajo	5	18,5%	18	28,6%
	Medio	15	55,6%	31	49,2%
	Alto	7	25,9%	14	22,2%
Amigos	Bajo	10	37,0%	12	19,0%
	Medio	11	40,7%	36	57,1%
	Alto	6	22,2%	15	23,8%
Otros significativos	Bajo	9	33,3%	16	25,4%
	Medio	16	59,3%	28	44,4%
	Alto	2	7,4%	19	30,2%

Nota. Porcentaje dentro del sexo del participante.

- **Según la etapa de desarrollo**

Según la Tabla 12 se puede observar que el valor $p > 0.05$, lo cual demuestra que no existen diferencias en los niveles de apoyo social percibido entre las etapas de vida. En base a lo observado en el rango promedio, pacientes de la adultez tardía perciben mayor apoyo social de la familia, pero bastante menor en la dimensión de amigos y otros significativos.

Tabla 12.*Comparación de nivel de apoyo social percibido y sus dimensiones según la etapa de vida*

	Etapa de vida	N	RX	H	p
General	Adolescencia	14	51,75	3,217	,359
	Adulthood temprana	44	42,69		
	Adulthood media	25	49,36		
	Adulthood tardía	7	36,86		
Familia	Adolescencia	14	46,36	3,682	,298
	Adulthood temprana	44	42,38		
	Adulthood media	25	46,22		
	Adulthood tardía	7	60,86		
Amigos	Adolescencia	14	45,89	7,002	,072
	Adulthood temprana	44	44,34		
	Adulthood media	25	52,72		
	Adulthood tardía	7	26,21		
Otros significativos	Adolescencia	14	54,18	7,750	,051
	Adulthood temprana	44	42,34		
	Adulthood media	25	51,16		
	Adulthood tardía	7	27,79		

En la Tabla 13 se observa que el 42,9% de la adultez tardía percibió alto apoyo social en la dimensión de la familia, pero el 71,4% y 57,1% nivel bajo en la dimensión de amigos y otros significativos, respectivamente. Por otro lado, en relación a los adolescentes, el 71,4%

de ellos percibieron apoyo social medio en familia. Además, el 59,1% de la etapa de adultez temprana percibió apoyo social en nivel medio en la dimensión de amigos.

Tabla 13.

Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según la etapa de vida

		Adolescencia		Adultez temprana		Adultez media		Adultez tardía	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Familia	Bajo	2	14,3%	14	31,8%	7	28,0%	0	0,0%
	Medio	10	71,4%	21	47,7%	11	44,0%	4	57,1%
	Alto	2	14,3%	9	20,5%	7	28,0%	3	42,9%
Amigos	Bajo	3	21,4%	10	22,7%	4	16,0%	5	71,4%
	Medio	8	57,1%	26	59,1%	12	48,0%	1	14,3%
	Alto	3	21,4%	8	18,2%	9	36,0%	1	14,3%
Otros significativos	Bajo	2	14,3%	16	36,4%	3	12,0%	4	57,1%
	Medio	7	50,0%	18	40,9%	16	64,0%	3	42,9%
	Alto	5	35,7%	10	22,7%	6	24,0%	0	0,0%

Nota. Porcentaje dentro del total de cada etapa de desarrollo

- **Según el tiempo de tratamiento**

La Tabla 14 muestra que no existen diferencias significativas pues los niveles de significancia se encuentran por encima de 0,05. Sin embargo, se puede destacar que el grupo de pacientes que tienen entre 7 a 9 meses de tratamiento tiene el rango promedio más alto en el nivel de apoyo social percibido de los amigos y de otros significativos.

Tabla 14.*Comparación de nivel de apoyo social general y dimensiones según el tiempo de tratamiento*

	Tiempo de tratamiento	N	RX	H	p
General	0 a 3 meses	22	46,36		
	4 a 6 meses	26	45,29		
	7 a 9 meses	18	48,64	,503	,918
	10 a más	24	45,33		
Familia	0 a 3 meses	22	44,57		
	4 a 6 meses	26	47,63		
	7 a 9 meses	18	40,64	1,186	,756
	10 a más	24	47,69		
Amigos	0 a 3 meses	22	44,34		
	4 a 6 meses	26	40,63		
	7 a 9 meses	18	51,58	2,452	,484
	10 a más	24	47,29		
Otros significativos	0 a 3 meses	22	39,30		
	4 a 6 meses	26	49,54		
	7 a 9 meses	18	52,58	4,414	,220
	10 a más	24	41,50		

En la Tabla 15 se observa que en los primeros meses de tratamiento predomina el bajo apoyo social en las dimensiones de familia (40,9%) y otros significativos (40,9%). Por otro lado, el apoyo familiar en nivel bajo va disminuyendo a medida que aumenta el tiempo de tratamiento, sin embargo, el alto apoyo social de amigos va aumentando y manteniéndose a partir del cuarto mes de tratamiento.

Tabla 15

Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el tiempo de tratamiento.

		0 a 3 meses		4 a 6 meses		7 a 9 meses		10 a más	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Familia	Bajo	9	40,9%	4	15,4%	5	27,8%	5	20,8%
	Medio	5	22,7%	17	65,4%	11	61,1%	13	54,2%
	Alto	8	36,4%	5	19,2%	2	11,1%	6	25,0%
Amigos	Bajo	6	27,3%	7	26,9%	3	16,7%	6	25,0%
	Medio	11	50,0%	16	61,5%	9	50,0%	11	45,8%
	Alto	5	22,7%	3	11,5%	6	33,3%	7	29,2%
Otros significativos	Bajo	9	40,9%	6	23,1%	3	16,7%	7	29,2%
	Medio	9	40,9%	12	46,2%	9	50,0%	14	58,3%
	Alto	4	18,2%	8	30,8%	6	33,3%	3	12,5%

Nota: Porcentaje dentro del grupo de tratamiento que lleva en el CSMC

- **Según el tipo de depresión**

Respecto a las diferencias según el tipo de depresión, en la Tabla 16 se puede ver que no existen diferencias en ninguna de las dimensiones. Sin embargo, un dato importante que se observa es que los pacientes con diagnóstico leve son los que tienden a puntuar mayor apoyo social. Otro aspecto a considerar, es sobre los pacientes con depresión grave, pues se observa que son quienes perciben menor apoyo social de parte de la familia.

