

**FACTORES BIOPSICOSOCIALES ASOCIADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO CERAGEM AMÉRICA, PAUTE**
**BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE
SYMPTOMATOLOGY IN OLDER ADULTS FROM THE CERAGEM AMÉRICA CENTER,
PAUTE**

Autores: ¹Luis Enrique Ávila Granda y ²David Javier Castillo Salán.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-9657-1624>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-2320-4785>

¹E-mail de contacto: enrique.avila@jatunyw.edu.ec

²E-mail de contacto: casdav@hotmail.com

Afiliación: ^{1*2*}Instituto superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador).

Artículo recibido: 26 de Agosto del 2026.

Artículo revisado: 30 de Agosto del 2026.

Artículo aprobado: 30 de Agosto del 2026.

¹Licenciado en Ciencias de la Educación, Profesor de Enseñanza Media en la Especialización de Psicología Educativa y Orientación, graduado de la Universidad Nacional de Chimborazo, (Ecuador). Abogado, graduado de la Universidad Nacional de Loja, (Ecuador). Magister en Docencia Universitaria y Administración Educativa, graduado de la Universidad Tecnológica Indoamérica, (Ecuador). Magister en Educación, graduado de la Universidad de Cienfuegos, (Cuba). Doctor en Ciencias de la Educación, mención Investigación y Planificación Educativa, graduado de la Universidad Técnica Particular de Loja. Doctor en Ciencias de la Educación, mención Investigación y Planificación, graduado de la Universidad Técnica Particular de Loja, (Ecuador).

²Técnico Superior en Enfermería, graduado del Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador).

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre factores biopsicosociales y la clasificación de la sintomatología depresiva en adultos mayores del Centro Ceragem América, cantón Paute, durante Enero – Agosto 2026. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico, con una población censal de 51 adultos mayores de 65 años o más que cumplían los criterios de elegibilidad. Se aplicó un formulario sociodemográfico, un cuestionario de factores biopsicosociales elaborado para el estudio, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15) y la prueba del dibujo del reloj. Se calcularon frecuencias, porcentajes, razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza del 95 %, prueba de chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher. La GDS-15 clasificó a 26 adultos mayores (51,0 %) con sintomatología depresiva leve y a 25 (49,0 %) con sintomatología depresiva de mayor intensidad. En la prueba del dibujo del reloj, 50 adultos mayores (98,0 %) presentaron resultados compatibles con funcionamiento cognitivo conservado y uno (2,0 %) presentó posible alteración cognitiva. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la clasificación leve y residencia rural (RP

= 3,45; IC del 95 %: 1,54–7,71), ausencia de ocupación (RP = 2,71; IC del 95 %: 1,22–6,01), no trabajar (RP = 3,19; IC del 95 %: 1,43–7,11), sueño inadecuado (RP = 2,74; IC del 95 %: 1,32–5,66), presencia de enfermedad (RP = 3,19; IC del 95 %: 1,43–7,11) y fallecimiento de un familiar o persona cercana (RP = 2,94; IC del 95 %: 1,32–6,54). Estas asociaciones fueron bivariadas y no permiten establecer causalidad, temporalidad ni efectos independientes. valoración biopsicosocial y el seguimiento de enfermería de los adultos mayores.

Palabras clave: Adulto mayor, Depresión, Factores biopsicosociales, Salud mental, Tamizaje.

Abstract

The objective of this study was to determine the association between biopsychosocial factors and the classification of depressive symptomatology among older adults at the Ceragem América Center in Paute Canton between January and August 2026. A quantitative, observational, cross-sectional, and analytical study was conducted, involving a census population of 51 older adults aged 65 or older who met the eligibility criteria. Data collection instruments included a sociodemographic form, a biopsychosocial

