

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA, CANTÓN AMBATO,
2026**

**PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND ASSOCIATED FACTORS
AMONG OLDER ADULTS IN THE JUAN BENIGNO VELA PARISH, AMBATO CANTON,
2026**

Autores: ¹Luis Enrique Ávila Granda, ²Olga Cristina Oñate Quinatoa, ³Marco Fernando Rodríguez Taboada, ⁴María Grabiela Pérez Carrasco y ⁵Sofía Germanía Escobar Peñafiel.

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

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-4803-951X>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7406-2074>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-3463-1457>

⁵ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-3463-1457>

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

²E-mail de contacto: cristinaonate757@gmail.com

³E-mail de contacto: marcorodriguez02@gmail.com

⁴E-mail de contacto: gabyp094@gmail.com

⁵E-mail de contacto: sofiescobarpenafiel15@gmail.com

Afiliación: ^{1*2*3*4*5*}Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador).

Artículo recibido: 9 de Septiembre del 2026.

Artículo revisado: 11 de Octubre del 2026.

Artículo aprobado: 11 de Octubre 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.

²Técnica Superior en Enfermería, graduada del Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador). Psicóloga Educativa y Orientadora Vocacional, graduada de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

³Técnico Superior en Enfermería, graduado del Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador). Licenciado en Turismo y Hotelería, graduado de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

⁴Licenciada en Enfermería, graduado de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador). Magister en Salud Pública, mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, graduado de la Universidad Nacional de Chimborazo, (Ecuador).

⁵Técnica Superior en Enfermería, graduada del Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, (Ecuador). Licenciada en Trabajo Social, graduada de la Universidad Técnica de Ambato, (Ecuador).

Resumen

El envejecimiento poblacional plantea nuevos desafíos para la salud mental comunitaria, particularmente en territorios donde existe limitada evidencia epidemiológica local sobre sintomatología depresiva en personas adultas mayores. El objetivo fue determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y caracterizar los factores sociodemográficos, socioeconómicos, clínicos, familiares y psicosociales considerados en adultos mayores de la parroquia Juan Benigno Vela, cantón Ambato, durante 2026. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, no experimental y transversal, con alcance descriptivo y

componente analítico previsto. Se analizaron dos bases de datos correspondientes a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión GDS-15, y a una ficha estructurada de factores asociados. La base GDS-15 incluyó 300 registros, de los cuales 295 fueron completos. El punto de corte establecido fue una puntuación mayor de 5. Se identificaron 208 participantes con tamizaje positivo, equivalente al 70,5 % (IC95%: 65,3–75,7), con una puntuación media de $8,23 \pm 4,31$. En la ficha de factores asociados se registraron 352 respuestas, 342 de ellas clasificadas como completas. Entre estas, se observaron importantes dificultades económicas, presencia

de enfermedades crónicas, dolor recurrente, necesidad de apoyo para actividades cotidianas y experiencias de aislamiento social. Sin embargo, la ausencia de un código de participante utilizable y la diferencia entre los tamaños de las bases impidieron establecer una correspondencia individual entre la GDS-15 y los factores estudiados; por ello, no fue posible estimar asociaciones estadísticas sin introducir supuestos no sustentados por los datos. Los hallazgos evidencian una elevada proporción de tamizaje positivo para sintomatología depresiva y respaldan la necesidad de fortalecer el tamizaje y la atención comunitaria, aunque la estimación de factores asociados requiere depuración y vinculación de las bases antes del análisis inferencial.

Palabras clave: Adulto mayor, Depresión, Salud mental, Aislamiento social, Tamizaje.

Abstract

Public aging poses new challenges for community mental health, particularly in territories where there is limited local epidemiological evidence on depressive symptoms in older adults. The objective was to determine the prevalence of depressive symptoms and characterize the sociodemographic, socioeconomic, clinical, family and psychosocial factors considered in adults in the parish of Juan Benigno Vela, canton Ambato, during 2026. A quantitative, observational, non-experimental and transversal study was carried out, with a descriptive scope and expected analytical component. Databases corresponding to the Yesavage Geriatric Depression Scale, version GDS-15, and a structured form of associated factors were analyzed. The GDS-15 base included 300 records, of which 295 were complete. The cutoff point established was a score greater than 5. 208 participants were identified with a positive score, equivalent to 70.5% (95%CI: 65.3–75.7), with an average score of 8.23 ± 4.31 . In the associated factors form, 352 responses were recorded, 342 of which were classified as complete. Among these, important economic difficulties, the presence of chronic illnesses, recurrent pain, the

