

Valoración geriátrica integral en adultos mayores: evaluación cognitiva, social y emocional en Imbabura, Ecuador

Comprehensive geriatric assessment in older adults: cognitive, social, and emotional evaluation in Imbabura, Ecuador

Yuneyda Beatriz Camero Solorzano¹ (ybcamero@pucesi.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-0001-9559>)

María Paulina Muñoz Navarro² (mmunoz351@pucesi.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-5538-6444>)

Lilian Anais Bastidas Obando³ (labastidas@pucesi.edu.ec) (<https://orcid.org/0009-0001-7142-0366>)

Dennis Alejandra Portilla Valencia⁴ (daportillav@pucesi.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-1899-7331>)

Resumen

El estudio evaluó el envejecimiento de las personas adultas mayores desde las esferas cognitiva, social y emocional de la valoración geriátrica integral en territorios urbanos y rurales de Imbabura en Ecuador. Se ejecutó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y analítico con 534 de los casos: 266 rurales y 268 urbanos. También se aplicaron los instrumentos de KICA-Cog, la Escala Sociofamiliar de Gijón y la Escala de la Depresión Geriátrica de Yesavage. Además, se identificó un tamizaje positivo para el deterioro cognitivo con el 85,82% del área urbana y el 62,78% del territorio rural. Por lo que el riesgo social intermedio prevaleció en ambos

¹ Especialista en Gerencia en Salud. Coordinador Académico de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

² Máster Universitario en Neuropsicología Aplicada a la Educación. Directora Académica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

³ Doctoranda en Ciencias Biomédicas. Docente de la Escuela de Salud Integral de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

⁴ Magíster en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería. Docente de la Escuela de Salud Integral de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

de los territorios, con el 67,54% y el 65,41%. En cuanto, a la depresión probable fue del 28,74% en el área urbana y el 34,58% en el área rural. Así, se concluyó que existieron las diferencias territoriales cognitivas y sociales, sin una diferencia afectiva significativa.

Abstract

The study assessed the aging process of older adults from the cognitive, social, and emotional domains of the comprehensive geriatric assessment in urban and rural territories of Imbabura, Ecuador. A quantitative, observational, cross-sectional, descriptive, and analytical study was conducted with 534 cases: 266 from rural areas and 268 from urban areas. The KICA-Cog, the Gijón Socio-Family Evaluation Scale, and the Yesavage Geriatric Depression Scale were applied. A positive screening result for cognitive impairment was identified in 85.82% of the urban area and 62.78% of the rural area. Therefore, intermediate social risk predominated in both territories, with 67.54% and 65.41%, respectively. Regarding probable depression, it was identified in 28.74% of the urban area and 34.58% of the rural area. Thus, the study concluded that cognitive and social territorial differences existed, without a significant affective difference.

Palabras clave: valoración geriátrica integral, adultos mayores, deterioro cognitivo, depresión geriátrica, riesgo social

Keywords: comprehensive geriatric assessment, older adults, cognitive impairment, geriatric depression, social risk.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico de alcance mundial, del cual Ecuador también participa. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2024), el 9% de la población ecuatoriana supera los 65 años, lo cual refleja una transición asociada con la disminución de la fecundidad, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. En este escenario, Calvo (2022) señala que las pirámides poblacionales han pasado de una configuración triangular hacia una distribución con alta presencia de las personas adultas mayores. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2025) describe este proceso como

parte de una tendencia regional que modifica las necesidades sociales, económicas y sanitarias de los países.

Este proceso ocurre en América Latina y Ecuador dentro de un contexto marcado por las desigualdades territoriales, las limitaciones en el acceso a los servicios especializados y las diferencias en las condiciones de vida de las personas adultas mayores. Por ello, la Organización Mundial de la Salud indica que la atención gerontológica necesita superar la evaluación centrada solo en la enfermedad, dado que el envejecimiento, aunque constituye un proceso fisiológico, se acompaña de los cambios funcionales, cognitivos, sociales y los emocionales que pueden incrementar la vulnerabilidad y la dependencia (OMS, 2025). En este sentido, Rodríguez-Salgado et al. (2017) señalan que la valoración geriátrica integral constituye un modelo multidimensional e interdisciplinario orientado a identificar los problemas de la salud, la funcionalidad y el contexto social, con el propósito de orientar las intervenciones individualizadas que favorezcan la autonomía y la funcionalidad.