factors questionnaire developed for the study, the 15-item Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the Clock Drawing Test. Statistical analysis included the calculation of frequencies, percentages, and prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals, as well as Pearson's chi-square test and Fisher's exact test. The GDS-15 classified 26 older adults (51.0%) as having mild depressive symptomatology and 25 (49.0%) as having depressive symptomatology of greater severity. On the Clock Drawing Test, 50 older adults (98.0%) showed results consistent with preserved cognitive function, while one (2.0%) showed signs of possible cognitive impairment. Statistically significant associations were observed between the mild classification and rural residence (PR = 3.45; 95% CI: 1.54–7.71), lack of occupation (PR = 2.71; 95% CI: 1.22–6.01), not working (PR = 3.19; 95% CI: 1.43–7.11), inadequate sleep (PR = 2.74; 95% CI: 1.32–5.66), presence of illness (PR = 3.19; 95% CI: 1.43–7.11), and the death of a family member or close person (PR = 2.94; 95% CI: 1.32–6.54). These associations were bivariate and do not allow for the establishment of causality, temporality, or independent effects. biopsychosocial assessment and nursing follow-up of older adults.

Keywords: Adult older, Depression, Biopsicosocial factors, Mental health, Tamizaje.

Sumário

O objetivo deste estudo foi determinar a associação entre fatores biopsicossociais e a classificação da sintomatologia depressiva em idosos do Centro Ceragem América, cantão de Paute, no período de janeiro a agosto de 2026. Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico, com uma população censitária de 51 idosos com 65 anos ou mais que atendiam aos critérios de elegibilidade. Foram aplicados um formulário sociodemográfico, um questionário sobre fatores biopsicossociais elaborado para o estudo, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage de 15 itens (GDS-15) e o teste do desenho do relógio. Calcularam-se frequências,

porcentagens, razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95%, o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. A GDS-15 classificou 26 idosos (51,0%) com sintomatologia depressiva leve e 25 (49,0%) com sintomatologia depressiva de maior intensidade. No teste do desenho do relógio, 50 idosos (98,0%) apresentaram resultados compatíveis com funcionamento cognitivo preservado, e um (2,0%) apresentou possível alteração cognitiva. Observaram-se associações estatisticamente significativas entre a classificação leve e residência rural (RP = 3,45; IC de 95%: 1,54–7,71), ausência de ocupação (RP = 2,71; IC de 95%: 1,22–6,01), não trabalhar (RP = 3,19; IC de 95%: 1,43–7,11), sono inadequado (RP = 2,74; IC de 95%: 1,32–5,66), presença de doença (RP = 3,19; IC de 95%: 1,43–7,11) e falecimento de um familiar ou pessoa próxima (RP = 2,94; IC de 95%: 1,32–6,54). Essas associações foram bivariadas e não permitem estabelecer causalidade, temporalidade nem efeitos independentes. Avaliação biopsicossocial e acompanhamento de enfermagem de idosos.

Palavras-chave: Adulto prefeito, Depressão, Fatores biopsicossociais, Saúde mental, Tamizaje.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye una de las transformaciones demográficas más profundas de nuestro tiempo, planteando desafíos complejos a los sistemas de salud pública y exigiendo respuestas holísticas que reconozcan las dimensiones física, psicológica y social de la vejez. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, la salud mental en esta etapa no se configura de forma aislada, sino como la convergencia dinámica de la salud física, las transiciones económicas y ocupacionales, el tejido de apoyo social y la vivencia ante las pérdidas (World Health Organization [WHO], 2026). Bajo este marco, el abordaje de la sintomatología depresiva geriátrica exige trascender el modelo biomédico tradicional para adoptar un enfoque

biopsicosocial integrador. La literatura internacional corrobora que los factores biológicos, el entorno social y la esfera afectiva interactúan continuamente en la determinación del bienestar del adulto mayor, aunque la dirección y magnitud de tales relaciones varían según la particularidad sociocultural y territorial de cada población (Maier et al., 2021; Murniati et al., 2022; Wu et al., 2022).

En la práctica clínica y comunitaria, la identificación oportuna del distrés psicoemocional se apoya de forma decisiva en herramientas de tamizaje rápido. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión abreviada de 15 ítems (GDS-15), destaca por su validez psicométrica y aplicabilidad en el nivel primario de atención (Yesavage et al., 1982), habiendo demostrado en el contexto ecuatoriano una adecuada consistencia interna para detectar sospecha de sintomatología afectiva (Erazo et al., 2020).

