

# El apoyo social en el adulto mayor y su relación con el perfil clínico y sociodemográfico: El caso de Cartagena (Colombia)

Manrique-Anaya, Yolima  
*Universidad de Cartagena, Colombia*

✉ [yomana@alumni.uv.es](mailto:yomana@alumni.uv.es)

 [0000-0002-3986-7870](https://orcid.org/0000-0002-3986-7870)

Pérez Cosín, José Vicente  
*Universidad de Valencia, España*

✉ [jose.v.perez@uv.es](mailto:jose.v.perez@uv.es)

 [0000-0003-3526-1860](https://orcid.org/0000-0003-3526-1860)

Sigalat Signes, Enrique  
*Universidad de Valencia, España*

✉ [sigalat@uv.es](mailto:sigalat@uv.es)

 [0000-0001-8146-0532](https://orcid.org/0000-0001-8146-0532)

Documento recibido: 29 septiembre 2024

Aprobado para publicación: 01 marzo 2025

---

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el apoyo social y su correlación con factores clínicos - sociodemográficos de los adultos mayores que asisten a los centros de bienestar en Cartagena-Colombia. **Métodos:** Estudio analítico cuantitativo. La muestra 417 adultos mayores asistentes a centros de bienestar, muestreo aleatorio simple, se aplicó estadística descriptiva porcentajes y frecuencias y correlación con Chi cuadrado. Se mantuvo el componente ético resolución 8430 en Colombia y los principios de Helsinki y Núremberg. **Resultados:** Predominó el sexo femenino 61,72% (258), en edad de 73 años, viudas 30,86%, hipertensas 94,26% (394), los

recursos económicos el 50.96% (213) son subsidiado, el 38.76%(162) de ayuda familiar y solo el 3.59%(15) son pensionados, nivel educativo primaria 54,78% (229), la correlación mostró que el apoyo social se correlaciona de manera significativa con edad  $P < 0,036$ , recursos económicos  $P < 0,045$  y actividad productiva  $P < 0,004$ . Conclusión: La disminución de la movilidad y el recurso económico en la persona mayor, modifica su rol en la sociedad. Al incorporar a la familia y las redes de apoyo en los programas de envejecimiento, podrían potencializar el bienestar personal y social.

Palabras clave: participación social, adulto mayor; envejecimiento activo; apoyo social, Colombia

---

## Abstract

Objective: To determine social support and its correlation with clinical-sociodemographic factors of older adults who attend wellness centers in Cartagena-Colombia. Methods: Quantitative analytical study. The sample consisted of 417 older adults attending wellness centers, simple random sampling, descriptive statistics were applied, percentages and frequencies and correlation with Chi square. The ethical component of resolution 8430 in Colombia and the principles of Helsinki and Nuremberg were maintained. Results: Females predominated 61.72% (258), aged 73 years, widows 30.86%, hypertensive 94.26% (394), economic resources 50.96% (213) are subsidized, 38.76% (162) from family help and only 3.59% (15) are pensioners, primary education level 54.78% (229), the correlation showed that social support correlates significantly with age  $P < 0.036$ , economic resources  $P < 0.045$  and productive activity  $P < 0.004$ . Conclusion: The decrease in mobility and economic resources in the elderly, modifies their role in society. By incorporating the family and support networks in aging programs, they could enhance personal and social well-being.

Keywords: social participation, older adults; active aging; social support, Colombia

---

## Resumo

Objetivo: Determinar o apoio social e sua correlação com fatores clínico-sociodemográficos de idosos frequentadores de centros de bem-estar em Cartagena, Colômbia. Métodos: Estudo quantitativo analítico. A amostra foi composta por 417 idosos frequentadores de centros de bem-estar. Amostragem aleatória simples. Estatística descritiva, percentuais e frequências foram aplicados, e correlação com qui-quadrado foi utilizada. O componente ético da Resolução 8430 da Colômbia e os princípios de Helsinque e Nuremberg foram mantidos. Resultados: Predominaram o sexo feminino 61,72% (258), idade 73 anos, viúvas 30,86%, hipertensos 94,26% (394), recursos econômicos 50,96% (213) são subsidiados, 38,76% (162) são provenientes de ajuda familiar e apenas 3,59% (15) são pensionistas, nível de escolaridade fundamental 54,78% (229), a correlação mostrou que o apoio social correlaciona-se significativamente com a idade  $P < 0,036$ , recursos econômicos  $P < 0,045$  e atividade produtiva  $P < 0,004$ . Conclusão: A diminuição da mobilidade e dos recursos econômicos em idosos,

modifica seu papel na sociedade. Ao incorporar a família e as redes de apoio em programas de envelhecimento, eles poderiam aumentar o bem-estar pessoal e social..