La literatura científica ha descrito la relación entre el deterioro cognitivo, la depresión y las condiciones sociales en las personas adultas mayores. Parada et al. (2022) determinaron que el deterioro cognitivo y la depresión se relacionan de manera estrecha en este grupo poblacional, debido a que las personas con los síntomas depresivos también pueden presentar alteraciones cognitivas. Además, según Sarmiento et al. (2024) indicaron que las condiciones socioeconómicas y los factores sociodemográficos influyen en el deterioro cognitivo. De igual manera, Moreira et al. (2022) señalaron que las enfermedades crónicas, la edad, la situación socioeconómica y la falta de soporte familiar se asocian con los cambios en el estado de ánimo y con las limitaciones funcionales en las personas adultas mayores.

En correspondencia con lo anterior, Guillén (2023) estudió a las personas adultas mayores atendidas en la consulta externa del Hospital Regional de Zacapa e identificó el compromiso cognitivo leve en el 13%, moderado en el 55% y grave en el 23%. Estos resultados muestran la necesidad de fortalecer la detección oportuna y el seguimiento clínico, con el fin de reducir el riesgo de pérdida de funcionalidad y la autonomía. En una línea similar, Cárdenas et al. (2024) identificaron la asociación entre la demencia y los síntomas depresivos en las personas adultas

mayores con comorbilidades; además, al aplicar la Escala de Gijón, encontraron que el 91% presentó una situación social adecuada. Estos antecedentes permiten observar que la esfera cognitiva, la esfera emocional y la esfera social deben analizarse de manera conjunta.

En Ecuador, Adana-Díaz et al. (2024) estudiaron la depresión en centros de día para las personas adultas mayores e indicaron que el descanso, el ejercicio, la autonomía, el nivel educativo y la actividad social se asocian con la estabilidad emocional y la salud mental. No obstante, la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y el aislamiento social se relacionan con los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo. En el cantón Ibarra, Valdiviezo (2025) identificó la vulnerabilidad en las parroquias rurales y urbanas, con especial afectación en el acceso a los servicios de salud, situación que puede limitar el envejecimiento saludable.

En la provincia de Imbabura, el crecimiento progresivo de las personas adultas mayores se vincula con el aumento de la esperanza de vida al nacer (OMS, 2024; OPS, 2025; Prefectura de Imbabura, 2024). Este fenómeno representa un logro social; sin embargo, también se relaciona con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, deterioro cognitivo, la sintomatología depresiva y la vulnerabilidad social. Este escenario demanda el uso de estrategias de atención gerontológica integral que consideren las diferencias entre los contextos rurales y urbanos, esto debido a que las condiciones de acceso, el apoyo familiar, escolaridad, el idioma, los recursos económicos y las redes comunitarias pueden modificar la experiencia del envejecimiento (Cerquera y Quintero, 2015).

A pesar de estos antecedentes, la literatura científica disponible reporta pocos estudios orientados a comparar las diferencias territoriales entre las zonas rurales y urbanas de Imbabura en las esferas cognitiva, social y emocional (Naciones Unidas, 2024). Esta limitación dificulta la planificación de las intervenciones preventivas diferenciadas según el contexto geográfico. A partir de ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿existen diferencias estadísticamente significativas en el deterioro cognitivo, los síntomas depresivos y el riesgo social entre las personas adultas mayores de las zonas rurales y urbanas de la provincia de Imbabura?

En concordancia con lo anterior, el estudio tuvo como objetivo evaluar el comportamiento del envejecimiento de la población adulta mayor a partir de las esferas cognitiva, social y emocional de la valoración geriátrica integral en las poblaciones urbanas y rurales de la provincia de Imbabura, Ecuador. De tal modo, esta evaluación aportó información para poder orientar la atención gerontológica desde una perspectiva territorial, con énfasis en la detección temprana del deterioro cognitivo, el riesgo social y la sintomatología depresiva.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló entre septiembre de 2023 y julio de 2024 en las comunidades urbanas de Caranqui, Otavalo y los sectores urbanos de Ibarra, así como en las comunidades rurales de Rumipamba Grande, Imantag, Limonal y Yuracruz, ubicadas en la provincia de Imbabura, Ecuador. Por ello, las comunidades fueron seleccionadas según la representatividad de la población adulta mayor, el acceso vial, la disponibilidad de transporte público, el respaldo de los líderes comunitarios y las condiciones de seguridad del territorio.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, no experimental y transversal, con alcance descriptivo y analítico. Por lo cual, este diseño permitió examinar las variables en el entorno comunitario de las personas participantes, sin intervención sobre las condiciones del estudio. La recolección de la información se efectuó en un único momento, durante las reuniones comunitarias y, en algunos casos, por medio de las visitas domiciliarias.