No obstante, resulta imprescindible enfatizar el rigor metodológico: el tamizaje afirmativo en escalas de auto-reporte constituye un indicador epidemiológico de riesgo y no un diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor, el cual demanda una valoración psiquiátrica o psicológica exhaustiva. Entre los determinantes físicos e interindividuales con mayor resonancia en la salud mental de la vejez se encuentran las afecciones crónicas y la calidad del descanso. Investigaciones longitudinales confirman que las limitaciones corporales y los trastornos continuos del sueño predisponen a la aparición subsecuente de cuadros depresivos en personas mayores (Maier et al., 2021; Ricciardiello et al., 2024). Asimismo, en el plano macro-social, los determinantes estructurales, como las condiciones económicas, la vivienda, el entorno comunitario y las redes de apoyo, actúan de manera bidireccional modulando el afecto y la

resiliencia en la comunidad (Kirkbride et al., 2024); (Reiner y Steinhoff, 2024).

A esta trama se suma la situación ocupacional y laboral; mantenerse activo o afrontar el cese del trabajo genera repercusiones en la rutina diaria y la identidad del adulto mayor, influyendo de forma diversa en la manifestación de síntomas depresivos (Shih et al., 2024). De igual modo, las experiencias de pérdida y el duelo por el fallecimiento de personas significativas representan acontecimientos vitales de alta vulnerabilidad emocional (Maier et al., 2021). Es vital recordar que el proceso normal de duelo y la depresión no son fenómenos equivalentes; la interpretación clínica rigurosa exige ponderar la severidad, duración y el grado de interferencia funcional de las manifestaciones afectivas.

En el Ecuador, el estudio de la salud mental geriátrica ha cobrado un dinamismo creciente. Investigaciones locales en centros de día y análisis basados en la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) han documentado la estrecha asociación entre la sintomatología depresiva y múltiples factores sociodemográficos, comorbilidades físicas, perturbaciones del sueño, nivel de actividad y capacidades cognitivas (Adana et al., 2024); (Estupiñán et al., 2025); (Iraizoz et al., 2025); (Sánchez et al., 2024). Pese a estos valiosos aportes, persiste una notable escasez de evidencia empírica en contextos comunitarios específicos del austro ecuatoriano, tal como ocurre con las personas adultas mayores que acuden al Centro Ceragem América en el cantón Paute. Generar una línea de base en este entorno resulta prioritario para dimensionar las necesidades locales de salud mental y proporcionar insumos que guíen el cuidado de Enfermería gerontológica. Desde la disciplina de Enfermería, el tamizaje multidimensional

permite articular la valoración del afecto con el estado cognitivo, la salud física y el contexto psicosocial, canalizando un acompañamiento humanizado y la derivación oportuna dentro del sistema sanitario.

Con base en estas consideraciones, la presente investigación abordó el problema de salud pública formulando la siguiente interrogante: ¿Qué asociación existe entre los factores biopsicosociales y la clasificación de la sintomatología depresiva en los adultos mayores del Centro Ceragem América, cantón Paute, durante el período enero – agosto 2026? Para responder a esta problemática, se estableció como objetivo general determinar la asociación entre los factores biopsicosociales y la clasificación de la sintomatología depresiva en los adultos mayores del Centro Ceragem América, cantón Paute, durante el período de estudio.

De manera específica, el trabajo se orientó a: a) caracterizar las condiciones sociodemográficas y clínicas de la población evaluada; b) identificar la prevalencia y gradación de la sintomatología depresiva mediante la escala GDS-15; c) describir el estado cognitivo mediante la prueba del dibujo del reloj; y d) analizar mediante estadística bivariada la asociación entre los factores biopsicosociales seleccionados y los niveles de sintomatología depresiva. Por la naturaleza observacional y transversal del diseño, las asociaciones identificadas reflejan relaciones empíricas observadas durante el período de evaluación, constituyendo un análisis exploratorio que no asume temporalidad ni inferencia de causalidad directa.