Palabras-clave: Participação social, idosos; envelhecimento ativo; apoio social, Colombia

---

## Introducción

Es una realidad que las sociedades están envejeciendo a un ritmo rápido y, aparentemente, imparable, fruto del aumento de la esperanza de vida, por un lado, y del descenso en nacimientos. A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030. % (Huenchuan, S., 2018).

América Latina y el Caribe se encuentra además en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. En valores absolutos, la población de 60 años y más, compuesta en la actualidad por unos 76 millones de personas, tendrá un período de amplio incremento que la llevará a alcanzar las cifras de 147 millones de personas en 2037 y 264 millones en 2075. Si bien la región en su conjunto está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países algunos de los cuales corresponden a los más pobres el proceso es incipiente y moderado, y los mayores cambios ocurrirán entre 2015 a 2030 (Huenchuan, S., 2018).

En el envejecimiento un aspecto fundamental para que este se viva de manera satisfactoria es a través del apoyo social (Arias 2018). Este hace referencia a la percepción a partir de su interrelación en redes, de sentir que es amado y cuidado, valorado y estimado (García, 2013). En la etapa adulta mayor las redes de apoyo social son uno de los aspectos más relevantes que afectan el estado de salud. Se ha demostrado que la falta de apoyo, sobre todo por parte de la familia, incrementa el riesgo en la aparición de enfermedades y que las escasas redes de apoyo social acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos (Cunurana, 2009).

El constructo Apoyo Social, aparece asociado significativamente al proceso salud enfermedad. El déficit de este constructo se relaciona a mayor riesgo de enfermedad y el individuo puede quedar expuesto a mayor estrés, pudiendo producir algunos efectos fisiológicos de modo directo o a través de procesos psicológicos o conductuales. Por lo tanto, es un factor determinante en la salud de los individuos, teniendo un efecto protector directo sobre la salud física, mental y en el bienestar que eso conlleva, limitando inmediatamente procesos patológicos como las enfermedades (Ortega 2022)

En Colombia, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representaron el 86,6% del total de años vividos con discapacidad en 2015. Las enfermedades no transmisibles son el impulsor predominante de la discapacidad en todos los grupos de edad, con tasas mayores entre personas mayores de 70 años. El impacto de la enfermedad cardiovascular (ECV) es mayor en el grupo de edad de 70 años y

más, con patrones similares tanto para mujeres como para hombres, lo que termina generando la asistencia de un cuidador que puede ser parte o no de la familia (Abellán & Pérez, 2018).

Por lo anterior el apoyo familiar y las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Se estructuran y toman sentido los roles sociales. Contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores (Fusté 2018).

¿Por lo anterior se generó la pregunta si entre el apoyo social en el adulto mayor hay relación con el perfil clínico y sociodemográfico en Cartagena- Colombia?

## Método

El estudio fue de corte transversal y analítico de correlación, población 2033 adultos mayores que asisten a los centros de vida, de estos se calculó una muestra de 417 adultos que asisten a centro de bienestar.

La recolección de la información fue obtenida por muestreo aleatorio simple, los investigadores solicitaban a cada director de centro de bienestar el listado de los adultos que asisten, de estos se tomaron los números impares y que cumplieran los criterios de inclusión hasta completar la muestra.

### Criterios de inclusión

- Adulto mayor que hace más de un año asiste al centro de vida y tiene hipertensión.
- Adulto mayor que de forma voluntaria acepte y firme el consentimiento informado

### Criterios de exclusión

- Adulto mayor con alteración cognitiva que no le permitan responder la encuesta asistida

## Instrumento

El instrumento apoyo social MOS cuenta con un total de 20 ítems, que evalúa apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). La distribución de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20) (Londoño et al, 2018). La escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.941

Valoración del test: Se utiliza la suma del valor correspondiente a: Índice global de apoyo social: Todas las respuestas. Apoyo emocional: Respuestas número: (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19). Ayuda material: Respuestas a las preguntas: (2, 5, 12 y 15). Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las

preguntas: (7, 11, 14 y 18). Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas (6, 10 y 20). Para la interpretación y calificación se debe hacer una sumatoria de los 19 ítems, obteniendo la sumatoria como puntaje global y por dimensiones, estableciéndose bajo apoyo social un puntaje menor a 57 puntos (Tiga-Loza 2024)