need for support for daily activities and experiences of social isolation will be observed. However, the absence of a usable participant code and the difference between the sizes of the bases would not allow establishing an individual correspondence between the GDS-15 and the studied factors; Therefore, it was not possible to estimate statistical associations without introducing assumptions not supported by data. The findings evidence a high proportion of positive screening for depressive symptoms and support the need to strengthen screening and community care, even though the estimation of associated factors requires depuration and linkage of the bases before inferential analysis.

Keywords: Adult older, Depression, Mental health, Social isolation, Tamizaje.

Sumário

O envelhecimento poblacional planta novos desafios para a saúde mental comunitária, especialmente em territórios onde existe evidência epidemiológica local limitada sobre sintomatologia depressiva em pessoas adultas maiores. O objetivo foi determinar a prevalência de sintomatologia depressiva e caracterizar os fatores sociodemográficos, socioeconômicos, clínicos, familiares e psicossociais considerados em adultos prefeitos da paróquia Juan Benigno Vela, cantão Ambato, durante 2026. Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, não experimental e transversal, com alcance descritivo e componente previsto. Se analisaram as bases de dados correspondentes à Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão GDS-15, e uma ficha estruturada de fatores associados. A base GDS-15 incluiu 300 registros, dos quais 295 fueron completos. O ponto de corte estabelecido foi uma pontuação maior de 5. Foram identificados 208 participantes com tamizaje positiva, equivalente a 70,5% (IC95%: 65,3–75,7), com uma pontuação média de $8,23 \pm 4,31$. Na ficha de fatores associados são registradas 352 respostas, 342 das classificadas como completas. Entre estes, observam-se importantes dificuldades econômicas, presença de doenças crônicas, dor recorrente,

necessidade de apoio para atividades cotidianas e experiências de isolamento social. No entanto, a ausência de um código de participante utilizável e a diferença entre os tamanhos das bases impediram o estabelecimento de uma correspondência individual entre o GDS-15 e os fatores estudados; por isso, não foi possível estimar associações estatísticas sem introduzir supostos não sustentados pelos dados. Os hallazgos evidenciam uma elevada proporção de tamizaje positiva para sintomatologia depressiva e respaldam a necessidade de fortalecer a tamizaje e a atenção comunitária, embora a estimativa de fatores associados exija depuração e vinculação das bases antes da análise inferencial.

Palavras-chave: Adulto prefeito, Depressão, Saúde mental, Islamismo social, Tamizaje.

Introducción

El envejecimiento de la población constituye uno de los cambios demográficos más profundos y de mayor impacto para los sistemas sanitarios y de protección social a nivel mundial (World Health Organization [WHO], 2021, 2026). La salud mental en la vejez no se configura de manera aislada, sino como el resultado acumulativo de determinantes biológicos, clínicos, económicos y sociales que condicionan la capacidad funcional y el bienestar psíquico del individuo (Cai et al., 2023; WHO, 2025). Entre las alteraciones del afecto, la depresión en el adulto mayor se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, pérdida de autonomía, multimorbilidad y mortalidad prematura (Goodarzi et al., 2024); (Hu et al., 2022). La evidencia epidemiológica internacional refleja una marcada heterogeneidad en las estimaciones de prevalencia de depresión geriátrica. Revisiones sistemáticas globales reportan prevalencias medias de depresión en adultos mayores comunitarios cercanas al 28.4% (Hu et al., 2022), aunque con amplias variaciones en función del ámbito geográfico, el nivel

socioeconómico de la población y los instrumentos de tamizaje empleados (Cai et al., 2023). En América Latina, la escasez de ingresos, la baja escolaridad, el dolor crónico no tratado y el debilitamiento de las redes de apoyo familiar incrementan sustancialmente la vulnerabilidad afectiva en zonas rurales (Jespersen et al., 2025); (Sulandari et al., 2024).