Tabla 16*Comparación de nivel de apoyo social general y sus dimensiones según el tipo de depresión*

	Tipo de depresión	N	RX	H	p
General	Leve	5	53,50		
	Moderado	68	45,63		
	Grave	5	46,70	1,064	,900
	Recurrente	7	41,93		
	Mixta	5	39,60		
Familia	Leve	5	53,20		
	Moderado	68	44,76		
	Grave	5	32,70	2,875	,579
	Recurrente	7	51,14		
	Mixta	5	52,80		
Amigos	Leve	5	59,50		
	Moderado	68	46,40		
	Grave	5	52,80	7,030	,134
	Recurrente	7	36,07		
	Mixta	5	25,20		
Otros significativos	Leve	5	47,10		
	Moderado	68	47,51		
	Grave	5	33,30	4,821	,306
	Recurrente	7	46,93		
	Mixta	5	26,80		

En la Tabla 17 se describen los niveles de apoyo social percibido según el tipo de depresión diagnosticado. El apoyo familiar en nivel alto es menos frecuente en la depresión

moderada y grave con porcentajes de 22,1% y 0% respectivamente. Pacientes con depresión leve, moderada y grave percibieron bajo apoyo social, 20%, 20,6 y 0%, respectivamente, en la dimensión de amigos. Además, de los pacientes con depresión recurrente, nadie (0%) percibe alto apoyo social y en la dimensión de amigos y otros significativos, el 80% y 60% de ellos percibe bajo apoyo social. En el diagnóstico de ansiedad-depresión (Mixto) se observa que el 14,3% y 42,9% percibe bajo apoyo social en la dimensión de familia y amigos respectivamente.

Tabla 17

Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según el tipo de depresión.

		Leve		Moderada		Grave		Mixta		Recurrente	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Familia	Bajo	0	0,0	18	26,5	2	40,0	1	14,3	2	40,0
	Medio	4	80,0	35	51,5	3	60,0	4	57,1	0	0,0%
	Alto	1	20,0	15	22,1	0	0,0	2	28,6	3	60,0
Amigos	Bajo	1	20,0	14	20,6	0	0,0	3	42,9	4	80,0
	Medio	1	20,0	39	57,4	4	80,0	3	42,9	0	0,0
	Alto	3	60,0	15	22,1	1	20,0	1	14,3	1	20,0
Otros significativos	Bajo	1	20,0	16	23,5	3	60,0	2	28,6	3	60,0
	Medio	3	60,0	35	51,5	1	20,0	3	42,9	2	40,0
	Alto	1	20,0	17	25,0	1	20,0	2	28,6	0	0,0

Nota. Porcentaje obtenido dentro del tipo de depresión

- **Según la medicación**

La Tabla 18 muestra que no existen diferencias significativas en los niveles de apoyo social percibido frente a la medicación recibida o no. Sin embargo, en base al rango promedio se observa que pacientes con medicación puntúan 47,41 y los que no son medicados 41,60.

Tabla 18

Comparación de nivel de apoyo social percibido general y dimensiones según medicación

	Medicación	N	RX	U	Z	p
General	Sí	56	47,41	819,500	-1,222	,222
	No	34	41,60			
Familia	Sí	56	43,80	857,000	-,864	,388
	No	34	48,29			
Amigos	Sí	56	47,08	963,500	-,808	,419
	No	34	42,90			
Otros significativos	Sí	56	46,42	900,500	-,465	,642
	No	34	43,99			

Finalmente, en la Tabla 19 se puede observar que el 30,4% de los pacientes que toman medicación perciben alto apoyo social percibido en la dimensión de amigos. Así mismo, en pacientes sin medicación el 58,8% y el 67,6% perciben apoyo social en nivel medio en las dimensiones de Familia y amigos respectivamente.

Tabla 19

Apoyo social percibido en dimensiones de familia, amigos y otros significativos según medicación.

		Con medicación		Sin medicación	
		f	%	f	%
Familia	Bajo	17	30,4%	6	17,6%
	Medio	26	46,4%	20	58,8%
	Alto	13	23,2%	8	23,5%
Amigos	Bajo	15	26,8%	7	20,6%
	Medio	24	42,9%	23	67,6%
	Alto	17	30,4%	4	11,8%
Otros significativos	Bajo	14	25,0%	11	32,4%
	Medio	29	51,8%	15	44,1%
	Alto	13	23,2%	8	23,5%

Nota. Porcentaje dentro del grupo de si recibe medicación o no

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación buscó determinar los niveles de apoyo social en pacientes diagnosticados con depresión que vienen siendo atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Jesús Nazareno en Ayacucho. Los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los pacientes con depresión perciben un apoyo social en niveles medios (54,4%). Un 24,4% percibe un nivel bajo de apoyo social, mientras que solo el 21,1% recibe un apoyo social alto. Estos hallazgos difieren de los reportados por Concha (2014), quien encontró que un 68% de los pacientes con enfermedad renal percibía un bajo apoyo social y solo un 2% percibía un apoyo social alto. En contraste, este estudio muestra niveles más altos de apoyo social, lo cual podría explicarse por el acceso de los participantes a tratamiento psicológico, que les orienta y ayuda a fortalecer sus relaciones sociales, además de concientizarlos sobre la importancia de estas relaciones para su bienestar. Por otro lado, Zevallos (2021) obtuvo resultados similares a los de esta investigación. En su estudio, un 30,3% y un 40,91% de pacientes oncológicos en Lima percibieron apoyo social en niveles altos y medios, respectivamente, mientras que un 28,7% lo percibió en niveles bajos. Es importante destacar que, al igual que en esta investigación, los pacientes oncológicos recibían servicios de salud mental, lo que podría explicar estos porcentajes. De igual forma, Peralta et al. (2021) encontraron que los pacientes peruanos con neoplasias hematológicas perciben niveles notablemente altos de apoyo social (9% bajo, 10% medio y 81% alto). Esta diferencia significativa respecto a los pacientes con depresión podría deberse a las distintas percepciones sobre las enfermedades neoplásicas y su asociación con el riesgo de vida (Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