En el análisis bivariado la comparación entre las categorías de la escala apoyo social con las variables sociodemográficas y antecedentes clínicos, cuando la variable es cualitativa se realizaron las comparaciones con las pruebas Chi cuadrado de Pearson cuando las frecuencias absolutas están mayores a 5 y exacta de Fisher cuando las frecuencias absolutas se mostraron por debajo de 5; en la comparación de apoyo social (2 niveles: sin apoyo y con apoyo) se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

La correlación de las variables se llevó a cabo con uso del estadístico de correlación de Pearson, se realizó evaluación de la distribución normal en las variables incluidas en la correlación con la prueba Shapiro-Francia, con valores  $p > 0.05$ . Los análisis fueron realizados en el software estadístico Stata v17 (Stata Corporation, College Station, USA).

## Resultados

### Características Sociodemográficas

Dentro de las características sociodemográficas se identifica que en un mayor porcentaje son de sexo femenino, con el 61.72% (258), con una mediana de edad de 73(RI:68; 80) años, respecto del estado civil el 30.86% (129) son viudos, el 26.08% (109) seguido por solteros, el 23.21% (97) casados, el 10.77% (45) en unión libre, y el 9.09% (38) son divorciados. Los recursos económicos el 50.96% (213) son subsidiado, el 38.76% (162) de ayuda familiar, el 6.07% (28) en el trabajo y solo el 3.59% (15) son pensionados, tabla 1.

Las localidades participantes en los agrupados en la 1 representan el 27.03% (113), en la 2 con el 36.36% (152) y en la 3 con el 36.60% (153). Por centros de vida se aprecian porcentajes de 2.87% a 6.46%. (tabla 1)

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores que asisten a los centros de bienestar**

Variable	%(n) (418)
<b>Sexo</b>	
Mujer	61.72(258)
Hombre	38.29(160)
<b>Edad. Mediana (RI)</b>	73(68; 80)
<b>Estado civil</b>	
Casado(a)	23.21(97)
Divorciado (a)	9.09(38)
Viudo (a)	30.86(129)
Unión Libre (a)	10.77(45)
Sotero (a)	26.08(109)
<b>Recursos económicos</b>	
Trabajo	6.07(28)
Pensión	3.59(15)
Subsidio	50.96(213)
Ayuda familiar	38.76(162)
<b>Nivel educativo</b>	
Ninguno	15.07(63)
Primaria	54.78(229)
Secundaria	26.32(110)
Superior	3.83(16)
<b>Localidad</b>	
1	27.03(113)
2	36.36(152)
3	36.60(153)
<b>Centro de vida</b>	
Nuevo Bosque	4.55(19)
Calamares	4.31(18)
Piedra De Bolívar	5.26(22)
San Francisco	4.55(19)
San Isidro	5.50(23)
Zapatero	2.87(12)
Chiquinquirá	5.02(21)
Candelaria	5.74(24)

Fuente: datos recolectados por los investigadores

Respecto de los antecedentes personales se aprecia que el 94.26% (394) con HTA (Hipertensión), el 4.78% (20) con DM (Diabetes Mellitus). Utilizan implementos auditivos el 7.18% (30), visuales el 36.36% (152), toman medicamentos el 89.47% (374). Con actividad productiva el 47.37% (198), refieren

realizar actividad física el 72.97% (305), realizan caminatas el 62.54% (192), actividades de la vida diaria el 29.64% (91), realizan ejercicios el 3.26% (10) y con menores porcentajes aeróbicos con el 1.30% (4), estiramientos el 1.30% (4) (tabla 2).

**Tabla 2. Antecedentes clínicos y Actividad Física de los Participantes**

Variable	%(n) (418)
HTA	94.26(394)
HTA-DM	4.78(20)
Problemas Auditivos	7.18(30)
Problemas Visuales	36.36(152)
Medicamentos	89.47(374)
Actividad Productiva	47.37(198)
Actividad física	72.97(305)
Caminatas	62,54(192)
Actividades de la Vida Diaria	29,64(91)
Ejercicios	3,26(10)
Aeróbicos	1,30(4)
Estiramientos	1,30(4)
Bicicleta	0,65(2)
Baile	0,33(1)
Gimnasio	0,33(1)
Terapia física	0,33(1)
Trotar	0,33(1)

Fuente: datos recolectados por los investigadores

Al comparar el apoyo social con el perfil sociodemográfico y clínico, se encontró que las variables con correlación positiva son la edad  $P < 0.036$  considerando que ha mayor edad se hace necesario mantener el apoyo y los recursos económicos  $p < 0.045$  donde prima que las personas mayores reciben apoyo económico del gobierno y de sus familias (Tabla 3).