La población estuvo integrada por personas adultas mayores de 65 años o más. Para el análisis final se consideraron 534 casos válidos, distribuidos en 266 participantes del área rural y 268 del área urbana. La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico. Se incluyeron personas adultas mayores con participación voluntaria, residencia permanente en la comunidad y capacidad para responder los instrumentos aplicados. Se excluyeron las personas con deterioro cognitivo severo previamente identificado o con limitaciones que impedían comprender las instrucciones básicas de los instrumentos. Esta decisión se consideró en la interpretación de los resultados, debido a que pudo modificar la estimación del compromiso cognitivo avanzado.

Para la recolección de los datos se aplicaron el KICA-Cog, la Escala Sociofamiliar de Gijón y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. En primer lugar, el KICA-Cog se utilizó como un instrumento de tamizaje cognitivo, no como una prueba diagnóstica de demencia. Este instrumento evalúa la orientación témporo-espacial, la memoria inmediata y diferida, la atención, cálculo, lenguaje, denominación y evocación (James Centre for Healthy Ageing, 2024; Russell et al., 2024). Por lo que, en el presente estudio, una puntuación de 33 o superior se interpretó como rango normal, mientras que, los valores inferiores a 33 se consideraron tamizaje positivo para el deterioro cognitivo. Además, las puntuaciones menores de 25 se interpretaron como una señal de compromiso cognitivo de mayor intensidad y la necesidad de valoración clínica complementaria.

En segundo lugar, la Escala Sociofamiliar de Gijón valoró la situación familiar, la situación económica, las condiciones de vivienda, las relaciones sociales y el apoyo social. De tal manera, que los puntajes iguales o inferiores a 9 indicaron situación social adecuada; los puntajes de 10 a 14 indicaron riesgo social intermedio; y los puntajes iguales o superiores a 15 indicaron un riesgo social elevado (Enfocatss, 2023; Rodríguez-Salgado et al., 2017).

Por su parte, la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage evaluó el estado de ánimo, la satisfacción vital, la energía, el interés en las actividades diarias y la percepción de la inutilidad o desesperanza (NovoPsych, 2024; Sheikh y Yesavage, 1986). De tal modo, que la puntuación de 0 a 5 indicó ausencia de los síntomas depresivos; de 6 a 9 indicó una depresión probable; y de 10 o superior indicó una depresión establecida.

La información se registró en las bases de datos electrónicas y se organizó en aquellas matrices estructuradas con los programas de: Excel, SPSS y R. Primero, se realizó un análisis descriptivo por medio de las frecuencias absolutas, los porcentajes, medias y las desviaciones estándar. Luego, se efectuó un análisis inferencial para determinar las asociaciones entre el área de residencia, rural o urbana, y los resultados de cada escala de la valoración geriátrica integral. Para las variables categóricas se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$, para ello, las asociaciones se interpretaron sin asumir causalidad, debido al diseño transversal del estudio.

La investigación se desarrolló bajo los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Por tal motivo, las personas participantes firmaron el consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos. Además, se garantizó la confidencialidad de la información, la participación voluntaria y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencia alguna.

Resultados

Los resultados permitieron identificar el estado cognitivo, el riesgo social y la sintomatología depresiva de las personas adultas mayores evaluadas. La información se organizó según el área de residencia y las esferas cognitiva, social y afectiva de la valoración geriátrica integral. Para el análisis se consideraron 534 casos válidos, distribuidos en 266 personas adultas mayores del área rural y 268 del área urbana.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las personas adultas mayores según área de residencia

Área	Variable	Categoría	n	%
Rural	Edad	65-74 años	123	46,24
		75-84 años	111	41,73
		85-99 años	32	12,03
		Total	266	100
	Sexo	Femenino	148	55,64
		Masculino	118	44,36
		Total	266	100
Urbana	Edad	65-74 años	104	38,81
		75-84 años	94	35,07
		85-99 años	68	25,37
		100-105 años	2	0,75
		Total	268	100
	Sexo	Femenino	161	60,07
		Masculino	107	39,93
		Total	268	100

Nota. Los porcentajes se calcularon dentro de cada área de residencia.