En relación con los niveles de apoyo social percibido según el sexo de los participantes, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que ambos reportaron porcentajes similares en la escala general. Sin embargo, se observó una

ligera tendencia a que las mujeres puntuaran más alto en el rango promedio obtenido (hombres = 41,52; mujeres = 47,21). A pesar de esta tendencia, los datos no fueron suficientes para determinar la existencia de diferencias significativas. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Lau (2022), quien tampoco encontró diferencias significativas en el apoyo social según el sexo en estudiantes universitarios de Lima, aunque las mujeres mostraron un promedio de puntuación ligeramente mayor (hombres = 60,76; mujeres = 62,46), sin alcanzar significancia estadística. Por otro lado, los datos obtenidos difieren de los hallazgos de Peralta (2021), quien encontró diferencias significativas en el nivel de apoyo social según el sexo en pacientes hematooncológicos, siendo las mujeres quienes percibían mayor apoyo social. De manera similar, Garza y González (2018), en su investigación sobre el apoyo social en personas mayores en México, identificaron diferencias significativas en las tres dimensiones de la escala MSPSS (familia, amigos y otros significativos), destacando que las mujeres reportaron mayor apoyo social y una mejor percepción de bienestar. Además, al sumar los valores medios y altos, se observó que las mujeres perciben un mayor apoyo social en la dimensión de amigos, hallazgo que coincide con el estudio de Matud et al. (2002), donde las mujeres informaron una mayor disponibilidad de apoyo social recibido de amigos en comparación con los hombres.

De manera similar, al analizar el rango promedio de las puntuaciones obtenidas, se observó una tendencia a que las mujeres perciban mayor apoyo social en la dimensión de "otros significativos". Este hallazgo coincide con lo reportado por Musitu y Cava (2002), quienes investigaron el rol del apoyo social en adolescentes. En su estudio, se encontró que las mujeres de entre 18 y 20 años reportaron un mayor apoyo social recibido de sus novios y, en menor medida, de otros significativos como profesores o entrenadores (hombres = 46,14; mujeres = 48,43).

En relación con las diferentes etapas de vida, como la adolescencia, adultez temprana, adultez media y adultez tardía, no se encontraron diferencias significativas en los niveles generales de apoyo social. Sin embargo, estos resultados difieren de los hallazgos de Arias et al. (2020), quienes describieron que el tamaño de la red de apoyo varía inversamente con la edad. En esta investigación, se identificaron algunas tendencias relevantes, como el hecho de que en la adultez tardía se percibe un mayor apoyo social de la familia. Esto se evidencia en que ningún adulto mayor reportó un bajo nivel de apoyo familiar, lo cual es significativo, ya que un mayor apoyo social está relacionado con una disminución de la depresión en esta etapa de vida (Acuña, 2019). Resultados similares fueron reportados por Fernández et al. (2020), quienes estudiaron el apoyo social en adultos mayores que asistían a instituciones denominadas "Centro de Vida". Estos adultos mayores destacaron que el apoyo mejor percibido provenía de sus familiares, quienes demostraban interés por ayudarlos, les brindaban oportunidades para conversar sobre sus preocupaciones y los apoyaban en la toma de decisiones. Asimismo, Guzmán et al. (2003) señalaron que las formas más comunes en que los adultos mayores perciben el apoyo son a través de la cohabitación con familiares, siendo particularmente significativos los vínculos con hijos y nietos (Arias et al., 2020). No obstante, se observó que el 71% de los adultos mayores reportaron un bajo nivel de apoyo social en la dimensión de amigos y el 57% en la de "otros significativos". Estos hallazgos coinciden con Fernández (2020), quien encontró que los adultos mayores tendían a no percibir apoyo social de sus amigos. Esto podría explicarse por las características propias de esta etapa de vida, en la que los vínculos construidos a lo largo de los años tienden a reducirse debido a factores como mudanzas al hogar de los hijos, dificultades para mantener el contacto con amigos cercanos o incluso la pérdida de estos debido a problemas de salud y falta de autonomía (Larico, 2023).

En la población adolescente, el apoyo de la familia predomina en el nivel medio (71,4%), mientras que en niveles altos es la dimensión de "otros significativos" la que registra el puntaje más alto (35,7%). Aunque la familia acompaña al adolescente durante el proceso de tratamiento, estos no parecen percibir un apoyo elevado por parte de ellos (14,3%). En contraste, los adolescentes reportan un mayor apoyo por parte de otros significativos, como parejas, profesores, sacerdotes u otras figuras relevantes. Durante la adolescencia tardía, suele darse una reintegración con la familia, en la que los consejos familiares adquieren mayor valor. No obstante, también se observa una creciente exploración y desarrollo de nuevas relaciones amicales y de pareja (Hidalgo, 2014, citado en Condori y Huamani, 2023).

Se encontró que el apoyo social proveniente de la familia se mantiene estable y tiende a aumentar a medida que la persona avanza en edad, alcanzando mayores niveles en la adultez temprana (20,5%) y la adultez media (28,0%). Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Arias et al. (2020), quienes señalan que el apoyo familiar permanece constante a lo largo de las distintas etapas de la vida. Además, Santana et al. (2023) concluyeron que la familia es la principal fuente de apoyo social durante la adultez temprana, desempeñando un papel crucial en el desarrollo del bienestar. Por otro lado, la red de amigos tiende a disminuir con el paso de los años, siendo la juventud, entre los 20 y 30 años, la etapa en la que se dispone de mayor apoyo de amigos. Sin embargo, en esta investigación se observó que el apoyo de amigos alcanza su nivel más alto en la adultez media en comparación con otras etapas de vida. Es importante destacar que los estudios sobre redes y apoyo social en la adultez media son limitados, lo que resalta la necesidad de realizar más investigaciones en este campo.

En cuanto al tiempo de tratamiento, se determinó que no existen diferencias significativas en los niveles de apoyo social percibido en relación con la duración del tratamiento. Esto indica que, a medida que el paciente asiste a terapia, sus niveles de apoyo

social permanecen en porcentajes similares. Sin embargo, al analizar las dimensiones específicas, se observó una tendencia interesante en la dimensión de "amigos", donde el apoyo social percibido tiende a incrementarse con el tiempo, alcanzando su punto más alto en el periodo de 7 a 9 meses. Este incremento podría atribuirse al tratamiento recibido y a los resultados obtenidos progresivamente en cada sesión. Este hallazgo coincide con un estudio de caso realizado por Chuchón (2022), quien concluyó que, mediante la Terapia Cognitivo-Conductual, se logra incrementar la funcionalidad personal y social en aproximadamente 14 sesiones, lo que equivale a un periodo de 7 meses en el contexto del CSMC.

