UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTILOS DE VIDA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES EN PARROQUIAS RURALES ECUATORIANAS 2025-2026

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AUTORAS: ADRIANA ABIGAIL BUENO TACURI

MARIUXI CAROLINA QUIZHPI PERALTA

DIRECTORA: ISABEL CRISTINA MESA CANO

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTILOS DE VIDA Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES EN PARROQUIAL RURALES ECUATORIANAS 2025-2026

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AUTORAS: ADRIANA ABIGAIL BUENO TACURI

MARIUXI CAROLINA QUIZHPI PERALTA

DIRECTORA: ISABEL CRISTINA MESA CANO

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Adriana Abigail Bueno Tacuri portadora de la cédula de ciudadanía Nº **0105985592 y Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta** portadora de la cédula de ciudadanía Nº **0105888903**. Declaramos ser las autoras de la obra: **Estilos de vida y síntomas depresivos en adultos mayores en parroquias rurales ecuatoriana 2025-2026**, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **13 de octubre de 2026**

F: …….

Adriana Abigail Bueno Tacuri

C.I. **0105985592**

F: …….

Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta

C.I. **0105888903**

Certificación

Yo **Isabel Cristina Mesa Cano** con cédula de identidad **N°0150931400** en calidad de director del Trabajo de Titulación con el tema: **Estilos de vida y síntomas depresivos en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025-2026,** certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **Adriana Abigail Bueno Tacuri** y **Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta**, bajo mi supervisión.

Atentamente,

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ISABEL CRISTINA
MESA CANO

Isabel Cristina Mesa Cano

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÌA

Agradecimiento

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, especialmente a la Carrera de Enfermería, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, inculcándome valores, conocimientos y principios fundamentales para ejercer esta noble profesión con vocación, responsabilidad y humanidad.

A todos nuestros docentes, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, que han sido pilares esenciales durante mi formación académica y personal.

De manera especial, agradecemos a nuestros tutores de artículo, Lcda. Isabel Mesa y Dr. Gustavo Moyano, por su dedicación, paciencia, orientación y valioso acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Sus conocimientos, consejos y compromiso fueron fundamentales para culminar con éxito este trabajo académico.

A todos quienes formaron parte de este camino, mi eterna gratitud por contribuir a la realización de esta importante meta.

Dedicatoria

Dedico este logro, con todo mi amor y gratitud, a Dios y a todas las personas que han formado parte de mi camino, que me han acompañado en los momentos difíciles y que han contribuido a hacer realidad uno de mis sueños más importantes.

A mi mami, Judith, por ser mi ejemplo de fortaleza, amor y perseverancia; por sus sacrificios, sus consejos y por enseñarme a nunca rendirme. A mis hermanos, por ser parte de mi vida y de mi historia. Gracias por ser mi familia y una parte fundamental de lo que soy, y a mi ñaña Eilyn, por ser mi inspiración en todo momento.

A mi pareja, Nico, por ocupar un lugar especial en mi corazón, por los momentos compartidos y por formar parte de esta etapa tan importante de mi vida. Gracias por acompañarme en este camino y ser parte de mis recuerdos más significativos.

A mi mejor amiga, Aracely, por su amistad, por escucharme y por compartir conmigo tantas emociones, que a la distancia siempre está presente en todo momento, a mis amigos y familiares, gracias por sus palabras de aliento, su cariño y por acompañarme, de cerca o a la distancia, en este proceso.

A mi ángel que está en el cielo, a quien llevo siempre en mi corazón.

Y, como parte de mi esencia, dedico unas palabras a mi pasión por el fútbol, ese deporte que me ha enseñado que nunca se debe dejar de luchar hasta el último minuto, como demuestra Lionel Messi, los grandes sueños se construyen con talento, disciplina, humildad y perseverancia, que nunca me falten las ganas de seguir adelante, de levantarme después de cada caída y de luchar por todo aquello que deseo alcanzar.

A todos ustedes, gracias por formar parte de mi historia. Este logro lleva un poquito de cada uno de ustedes y quedará para siempre guardado en mi corazón.

-Adriana

En primer lugar, agradezco a Dios por guiar mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme alcanzar uno de los sueños más importantes de mi vida.

A mi madre, Ruth, por ser mi refugio, mi ejemplo de amor y mi mayor inspiración. Gracias por cada sacrificio, cada consejo y cada abrazo que me dio fuerzas para continuar. Por creer en mí incluso cuando yo dudaba y enseñarme que, con amor y perseverancia, todo es posible.

A mi padre, Estuardo, por su esfuerzo, apoyo incondicional y por acompañarme en cada etapa de este camino. Gracias por enseñarme el valor de la dedicación y por ser parte fundamental de este sueño que hoy se hace realidad.

A mi hermano, Mateo, mi compañero de vida y de tantas experiencias. Gracias por tus palabras de aliento, por las risas compartidas y por estar a mi lado en los días buenos y en los difíciles. Tenerte en mi vida es uno de mis mayores regalos.

A mi querido Pepe, mi fiel compañero de cuatro patitas, quien estuvo a mi lado durante toda mi carrera, acompañándome en las largas noches de estudio, en mis días de cansancio y en cada pequeño logro. Aunque hoy ya no estés físicamente conmigo, tu amor, tu ternura y los recuerdos que dejamos juntos vivirán siempre en mi corazón. Me hubiera encantado que estuvieras aquí para celebrar este momento, pero sé que, de alguna manera, sigues acompañándome. Este logro también es para ti, mi pequeño ángel de cuatro patitas.

A ustedes, mi familia, les dedico este logro con todo mi corazón, porque detrás de cada esfuerzo mío siempre estuvo su amor. Este sueño lleva mi nombre, pero también sus sacrificios, sus esperanzas y su cariño. Y a quienes ya no puedo abrazar, los llevo conmigo en cada meta alcanzada.