La Tabla 1, en el área rural el porcentaje más alto de edad correspondió al grupo de 65 a 74 años, con el 46,24%, seguido del grupo de 75 a 84 años, con el 41,73%, mientras que el porcentaje más bajo se ubicó en el grupo de 85 a 99 años, con el 12,03%. En el área urbana, el porcentaje más alto también correspondió al grupo de 65 a 74 años, con el 38,81%, seguido del grupo de 75 a 84 años, con el 35,07%, mientras que el porcentaje más bajo se registró en el grupo de 100 a 105 años, con el 0,75%. Respecto al sexo, el porcentaje más alto correspondió a las mujeres en ambas áreas, con el 55,64% en el área rural y el 60,07% en el área urbana, mientras que los hombres representaron el 44,36% y el 39,93%, respectivamente.

A partir de lo expuesto la población evaluada se concentró principalmente entre los 65 y 84 años, con predominio femenino en ambos contextos territoriales. Esta tendencia indica que la valoración geriátrica integral debe considerar una población mayoritariamente femenina y situada en etapas iniciales e intermedias de la vejez, lo cual orienta la lectura posterior de los resultados cognitivos, sociales y afectivos según edad y sexo.

Tabla 2

Distribución del tamizaje cognitivo según edad y área de residencia

Área	Grupo de edad	Categoría cognitiva	n	% dentro del grupo
Rural	65-74 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	62	50,41
		Rango normal	61	49,59
		Total	123	100
	75-84 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	81	72,97
		Rango normal	30	27,03
		Total	111	100
	85-99 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	24	75
		Rango normal	8	25

		Total	32	100
Urbana	65-74 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	85	81,73
		Rango normal	19	18,27
		Total	104	100
	75-84 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	83	88,30
		Rango normal	11	11,70
		Total	94	100
	85-99 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	60	88,24
		Rango normal	8	11,76
		Total	68	100
	100-105 años	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	2	100
		Rango normal	0	0
		Total	2	100

Nota. El KICA-Cog se interpretó como instrumento de tamizaje cognitivo y no como prueba diagnóstica de demencia.

Según la Tabla 2, en el área rural el porcentaje más alto de tamizaje positivo para deterioro cognitivo se presentó en el grupo de 85 a 99 años, con el 75%, seguido del grupo de 75 a 84 años, con el 72,97%, mientras que el porcentaje más bajo se registró en el grupo de 65 a 74 años, con el 50,41%. En el área urbana, el porcentaje más alto se presentó en el grupo de 100 a 105 años, con el 100%, seguido del grupo de 75 a 84 años, con el 88,30%, y del grupo de 85 a 99 años, con el 88,24%; en cambio, el porcentaje más bajo correspondió al grupo de 65 a 74 años, con el 81,73%, por ende, en todas las categorías urbanas prevaleció el tamizaje positivo frente al rango normal.

De tal manera, el tamizaje positivo para deterioro cognitivo aumentó conforme avanzó la edad, especialmente en el área rural, mientras que, en el área urbana se mantuvo alto en todos los grupos

etarios. Así, esta tendencia motiva la necesidad de poder fortalecer la detección cognitiva temprana y el seguimiento clínico en las personas adultas mayores, especialmente en los grupos de edad avanzada, sin interpretar el resultado como un diagnóstico clínico de demencia.

Tabla 3

Valoración geriátrica integral en personas adultas mayores del área rural

Área	Esfera	Instrumento	Categoría	n	%
Rural	Cognitiva	KICA-Cog	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	167	62,78
			Rango normal	99	37,22
			Total	266	100
	Social	Escala de Gijón	Riesgo social bajo	66	24,81
			Riesgo social intermedio	174	65,41
			Riesgo social elevado	26	9,77
			Total	266	100
	Afectiva	Yesavage	Sin depresión	174	65,41
			Depresión probable	63	23,68
			Depresión establecida	29	10,90
			Total	266	100

Nota. Los porcentajes se calcularon dentro del área rural.

La Tabla 3, en el área rural el porcentaje más alto de la esfera cognitiva correspondió al tamizaje positivo para deterioro cognitivo, con el 62,78%, mientras que el rango normal representó el 37,22%. En la esfera social, el porcentaje más alto se ubicó en el riesgo social intermedio, con el 65,41%, seguido del riesgo social bajo, con el 24,81%, mientras que el porcentaje más bajo correspondió al riesgo social elevado, con el 9,77%. En la esfera afectiva, el porcentaje más alto se

presentó en la categoría sin depresión, con el 65,41%, seguido de depresión probable, con el 23,68%, y depresión establecida, con el 10,90%.