La dimensión social adquiere un papel protector determinante en la vejez. La literatura especializada demuestra de forma consistente que las redes sociales amplias y estrechas reducen el riesgo de depresión (Reiner y Steinhoff, 2024), mientras que el aislamiento social y la soledad percibida afectan a más de una cuarta parte de los adultos mayores que viven en la comunidad, exacerbando el distrés psicológico (Nascimento et al., 2023); (Teo et al., 2023); (Wen et al., 2023). Asimismo, en el plano físico, la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas, el uso sostenido de medicamentos y el dolor recurrente se entrelazan de forma bidireccional con el malestar emocional (Pakniyat et al., 2022; Wang et al., 2026).

En Ecuador, la validación psicométrica de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15) ha demostrado una consistencia interna adecuada ($KR^{20}=0.73$), respaldando su uso como prueba de tamizaje rápida y confiable en la atención primaria (Erazo et al., 2020). Sin embargo, en parroquias rurales andinas como Juan Benigno Vela, en el cantón Ambato, existe una persistente brecha de evidencia epidemiológica local respecto a la magnitud de la sintomatología depresiva y las condiciones de vida de la población mayor de 65 años (Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Juan Benigno Vela [GADPRJBV], 2024). Por estas razones, la presente investigación se justifica por la

necesidad de generar una línea de base empírica territorial que visibilice la salud mental comunitaria en sectores rurales vulnerables. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de tamizaje positivo para sintomatología depresiva mediante la escala GDS-15 y caracterizar las condiciones sociodemográficas, socioeconómicas, clínicas, familiares y psicosociales de los adultos mayores de la parroquia Juan Benigno Vela durante el año 2026.

Materiales y Métodos

Se desarrolló un estudio cuantitativo, observacional, no experimental y de corte transversal con alcance descriptivo. La investigación se llevó a cabo en la parroquia rural Juan Benigno Vela, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, Ecuador, durante el año 2026. La población objetivo estuvo conformada por personas de 65 años o más residentes habitualmente en la parroquia, estimándose un marco de referencia de 987 adultos mayores según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial local (GADPRJBV, 2024).

El cálculo de tamaño muestral mínimo fijó un umbral de 277 participantes (considerando un 95% de confianza, 5% de margen de error y $p=0.50$). Durante el levantamiento de información en campo se recabaron dos bases de datos independientes: Base de Tamizaje Afirmativo (GDS-15): integrada por 349 registros totales. Tras excluir las encuestas incompletas ($n=3$) y suspendidas ($n=2$), se obtuvieron 344 aplicaciones completas y analizables. Base de Caracterización Multidimensional: integrada por 352 registros totales. Tras depurar los registros incompletos y con datos omitidos, se analizaron 342 evaluaciones comunitarias completas. Los criterios de inclusión abarcaron: edad igual o

mayor a 65 años, residencia habitual en la parroquia por al menos seis meses, capacidad para responder el cuestionario y otorgamiento del consentimiento informado. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo o condiciones agudas de salud que impidieran la comunicación de forma autónoma o asistida.

Para la medición se utilizaron dos herramientas estructuradas: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15): versión abreviada de 15 ítems con respuestas dicotómicas (Sí/No). Se fijó un punto de corte >5 puntos para definir "tamizaje positivo de sintomatología depresiva", clasificando los resultados en sin sintomatología (0"--5), sintomatología leve-moderada (6"--9) y sintomatología severa (10"--15), conforme a los baremos validados en Ecuador (Erazo et al., 2020); (Sheikh y Yesavage, 1986); (Yesavage et al., 1982).

Ficha de Caracterización Multidimensional: cuestionario estructurado sometido a juicio de expertos que indagó dimensiones sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad, convivencia), socioeconómicas (ingreso propio, dependencia, suficiencia de ingresos), clínicas (enfermedades crónicas, dolor, polifarmacia, salud autopercibida) y psicosociales (necesidad de apoyo, contacto familiar, participación social, aislamiento percibido). La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales cara a cara en entornos comunitarios y domiciliarios por encuestadores capacitados. Debido a la ausencia de un código alfanumérico único de identificación (ID) en ambas bases de datos durante el levantamiento de campo, se prescindió del pareamiento individualizado y de la estimación de pruebas inferenciales de asociación bivariada o regresión (OR), analizando ambas bases de forma independiente para preservar la integridad estadística y evitar

sesgos de vinculación no sustentados (von et al., 2007). El análisis de datos se procesó en el software SPSS versión 26.0. La prevalencia de tamizaje positivo se reportó mediante frecuencias absolutas, porcentajes e Intervalo de Confianza del 95% (IC95%). Las puntuaciones continuas se describieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar). El estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki, garantizando el consentimiento informado, la participación voluntaria, el anonimato y la derivación prioritaria a centros de salud mental para casos con sintomatología severa.