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, transversal y

analítico en el Centro Ceragem América, situado en el cantón Paute, provincia del Azuay, Ecuador, durante el período comprendido entre enero y agosto del año 2026. La población objetivo estuvo integrada por la totalidad de adultos mayores de 65 años o más que acudieron a dicha institución durante la fase de recolección de campo y que cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos.

Dado el tamaño accesible y acotado del universo poblacional, se aplicó un muestreo censal (N=51), evaluando a todos los adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado. Como criterios de inclusión se consideraron: tener 65 años o más, asistir al centro comunitario y presentar la capacidad cognitiva indispensable para comprender y responder los instrumentos de recolección. Se excluyeron aquellas personas con deterioro cognitivo severo u otras condiciones agudas de salud que impidieran la comunicación autónoma o asistida.

Para la caracterización multidimensional se diseñó e implementó una ficha estructurada de datos sociodemográficos y determinantes biopsicosociales. La construcción de este cuestionario específico se fundamentó en los principios metodológicos para el desarrollo de instrumentos de medición propuestos por DeVellis (2017) y fue sometida a validación de contenido mediante juicio de expertos y una prueba piloto previa. Al tratarse de una cédula ad hoc y no de una escala psicométrica estandarizada, sus salidas numéricas se trataron como indicadores descriptivos y exploratorios del contexto psicosocial. La valoración del riesgo de sintomatología depresiva se ejecutó mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems (GDS-15) (Yesavage et al., 1982), cuya validez

y consistencia interna han sido respaldadas en población adulta mayor ecuatoriana (Erazo et al., 2020). Este instrumento de respuestas dicotómicas asigna un puntaje máximo de 15 puntos. Con fines estrictamente operativos y de tamizaje comunitario, las puntuaciones se estratificaron en tres niveles de afectación: ausencia de sintomatología (0"--" 5 puntos), sintomatología leve (6"--" 9 puntos) y sintomatología de mayor intensidad (10"--" 15 puntos), enfatizando que tales categorías no constituyen diagnósticos clínicos definitivos de trastorno depresivo mayor.

De manera complementaria, el tamizaje del estado cognitivo se efectuó mediante la Prueba del Dibujo del Reloj (Shulman, 2000), solicitando al participante dibujar la esfera de un reloj, ubicar la numeración completa y graficar las agujas indicando la hora 11:10, sobre una puntuación máxima de 9 puntos. Para el análisis operativo, se definieron como funcionamiento cognitivo conservado los puntajes de 7"--" 9 puntos y como posible alteración cognitiva las puntuaciones de 0"--" 6 puntos, utilizándose como un tamizaje neuropsicológico inicial sin alcance de diagnóstico clínico definitivo.

El procedimiento de recolección se efectuó a través de entrevistas individuales presenciales conducidas en un ambiente adecuado dentro del centro. Las consideraciones éticas se rigieron por las pautas internacionales de la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos (World Medical Association [WMA], 2025). Se garantizó el carácter voluntario de la participación, la firma del consentimiento informado, el anonimato estricto de las respuestas mediante la codificación de las matrices y la presentación agregada de las variables para resguardar la privacidad e integridad de los evaluados. El procesamiento

estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete SPSS en su versión 26.0. En la fase descriptiva se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para todas las variables. Debido a que en la escala GDS-15 no se registraron participantes dentro del rango normal (0"--" 5 puntos), el desenlace para la fase analítica bivariada se re-operacionalizó comparando el grupo de sintomatología leve (6"--" 9 puntos) frente al de sintomatología de mayor intensidad (10"--" 15 puntos).