De lo anterior el área rural, la tendencia dominante se concentró en tres condiciones: tamizaje positivo para deterioro cognitivo, riesgo social intermedio y ausencia de depresión en la mayoría de participantes. Esta distribución indica que la población rural evaluada presenta necesidades diferenciadas, ya que el compromiso cognitivo y el riesgo social aparecen con mayor peso porcentual, mientras que la sintomatología depresiva se concentra en una proporción menor, aunque no debe omitirse en la atención gerontológica.

Tabla 4

Valoración geriátrica integral en personas adultas mayores del área urbana

Área	Esfera	Instrumento	Categoría	n	%
Urbana	Cognitiva	KICA-Cog	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	230	85,82
			Rango normal	38	14,18
			Total	268	100
	Social	Escala de Gijón	Riesgo social bajo	38	14,18
			Riesgo social intermedio	181	67,54
			Riesgo social elevado	49	18,28
			Total	268	100
	Afectiva	Yesavage	Sin depresión	191	71,27
			Depresión probable	53	19,78
			Depresión establecida	24	8,96
			Total	268	100

Nota. Se calcularon los porcentajes dentro del territorio urbano.

La Tabla 4, en el área urbana el porcentaje alto de la esfera cognitiva correspondió al tamizaje positivo para deterioro cognitivo, con el 85,82%, mientras que, el rango normal representó el 14,18%. En cambio en la esfera social, el porcentaje más alto se encontró en el riesgo social intermedio, con el 67,54%, seguido del riesgo social elevado, con el 18,28%. Mientras que el porcentaje bajo correspondió al riesgo social bajo, con el 14,18%. En la esfera afectiva, la categoría sin depresión obtuvo el porcentaje más alto, con el 71,27%, seguida de depresión probable, con el 19,78%, y depresión establecida, con el 8,96%.

En consecuencia es evidente que en el área urbana, la tendencia dominante fue el tamizaje positivo para deterioro cognitivo, junto con el predominio del riesgo social intermedio y la ausencia de depresión en la mayoría de participantes. Esta tendencia muestra que el área urbana concentra una proporción considerable de personas adultas mayores con señales de posible compromiso cognitivo y condiciones sociales que ameritan seguimiento, aun cuando la mayoría no presentó depresión según la escala aplicada.

Tabla 5

Asociaciones estadísticas según edad y sexo en las esferas de valoración geriátrica integral

Área	Esfera	Variable asociada	χ^2	gl	p	Interpretación
Rural	Cognitiva	Edad	15,0400	2	0,0005	Asociación estadísticamente significativa
		Sexo	1,0003	1	0,3172	Sin asociación estadísticamente significativa
	Social	Edad	5,3814	4	0,2504	Sin asociación estadísticamente significativa
		Sexo	0,4139	2	0,8130	Sin asociación estadísticamente significativa
	Afectiva	Edad	11,0982	4	0,0255	Asociación estadísticamente significativa

Urbana	Cognitiva	Sexo	0,6877	2	0,7090	Sin asociación estadísticamente significativa
		Edad	2,5599	3	0,4646	Sin asociación estadísticamente significativa
	Social	Sexo	1,2860	1	0,2568	Sin asociación estadísticamente significativa
		Edad	7,3851	6	0,2867	Sin asociación estadísticamente significativa
	Afectiva	Sexo	1,2737	2	0,5290	Sin asociación estadísticamente significativa
		Edad	13,7975	6	0,0320	Asociación estadísticamente significativa
		Sexo	4,7537	2	0,0928	Sin asociación estadísticamente significativa

Nota. Las asociaciones se interpretaron sin asumir causalidad, debido al diseño transversal del estudio. Los cruces por edad se presentaron con categorías etarias consolidadas.

Bajo los resultados de la Tabla 5, en el área rural los valores con significancia estadística se observaron en la asociación entre edad y esfera cognitiva, con $p = 0,0005$, y entre edad y esfera afectiva, con $p = 0,0255$. En cambio, los valores sin significancia estadística se presentaron entre sexo y esfera cognitiva, con $p = 0,3172$; edad y esfera social, con $p = 0,2504$; sexo y esfera social, con $p = 0,8130$; y sexo y esfera afectiva, con $p = 0,7090$. En el área urbana, la única asociación estadísticamente significativa se presentó entre edad y esfera afectiva, con $p = 0,0320$, mientras que las demás asociaciones no alcanzaron significancia estadística.