Resultados y Discusión

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos a partir del proceso de

investigación, organizados de acuerdo con los objetivos planteados y las variables o categorías de estudio. Los hallazgos permiten identificar, describir y analizar los principales aspectos evidenciados durante la aplicación de los instrumentos y la recopilación de la información, considerando tanto los datos cuantitativos como cualitativos obtenidos.

Asimismo, los resultados se presentan de manera sistemática con el propósito de facilitar su interpretación y establecer relaciones con los fundamentos teóricos y antecedentes revisados, proporcionando una visión integral del fenómeno estudiado. De esta manera, la información obtenida constituye la base para la posterior discusión de los resultados y la formulación de conclusiones coherentes con los objetivos de la investigación.

Tabla 1. Prevalencia de tamizaje positivo para sintomatología depresiva mediante GDS-15.

Criterio de clasificación GDS-15	Puntuación	n	%	IC95%
Tamizaje positivo (Sugestivo de depresión)	> 5 puntos	245	71.2	66.4 – 76.0
Sin indicadores de sintomatología	0 – 5 puntos	99	28.8	24.0 – 33.6
Total	—	344	100.0	—

Fuente: Elaboración propia.

En el componente de tamizaje psicoemocional (GDS-15, n=344), se identificaron 245 participantes con puntuaciones superiores al punto de corte (>5 puntos), lo que representa una prevalencia de tamizaje positivo para

sintomatología depresiva del 71.2% (IC95%: 66.4–76.0%) (Tabla 1). La puntuación media global de la escala fue de 8.12 ± 4.22 puntos, con una mediana de 9.0 puntos y un rango de 1 a 15 puntos.

Tabla 2. Estratificación por niveles de severidad de la escala GDS-15 (n=344).

Puntuación obtenida	Criterio de interpretación	n	%
0 – 5	Sin sintomatología depresiva	99	28.8
6 – 9	Sintomatología leve a moderada	85	24.7
10 – 15	Sintomatología severa / marcada	160	46.5

Fuente: Elaboración propia.

En la estratificación por niveles de severidad de la escala GDS-15, se constató que el 28.8% (n=99) se ubicó en el rango normal (0"–" 5 puntos), el 24.7% (n=85) presentó sintomatología leve a moderada (6"–" 9 puntos)

y el 46.5% (n=160) registró sintomatología severa o marcada (10"–" 15 puntos). En el componente de caracterización multidimensional (n=342), existió un leve predominio del sexo femenino (51.5%, n=176)

y de la condición civil de casado/a o unión libre (48.25%, n=165), seguida por la viudez (32.16%, n=110). El nivel educacional reflejó una alta vulnerabilidad: el 42.7% (n=146) no poseía escolaridad formal y el 31.0% (n=106) tenía primaria incompleta. En el plano

económico, aunque el 58.5% (n=200) disponía de algún ingreso propio, el 69.3% (n=237) dependía parcialmente de su familia y el 73.1% (n=250) percibía sus ingresos como insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico y económico de los participantes (n=342).

Variable	Categoría	n	%
Sexo biológico	Femenino	176	51.5
	Masculino	159	46.5
	Otro / diverso / No registrado	7	2.0
Escolaridad	Sin escolaridad formal	146	42.7
	Primaria incompleta	106	31.0
	Primaria completa o más	90	26.3
Estructura de convivencia	Con pareja	147	43.0
	Con hijos/as o familiares	112	32.7
	Vive solo/a	71	20.8
Ingresos y economía	Con personas no familiares	12	3.5
	Posee ingreso propio regular	200	58.5
	Dependencia económica parcial	237	69.3
	Ingresos percibidos como insuficientes	250	73.1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Perfil clínico y de salud de los participantes (n=342).