Para cada factor biopsicosocial se construyeron tablas de contingencia de 2x2 y se calcularon la Razón de Prevalencia (RP) y sus correspondientes Intervalos de Confianza del 95% (IC95%) mediante la estimación por el método logarítmico. La significación estadística se evaluó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) sin corrección por continuidad y la prueba exacta de Fisher bilateral para celdas con frecuencias esperadas reducidas, fijando un umbral de significación de $p < 0.05$. Las RP se interpretaron en función de la prevalencia relativa de la categoría sintomatología leve, aclarando de forma explícita que no constituyen indicadores de riesgo causal, temporales ni de efecto independiente. Dado que el estudio no aplicó modelos multivariados ajustados por confusión ni correcciones por comparaciones múltiples, los resultados significativos obtenidos se interpretaron bajo un enfoque rigurosamente exploratorio.

Resultados y Discusión

La población censal estuvo integrada por un total de 51 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión definidos (N=51). En la evaluación del riesgo de afectación emocional mediante la escala GDS-15, no se registraron participantes dentro del rango de normalidad o ausencia de sintomatología

depresiva (0"--" 5 puntos). Un total de 26 adultos mayores (51.0%) presentó sintomatología depresiva de carácter leve (6"--" 9 puntos), mientras que 25 participantes (49.0%) fueron clasificados con sintomatología depresiva de mayor intensidad (10"--" 15 puntos). Respecto a la evaluación neuropsicológica del estado cognitivo a través

de la Prueba del Dibujo del Reloj, 50 adultos mayores (98.0%) mostraron puntuaciones compatibles con un funcionamiento cognitivo conservado (7"--" 9 puntos), mientras que únicamente un participante (2.0%) presentó resultados indicativos de una posible alteración cognitiva (0"--" 6 puntos).

Tabla 1. *Clasificación de la sintomatología depresiva (GDS-15) y tamizaje cognitivo (Dibujo del Reloj) (N=51).*

Variable	Categoría	N	%
GDS-15	Ausencia (0-5)	0	0,0
	Leve (6-9)	26	51,0
	Mayor intensidad (10-15)	25	49,0
	Total	51	100,0
Dibujo del reloj	Funcionamiento conservado (7-9)	50	98,0
	Posible alteración cognitiva (0-6)	1	2,0
	Total	51	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Ante la inexistencia de casos en el grupo sin sintomatología (0"--" 5 puntos), el análisis inferencial bivariado se re-operacionalizó comparando la prevalencia de sintomatología leve (6"--" 9 puntos) frente a la de mayor intensidad (10"--" 15 puntos) según los factores biopsicosociales evaluados. Se observó una mayor prevalencia de sintomatología leve de manera estadísticamente significativa entre los adultos mayores residentes en el área rural (RP=3.45; IC95%: 1.54"--" 7.71; p<0.001), en aquellos sin ocupación habitual (RP=2.71; IC95%: 1.22"--" 6.01; p=0.003), en la condición de no trabajar (RP=3.19; IC95%:

1.43"--" 7.11; p<0.001), en quienes reportaron un descanso o sueño inadecuado (RP=2.74; IC95%: 1.32"--" 5.66; p=0.001), en aquellos con presencia de alguna enfermedad o condición física (RP=3.19; IC95%: 1.43"--" 7.11; p<0.001) y en los que sufrieron el fallecimiento reciente de un familiar o persona cercana (RP=2.94; IC95%: 1.32"--" 6.54; p=0.001) tal como se muestra en la Tabla 2. Las seis asociaciones bivariadas alcanzaron significación estadística tanto en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) como en la prueba exacta de Fisher bilateral (p<0.05).

Tabla 2. *Análisis bivariado y Razones de Prevalencia entre factores biopsicosociales y nivel de sintomatología depresiva (N=51).*