Bajo esta premisa la edad tuvo mayor peso estadístico que el sexo en las esferas evaluadas, debido a que se asoció con el estado cognitivo y la sintomatología depresiva en el área rural, y con la esfera afectiva en el área urbana. Esta tendencia implica que la edad debe considerarse una variable de atención prioritaria en la interpretación de los resultados, mientras que el sexo no mostró

diferencias suficientes para explicar los cambios observados en las esferas cognitiva, social y afectiva.

Tabla 6

Distribución y asociación estadística de las esferas cognitiva, social y afectiva según área de residencia

Esfera	Instrumento	Categoría	Rural		Urbana		Total		χ^2	gl	p
			n	%	n	%	n	%			
Cognitiva	KICA-Cog	Tamizaje positivo para deterioro cognitivo	167	62,78	230	85,82	397	74,34	37,1511	1	< 0,0001
		Rango normal	99	37,22	38	14,18	137	25,66	37,1511	1	< 0,0001
		Total	266	100	268	100	534	100	37,1511	1	< 0,0001
Social	Escala de Gijón	Riesgo social bajo	66	24,81	38	14,18	104	19,48	14,7225	2	0,0006
		Riesgo social intermedio	174	65,41	181	67,54	355	66,48	14,7225	2	0,0006
		Riesgo social elevado	26	9,77	49	18,28	75	14,04	14,7225	2	0,0006
		Total	266	100	268	100	534	100	14,7225	2	0,0006
Afectiva	Yesavage	Sin depresión	174	65,41	191	71,27	365	68,35	2,1181	2	0,3468
		Depresión probable	63	23,68	53	19,78	116	21,72	2,1181	2	0,3468
		Depresión establecida	29	10,90	24	8,96	53	9,93	2,1181	2	0,3468
		Total	266	100	268	100	534	100	2,1181	2	0,3468

Nota. Los porcentajes de área se calcularon dentro de cada área de residencia. Los porcentajes totales se calcularon sobre 534 casos válidos.

Según la Tabla 6, en la esfera cognitiva el porcentaje más alto de tamizaje positivo para deterioro cognitivo se presentó en el área urbana, con el 85,82%, frente al 62,78% del área rural; además, el rango normal fue mayor en el área rural, con el 37,22%, frente al 14,18% urbano. En la esfera social, el riesgo social intermedio fue la categoría con mayor porcentaje en ambas áreas, con el 65,41% en el área rural y el 67,54% en el área urbana; mientras que el riesgo social elevado fue superior en el área urbana, con el 18,28%, frente al 9,77% rural. En la esfera afectiva, la categoría sin depresión predominó en ambas áreas, con el 65,41% en el área rural y el 71,27% en el área urbana; por otro lado, la depresión probable o establecida fue mayor en el área rural, con el 34,58%, frente al 28,74% urbano.

De estas afirmaciones se deriva que las diferencias territoriales se concentraron principalmente en la esfera cognitiva y en la esfera social, ya que ambas presentaron asociación estadísticamente significativa según el área de residencia. Esta tendencia indica que el contexto territorial se relaciona con variaciones en el tamizaje cognitivo y en el riesgo social, mientras que la sintomatología depresiva no mostró diferencia estadística entre áreas, aunque se mantuvo presente en una proporción que justifica seguimiento gerontológico en ambos contextos.

Discusión

Los resultados del estudio presentaron las diferencias territoriales en las esferas cognitiva y social de la valoración geriátrica integral, mientras que, la esfera afectiva no presentó una diferencia estadísticamente significativa según el área de la residencia. Por ello, en la esfera cognitiva, el tamizaje positivo para el deterioro cognitivo fue superior en el área urbana, aunque también se presentó en una proporción considerable en el área rural. De este modo, debe interpretarse como una señal de posible compromiso cognitivo y no como diagnóstico clínico de demencia, esto debido a que el KICA-Cog se aplicó como un instrumento de tamizaje.

En este punto, los datos obtenidos guardan relación con lo señalado por Sarmiento et al. (2024), quienes indicaron que los factores sociodemográficos y socioeconómicos se sujetan con el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores. De igual manera, según Moreira et al. (2022) plantearon que la edad, las enfermedades crónicas, la situación socioeconómica y el soporte familiar se asocian con los cambios en el estado de ánimo y con las limitaciones funcionales.