Variable clínica	Categoría de respuesta	n	%
Enfermedades crónicas	Ninguna	93	27.2
	Una enfermedad	110	32.2
	Multimorbilidad (≥ 2 enfermedades)	114	33.3
	No sabe / no responde	25	7.3
Presencia de dolor	Sin dolor	56	16.4
	Dolor ocasional	191	55.8
	Dolor frecuente o permanente	95	27.8
Autopercepción de salud	Buena / Muy buena	133	38.9
	Regular	172	50.3
	Mala / Muy mala	36	10.5

Fuente: Elaboración propia.

En el perfil clínico, el 65.5% (n=224) de los evaluados reportó presentar una o más enfermedades crónicas no transmisibles. El dolor físico representó una manifestación altamente frecuente, reportado de forma

ocasional por el 55.8% (n=191) y frecuente/diario por el 27.8% (n=95). El 68.7% (n=235) consumía medicamentos de forma habitual, y el 60.9% (n=208) percibía su estado de salud entre regular y malo/muy malo.

Tabla 5. Factores psicosociales, apoyo familiar y aislamiento social (n=342).

Variable psicosocial	Categoría	n	%
Necesidad de ayuda cotidiana	Algunas veces / Frecuentemente / Siempre	288	84.2
Contacto familiar	≥ 1 vez por semana	255	74.6
	Reducido (< 1 vez por semana / Nunca)	87	25.4
Participación comunitaria	Menos de una vez al mes / Nunca	158	46.2
Aislamiento autopercebido	Nunca	99	28.9
	Algunas veces	133	38.9
	Frecuentemente / Siempre	106	31.0

Fuente: Elaboración propia.

En las dimensiones psicosociales y de apoyo social, el 84.2% (n=288) de los adultos mayores manifestó requerir ayuda de terceros para sus actividades cotidianas al menos algunas veces. El 12.0% (n=41) refirió no disponer de ningún familiar o persona cercana ante una emergencia o necesidad. Asimismo, el 69.8% (n=239) reportó experimentar la sensación de aislamiento social entre algunas veces y frecuentemente/siempre (Tabla 5). El hallazgo epidemiológico central del presente estudio revela que el 71.2% de las personas adultas mayores evaluadas mediante la escala GDS-15 presenta un tamizaje positivo para sintomatología depresiva, ubicándose un 46.5% en niveles de afectación severa.

Esta cifra debe interpretarse con cautela metodológica, enfatizando que constituye un indicador de sospecha o riesgo sintomático y no un diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor (Erazo et al., 2020); (WHO, 2025). La prevalencia observada supera considerablemente las estimaciones medias informadas en revisiones sistemáticas internacionales, las cuales sitúan la prevalencia global de depresión en adultos mayores comunitarios alrededor del 28.4% (Cai et al., 2023; Hu et al., 2022). Esta disparidad se explica primordialmente por la alta sensibilidad de la escala de 15 ítems (GDS-15) para captar distrés y afecto negativo en la atención primaria, así como por las profundas condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y ruralidad de la parroquia Juan Benigno Vela (Erazo et al., 2020; GADPRJBV, 2024).

Al analizar la caracterización multidimensional de la muestra, se observan determinantes estructurales de vulnerabilidad. La elevada proporción de adultos mayores sin escolaridad formal (42.7%) y con insuficiencia percibida de ingresos (73.1%) concuerda con lo descrito por

Jespersen et al. (2025), quienes señalan que la precariedad económica y el bajo nivel educativo incrementan la susceptibilidad al distrés psicológico en la vejez. En el plano clínico, la alta frecuencia de multimorbilidad (33.3%) y de dolor físico recurrente (83.5%) confirma la estrecha interconexión entre el deterioro de la salud corporal y la afectación psicoemocional, patrón ampliamente documentado en investigaciones previas (Pakniyat et al., 2022); (Wang et al., 2026).

Asimismo, las variables psicosociales demuestran un panorama de fragilidad en las redes comunitarias. La percepción de aislamiento social expresada por cerca del 70% de los participantes y la baja participación en actividades sociales son consistentes con los metaanálisis de Teo et al. (2023) y Wen et al. (2023, 2024), los cuales identifican la soledad y la falta de contacto significativo como los principales factores de riesgo modificables para la depresión geriátrica. Como principal limitación metodológica del estudio, se reconoce la imposibilidad de parrear individualmente los datos del tamizaje (GDS-15) con la ficha socioeconómica debido a la ausencia de un código único de participante (ID) en las bases de campo.