Por otro lado, se observó que, aunque el apoyo social alto de la familia representa un 36,4% en los primeros meses, el bajo apoyo social es el predominante al inicio. Sin embargo, con el paso del tiempo, el apoyo bajo tiende a disminuir y el nivel medio aumenta considerablemente, superando el 60% en esta población. Este cambio podría explicarse por la concientización progresiva de la familia sobre el diagnóstico del paciente. No obstante, los porcentajes de apoyo social alto no muestran un incremento significativo. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Pezo et al. (2004), quienes realizaron un estudio cualitativo en Brasil mediante entrevistas a pacientes con depresión y sus familiares. Los resultados indicaron que las manifestaciones iniciales de la sintomatología depresiva no son percibidas por los familiares, lo que puede demorar semanas, meses o incluso años. En este periodo, los familiares suelen construir una imagen de los pacientes como personas perezosas. Sin embargo, al observar la persistencia de síntomas físicos y psicológicos, los familiares comienzan a mostrar preocupación, lo que frecuentemente los lleva a buscar asistencia médica. De manera similar, en otro estudio cualitativo realizado por Pezo et al. (2004) en Lima, se encontró que la depresión afecta significativamente la funcionalidad y dinámica familiar. Las relaciones dentro de la familia se ven impactadas por los cambios que experimentan los pacientes con depresión. En muchos casos, los familiares exigen al paciente

continuar con sus responsabilidades y no descuidar el cumplimiento de roles, lo que genera una percepción en el paciente de aislamiento y rechazo debido a su disminución en el rendimiento académico, laboral o doméstico. Los relatos de los participantes reflejaron que convivir con la depresión puede ser muy difícil para la familia, llegando incluso a provocar rupturas en los lazos familiares. Estos resultados subrayan la importancia de trabajar directamente con los familiares de los pacientes con depresión, no solo brindándoles soporte emocional, sino también psicoeducándolos sobre los comportamientos asociados con la depresión y el impacto positivo que el apoyo familiar tiene en la recuperación del paciente y la estabilidad de la familia. Asimismo, es fundamental que los profesionales de la salud comprendan cómo los familiares perciben la depresión, ya que este conocimiento les permite abordar de manera más profunda y efectiva las necesidades del paciente y su entorno.

En cuanto al nivel de apoyo social según el tipo de depresión, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos tipos, lo cual contrasta con los hallazgos de Jiménez et al. (2020), quienes observaron que en pacientes adultos mayores sí existen diferencias significativas entre los niveles de apoyo social y el tipo de depresión. De manera similar, Bocanegra (2021), en su investigación sobre la relación entre apoyo social, depresión, ansiedad y estrés en pacientes post-COVID, reportó diferencias significativas, indicando que los pacientes con alto apoyo social presentaban niveles mínimos de depresión. A pesar de no encontrarse diferencias significativas claras en este estudio, se observó que los pacientes con depresión leve percibían un mayor apoyo social en comparación con otros tipos de depresión. Este hallazgo podría atribuirse a la menor severidad de su condición, lo cual coincide con los resultados mencionados previamente. Además, Martínez et al. (2022) encontraron diferencias significativas que asociaban un mayor grado de severidad de la depresión con una baja percepción de apoyo social. Por otro lado, es alarmante destacar que los pacientes con depresión grave fueron quienes percibieron el menor apoyo social por parte

de sus familias, llegando prácticamente a un 0%. Este dato resulta preocupante, ya que la combinación de una depresión grave con un bajo nivel de apoyo familiar incrementa significativamente el riesgo de la vida del paciente. En este sentido, Espandian et al. (2020) refieren que los pacientes con mayor severidad de depresión presentan un riesgo elevado de intento suicida.

En relación con la depresión recurrente, se observó que el apoyo proveniente de la familia registra los puntajes más altos en comparación con las otras dimensiones de apoyo social. En contraste, las dimensiones de "amigos" y "otros significativos" muestran niveles considerablemente bajos. Esto podría explicarse por las características propias de este tipo de depresión, que afecta significativamente el ámbito social, llevando a la persona a desconectarse de los demás. Esta desconexión frecuentemente resulta en la pérdida de amigos y relaciones significativas (APA, 2020). Es fundamental destacar esta información, ya que puede ser clave para diseñar intervenciones en salud mental que contemplen estrategias dirigidas a fortalecer las redes sociales del paciente más allá del núcleo familiar.

De manera similar, se encontró que los pacientes diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad y depresión tienden a percibir menor apoyo social por parte de amigos y otros significativos, aunque reportan un mayor apoyo proveniente de la familia. Esto podría explicarse por la sintomatología asociada con la ansiedad, que lleva a la persona a evitar situaciones sociales, lo cual afecta negativamente sus relaciones interpersonales (Meza, 2023).

Con base en los resultados relacionados con el uso de medicación, se encontró que no existen diferencias significativas en los niveles de apoyo social entre pacientes que toman medicación y aquellos que no la toman. Esto indica que ambos grupos perciben apoyo social en niveles similares. Sin embargo, se destaca que los pacientes que toman medicación tienden a percibir mayor apoyo social en la dimensión de "amigos". Esto podría atribuirse a los

efectos positivos de la medicación, combinados con el tratamiento psicoterapéutico. Rodríguez et al. (2022), en una revisión sistemática y metaanalítica sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, concluyeron que la terapia farmacológica es significativamente eficaz, pero que su combinación con la psicoterapia produce resultados aún más favorables. Es importante señalar que existe una limitada cantidad de estudios que analicen las diferencias entre estos grupos en relación con sus niveles de apoyo social, lo que resalta la necesidad de más investigaciones en este ámbito.