En la población rural, la edad se asoció de una manera estadísticamente significativa con el estado cognitivo, mientras que en el área urbana esta asociación no alcanzó significancia estadística. Por lo que este comportamiento territorial puede relacionarse con aquellas diferencias en la escolaridad, acceso a los servicios de salud, las condiciones sociales y las redes de apoyo, aunque el diseño del estudio no permite establecer las relaciones causales. En esta línea, Guillén (2023) identificó un compromiso cognitivo leve, moderado y grave en las personas adultas mayores atendidas en la consulta externa, lo cual concuerda con la necesidad del fortalecer la detección oportuna. Sin embargo, el presente estudio aporta una visión territorial, ya que compara las áreas rurales con las urbanas de Imbabura, aspecto que permite reconocer las diferencias locales que no siempre se observan en los estudios centrados solo en una población clínica.

Respecto a la esfera social, el riesgo social intermedio prevaleció tanto en el área rural como en el área urbana; no obstante, el riesgo social elevado fue superior en el contexto urbano. Por lo cual este muestra que la vulnerabilidad social no se limita al espacio rural, sino que, se expresa en las áreas urbanas a través de las posibles limitaciones en el apoyo familiar, los recursos económicos y las redes de interacción. Como propone Narváez (2025) reportó que una mayor proporción alta de las personas adultas mayores presentó algún nivel de riesgo social, asociado con el apoyo familiar limitado, las redes comunitarias reducidas y la disponibilidad económica restringida. Por tal motivo, la coincidencia con el presente estudio permite mantener que la esfera social constituye un punto central de la valoración geriátrica integral, porque condiciona la capacidad del cuidado, el seguimiento y el acceso a los recursos.

En el contexto ecuatoriano, los resultados también se relacionan con lo señalado por Valdiviezo (2025), quien identificó la vulnerabilidad en las personas adultas mayores de las parroquias rurales y urbanas del cantón Ibarra, especialmente en el acceso a los servicios de salud. Esta comparación sitúa a los datos del presente estudio en el territorio donde se desarrolló la investigación, aunque en el área rural esta suele esperarse con mayor dificultad de acceso por la distancia y las condiciones geográficas, los resultados obtenidos demuestran que en el área urbana también se concentra un riesgo social, lo que indica que la vulnerabilidad no solo depende del lugar de la residencia, sino también de la red familiar, la economía, la vivienda y la participación social.

En la esfera afectiva, la depresión probable o establecida se presentó en ambas situaciones, aunque no existió una diferencia estadísticamente significativa entre el área rural y el área urbana. Este resultado deduce que la sintomatología depresiva que atraviesan ambos territorios y no se explica únicamente por el lugar de la residencia. Por tal motivo, según Parada et al. (2022) señalaron una relación estrecha entre el deterioro cognitivo y la depresión en las personas adultas mayores, mientras que Cárdenas et al. (2024) identificaron una asociación entre la demencia, los síntomas depresivos y comorbilidades. En concordancia con los autores, los resultados presentan que el componente afectivo debe analizarse junto con la esfera cognitiva y la social, esto a causa de la probable depresión o establecida se presentó en cerca de tres de cada diez de las personas adultas mayores.

Así mismo, Adana-Díaz et al. (2024) indicaron que el descanso, el ejercicio, la autonomía, el nivel educativo y la actividad social se asocian con la estabilidad emocional en las personas adultas mayores de Ecuador; mientras que, la dependencia funcional y el aislamiento social se relacionan con los síntomas depresivos. Así, la depresión probable en Imbabura no constituye un fenómeno aislado, sino que parte de una interacción entre las condiciones personales, familiares y sociales. Por ello, aunque la esfera afectiva no presentó una diferencia estadística entre las áreas, su frecuencia justifica la inclusión paulatina del tamizaje emocional en la atención gerontológica.

Finalmente, los resultados confirman la utilidad de la valoración geriátrica integral como una herramienta de lectura multidimensional del envejecimiento. En primer lugar, la esfera cognitiva permitió identificar las señales de posible compromiso cognitivo; la esfera social demostró las condiciones de riesgo en los territorios; y la esfera afectiva permitió el reconocer la sintomatología depresiva sin una diferencia territorial significativa. Por ello, esta integración coincide con la perspectiva de Rodríguez-Salgado et al. (2017), quienes describen la valoración geriátrica integral como un modelo encaminado a poder comprender las necesidades de la persona adulta mayor desde varias de las dimensiones. En consecuencia, los resultados del estudio permiten mantener que las intervenciones gerontológicas en Imbabura deben considerar el área de la residencia, la edad, el riesgo social y la salud emocional, sin reducir la atención a una sola dimensión clínica.