-Mariuxi

RELIGACIÓN
REVISTA

Estilos de vida y síntomas depresivos en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025-2026

Lifestyles and depressive symptoms in older adults in rural Ecuadorian parishes, 2025–2026

Adriana Abigail Bueno Tacuri, Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta, Edison Gustavo Moyano Brito, Isabel Cristina Mesa Cano

Resumen

Los síntomas depresivos constituyen un problema de salud pública prioritario en adultos mayores. En Ecuador, la evidencia sobre su prevalencia y los estilos de vida como factores asociados en entornos rurales es limitada. Estimar la prevalencia de síntomas depresivos y la asociación con estilos de vida en adultos mayores de parroquias rurales del cantón Cuenca. Estudio transversal en 302 adultos mayores (≥65 años) de las parroquias rurales Sinincay, Ricaurte y El Valle. Se evaluaron síntomas depresivos con la Escala de Depresión GDS-15, estilos de vida con el instrumento PEPS-I. Se realizó regresión logística multivariable para identificar determinantes independientes. El 43.0% presentó síntomas depresivos. La puntuación media del PEPS-I fue significativamente menor en el grupo con depresión (130.6 ± 28.5 vs. 140.0 ± 26.9; p=0.002). Las sub-escalas de soporte interpersonal, autorrealización y manejo del estrés mostraron las diferencias más pronunciadas (p<0.001). En el modelo ajustado fueron significativos: estilo de vida poco saludable (OR: 2.25; IC 95%: 1.23–4.11), ingresos bajos (OR: 2.26; IC 95%: 1.35–3.79) y enfermedad crónica (OR: 2.08; IC 95%: 1.26–3.46). Los síntomas de la depresión afectan a cerca de la mitad de los adultos. Un estilo de vida poco saludable duplicó la probabilidad de exhibir síntomas de la depresión, independientemente de factores sociodemográficos y clínicos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de ejecutar intervenciones comunitarias orientadas principalmente al fortalecimiento de hábitos saludables, de las redes de apoyo social y de las estrategias para afrontar emocionalmente las situaciones de la vida que experimentan.

Palabras claves: Síntomas depresivos; adultos mayores; estilo de vida; zonas rurales; Ecuador.

Adriana Abigail Bueno Tacuri
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | adriana.bueno.92@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-0096-0445
Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | mariuxi.quizhpi.03@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0008-2536-558X
Edison Gustavo Moyano Brito
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | emoyanob@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-3375-8219
Isabel Cristina Mesa Cano
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | imesac@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-3263-6145

http://doi.org/10.46652/rgn.v11i52.1739
ISSN 2477-9083
Vol. 11 No. 52, octubre-diciembre, 2026, e2601739
Quito, Ecuador

Enviado: mayo 13, 2026
Aceptado: julio 16, 2026
Publicado: septiembre 05, 2026
Publicación Continua

CC BY NC ND

RELIGACIÓN CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina

Abstract

Depressive symptoms represent a priority public health concern among older adults. In Ecuador, evidence regarding their prevalence and the role of lifestyle factors in rural settings remains limited. To estimate the prevalence of depressive symptoms and assess their association with lifestyle factors among older adults living in rural parishes of Cuenca Canton. A cross-sectional study was conducted among 302 older adults (≥65 years) residing in the rural parishes of Sinincay, Ricaurte, and El Valle. Depressive symptoms were assessed using the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15), while lifestyle was evaluated using the Health-Promoting Lifestyle Profile (PEPS-I). Multivariable logistic regression was performed to identify independent factors associated with depressive symptoms. Overall, 43.0% of participants presented depressive symptoms. The mean PEPS-I score was significantly lower among participants with depressive symptoms than among those without them (130.6 ± 28.5 vs. 140.0 ± 26.9; $p = 0.002$). The interpersonal support, self-actualization, and stress management subscales showed the largest differences between groups ($p < 0.001$). In the adjusted model, an unhealthy lifestyle (OR: 2.25; 95% CI: 1.23–4.11), low income (OR: 2.26; 95% CI: 1.35–3.79), and chronic disease (OR: 2.08; 95% CI: 1.26–3.46) were significantly associated with depressive symptoms. Depressive symptoms affected nearly half of the older adults studied. An unhealthy lifestyle was associated with approximately twice the odds of depressive symptoms, independently of sociodemographic and clinical factors. These findings highlight the need for community-based interventions focused on strengthening healthy lifestyle behaviors, social support networks, and coping strategies for managing the emotional challenges experienced in later life.

Keywords: Depressive symptoms; older adults; PEPS-I; lifestyle; rural areas; Ecuador; GDS-15, chronic disease.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos contemporáneos para los sistemas de salud debido al incremento de enfermedades crónicas, deterioro funcional, discapacidad y problemas de salud mental. Una mayor longevidad no implica necesariamente un envejecimiento saludable, entendido como la conservación de la capacidad funcional, la autonomía y el bienestar durante la vejez. En este proceso intervienen factores biológicos, conductuales, sociales y ambientales, por lo que la identificación de factores potencialmente modificables representa una prioridad de salud pública (Aguilar-Latorre et al., 2022) (Boyle et al., 2009).

Entre los problemas de salud mental que afectan a los adultos mayores, los síntomas depresivos (SD) presentan especial relevancia por su asociación con menor calidad de vida, deterioro funcional y cognitivo, reducción de la participación social y mayor dependencia. Aunque no es más que un trastorno clínico acotado, la presencia de síntomas expresivos por debajo del umbral de los síntomas depresivos es de interés clínico y epidemiológico ya que pueden progresar y presentarse junto a resultados adversos en salud (Carcelén-Fraile et al., 2024) (Chen et al., 2025). Como la frecuencia de síntomas expresivos es muy variable proporcionalmente por las características de las personas que son objeto de estudio, el contexto sociocultural y la herramienta utilizada en su evaluación, este hecho favorece las razones por las que hay que investigar en grupos más concretos, especialmente en los que éstos viven en campos (Couto et al., 2025). De los factores modificables que han sido asociados a la salud mental, los estilos de vida son indudablemente factores muy importantes. La actividad física, la alimentación, el sueño, la gestión del estrés, las relaciones sociales y personales, la participación social y algunas conductas de riesgo confluyen y estructuran tipologías de conductas asociadas al bienestar psicológico (Cui et al., 2025). En el

UK Biobank se ha localizado que la actividad física, una alimentación saludable y duraciones del sueño adecuadas se asociaban a una menor frecuencia de síntomas depresivos, contrariamente al caso del consumo de tabaco o de un incremento del tiempo frente a las pantallas que se asociaban en sentido contrario, así mismo, estudios longitudinales realizados en adultos mayores han evidenciado una posible relación bidireccional entre actividad física y síntomas depresivos, dado que una menor actividad puede favorecer la aparición de síntomas y, a su vez, estos pueden reducir posteriormente la actividad física (Fernández-San Martín et al., 2002).