No obstante, la declaración abierta y transparente de esta restricción constituye una fortaleza de rigor ético y científico (von et al., 2007). Este trabajo aporta una línea de base epidemiológica territorial indispensable para que los servicios de Enfermería y atención primaria diseñen intervenciones de tamizaje continuo, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de las redes familiares en el contexto rural andino.

Conclusiones

Se determinó una prevalencia de tamizaje positivo para sintomatología depresiva del 71.2% (IC95%: 66.4-76.0%) en los 344 adultos mayores de la parroquia Juan Benigno Vela evaluados mediante la escala GDS-15, con un 46.5% de casos en niveles de severidad marcada. La población evaluada presentó una elevada vulnerabilidad social y económica, caracterizada por la falta de escolaridad formal (42.7%), la dependencia de ingresos familiares (69.3%) y la percepción de ingresos insuficientes para cubrir necesidades básicas (73.1%).

El perfil clínico evidenció una alta prevalencia de afecciones crónicas (65.5%), dolor físico recurrente (83.5%) y autopercepción de salud entre regular y mala (60.9%). Cerca del 70% de los participantes experimenta aislamiento social percibido y un 46.2% mantiene una escasa o nula participación en actividades comunitarias. Los hallazgos ratifican la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de salud mental comunitaria en la atención primaria, recomendándose para futuras investigaciones la unificación formal de códigos de identificación individual que permitan estimar modelos de asociación inferencial.

Referencias Bibliográficas

Cai, H., Jin, Y., Liu, Y., Zhang, Q., Su, Z., Chen, Y., & Wang, X. (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>

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,

Article 0046958020971184. <https://doi.org/10.1177/0046958020971184>

Goodarzi, F., Khoshraves, S., Ayubi, E., Bashirian, S., & Barati, M. (2024). Psychosocial determinants of functional independence among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Perspectives*, 14(1), 32–43. <https://doi.org/10.34172/hpp.42354>

Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, Article 114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>

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>

Nascimento, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., & Viada, C. (2023). Impacts of social isolation on the physical and mental health of older adults during quarantine: A systematic review. *Clinical Gerontologist*, 46(5), 648–668. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2141166>

Pakniyat, S., Amazan, R., Garrels, E., Zamiri, A., Ruiz, A., & Gunturu, S. (2022). Treatment modalities for chronic pain in elderly patients with depression: A systematic review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 24(3), Article 21r03097. <https://doi.org/10.4088/PCC.21r03097>

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>

Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version.

- Clinical Gerontologist, 5(1–2), 165–173.
https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Sulandari, S., Coats, R., Miller, A., Hodkinson, A., & Johnson, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. The Gerontologist, 64(11), Article gnae128.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnae128>
- 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>
- von Elm, E., Altman, D., Egger, M., Pocock, S., Gøtzsche, P., & Vandenbroucke, J. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. PLoS Medicine, 4(10), Article e296.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
- Wang, Y., Tsai, T., Chou, H., & Chung, H. (2026). Association between depression and polypharmacy in older adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of General and Family Medicine, 27(1), Article e70094.
<https://doi.org/10.1002/jgf2.70094>
- Wen, Z., Peng, S., Yang, L., Wang, H., Liao, X., Liang, Q., & Zhang, X. (2023). Factors associated with social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Directors Association, 24(3), 322–330.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.11.008>
- Wen, Z., Wang, H., Liang, Q., Liu, L., Zhang, W., & Zhang, X. (2024). Mediating effect of social support and resilience between loneliness and depression in older adults: A systematic review and meta-analytic structural equation modeling. Journal of Affective Disorders, 365, 246–257.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.062>

- 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, Olga Cristina Oñate Quinatoa, Marco Fernando Rodríguez Taboada, María Graciela Pérez Carrasco y Sofía Germanía Escobar Peñafiel.

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.

Olga Cristina Oñate Quinatoa: 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.

Marco Fernando Rodríguez Taboada: provisión de recursos académicos y materiales para el desarrollo del estudio, apoyo en la administración del proyecto investigativo y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación.

María Grabiela Pérez Carrasco: 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.

Sofía Germania Escobar Peñafiel: 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.