Por otro lado, es importante destacar que, para la obtención de los datos, se utilizó la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS), la cual no cuenta con una adaptación específica para pacientes con depresión, y menos aún para la población de Ayacucho. Por este motivo, se realizaron pruebas para verificar las propiedades psicométricas del instrumento. Los resultados mostraron una adecuada consistencia global, obteniéndose un alfa de Cronbach de .867 para la escala total y los siguientes valores por dimensiones: familia ($\alpha = .832$), amigos ($\alpha = .898$) y personas significativas ($\alpha = .870$), lo que evidencia una confiabilidad adecuada. En cuanto a la validez, se utilizó un análisis correlacional ítem-test, donde todos los ítems obtuvieron puntuaciones superiores a .490. El ítem con menor aporte fue el 11 ("Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones"), aunque su valor superó lo esperado, por lo que se decidió mantenerlo debido a la relevancia de la información que aporta sobre la dimensión "familia". Estos resultados de confiabilidad y validez coinciden con los hallazgos de Lau (2022), quien, en una población de estudiantes universitarios, reportó coeficientes alfa superiores a .862 en todas las dimensiones del MSPSS, demostrando su confiabilidad. En cuanto a la validez, el análisis ítem-test mostró valores entre .591 y .776, lo que confirmó que los ítems medían correctamente la variable de apoyo social. Asimismo, Ortiz (2020) demostró que el MSPSS presenta una alta confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo en población adolescente, confirmando que mide con precisión la

variable de apoyo social. De manera similar, Nicho et al. (2023) encontraron adecuada confiabilidad y validez del MSPSS en una población de universitarios peruanos. Por otro lado, Rivadeneyra (2019), en un estudio con estudiantes de psicología, evidenció un coeficiente omega de .914, lo que respalda la confiabilidad del instrumento. Sin embargo, en cuanto a las evidencias de validez obtenidas mediante el análisis de correlación ítem-test, se reportó que las cargas factoriales de los ítems fueron superiores a .3, excepto en los ítems 10, 11 y 12. En conclusión, se puede afirmar que la Escala MSPSS es una herramienta útil y confiable para medir el apoyo social en diversas poblaciones de estudio. Los resultados psicométricos adecuados obtenidos en distintos contextos respaldan su utilidad como instrumento de evaluación de esta variable.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. La escala MSPSS presentó adecuados valores de confiabilidad, .867; las cargas factoriales de los ítems, en el análisis de correlación ítem-test, fueron superiores a .490 lo cual indica que los ítems miden adecuadamente el apoyo social percibido.
- 6.2. El apoyo social en la dimensión de familia, amigos y otros significativos se percibe por lo general en niveles medios, pero los niveles altos son lo menos percibidos en todas las dimensiones.
- 6.3. No existen diferencias significativas en los niveles de apoyo social percibido en relación al sexo; sin embargo, las mujeres perciben mayor apoyo en nivel medio y alto en la dimensión de amigos y otros significativos, y los hombres de la familia.
- 6.4. No hay diferencias significativas en niveles de apoyo social según la etapa de desarrollo. Sin embargo, se observó que los adultos mayores perciben mayor apoyo de la familia, pero muy bajo de los amigos y otros significativos. Mientras que los adolescentes perciben mayor apoyo de otros significativos (54,18).
- 6.5. No hay diferencias significativas en los niveles de apoyo social según el tipo de depresión, sin embargo, los de depresión leve puntúan mayor apoyo social, sobretodo de amigos (59,50), por su parte, pacientes con depresión grave perciben menos apoyo de la familia. Mientras que pacientes con depresión recurrente o trastorno mixto, perciben menor apoyo de amigos y otros significativos.
- 6.6. No existen diferencias significativas en los niveles de apoyo social en relación al tiempo de tratamiento. Sin embargo, la percepción de apoyo social de amigos va mejorando a medida que avanza el tratamiento, más en el periodo de 7 a 9 meses. Así mismo, el nivel medio de apoyo social de familia tiende a subir considerablemente.
- 6.7. No existe diferencias significativas en los niveles de apoyo social en relación si se toma medicación o no.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se recomienda que futuras investigaciones en Centros de Salud Mental Comunitarios, consideren la inclusión de otros diagnósticos, tales como ansiedad, violencia, adicciones, entre otros.
- 7.2 Se recomienda que futuras investigaciones, realicen muestreos probabilísticos a fin de generalizar los resultados hallados, y ser útiles para diferentes contextos.
- 7.3 Se sugiere al Centro de Salud Mental, hacer partícipe a la familia en la intervención de los pacientes.
- 7.4 Realizar investigaciones que determinen el nivel de apoyo emocional, estructural, afectivo y de interacción social positiva.

VIII. REFERENCIAS

- Abrams, Z. (2023). La ciencia de por qué las amistades nos mantienen saludables. *Monitor de Psicología del Hogar*, 54(4), 42. <https://www.apa.org/monitor/2023/06/cover-story-science-friendship>
- Acoba, E. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*, 15(1330720). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Acuña, J. (2019). *Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de Surco*. [Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7213/Estilos_AcunaSa-maritano_Jocelyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alonso, F., Menéndez, M., y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos Atención Primaria*, 19(2), 118-123. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Alva, A. (2016). *Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/58ec6685-573b-4aa0-a102-27d01b829049/content>

- Alvarado, M. y Bustamante, F. (2018). *Apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con enfermedad oncológica del hospital Case Essalud de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b612a255-89d7-4135-aac6-00ad19b86cd9/content>
- Álvarez, E. (2016). Bases neuroquímicas de la depresión. Un modelo médico de la enfermedad depresiva. *Psiquiatría Biológica*, 23(1), 9-15. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(17\)30048-9](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(17)30048-9)
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8176466>
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *¿Qué es la depresión?*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>
- Arias, C., Sabatini, M., Scolni, M. y Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1–15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901>
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S. y Correa-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 1. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>

- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- Barra, E. y Chavarría, P. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica*, 32(1), 41–46. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100004>
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar-Alaniz, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Bocanegra, J. (2021). *Relación entre apoyo social con depresión, ansiedad y estrés en pacientes post-COVID-19 del Hospital Distrital de Laredo, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87906/Bocanegra_GJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bohorquez-López, C. y Rodríguez-Cárdenas, D. (2014). Percepción de Amistad en Adolescentes: el Papel de las Redes Sociales. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 325-338. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v23n2.37359>
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