La alimentación representa otro componente relevante. La diversidad dietética, la calidad de la dieta y el consumo adecuado de alimentos saludables se han relacionado con mejores resultados de salud física, cognitiva y mental. Cui et al. encontraron que las actividades de ocio se asociaban con menor depresión en adultos mayores y que parte de esta relación estaba mediada por la diversidad dietética y la función cognitiva (Firth et al., 2020). De manera complementaria, Shi et al. señalaron que la alimentación, la actividad física y la calidad del sueño se encuentran interrelacionadas en su asociación con los síntomas depresivos (Fiske et al., 2009). Además, un ensayo clínico en adultos mayores mostró mejoras en depresión, ansiedad, estrés y calidad del sueño después de una intervención combinada de ejercicio de resistencia y dieta mediterránea (Han, 2018).

Estos hallazgos respaldan un enfoque multidimensional del estilo de vida. La combinación de comportamientos saludables parece aportar mayor información que el análisis aislado de cada conducta. Estudios recientes han mostrado que la acumulación de hábitos favorables se asocia con menor intensidad de síntomas depresivos y mejores resultados de salud durante el envejecimiento (Holt-Lunstad et al., 2015). También se han postulado diferentes mecanismos biológicos de tipo inflamatorio, de estrés oxidativo, de regulación neuroendocrina y de neurotrofismo para dar cuenta de la relación entre estilo de vida y depresión (Hosseini et al., 2025).

El contexto social y el contexto económico también podrían variar estos patrones. En adultos mayores latinos se ha encontrado que la edad, el nivel de ingreso y la propia percepción del estado de salud se asocian con la calidad del estilo de vida, adicionalmente, aspectos como la disponibilidad de recursos, el apoyo social, las limitaciones físicas y el acceso a servicios pueden condicionar la capacidad de realizar prácticas saludables (Jang & Yang, 2023).

Estas circunstancias asumen un interés especial en las regiones rurales, donde pueden encontrarse las mayores barreras de tipo territorial y económico (Jiao et al., 2025). Estudios en adultos mayores han mostrado además diferencias entre poblaciones rurales y urbanas en la relación entre ocio, alimentación, cognición y depresión (Kunugi, 2023).

Desde una perspectiva integral, el Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEPS-I), basado en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, permite evaluar dimensiones relacionadas con nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autorrealización. Su enfoque multidimensional resulta pertinente para estudiar la relación entre

conductas promotoras de salud y presencia de SD. Sin embargo, la evidencia disponible en adultos mayores rurales ecuatorianos continúa siendo limitada (Li et al., 2025) (Lorant, 2007).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre los estilos de vida y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores residentes en las parroquias rurales de Sinincay, Ricaurte y El Valle, cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador, durante el período 2025–2026. La generación de evidencia contextualizada puede contribuir al desarrollo de estrategias de promoción del envejecimiento saludable adaptadas a las necesidades de las poblaciones rurales (Mendoza-Núñez et al., 2009) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Metodología

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio observacional transversal basado en la comunidad entre adultos mayores de 65 años o más, residentes en las parroquias rurales de Sinincay, Ricaurte y El Valle, cantón Cuenca, Ecuador. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas domiciliarias realizadas por personal de salud entrenado. Se incluyeron personas de 65 años o más que residieran habitualmente en el área de estudio y que otorgaran su consentimiento informado por escrito. Se excluyeron quienes presentaran deterioro cognitivo severo que impidiera la comprensión y respuesta a los instrumentos. La muestra final analizada fue de 302 participantes con datos completos. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional correspondiente.

Variables e instrumentos de medición

Variables sociodemográficas. Se recolectó información sobre edad, sexo, nivel de educación, parroquia de residencia, situación de convivencia (solo/a vs. acompañado/a), nivel de ingresos familiares (bajo, medio, alto) y presencia de enfermedad crónica autorreferida, verificada mediante registros médicos o medicación en curso.

Estilos de vida — PEPS-I. Los estilos de vida se evaluaron mediante el Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEPS-I), desarrollado por Walker et al. (1987) y adaptado al español para poblaciones latinoamericanas [10, 11]. El instrumento consta de 48 ítems agrupados en seis sub-escalas: (1) Nutrición (6 ítems, rango 6–24); (2) Ejercicio (5 ítems, rango 5–20); (3) Responsabilidad en salud (10 ítems, rango 10–40); (4) Manejo del estrés (7 ítems, rango 7–28); (5) Soporte interpersonal (7 ítems, rango 7–28); y (6) Autorrealización (13 ítems, rango 13–52). Cada pregunta se respondió mediante una escala Likert de 4 puntos (1= jam á s a 4=rutinariamente). El rango de puntuación total es de 48 a 192 puntos; a mayor puntuación mayor posibilidad de responder en las conductas promotoras de la salud. Para análisis categórico, los / y las participantes

fueron divididos en tres grupos según los tertiles de la distribución observada: poco saludable (<128 puntos), moderadamente saludable (128–151 puntos) y saludable (>151 puntos).

Síntomas depresivos — GDS-15. Los SD se valoraron mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), que consta de 15 ítems de respuesta dicotómicos (sí/no). Se considerarán SD las calificaciones superiores a 5 puntos: depresión probable (6 a 9 puntos) y depresión establecida (≥10 puntos). Esta prueba ha sido validada en poblaciones latinoamericanas (Hosseini et al., 2025) (Jang & Yang, 2023).

Análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo de todas las variables. Las puntuaciones de las sub-escalas PEPS-I y el puntaje total se presentan como media ± desviación estándar (DE). La comparación de puntuaciones PEPS-I entre grupos con y sin SD se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, dado que las distribuciones no siguieron normalidad (prueba de Shapiro-Wilk). Para las variables categóricas se empleó la prueba Chi cuadrado (χ^2) con nivel de significancia del 5%. Se ajustó un modelo de regresión logística binaria para identificar determinantes independientes de SD, incluyendo las categorías del PEPS-I como variable de exposición principal junto a covariables sociodemográficas y clínicas. Se reportaron OR crudos y ajustados con IC 95%. Los análisis se realizaron con Python 3.11 (librerías statsmodels y scipy).