**Tabla 3. Comparación apoyo MOS de los adultos mayores hipertensos con características sociodemográficas y clínicas que asisten a un centro de bienestar**

Variable	Sin Apoyo	Con Apoyo	p-value
		(39)	(379)
Edad, median (IQR)	71,0 (67,0, 76,0)	74,0 (68,0, 80,0)	0.036*
Sexo			0.47**
Mujer	22 (56,4%)	236 (62,3%)	
Hombre	17 (43,6%)	143 (37,7%)	
Estado civil			0.099***
Casado(a)	4 (10,3%)	93 (24,5%)	
Divorciado (a)	3 (7,7%)	35 (9,2%)	
Viudo (a)	15 (38,5%)	114 (30,1%)	
Unión Libre (a)	2 (5,1%)	43 (11,3%)	
Sotero (a)	15 (38,5%)	94 (24,8%)	
Recursos económicos			0.045***
Trabajo	3 (7,7%)	25 (6,6%)	
Pensión	3 (7,7%)	12 (3,2%)	
Subsidio	12 (30,8%)	201 (53,0%)	
Ayuda familiar	21 (53,8%)	141 (37,2%)	
Nivel educativo			0.95***
Ninguno	6 (15,4%)	57 (15,0%)	
Primaria	20 (51,3%)	209 (55,1%)	
Secundaria	11 (28,2%)	99 (26,1%)	
Superior	2 (5,1%)	14 (3,7%)	

Fuente: elaboración según datos de las encuestas.

## Discusión

La investigación realizada con adultos mayores que asisten a centros de vida (no institucionalizados) responde a la necesidad de conocer si hay o no relación entre el apoyo social y el perfil sociodemográfico – clínico. En ese orden de ideas los resultados revelan una significancia estadística entre el apoyo familiar, los recursos económicos y la actividad física. La familia es un apoyo fundamental para los adultos mayores participantes, con un impacto significativo en su vida cotidiana. Además, puede ser una fuente crucial de apoyo emocional, brindando ánimo y motivación en actividades ocupacionales que contribuyen a mejorar su autonomía y bienestar (Aveli 2022)

Dentro de los hallazgos, el apoyo social ha venido mostrando fuerza en la dinámica de los adultos mayores, el estar en centros o instituciones donde logran interactuar con el otro, ha demostrado que genera impacto positivo para mantener su funcionalidad como lo documentó (Marenco 2024), los adultos mayores con promedio de edad de 73 años, se observó que las puntuaciones más altas estuvo en contar con redes sociales que se asociaron con una mayor proporción de tiempo que los participantes vivieron "sanos y capaces", es decir, años de vida totales vividos sin discapacidades.

Así mismo Wickramasinghe (2022) reportó que las puntuaciones medias de los componentes físico y de relaciones sociales que fomentan la calidad de vida eran más altas entre los adultos mayores no institucionalizados que entre los institucionalizados.

## Conclusión

Los resultados de esta investigación proporcionan evidencia del impacto positivo que tiene fomentar el apoyo social para mantener el envejecimiento activo que impacta la vida de las personas mayores que asisten a residencias.

Por otro lado, si la familia mantiene un rol activo en las actividades del adulto mayor, además de acompañarlo en el seguimiento médico, se podría mejorar el bienestar psicológico y, en consecuencia, aumentar el porcentaje en el ítem de calidad de vida como respuesta al envejecimiento activo y desafío del año decenal según la organización panamericana de la salud. 