- Calderón, C., Ferrando, P., Lorenzo-Seva, U., Gómez-Sánchez, D., Fernández-Montes, A., Palacín-Lois, M., Antoñanzas-Basa, M., Rogado, J., Manzano-Fernández, A., Ferreira, E., Asensio-Martínez, E. y Jiménez-Fonseca, P. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in Cancer Patients: Psychometric Properties and Measurement Invariance. *Psicothema*, 33(1), 131-138. <https://www.psicothema.com/pdf/4657.pdf>
- Canazas, M., Díaz, L. y Cáceres, G. (2019). Resiliencia y apoyo social percibido en estudiantes de 4to y 5to de secundaria del distrito de Ayaviri. *Revista de psicología* 10(1), 23-37. <https://doi.org/10.36901/psicologia.v10i1.748>
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Salud Pública*, 31(4), 425-435. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cczt3tf93gQLMgWr8mYkqnh/?format=pdf&lang=es>
- Chatters, L., Taylor, R., Woodward, A. y Nicklett, E. (2015). Social support from church and family members and depressive symptoms among older African Americans. *The American journal of geriatric psychiatry* 23(6), 559-567. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.04.008>
- Chen, X., Zou, Y. y Gao, H. (2021). Role of neighborhood social support in stress coping and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic: Evidence from Hubei, China. *Health y place*, 69, 102532. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102532>
- Chiyare, S. (2020). *Apoyo social y bienestar psicológico en personas que viven con VIH y participan en una institución benéfica*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN.

https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24984/Chiuyare%20Aquino%20Sadith_total.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Chou, K. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 299–307. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00098-7)

Chuchón, A. (2022). *Caso psicológico: Terapia cognitivo conductual en un caso de depresión recurrente*. [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal] Repositorio Institucional UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6384/UNFV_FP_Chuchon_Sulca_Annie_Segunda_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Clark, P. y Dunbar, S. (2003). Intervención de asociación familiar: Una guía para un abordaje familiar del cuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca. *AACN Advanced Critical Care*, 14(4), 467–476. <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/14/4/467/14093/Family-Partnership-InterventionA-Guide-for-a>

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Concha, A. (2014). *Depresión y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V en programa de hemodiálisis, hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b85b7834-2627-47a3-8112-5e87713ee2c0/content>

- Condori, H. y Huamani, J. (2023). *Perfil sociofamiliar de las adolescentes atendidas en el puesto de salud Heroínas Toledo, Junio 2022*. [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio Institucional UNH. <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e5e6ef3d-0f2b-4cda-8613-a7968f33c231/content>
- Costanza, R., Derlega, V. y Winstead, B. (1988). Formas positivas y negativas de apoyo social: efectos de los temas de conversación en el afrontamiento del estrés entre amigos del mismo sexo. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24 (2), 182–193. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(88\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0022-1031(88)90020-0)
- Coryell, W. (2022). Trastornos depresivos. *En Manual de MSD para profesionales* (Ed.). Facultad de Medicina, Universidad de Iowa. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos?ruleredirectid=758>
- Defensoría del Pueblo. (10 de octubre de 2023). *Salud mental no se prioriza en la agenda nacional*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-salud-mental-no-se-prioriza-en-la-agenda-nacional/>
- Denis, A., Callahan, S. y Bouvard, M. (2015). Evaluación de la versión francesa de la escala multidimensional de apoyo social percibido durante el período posparto. *Matern Child Health* 19(6), 1245–1251. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1630-9>
- Díaz, J. (2018). *Depresión y funcionamiento familiar en jóvenes universitarios*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional UAEM. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/98730/TESIS%20->

[%20%E2%80%9CDEPRESI%C3%93N%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20FAMILIAR%20EN%20J%C3%93VENES%20UNIVERSITARIOS%E2%80%9D%20-%20JAQUELINE%20DIAZ%20ENRIQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Díaz, Y. (2019). *Apoyo social percibido por los pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Lima, periodo 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4242/TRABSUFICIENCIA_DIAZ_YEISLL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257–271. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>

Durán-González, J., García-Rodríguez, A., Hernández-Benítez, C., Leal-Ugarte, E. y Peralta-Leal, V. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(5), 574-579. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745484020.pdf>

Durantes, B. (2016). *Apoyo social, depresión y cáncer*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cantabria]. Repositorio Institucional UC. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8931/Durantes%20Gomez%20B..pdf?sequence=4>

Espandian, A., González, M., Reijas, T., Florez, G., Ferrer, E., Saiz, P., Salgado-Barreira, A., González, A., Brenlla, J. Docasar, L. y Bobes, J. (2020). Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios.

Revista de psiquiatría y Salud Mental 13(1), 11-21.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

Fernández, A., Cáceres, R. 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.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-

[99982020000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982020000100005)

Frey, M. (1989). Social support and health: A theoretical formulation derived from King's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 138-148.

<http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834755016.pdf>

Garza-Sánchez, R. y González-Tovar, J. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Avances en psicología* 4(3), 191-198.

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

Gómez-Gómez, M. y Logoueyte-Gómez, M. (2012). El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en Enfermería*, 30(1), 32-41.

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>

Gonçalves-Estella, F., González-Rodríguez, V. y Vázquez-Castro, J. (2008). *Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*.

<https://depositodeguias.wordpress.com/wp->

[content/uploads/2020/09/guia_depresion_ansiedad_ap.pdf](https://depositodeguias.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/09/guia_depresion_ansiedad_ap.pdf)

Guardamino, B. (29 de mayo de 2024). Alerta por aumento de suicidios en Perú: Cada día se registran cinco tentativas a nivel nacional. *Infobae*.