Resultados

Características de la muestra

Un total de 302 adultos mayores con datos completos fueron incluidos en el análisis. El 68.2% eran mujeres. La edad media fue de 74.1 años (DE: 7.8), con el 52.3% en el grupo de 65–74 años y el 11.6% con 85 años o más. El 50.7% residía en Sinincay, el 27.5% en Ricaurte y el 21.9% en El Valle. El 33.8% no tenía escolaridad y el 54.0% reportó ingresos familiares bajos. (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de zonas rurales de Cuenca, Ecuador (n=302)

Variable	Total (n=302)		Sin depresión (n=172)		Con depresión (n=130)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Grupo de edad (años)							
65–74	158	52.3	99	62.7	59	37.3	0.088
75–84	109	36.1	57	52.3	52	47.7	
≥85	35	11.6	16	45.7	19	54.3	
Sexo							
Hombre	96	31.8	58	60.4	38	39.6	0.407
Mujer	206	68.2	114	55.3	92	44.7	

Variable	Total (n=302)		Sin depresión (n=172)		Con depresión (n=130)		p-valor
Parroquia de residencia							
Sinincay	153	50.7	120	78.4	33	21.6	<0.001
Ricaurte	83	27.5	42	50.6	41	49.4	
El Valle	66	21.9	13	19.7	53	80.3	
Nivel de educación							
Sin escolaridad	102	33.8	48	47.1	54	52.9	0.043
Primaria	179	59.3	109	60.9	70	39.1	
Secundaria o más	21	6.9	15	71.4	6	28.6	
Situación de convivencia							
Acompañado/a	215	71.2	126	58.6	89	41.4	0.513
Solo/a	87	28.8	47	54.0	40	46.0	
Nivel de ingresos familiares							
Bajo	163	54.0	75	46	88	54.0	<0.001
Medio	134	44.4	93	69.4	41	30.6	
Alto	5	1.7	5	100.0	0	0.0	

Fuente: elaboración propia.

Nota: Los porcentajes se calculan sobre el total de participantes con datos válidos para cada variable. p-valor obtenido mediante prueba Chi cuadrado (χ^2).

Prevalencia de síntomas depresivos

El 43.0% (n=130; IC 95%: 37.4–48.8%) de los participantes presentó SD: el 20.9% correspondió a probable depresión (GDS-15: 6–9 puntos) y el 22.2% a depresión establecida (≥10 puntos). La prevalencia fue significativamente mayor en participantes de El Valle (80.3%), con ingresos bajos (54.3%), con enfermedad crónica (54.4%) y con estilo de vida poco saludable según el PEPS-I (60.0%) ($p<0.001$ en todos los casos).

Estilos de vida (PEPS-I) y síntomas depresivos

La puntuación media del PEPS-I total fue de 135.6 puntos (DE: 27.9; rango observado: 2–188). Los adultos mayores con SD obtuvieron puntuaciones significativamente menores en el PEPS-I total (130.6 ± 28.5 vs. 140.0 ± 26.9; $p=0.002$) y en tres sub-escalas específicas: soporte interpersonal (19.5 ± 4.4 vs. 22.0 ± 3.9; $p<0.001$), autorrealización (36.8 ± 8.1 vs. 41.2 ± 7.3; $p<0.001$) y manejo del estrés (18.7 ± 4.4 vs. 20.5 ± 4.4; $p<0.001$). La sub-escala de nutrición también fue significativa ($p=0.012$), mientras que ejercicio y responsabilidad en salud no alcanzaron significancia estadística (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones de las sub-escalas PEPS-I según presencia de síntomas depresivos en adultos mayores rurales del Ecuador (n=302)

Sub-escala PEPS-I	Rango posible	Con depresión (n=130)		Sin depresión (n=172)		p-valor
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Nutrición	6–24	16.9	(3.5)	17.8	(3.7)	0.012
Ejercicio	5–20	13.1	(3.5)	13.9	(3.4)	0.078
Responsabilidad en salud	10–40	26.4	(5.7)	26.1	(5.0)	0.714
Manejo del estrés	7–28	18.7	(4.4)	20.5	(4.4)	<0.001
Soporte interpersonal	7–28	19.5	(4.4)	22.0	(3.9)	<0.001
Autorrealización	13–52	36.8	(8.1)	41.2	(7.3)	<0.001
TOTAL PEPS-I	48–192	130.6	(28.5)	140.0	(26.9)	0.002

Fuente: elaboración propia.

Nota: DE: desviación estándar. p-valor obtenido mediante prueba U de Mann-Whitney. Valores con p<0.05 en negrita.

La prevalencia de SD fue del 60.0% en el grupo de estilo de vida poco saludable (PEPS-I <128 puntos), frente al 36.5% en el grupo moderado y el 36.8% en el saludable (p<0.001). La Tabla 3 detalla la distribución de las variables de estilo de vida y clínicas según la presencia de SD.

Tabla 3. Variables de estilo de vida (PEPS-I), hábitos y enfermedad crónica según presencia de síntomas depresivos (n=302)

Variable	Total (n=302)		Sin depresión (n=172)		Con depresión (n=130)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Estilo de vida global (PEPS-I)							
Poco saludable (<128 pts)	100	33.1	40	40.0	60	60.0	<0.001
Moderadamente saludable (128–151 pts)	96	31.8	61	63.5	35	36.5	
Saludable (>151 pts)	106	35.1	67	63.2	39	36.8	
Actividad física (ítem PEPS-I)							
Sí realiza	216	71.5	140	64.8	76	35.2	<0.001
No realiza	75	24.8	26	34.7	49	65.3	
Tabaquismo							
No fuma	292	96.7	166	56.8	126	43.2	1.000
Fuma actualmente	10	3.3	6	60.0	4	40.0	
Consumo de alcohol							
No consume	281	93	160	56.9	121	43.1	0.973
Consume	21	7	12	57.1	9	42.9	
Enfermedad crónica							
No	149	49.3	101	67.8	48	32.2	<0.001
Sí	153	50.7	70	45.8	83	54.2	

Fuente: elaboración propia.

Nota: PEPS-I: Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud. p-valor obtenido mediante prueba Chi cuadrado (χ^2).