Factor biopsicosocial	Categoría	Leve (%)	Mayor intensidad (%)	RP	IC del 95 %	χ^2	p de Pearson	p de Fisher
Residencia	Rural	(75,0%)	(25,0%)	3,45	1,54-7,71	14,334	< 0,001	< 0,001
	Urbana	(21,7%)	(78,3%)	1,00	Referencia	—	—	—
Ocupación	Ninguna	(67,7%)	(32,3%)	2,71	1,22-6,01	8,887	0,003	0,004
	Alguna	(25,0%)	(75,0%)	1,00	Referencia	—	—	—
Situación laboral	No trabaja	(72,4%)	(27,6%)	3,19	1,43-7,11	12,358	< 0,001	< 0,001
	Trabaja	(22,7%)	(77,3%)	1,00	Referencia	—	—	—
Sueño	Inadecuado	(71,4%)	(28,6%)	2,74	1,32-5,66	10,388	0,001	0,002
	Adecuado	(26,1%)	(73,9%)	1,00	Referencia	—	—	—
Enfermedad	Sí	(72,4%)	(27,6%)	3,19	1,43-7,11	12,358	< 0,001	< 0,001
	No	(22,7%)	(77,3%)	1,00	Referencia	—	—	—
Fallecimiento de familiar/persona cercana	Sí	(70,0%)	(30,0%)	2,94	1,32-6,54	10,546	0,001	0,002
	No	(23,8%)	(76,2%)	1,00	Referencia	—	—	—

Fuente: Elaboración propia.

El propósito fundamental de esta investigación ha sido el explorar la asociación entre un conjunto de determinantes biopsicosociales y la severidad de la sintomatología depresiva en la totalidad de la población de adultos mayores que acudieron al Centro Ceragem América en el cantón Paute (N=51). En el tamizaje inicial mediante la escala GDS-15, la totalidad de los participantes evidenció algún grado de afectación psicoemocional, distribuyéndose entre un 51.0% con sintomatología depresiva de intensidad leve y un 49.0% con sintomatología de mayor intensidad, no registrándose casos en el rango de normalidad o ausencia de síntomas (0"--" 5 puntos). Esta particular distribución de los datos determinó que la estrategia analítica inferencial comparara las prevalencias de la clasificación leve frente a la de mayor intensidad.

Desde una perspectiva metodológica, es preciso enfatizar que las Razones de Prevalencia (RP) estimadas expresan la magnitud con la que una característica incrementa o disminuye la proporción de afectación leve en relación con el grupo de referencia, y no deben interpretarse como coeficientes de riesgo causal, temporales ni de impacto independiente. Las seis variables que alcanzaron significación estadística bivariada residencia rural, ausencia de ocupación, inactividad laboral, percepción de sueño inadecuado, presencia de enfermedades físicas y vivencia reciente de duelo por fallecimiento, concuerdan de manera consistente con el modelo biopsicosocial de la salud mental en la vejez (Maier et al., 2021; Murniati et al., 2022; Wu et al., 2022). La residencia en sectores rurales exhibió la mayor razón de prevalencia (RP=3.45; IC95%: 1.54"--" 7.71), lo cual sugiere que condicionantes territoriales no medidos directamente tales como barreras de accesibilidad geográfica, limitaciones de transporte, conectividad o la

dinámica del tejido social rural podrían actuar como moduladores del bienestar emocional (Kirkbride et al., 2024).

En la dimensión ocupacional, tanto la inactividad laboral como la ausencia de una ocupación estructurada se asociaron con una mayor prevalencia de síntomas leves (RP=3.19 y RP=2.71, respectivamente). Al tratarse de constructos con un solapamiento conceptual evidente, sus efectos pueden responder a perturbaciones en las rutinas cotidianas, menor interacción social y restricciones en el ingreso económico (Shih et al., 2024). No obstante, al no haber aplicado un modelo de regresión multivariable, no es posible precisar si ambas variables conservan un rol independiente sobre la afectación afectiva.

Por su parte, la presencia de patologías físicas (RP=3.19) y la calidad deficiente del descanso (RP=2.74) reafirman la intrincada interacción entre la vulnerabilidad biológica y la salud mental geriátrica. Estos resultados concuerdan con la evidencia que vincula el dolor, la multimorbilidad y las alteraciones de la arquitectura del sueño con el distrés emocional en la vejez (Maier et al., 2021); (Ricciardiello et al., 2024).