<https://www.infobae.com/peru/2024/05/28/alerta-por-aumento-de-suicidios-en-peru-cada-dia-se-registran-cinco-tentativas-a-nivel-nacional/>

Guzmán, J., Huenchuman, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/242462526_Red_de_apoyo_social_de_las_personas_mayores_Marco_conceptual

Hernández, C., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° Ed.). McGraw Hill Education.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. y Layton, J. (2010). Relaciones sociales y riesgo de mortalidad: Una revisión metaanalítica. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (9 de octubre de 2021). *Salud mental: No más etiquetas*. <https://sociosensalud.org.pe/news/salud-mental-no-mas-etiquetas>

Instituto Nacional del Cáncer (19 de noviembre de 2023). *Los sentimientos y el cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>

Jiménez, E., Mendoza, Y., Moctezuma, S. y Vélez, G. (2020). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 33(4), 230–233. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400005

Jirón, Z., Perca, A., Meza, S. y Mena, S. (s.f.). El papel de la familia en el proceso de la rehabilitación del paciente. *ET VITA*, 15(1).

<https://revistas.upt.edu.pe/ojs/index.php/etvita/article/view/651>

Juárez, J. (2018). *Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en universitarios de San Juan de Lurigancho, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30398/Juarez_AJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y estrés*, 8(2-3), 173-182.

<https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2002/anyes2002a13.pdf>

Larico, J. (2023). Características sociodemográficas y de relación social asociadas al nivel de depresión en adultos mayores del asilo San José durante el periodo julio-agosto del 2023. [Tesis de Pregrado, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio Institucional UPT. <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3042/Larico-Vilca-Jorge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lau, M. (2022). *Apoyo social percibido y resiliencia en el contexto de pandemia en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6100/TESIS%20LAU%20CRUCES%20MELISA%20STEFANIE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Li, Y., Kabayama, M., Tseng, W. y Kamide, K. (2022). The presence of neighbours in informal supportive interactions is important for mental health in later life. *Archives of*

gerontology and *geriatrics*, 100, 104627.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104627>

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142–150.

<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

Martínez-Esquivel, D., Quesada-Carballo, P., Quesada-Rodríguez, Y., Muñoz-Rojas, D. y Solano-López, A. (2022). Relación depresión y apoyo social percibido en estudiantes de enfermería en el contexto de conductas suicidas. *Cogitare Enfermagem*, 27.

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/84285>

Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.

<https://www.redalyc.org/pdf/582/582222505.pdf>

Meza, C. (2023). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo*. [Trabajo de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14768/Intervencion_MezaLorenzo_Clarisa.pdf?sequence=1

Medellín-Fontes, M., Rivera-Heredia, M., López-Peñaloza, J., Kanán-Cedeño, G. y Rodríguez-Orozco, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.

Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud (12 de enero de 2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

Ministerio de Salud (2023). *Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención.* Recuperado de: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6597.pdf>

Mitjans, M. y Arias, B. (2012). The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide?. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 40(2), 70–83. <https://actapsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/707>

Moncada, D. (17 de mayo de 2023). ¿Es malo ir al psicólogo? 5 tabúes que debemos romper sobre la terapia psicológica. *Glamour*. <https://www.glamour.mx/articulos/es-malo-ir-al-psicologo-mitos-y-verdades-de-la-terapia-psicologica>

Montoya-Vásquez, E., Puerta-Henao, E., Hernández-Holguín, D., Páez-Zapata, E. y Sánchez-Gómez, I. (2016). Disponibilidad y efectividad de relaciones significativas: elementos claves para promover resiliencia en jóvenes. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 22-26. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100006&lng=es&tlng=es

Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista cubana de Salud Pública*. 43(2), 136-138. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>

- Muñoz, K. (2020). *Apoyo social percibido y depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco* [Tesis de pregrado, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Institucional UAC. https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5187/Karla_Tesis_bachiller_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Musitu, G. y Cava, M. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179–192. <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/86512.pdf>
- Neira, K. y Polanski, J. (2023). *Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS): Propiedades psicométricas en adultos de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/116034/Neira_MKJ-Polansky_SJM-SD.pdf;jsessionid=9205CBB46D27642712FA11E3F7CCBFBF?sequence=1
- Nicho-Almonacid, T., Melendrez-Ugarte, D., Palacios-Mizare, M., Arias-Gutiérrez, M. y Olivas-Ugarte, L. (2023). Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 11(3), e1874. <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1874>
- Novoa, C. y Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 33(3), 239–245. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300007>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Ortiz, M. (2013). *La amistad en los egresados de las ciencias sociales de la Universidad Nacional*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/items/684af649-4bfd-4cec-aa16-7c103444ced2>
- Ortiz, M. (2020). *Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*. [Tesis de Postgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de UPCH. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10057/Validacion_OrtizMoran_Mafalda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pacheco, M. y Alfaro, A. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio - Revista de Difusión Cultural y Científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15–28. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&tlng=es
- Paredes, M. (2021). *Apoyo social percibido y resiliencia en personas diagnosticadas con Covid-19 en la ciudad de Tarapoto-San Martín*. [Tesis de pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio Institucional USIL. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fe5ce9b5-f2f9-40db-89b6-e3b008d48ddc/content>
- Peralta, J., Mariño-Rugel, A. y Adriano-Rengifo, C. (2021). Desesperanza y su relación con el apoyo social percibido en pacientes peruanos con neoplasias hematológicas. *Psicooncología*, 18(2), 317–322. <https://doi.org/10.5209/psic.75631>

- Pérez-Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(5), 7-16.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es.
- Pezirkianidis, C., Galanaki, E., Raftopoulou, G., Moraitou, D. y Stalikas, A. (2023). Adult friendship and wellbeing: A systematic review with practical implications. *Frontiers in Psychology*, 14, 1059057. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059057>
- Pezo, M., Costa, M. y Komura, L. (2004). La familia conviviendo con la depresión: De la comprensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería*, 13(47), 1132–1296.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003
- Prada, J. R. (2004). Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal. Estudio teórico-empírico según la teoría del apego. *San Pablo*.
<https://books.google.com.pe/books?id=fLRL8ns4XJgC&pg=PA43&dq=Teoria+del+apego+-+bowlby+capitulo+1&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEWjuOS97PzaAhXkSt8KHdjyD6YQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Teoria%20del%20apego%20-%20bowlby%20capitulo%201&f=false>
- Ramírez, A., Navarro, D. y Gómez, D. (2019). *Relación entre depresión y apoyo social en el adulto mayor del Centro de vida Pidecueta*. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/bc52fbd7-d563-4be8-ae8f-73614e3217a7/content>