Determinantes independientes de síntomas depresivos

En el modelo de regresión logística multivariable (n=302), el estilo de vida poco saludable medido por el PEPS-I fue un determinante independiente y estadísticamente significativo de SD (OR ajustado: 2.25; IC 95%: 1.23–4.11; p=0.008), comparado con el estilo de vida saludable. Los ingresos familiares bajos (OR: 2.26; IC 95%: 1.35–3.79; p=0.002) y la presencia de enfermedad crónica (OR: 2.08; IC 95%: 1.26–3.46; p=0.004) también constituyeron determinantes significativos. El sexo femenino, la escolaridad, la situación de convivencia y el grupo de edad no resultaron estadísticamente significativos en el modelo final. El estilo de vida moderadamente saludable no difirió significativamente del saludable (OR: 0.84; p=0.592) (Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión logística de determinantes de síntomas depresivos en adultos mayores rurales del Ecuador (n=302)

Variable	OR crudo	IC 95% crudo	OR ajustado	IC 95% ajustado	p
Grupo de edad (ref.: 65–74 años)					
75–84 años	1.35	0.84–2.16	1.18	0.68–2.03	0.557
≥85 años	1.67	0.82–3.39	1.24	0.55–2.82	0.601
Sexo (ref.: Hombre)					
Mujer	1.23	0.75–2.02	1.10	0.64–1.87	0.732
Educación (ref.: Secundaria o más)					
Sin escolaridad	2.67	0.85–8.36	1.19	0.69–2.03	0.534
Primaria	1.55	0.51–4.73	1.06	0.58–1.95	0.850
Estilo de vida PEPS-I (ref.: Saludable)					
Poco saludable (<128 pts)	2.83	1.73–4.64	2.25*	1.23–4.11	0.008
Moderadamente saludable (128–151 pts)	0.57	0.34–0.95	0.84	0.45–1.57	0.592
Enfermedad crónica (ref.: No)					
Sí	2.39	1.50–3.81	2.08*	1.26–3.46	0.004
Ingresos familiares (ref.: Medio/alto)					
Bajo	2.77	1.72–4.46	2.26*	1.35–3.79	0.002
Convivencia (ref.: Acompañado/a)					
Solo/a	1.18	0.72–1.95	1.03	0.59–1.80	0.906

Fuente: elaboración propia.

Nota: OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%. * p<0.05. PEPS-I: Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud. Categoría de referencia: Saludable (>151 pts).

Discusión

Los hallazgos de este estudio muestran una elevada frecuencia de síntomas depresivos (SD) en adultos mayores residentes en parroquias rurales del cantón Cuenca y evidencian que su

distribución está relacionada con factores conductuales, socioeconómicos y clínicos. El principal resultado fue la asociación independiente entre un estilo de vida menos saludable, evaluado mediante el Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEPS-I), y la presencia de SD, después del ajuste por variables sociodemográficas y clínicas, los participantes con un estilo de vida menos favorable presentaron aproximadamente el doble de probabilidades de SD (OR ajustada: 2,25), de forma paralela, los ingresos reducidos (OR: 2,26) y la presencia de enfermedad crónica (OR: 2,08) permanecieron asociados de manera independiente. Estos resultados sugieren que la salud mental en la vejez rural debe interpretarse desde una perspectiva multidimensional, en la que interactúan conductas modificables, recursos económicos, condiciones clínicas y factores psicosociales (Mohammad Hanipah et al., 2025).

La prevalencia de SD encontrada, del 43,0%, indica una carga relevante en la población estudiada. No obstante, la comparación directa con investigaciones internacionales requiere cautela debido a las diferencias en población, instrumentos y puntos de corte empleados. Estudios realizados en adultos mayores chinos han documentado prevalencias elevadas de sintomatología depresiva; Chen et al. informaron cifras cercanas al 25–28% y confirmaron, mediante análisis longitudinales, una relación bidireccional entre actividad física y síntomas depresivos (Organización Mundial de la Salud, 2017). Por su parte, Cui et al., utilizando datos del Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, señalaron una elevada carga de depresión en adultos mayores y encontraron asociaciones entre actividades de ocio, diversidad dietética, función cognitiva y depresión (Patel, 2007). En comparación con estos estudios, la proporción encontrada en las parroquias rurales de Cuenca es mayor; sin embargo, las diferencias podrían estar relacionadas tanto con las características socioeconómicas y territoriales de la población como con el uso de diferentes instrumentos de detección. Por ello, los resultados no deben interpretarse como evidencia de una prevalencia superior a la de toda la población adulta mayor ecuatoriana (Patel, 2007).

La asociación entre el estilo de vida global y los SD es consistente con la evidencia que propone analizar conjuntamente múltiples conductas de salud en lugar de estudiar exposiciones aisladas. Sarris et al., en un análisis transversal y longitudinal de 84 860 participantes del UK Biobank, encontraron que la actividad física, una alimentación saludable y una duración adecuada del sueño se asociaban con menor frecuencia de ánimo depresivo, mientras que el tabaquismo y un mayor tiempo frente a pantallas se relacionaban con resultados menos favorables (Pilania et al., 2019). Asimismo, una revisión sobre depresión y estilo de vida identificó a la dieta, la actividad física, el sueño, el sedentarismo, el consumo de sustancias y otros comportamientos como componentes interrelacionados potencialmente vinculados con los trastornos depresivos (Pirkis et al., 2009). Estos antecedentes respaldan la interpretación de que el efecto observado para el PEPS-I podría reflejar la acumulación e interacción de distintos comportamientos promotores de salud, más que el efecto de una conducta específica (Rodríguez-Gázquez et al., 2013).

El análisis de las dimensiones del PEPS-I aporta información adicional. Los participantes con SD obtuvieron puntuaciones inferiores particularmente en soporte interpersonal, autorrealización,

manejo del estrés y nutrición. El soporte interpersonal presentó una de las mayores diferencias entre los grupos, lo cual concuerda con la importancia atribuida a la interacción social y a la participación en actividades significativas durante el envejecimiento. Cui et al. observaron que una mayor participación en actividades de ocio se relacionaba con menor depresión incluso después de ajustar por variables sociodemográficas, enfermedades crónicas, tabaquismo, consumo de alcohol y ejercicio (Roldán González et al., 2022). De manera similar, investigaciones longitudinales recientes han señalado que el compromiso social y las actividades cognitivamente estimulantes pueden influir en diferentes trayectorias de envejecimiento cognitivo (Sarris et al., 2020). En este sentido, la convivencia física con otras personas no necesariamente equivale a disponer de apoyo interpersonal efectivo; la calidad, reciprocidad y significado de las relaciones podrían ser más relevantes que la estructura del hogar por sí sola (Shi et al., 2024).

Las diferencias encontradas en autorrealización y manejo del estrés también son plausibles desde una perspectiva biopsicosocial. Una menor percepción de propósito, satisfacción personal y capacidad para gestionar situaciones estresantes podría coexistir con mayor vulnerabilidad emocional. La evidencia disponible sugiere que los estilos de vida pueden incluso modificar la relación entre acontecimientos vitales negativos y síntomas depresivos. Yang et al. observaron que la adopción conjunta de conductas saludables se relacionaba con una menor probabilidad de sintomatología depresiva y moderaba parcialmente la asociación entre eventos adversos recientes y depresión (Steffens et al., 2009). Aunque dicho estudio no estuvo restringido a adultos mayores, aporta evidencia sobre el posible efecto acumulativo de diferentes recursos conductuales frente al estrés.