Del mismo modo, la asociación observada con las experiencias de duelo familiar (RP=2.94) resalta la trascendencia de los eventos vitales estresantes (Maier et al., 2021); si bien es indispensable diferenciar clínicamente entre la respuesta afectiva propia del duelo normal y un episodio depresivo estructurado. En lo relativo al tamizaje neuropsicológico, la Prueba del Dibujo del Reloj reflejó que el 98.0% de la población conservaba sus capacidades cognitivas globales. Debido a esta baja variabilidad, no fue factible estimar pruebas de asociación bivariada con la sintomatología

depresiva, recordando además que este test actúa como una herramienta de rastreo rápido y no sustituye la evaluación neurocognitiva integral (Shulman, 2000).

Al contrastar estos hallazgos con la producción científica nacional, se observan coincidencias conceptuales con los estudios de Adana et al. (2024) en centros de día de Quito, así como con los análisis epidemiológicos basados en la encuesta SABE reportados por Sánchez et al. (2024), Estupiñán et al. (2025) e Iraizoz et al. (2025). Sin embargo, la extrapolación directa de dichos antecedentes debe realizarse con cautela debido a las heterogeneidades en los diseños muestrales, instrumentos y estrategias de análisis empleadas.

Desde la disciplina de Enfermería, el valor de este estudio radica en fundamentar la necesidad de ejecutar valoraciones gerontológicas integrales que trasciendan el enfoque biológico tradicional. El tamizaje sistemático de los afectos, la calidad del sueño, la funcionalidad y las pérdidas afectivas constituye un pilar esencial para la detección oportuna de riesgos y la canalización de intervenciones comunitarias humanizadas. Entre las principales fortalezas del trabajo destaca el abordaje censal de la población elegible del centro y el rigor metodológico en la aplicación conjunta de instrumentos de tamizaje psicoemocional y cognitivo.

Por otro lado, sus limitaciones se circunscriben al tamaño acotado del universo (N=51), el diseño transversal que impide establecer temporalidad o causalidad, la falta de ajuste multivariado, el riesgo de inflación del error tipo I por múltiples comparaciones y la naturaleza exploratoria de la cédula ad hoc utilizada. En consecuencia, los presentes hallazgos aportan una valiosa línea de base

territorial para el cantón Paute, pero requieren ser confirmados mediante investigaciones longitudinales con muestras representativas e instrumentos psicométricamente estandarizados.

Conclusiones

En los 51 adultos mayores evaluados en el Centro Ceragem América del cantón Paute, la aplicación de la escala GDS-15 evidenció una alta prevalencia de sospecha de afectación afectiva: el 51.0 % presentó sintomatología depresiva leve y el 49.0 % registró sintomatología de mayor intensidad, no identificándose participantes en el rango de ausencia de síntomas. El tamizaje neuropsicológico mediante la Prueba del Dibujo del Reloj reflejó que el 98.0 % de la población presentó un funcionamiento cognitivo conservado, constituyendo un indicador de rastreo primario que no equivale a un diagnóstico clínico de trastorno neurocognitivo.

Se confirmaron asociaciones bivariadas estadísticamente significativas entre la prevalencia de sintomatología leve y la residencia rural ("RP"=3.45), la inactividad laboral o falta de ocupación ("RP"=3.19), la percepción de un descanso o sueño inadecuado ("RP"=2.74), la presencia de patologías físicas ("RP"=3.19) y la experiencia de duelo por el fallecimiento de un familiar o persona cercana ("RP"=2.94). Las Razones de Prevalencia estimadas expresan diferencias proporcionales entre grupos y no constituyen coeficientes de riesgo causal o temporalidad. Los hallazgos respaldan la necesidad de implementar una valoración gerontológica biopsicosocial en la atención de Enfermería, donde la detección oportuna mediante instrumentos de tamizaje oriente el acompañamiento comunitario y la derivación clínica ante síntomas persistentes o deterioro funcional. Dado el abordaje censal

acotado (N=51), el diseño transversal y la ausencia de ajuste multivariado, los resultados deben asumirse con carácter exploratorio. Se recomienda desarrollar futuras investigaciones longitudinales con muestras ampliadas e instrumentos estandarizados para evaluar la causalidad e independencia de los determinantes examinados.