## Referencias

- Abellán, A., & Pérez, J. 2018. Implicaciones sociales del envejecimiento demográfico. *Tiempo de Paz*, 130, 23–31. <https://tinyurl.com/3ddvz3ud> .
- Álvarez, E. y Alud, A 2018. La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social del adulto mayor. *Revista Inclusión y Desarrollo*, 5(1), 23-36.).
- Arias, C. J., & Pantusa, J. 2018. Vínculos que brindan apoyo social a las personas mayores de edad avanzada. In X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/246>
- Avellí J, Boada A. 2022. Contel C, et al. Model del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'atenció primària i comunitària (APiC). <https://salutweb.gencat.cat/apic> .
- Cunurana, R. 2009. Redes de apoyo social percibido por el adulto mayor del Centro de Salud San Francisco del distrito Gregorio Albarracín Tacna. (Tesis de pregrado). Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
- Fusté Bruzain M.; Pérez Inerárit M.; Paz Enrique L.E. 2018. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población* 14(27): 1-12. Disponible en: Disponible en: <https://tinyurl.com/3b4u9eaa>
- Garc, F. 2013. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia E Innovación En Salud*, 1(1). <https://doi.org/10.17081/innosa.1.1.87>
- Huenchuan, S. 2018. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf) .
- Londoño, N.; Rogers, H.; Castilla, J.; Posada, S.; Ochoa, N.; Jaramillo, M. & Aguirre-Acevedo, D. 2018. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International journal of psychological research*, 5(1), 142-150.
- Lucumí, D.; Gutiérrez, A.; Moreno, J.; Gómez, L.; Lagos, N.; Rosero, M. & Betancourt, C. 2008. Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas en Pasto, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 343-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210215> .
- Marengo Escuderos, A. D. 2024. Modelo de análisis de la relación funcional entre apoyo

- social y estructura de redes personales con los procesos de potenciación comunitaria de actores en el conflicto armado colombiano. <http://hdl.handle.net/10584/13066>
- Minsalud. 2015. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. Bogotá: Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). <https://tinyurl.com/af7b38a5> .
- Muñoz F.; Manuel J. y Almendro E. 2008. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Aten Prim (Madrid), 40(6): 305–9. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13123684>
- Ortiz García, A.O. y González Rodríguez, R. 2018 Caracterización epidemiológica del envejecimiento poblacional en un área de salud. Rev Panorama y Salud; 13:416-420.
- Ortega Rabí, Y.; Díaz Pita, G.; Pérez Martín, M. M.; Vilaú Díaz, J. L. & Azcuy Pérez, Marcia. (2022). Evaluación del apoyo social en el adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas <https://tinyurl.com/yfwywmisc> .
- Tiga-Loza D. C.; Arboleda de Perez L. B.; Ramirez-Cruz M. A. y Cordero Rocio de Diego (2024). Factores relacionados con las alteraciones de la salud mental en estudiantes de enfermería: un estudio multicentrico. Revista Cuidarte. 2024;15(2):e3296. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3296>
- Wickramasinghe A.; Gamage M.; Torabi M.R.; Perera B. 2022 Impact of perceived social support and physical fitness on quality of life of institutionalized and non-institutionalized older adults in Sri Lanka. Dialogues in Health. Dec;1:

## Sobre los autores

Yolima Manrique-Anaya: Enfermera docente Universidad de Cartagena. Investigador grupo cuidado y vida línea calidad de vida adulto mayor, Investigador junior por el Ministerio de ciencia tecnología e innovación Colombia. Estudiante doctorado en Desarrollo Local y Cooperación Internacional Universidad de Valencia-España, especialista en cuidado crítico, magister en enfermería, Universidad de Cartagena. José Vicente Pérez Cosín: Director del Máster Interuniversitario en Gestión y Promoción del Desarrollo Local y director del Máster Universitario en Bienestar Social: Intervención Familiar. Director del Instituto Interuniversitario Desarrollo Local de la Universitat de València -IIDL-UV. Sus líneas de investigación prioritarias son las Políticas Públicas y evaluación de los procesos de intervención social en el ámbito del envejecimiento, la familia, la infancia y la juventud. Investigador senior acreditado por la Comisión Nacional de Evaluación de Actividad Investigadora del Ministerio de Ciencia y Tecnología del Gobierno de España. Enrique Sigalat Signes: doctor y licenciado en Sociología. Profesor del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia (UV). Investigador del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local de la UV (IIDL), líneas de investigación: metodologías participativas, los métodos mixtos de investigación social, el desarrollo local, la participación ciudadana, el análisis territorial y la innovación social aplicada a iniciativas territoriales, en grupos (GRIDET-UV), (DEMOVAL) y Coordinador del área social del Observatorio Territorial de Gandia-La Safor de la Cátedra de Pensamiento Territorial Joan Noguera.

## URL estable documento/stable URL

OJS: <https://gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/361>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15322082>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

### Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

[ewp@gigapp.org](mailto:ewp@gigapp.org)