La dimensión nutricional también mostró puntuaciones inferiores entre quienes presentaron SD. Este resultado coincide con estudios que han relacionado patrones dietéticos de mayor calidad con mejores indicadores de salud mental. Shi et al. demostraron que alimentación, actividad física y calidad del sueño se encuentran interrelacionadas en su asociación con síntomas depresivos (Stubbs et al., 2017). Además, un ensayo clínico en adultos mayores mostró mejoras en depresión, ansiedad, estrés y calidad del sueño después de una intervención que combinó ejercicio de resistencia y dieta mediterránea, sin embargo, debido al diseño transversal del presente estudio, no puede establecerse que una alimentación menos saludable provoque SD; también es posible que la sintomatología depresiva modifique el apetito, la motivación y las decisiones alimentarias (Vieira et al., 2021).

La actividad física requiere una interpretación similar. Aunque la dimensión de ejercicio del PEPS-I no mostró una diferencia estadísticamente significativa, la ausencia de actividad física evaluada de manera específica sí se relacionó con mayor frecuencia de SD. Esta aparente discrepancia podría reflejar diferencias en la forma en que ambas mediciones captan el comportamiento físico. La evidencia longitudinal apoya la idea de que puede existir una posible relación bidireccional: Chen et al. encontraron que en un momento posterior la actividad física predijo una menor sintomatología deprimida y que la sintomatología deprimida también predijo una disminución de la actividad física (Walker et al., 1987). Son destacables estos hallazgos si evitamos extraer conclusiones causales unidireccionales.

Los escasos ingresos fueron otro determinante independiente. Este resultado es congruente con los trabajos latinoamericanos que muestran una relación entre las condiciones socioeconómicas, el ingreso y la percepción del estado de salud con los estilos de vida de los adultos mayores (Wang et al., 2025). Los recursos económicos condicionan la adquisición de alimentos saludables, la práctica de actividades de ocio, el transporte hacia los servicios de salud o la participación en actividades ciudadanas. Por lo tanto, promover estilos de vida saludables solo desde la responsabilidad individual puede ser insuficiente. La revisión de Mohammad Hanipah et al. identificó como barreras a la modificación del estilo de vida la falta de conocimiento, las limitaciones físicas o mentales y el escaso apoyo social, exhortando a la necesidad de realizar intervenciones sostenidas por profesionales, familias y comunidades (Wang et al., 2023).

La existencia de enfermedad crónica también ha duplicado aproximadamente las probabilidades de Sindrome Discapacitante. Esto bien podría reflejar la interacción entre enfermedad, limitación funcional, dependencia, carga terapéutica y bienestar psicológico. En el ámbito de la menor edad, los estudios han encontrado que la percepción negativa de la salud, las limitaciones de la actividad y la depresión están relacionadas (Wang et al., 2025). La actividad física relacionada con la movilidad, el autocuidado, la realización de actividades habituales y la ansiedad/depresión también está relacionada en personas mayores con enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el hecho de haber registrado la enfermedad crónica de forma autorreferida y agrupada dificultó la evaluación del efecto de la enfermedad, el número, la gravedad o el tipo de enfermedad (Yadav et al., 2020).

Un hallazgo adicional es la gran variabilidad observada entre parroquias. Pero las diferencias entre Sinincay, Ricaurte y El Valle tampoco pueden atribuirse a características territoriales específicas porque el estudio no evalúa de forma sistemática los factores comunitarios (accesibilidad geográfica, transporte, disponibilidad de los servicios, cohesión social, infraestructuras recreativas, etc). Como consecuencia de todo esto, dicha variabilidad es una hipótesis interesante para estudiar, la cual podría realizarse a partir de diseños multicéntricos y modelos de nivel (Yang et al., 2025).

La evaluación multidimensional del estilo de vida, la consideración simultánea de factores de tipo conductuales, socioeconómicos y clínicos y la inclusión de adultos mayores rurales, una población que escasea en una buena parte de la literatura existente son las fortalezas del estudio. Sin embargo, el diseño transversal no permite establecer temporalidad ni causalidad; los estilos de vida y las enfermedades fueron evaluados mediante autorreporte, con el sesgo de recuerdo posible o de deseabilidad social; y la GDS-15 identifica sintomatología compatible con depresión, pero no sustituye la evaluación diagnóstica. Además, pueden quedar además factores de confusión no medidos, entre los cuáles pueden haber discapacidad, deterioro cognitivo, calidad del sueño, dolor, duelo, inseguridad alimentaria, acceso a los servicios y uso de medicamentos (Yesavage et al., 1982–1983).

Conjuntamente, los resultados evidencian que los SD en los adultos mayores rurales se relacionan con la interacción entre estilos de vida menos favorables, vulnerabilidad económica y

enfermedad crónica. Dentro del perfil de estilo de vida, el soporte interpersonal, la autorrealización, el manejo del estrés y la nutrición fueron las dimensiones que mejor diferenciaron a los participantes con y sin SD. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias comunitarias integrales que combinen detección temprana de síntomas depresivos, fortalecimiento de redes sociales, promoción de actividad física y alimentación saludable, manejo de enfermedades crónicas y consideración de las condiciones socioeconómicas. Estudios longitudinales y multicéntricos serán necesarios para establecer la dirección de estas asociaciones y evaluar intervenciones culturalmente adaptadas al contexto rural ecuatoriano (Yuan et al., 2025).

Conclusión

Los resultados del presente estudio evidencian que los síntomas depresivos constituyen un problema relevante de salud mental entre los adultos mayores residentes en parroquias rurales del cantón Cuenca. La prevalencia global de síntomas depresivos fue del 43,0%, lo que significa que aproximadamente cuatro de cada diez participantes presentaron algún grado de sintomatología depresiva. Dentro de este grupo, el 20,9% presentó probable depresión y el 22,2% alcanzó puntuaciones compatibles con depresión establecida según la GDS-15. Además, se observaron diferencias importantes entre las parroquias estudiadas, con una mayor proporción de síntomas depresivos en El Valle, así como entre los participantes con menores ingresos familiares, enfermedad crónica y estilos de vida menos saludables.