Referencias Bibliográficas

- Adana, L., Rodríguez, A., Mascialino, G., Parra, C., & Jiménez, Y. (2024). Depression in adult day care centers in Ecuador: Prevalence and associated variables. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 33(1), 23–29. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol3310023>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G., Tang, Y., Ng, C., Li, X., & Xiang, Y. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian Journal of Psychiatry*, 80, Article 103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
- DeVellis, R. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). SAGE Publications. <https://books.google.com/books?id=48ACCwAAQBAJ>
- Erazo, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2020). Internal consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-item version) in Ecuadorian older adults. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 1–6. <https://doi.org/10.1177/0046958020971184>
- Sáenz, C., Sinchi, H., & Ramírez, A. (2025). Sintomatología depresiva en adultos mayores ecuatorianos: Prevalencia, factores asociados y análisis psicométrico. *Revista CES Psicología*, 18(2), 112–129. <https://doi.org/10.21615/cesp.7754>
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Paute. (2024). Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Paute 2023–2027. GAD Municipal del Cantón Paute.
- Iraizoz, A., García, V., Brito, G., Santos, J., Sotomayor, A., León, G., Pereira, M., & Espinoza, F. (2025). Prevalencia y factores asociados a la depresión geriátrica en El Oro, Ecuador: Impacto en la calidad de vida. *Retos*, 69, 1119–1130. <https://doi.org/10.47197/retos.v69.112848>
- Jespersen, A., Madden, R., Whalley, H., Reynolds, R., Lawrie, S., McIntosh, A., & Iveson, M. (2025). Socioeconomic status and depression: A systematic review. *Epidemiologic Reviews*, 47(1), Article mxaf011. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaf011>
- Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Maier, A., Riedel, Y. S., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(5), Article e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- Murniati, N., Aufa, B., Kusuma, D., & Kamso, S. (2022). A scoping review on biopsychosocial predictors of mental health among older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), Article 10909. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710909>
- Reiner, A., & Steinhoff, P. (2024). The association of social networks and depression in community-dwelling older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 13, Article 161. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02581-6>
- Ricciardiello, A., Teh, J., Lam, A., Marshall, N., Naismith, S., & D’Rozario, A. (2024). Objective measures of sleep in adults and older adults with and without depression: A systematic review and meta-analysis. *Sleep*

- Medicine, 124, 637–648.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.10.011>
- Sánchez, B., Serrano, M., Panta, D., & Vásquez, J. (2024). Abuse and other factors related to depression in older Ecuadorian adults. *Aging Medicine*, 7(3), 328–333.
<https://doi.org/10.1002/agm2.12338>
- Shih, P., Lin, M., & Guo, Y. (2024). Employment status and depressive symptoms in Taiwanese older adults: An 11-year prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 24, Article 671.
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-05258-w>
- Shulman, K. (2000). Clock: ¿Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 548–561.
[https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200006\)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U)
- Teo, R., Cheng, W., Cheng, L., Lau, Y., & Lau, S. (2023). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107, Article 104904.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>
- World Health Organization. (2026). Mental health of older adults. *World Health Organization*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Medical Association. (2025). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*, 333(1), 71–74.
<https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>

- Wu, Q., Feng, J., & Pan, C. (2022). Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *Journal of Affective Disorders*, 307, 37–45.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.062>
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)



Esta obra está bajo una licencia de **Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional**. Copyright © Luis Enrique Ávila Granda y David Javier Castillo Salán.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo
Contribución de los autores (Taxonomía CRediT) Luis Enrique Ávila Granda: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio. David Javier Castillo Salán: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos.
Declaración de conflicto de intereses Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.
Declaración de financiamiento La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.
Declaración del editor El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.
Declaración de los revisores Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.
Declaración ética de la investigación Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.
Declaración sobre el uso de inteligencia artificial Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.
Disponibilidad de datos Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.