- Rodríguez, J., Guevara, A., Celso, P., Mejía, D., Gómez, L. y Calderón, W. (2022). Eficacia comparativa entre antidepresivos y psicoterapia. *Revista del Hospital Psiquiátrico*, 19(2). <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/234/144>
- Rojas, Y. (2022). *Caso clínico de trastorno mixto ansioso-depresivo*. [Trabajo de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6398/T037_45560332_TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rivadeneira de la Torre, E. (2022). Apoyo social percibido, relaciones intrafamiliares y autoeficacia académica en estudiantes de psicología de una universidad pública, Lima 2019. [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6271/UNFV_EUPG_Rivadeneira_Elvira_Maestria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Saavedra-Castillo, J., Robles-Arana, Y., Paz-Schaeffer, V., Huamán-Pineda, J., Luna-Solís, Y., Sagástegui-Soto, A., Teresa-Rivera, M., Pomalima-Rodríguez, R., Padilla, M., Moron, G. y Caceres, S. (2023). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017: Publicado: 4 de enero de 2021. *Anales De Salud Mental*, 36(1 y 2), 1-449. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676569/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ayacucho%2C%20Cajamarca%20y%20Huaraz%202017.pdf.pdf>
- Santana-Aveiga, J., Del Hierro-Santana, J., Cevallos-Santana, A. y Cevallos-Santana, K. (2023). Apoyo social en los trastornos depresivos de adultos jóvenes en edades entre

18–25 años. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales* 8(1), 184–198.

<https://doi.org/10.33936/rehuso.v8i1.5434>

Sánchez, P. A. (2008). *Psicología clínica*. Manual moderno

Tuesca-Molina, R., Fierro-Herrera, N., Molinares-Sosa, A., Oviedo-Martínez, F., Polo-Arjona, Y., Polo-Cueto, J. y Sierra-Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas: Barranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 595–604.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500008&lng=es&tlng=es

Universidad César Vallejo. (19 de mayo de 2023). La importancia de los lazos familiares al momento de afrontar una crisis. *Universidad César Vallejo*.

<https://www.ucv.edu.pe/noticias/la-importancia-de-los-lazos-familiares-al-momento-de-afrontar-una-crisis>

Ustariz, D. (2023). *Influencia de la familia en la salud mental del adolescente*. [Tesis de Postgrado, Universidad El Bosque]. Repositorio Institucional Universidad El Bosque.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/9a08be17-a2fb-42d1-abb7-526e6e4c2ae3/content>

Vargas, H., Tovar, H. y Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 73(3), 84-94.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931005>

- Vásquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417–449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vega-Angarita, O. y González-Escobar, D. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2). <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>
- Villantoy, A. (14 de enero de 2024). “Perú es un país deprimido”: los elevados costos de consultas psicológicas impactan en la salud mental de la población. *Infobae*. <https://www.infobae.com/peru/2024/01/13/peru-es-un-pais-deprimido-los-elevados-costos-de-consultas-psicologicas-impactan-en-la-salud-mental-de-la-poblacion/>
- Vineet, V., Isabel-Aller, C. y Paternain, J. (2008). Increased Grik4 Gene Dosage Causes Imbalanced Circuit Output and Human Disease-Related Behaviors. *Cell Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.05.086>
- Zeballos, C. (2021). *Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4721/ZEBALLOS%20VASQUEZ%20CAROLINA%20VICTORIA%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). La escala multidimensional del apoyo social percibido. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

IX. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente cuestionario es parte de una investigación titulada “Apoyo social percibido en pacientes con depresión de un Centro de Salud Mental Comunitario en Ayacucho - 2024” cuyo objetivo principal es conocer cuáles son los niveles de apoyo social que perciben los pacientes a fin de identificar los niveles y a partir de ello optimizar las intervenciones terapéuticas como también la posibilidad de implementar programa de talleres. Toda información recopilada servirá únicamente con fines académicos, además, se mantendrá los datos de manera confidencial, es decir, no se publicarán los resultados de manera específica sino en forma general.

Con su participación usted puede ayudar al CSMC a obtener información relevante para la mejora de las intervenciones.

Acepta participar del estudio:

Sí () No ()

Firma

Anexo B
FICHA DE DATOS

Nombre y apellido: _____

Edad: _____

Sexo

Hombre () Mujer ()

Tiempo de tratamiento

0 – 3 meses () 4 – 6 meses () 7 a 9 meses () 10 a más meses ()

Recibe medicación

Sí () No ()

Tipo de depresión

Leve ()

Moderada ()

Grave ()

Mixta ()

Recurrente ()

Anexo C

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Autor: Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988)

Adaptación peruana: Juárez (2018)

Edad: _____ Sexo: _____

Lea cada uno de los siguientes enunciados y responda según las siguientes alternativas de respuestas:

- 1: Nunca
- 2: Casi Nunca
- 3: A veces
- 4: Casi Siempre
- 5: Siempre

1	Hay una persona especial que está cerca de mí en este proceso	1	2	3	4	5
2	Existe una persona especial con la que yo puedo compartir lo que me está sucediendo	1	2	3	4	5
3	Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5
4	Obtengo de mi familia el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5
5	Existe una persona especial que realmente me hace sentir bien	1	2	3	4	5
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5
7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5
8	Puedo hablar de mi situación con mi familia	1	2	3	4	5
9	Tengo amigos con los que puedo compartir mi situación	1	2	3	4	5
10	Existe una persona especial en mi vida que muestra preocupación por mí	1	2	3	4	5
11	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5
12	Puedo hablar de mi situación con mis amigos	1	2	3	4	5

Anexo D

Aprobación de permiso para el uso del MSPSS

USE OF THE MSPSS Recibidos x 🔍 🖨 📧

 **elifas tacuri ventura** lun, 7 oct 2024, 3:06 p.m. ★
Good day Doctor Zimet. My name is Elifas, I have a bachelor's degree in Psychology in Peru from UNF...

 **Zimet, Gregory D** <gzimet@iu.edu> 📧 mié, 9 oct 2024, 10:37 a.m. ★ 😊 ↩ ⋮
para mí ▾

 [Traducir al español](#) ✕

Dear Elifas,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale.

Also attached is a Spanish language translation, which may be helpful to you.

I hope your research goes well.

Best regards,
Gregory Zimet