El estilo de vida mostró una relación significativa con la presencia de síntomas depresivos. Los adultos mayores con sintomatología depresiva presentaron puntuaciones globales inferiores en el PEPS-I en comparación con quienes no manifestaron estos síntomas. La diferencia de los resultados fue principalmente importante y notable en las dimensiones de soporte interpersonal, autorrealización y manejo del estrés, así como, la nutrición fue de un modo significativo. Por el contrario, en cambio, las dimensiones ejercicio y responsabilidad en salud no lograron diferencias significativas entre los grupos, al ser analizadas como subescalas del instrumento. Es indudable que estos resultados afirman que la forma de la relación entre el estilo de vida y la salud mental en la vejez no reside solamente en cómo se comportan físicamente, sino que también implica aspectos emocionales, sociales y de autorrealización.

La clasificación global del PEPS-I confirmó esta asociación. El 60,0% de los participantes con estilo de vida poco saludable manifestó síntomas depresivos, frente a aproximadamente el 36% de la población clasificada como constituyendo estilos de vida moderadamente saludables o saludables. El déficit en actividad física se vio también asociado a una mayor carga de síntomas depresivos, y los niveles de consumo de tabaco y alcohol no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis multivariable, el estilo de vida poco saludable se mantuvo como un factor asociado a síntomas depresivos de manera independiente. Los adultos mayores que fueron clasificados con un estilo de vida poco saludable presentaron 2,25 veces más posibilidades de

presentar síntomas depresivos en comparación con la población clasificada con estilos de vida saludables. De manera paralela, los ingresos familiares bajos aumentaron las probabilidades de presentar sintomatología depresiva de aproximadamente 2,26 veces y la presencia de enfermedad crónica aumentó las probabilidades de presentar sintomatología depresiva de aproximadamente 2,08 veces. Por el contrario, la edad, el sexo, el nivel educativo y la situación de convivencia no mantuvieron asociaciones estadísticamente significativas una vez fueron ajustadas en el análisis multivariable.

En su conjunto, estos resultados muestran que los síntomas depresivos en los adultos mayores rurales están asociados con una combinación de factores conductuales, económicos y clínicos. El estilo de vida poco saludable, la vulnerabilidad económica y la carga de enfermedad crónica se consideran los principales factores asociados en esta población. Por eso, los esfuerzos destinados a promover el envejecimiento saludable deberían plantear una estrategia integral que contemple el fomento del soporte interpersonal, la autoeficacia, el control del estrés, la alimentación saludable y la actividad física, tal como una atención prioritaria de la población de adultos mayores vulnerables, aquellos que presentan enfermedades crónicas y limitaciones económicas.

Por último, los resultados ofrecen evidencia contextualizada sobre una población rural ecuatoriana poco estudiada, y permiten identificar grupos con mayor vulnerabilidad. No obstante, debido al diseño transversal del estudio, las asociaciones observadas no permiten establecer relaciones causales. Futuras investigaciones longitudinales serán necesarias para determinar la dirección temporal de estas relaciones y evaluar intervenciones comunitarias dirigidas a modificar los factores potencialmente relacionados con la aparición o persistencia de síntomas depresivos en la vejez.

Referencias

Aguilar-Latorre, A., Serrano-Ripoll, M. J., Oliván-Blázquez, B., Gervilla, E., & Navarro, C. (2022). Associations between severity of depression, lifestyle patterns, and personal factors related to health behavior: Secondary data analysis from a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.856139

Bhamani, M. A., Karim, M. S., & Khan, M. M. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 13. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-181

Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine*, *71*(5), 574–579. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a5a7c0

Carcelén-Fraile, M. C., Déniz-Ramírez, N. P., Sabina-Campos, J., Aibar-Almazán, A., Rivas-Campo, Y., González-Martín, A. M. (2024). Exercise and nutrition in the mental health of the older adult population: A randomized controlled clinical trial. *Nutrients*, *16*(11). https://doi.org/10.3390/nu16111741

Chen, H., Lu, T., Sui, H., Tao, B., Chen, H., & Yan, J. (2025). Bidirectional relationships between physical exercise and depressive symptoms among Chinese older adults: Evidence from the China Family Panel Studies. *Scientific Reports*, *15*(1). https://doi.org/10.1038/s41598-025-00947-x

Couto, S., Cenit, M. C., Montero, J., & Iguacel, I. (2025). The impact of intermittent fasting and Mediterranean diet on older adults' physical health and quality of life: A randomized clinical trial. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *35*(10). https://doi.org/10.1016/j.numecd.2025.104132

Cui, Y., Duan, Y., Du, J., Yang, L., Tian, X., & Liu, H. (2025). Relationship between leisure activity and depression in Chinese older adults: Chain mediating effect of diet and cognition. *BMC Geriatrics*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-024-05671-1

Fernández-San Martín, M. I., Andrade-Rosa, C., Molina, J. D., Muñoz, P. E., Carretero, B., Rodríguez, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(3), 279–287. https://doi.org/10.1002/gps.588

Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, *19*(3), 360–380. https://doi.org/10.1002/wps.20773

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Han, J. (2018). Chronic illnesses and depressive symptoms among older people: Functional limitations as a mediator and self-perceptions of aging as a moderator. *Journal of Aging and Health*, *30*(8), 1188–1204. https://doi.org/10.1177/0898264317711609

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352

Hosseini, F. A., Bagherian, S., Cañete-Massé, C., Moradinazar, M., & Najafi, F. (2025). The mediating role of physical activity, morning wake-up time, and sleep-inducing medication use in the relationship between age and depression: A path analysis of a large Kurdish cohort study in Iran. *BMC Public Health*, 25. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21262-6

Jang, S., & Yang, E. (2023). Sleep, physical activity, and sedentary behaviors as factors related to depression and health-related quality of life among older women living alone: A population-based study. *European Review of Aging and Physical Activity*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s11556-023-00314-7

Jiao, H., Ge-Zhang, S., & Yang, J. (2025). Healthy lifestyle behaviors and depressive symptoms: A national cross-sectional study of the older adults in China. *Frontiers in Medicine*, 12. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1548034

Kunugi, H. (2023). Depression and lifestyle: Focusing on nutrition, exercise, and their possible relevance to molecular mechanisms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *77*(8), 420–433. https://doi.org/10.1111/pcn.13551

Li, Y., Chen, Y., Zhao, H., Zhou, W., Lai, W., Hao, J., et al. (2025). Combined lifestyle, childhood trauma and depressive symptoms in adults with subthreshold depression: A prospective cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 34. https://doi.org/10.1017/S2045796025100127

Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J., & Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 293–298. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020040

Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L., & Correa-Muñoz, E. (2009). Implementation of an active aging model in rural communities as a strategy for improving the health and quality of life of older persons. *Family Practice*, *26*(4), 261–269. https://doi.org/10.1093/fampra/cmp019

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Encuesta nacional de salud y nutrición: ENSANUT 2018*.

Mohammad Hanipah, J., Mat Ludin, A. F., Singh, D. K. A., Subramaniam, P., & Shahar, S. (2025). Motivation, barriers and preferences of lifestyle changes among older adults with frailty and mild cognitive impairments: A scoping review of qualitative analysis. *PLOS ONE*, *20*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314100

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud mental de los adultos mayores.* https://acortar.link/3TlqId

Patel, V. (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 81–82, 81–96. https://doi.org/10.1093/bmb/ldm010

Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., et al. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z

Pirkis, J., Pfaff, J., Williamson, M., Tyson, O., Stocks, N., Goldney, R., et al. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, *115*(1–2), 54–61. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.014

Rodríguez-Gázquez, M. Á., Arredondo-Holguín, E., & Hernández-Ledesma, I. C. (2013). Características del estilo de vida de adultos mayores de una comunidad rural de Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, *31*(3), 420–427.

Roldán González, E., Lerma Castaño, P. R., Amanderanda Zemanate, A. Y., Caicedo Muñoz, Á. G., & Bonilla Santos, G. (2022). Healthy lifestyles associated with socioeconomic determinants in the older adult population. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13. https://doi.org/10.1177/21501319221112808

Sarris, J., Thomson, R., Hargraves, F., Eaton, M., de Manincor, M., Veronese, N., et al. (2020). Multiple lifestyle factors and depressed mood: A cross-sectional and longitudinal analysis of the UK Biobank (N = 84,860). *BMC Medicine*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-020-01813-5

Shi, L., He, F., Wu, F., Ren, Y., Xiong, M., Wu, Y., et al. (2024). Serial mediation effect of physical activity and sleep quality between dietary behaviour and depression symptoms: A nationwide cross-sectional survey. *Journal of Global Health*, 14. https://doi.org/10.7189/jogh.14.04081

Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: The Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*, *21*(5), 879–888. https://doi.org/10.1017/S1041610209990044

Stubbs, B., Koyanagi, A., Hallgren, M., Firth, J., Richards, J., Schuch, F., et al. (2017). Physical activity and anxiety: A perspective from the World Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 208, 545–552. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.028

Vieira, F. S. T., Muraro, A. P., Rodrigues, P. R. M., Sichieri, R., Pereira, R. A., & Ferreira, M. G. (2021). Lifestyle-related behaviors and depressive symptoms in college students. *Cadernos de Saúde Pública*, *37*(10). https://doi.org/10.1590/0102-311X00202920

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76–81. https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002

Wang, D., Zhang, Y., Guo, Z., & Lu, S. (2025). Sedentary behavior and physical activity are associated with risk of depression among adult and older populations: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1542340

Wang, J., Chen, C., Zhou, J., Ye, L., Li, Y., Xu, L., et al. (2023). Healthy lifestyle in late-life, longevity genes, and life expectancy among older adults: A 20-year, population-based, prospective cohort study. *The Lancet Healthy Longevity*, *4*(10). https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00140-X

Wang, L. Y., Hu, Z. Y., Chen, H. X., Zhu, H., Zhou, C. F., Zhang, R. X., et al. (2025). Systematic review of longitudinal studies on daily health behavior and activity of daily living among older adults. *Frontiers in Public Health*, 13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1419279

Yadav, U. N., Thapa, T. B., Mistry, S. K., Pokhrel, R., & Harris, M. F. (2020). Socio-demographic characteristics, lifestyle factors, multi-morbid conditions and depressive symptoms among Nepalese older adults. *BMC Psychiatry*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02680-3

Yang, Y., Liao, Y., Li, Y., Zhang, H., Liu, Y., Shi, G., et al. (2025). Healthy lifestyle moderates the association between recent negative life events and depressive symptoms: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1575149

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1982–1983). 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

Yuan, Y., Huang, W., Hu, C., & Zhang, W. (2025). The interaction of physical activity and sleep quality with depression and anxiety in older adults. *Frontiers in Public Health*, 13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1674459

Autores

Adriana Abigail Bueno Tacuri. Desde sus primeros años de estudio comprendió que la educación es una herramienta fundamental para alcanzar sus metas y crecer tanto personal como profesionalmente. Cada etapa escolar estuvo llena de aprendizajes, retos y experiencias que fueron formando su carácter y sus aspiraciones. Hoy, al finalizar su carrera universitaria de Enfermería, valora cada esfuerzo realizado y se siente motivada a continuar creciendo en esta profesión.

Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta. Su trayectoria académica ha estado marcada por experiencias que le enseñaron la importancia de la constancia, la responsabilidad y la dedicación. Desde la etapa escolar fue construyendo poco a poco sus metas y descubriendo su vocación de servicio. Actualmente, al culminar sus estudios universitarios en Enfermería, recuerda con gratitud el camino recorrido y afronta con entusiasmo los nuevos desafíos de su vida profesional.

Edison Gustavo Moyano Brito. Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Gestión de la Salud para el Desarrollo Local. Profesor investigador de la Universidad Católica de Cuenca.

Isabel Cristina Mesa Cano. Enfermera. Especialista en Cuidado del Adulto en Estado Crítico de Salud por la Universidad de Antioquia. Doctora en Enfermería por la UNAB. Trayectoria clínica de 10 años como enfermera asistencial en unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos del Hospital General de Medellín y en unidades de cuidados intensivos de la Clínica Emssa. 10 años de experiencia docente en pregrado y posgrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. Coordinadora Académica de la Maestría en Gestión del Cuidado, Unidad Académica de Posgrado de la Universidad Católica de Cuenca.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

Es producto del proyecto: Valoración geriátrica integral en adultos mayores de 65-90 años del cantón Cuenca 2024-2025

Universidad Católica de Cuenca	**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Adriana Abigail Bueno Tacuri portadora de la cédula de ciudadanía Nº **0105985592** y **Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta** portadora de la cédula de ciudadanía Nº **0105888903** En calidad de autoras y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **Estilos de vida y síntomas depresivos en adultos mayores de las parroquias rurales ecuatorianas 2025 - 2026,** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **13 de octubre de 2026**

F: ……..

Adriana Abigail Bueno Tacuri

C.I. **0105985592**

F: ……..

Mariuxi Carolina Quizhpi Peralta

C.I. **0105888903**