Implicaciones teóricas

Los resultados del estudio amplían la comprensión del envejecimiento como un proceso multidimensional, porque demuestran que las esferas cognitiva, social y afectiva no se comportan de una manera uniforme entre las áreas rurales y urbanas, es decir, permite superar una interpretación centrada únicamente en la enfermedad, ya que el estado cognitivo, el riesgo social y la sintomatología depresiva se expresan de forma diferenciada según el contexto territorial, la edad y las condiciones de acompañamiento social.

Así mismo, Dimitriadou et al. (2025) señalan que la valoración geriátrica integral permite abordar las necesidades no atendidas en las personas adultas mayores, especialmente en enfermedad crónica, las limitaciones funcionales, salud mental y apoyo social. Este planteamiento coincide con los resultados obtenidos en Imbabura, donde la esfera cognitiva mostró una proporción elevada de tamizaje positivo, mientras que la esfera social presentó un predominio de riesgo intermedio en ambas de las áreas. Aunque el presente estudio no midió la dependencia funcional, la presencia simultánea del tamizaje cognitivo positivo, el riesgo social y la depresión probable o establecida permite interpretar el envejecimiento desde una relación entre la salud mental, la capacidad funcional potencial y el entorno social.

Implicaciones prácticas

En el área urbana, el mayor porcentaje de tamizaje positivo para deterioro cognitivo propone la necesidad de poder fortalecer el seguimiento cognitivo y la derivación clínica cuando sea necesaria. En cambio, en el área rural, la asociación entre la edad y el estado cognitivo indica que los grupos de edad avanzada deben recibir vigilancia periódica, sin poder descuidar la esfera social y afectiva.

En esta misma línea, Sato (Osaki) et al. (2024) evaluaron un marco comunitario de la valoración geriátrica integral en las personas mayores con el riesgo de necesitar los cuidados de larga duración, a través del tamizaje, valoración y derivación, lo cual coincide con la utilidad práctica de aplicar aquellas rutas de atención después de identificar el riesgo cognitivo, social o emocional. Así, los aportes para Imbabura no deben quedar solo como una descripción estadística, sino como base para

poder organizar el tamizaje comunitario, la derivación médica, y el seguimiento psicosocial y acompañamiento familiar según el perfil de riesgo de cada territorio.

Limitaciones

El estudio presentó limitaciones asociadas al diseño transversal, ya que los resultados permitieron identificar asociaciones, pero no las relaciones causales entre la edad, área de residencia, estado cognitivo, riesgo social y sintomatología depresiva. Además, el uso de los instrumentos de tamizaje impidió establecer los diagnósticos clínicos definitivos, por lo que el KICA-Cog, la Escala de Gijón y la Escala de Yesavage deben considerarse como aquellas de las herramientas de detección inicial. También debe considerarse que la selección fue no probabilística de los participantes limita a la generalización de los resultados a toda la provincia de Imbabura, aunque aporta con información necesaria sobre las comunidades evaluadas.

Futuras líneas de investigación

Las futuras investigaciones pueden investigar en el análisis de los diseños longitudinales que permitan observar la evolución del estado cognitivo, social y afectivo de las personas adultas mayores a lo largo del tiempo. También conviene incorporar las variables funcionales, comorbilidades, el uso de medicación, apoyo familiar, la actividad física, los ingresos económicos y el acceso real a servicios de salud, con el fin de comprender cómo cada uno de estos factores se relacionan con el tamizaje cognitivo, el riesgo social y la depresión probable o establecida. Además, se podrían desarrollar estudios comparativos entre los cantones de Imbabura y otras provincias del país, para poder construir perfiles territoriales de envejecimiento que ayuden a la construcción de programas gerontológicos comunitarios.

Conclusiones

La investigación permitió establecer que las personas adultas mayores de las áreas rurales y urbanas de Imbabura presentaron diferencias estadísticamente significativas en las esferas cognitiva y social de la valoración geriátrica integral; en cambio, en la esfera afectiva no mostró diferencia significativa según el área de residencia. Por ello, es que en la esfera cognitiva, se identificó una

proporción elevada de tamizaje positivo para el deterioro cognitivo en ambos territorios, con un porcentaje superior en el área urbana. De tal manera, el estudio es una señal de un posible compromiso cognitivo que amerita una valoración complementaria y el seguimiento profesional.

En la población rural, la edad se relacionó de manera significativa con el estado cognitivo, mientras que, en ambas áreas se identificó una asociación entre la edad y sintomatología depresiva. Por el contrario, el sexo no mostró una asociación estadísticamente significativa con las esferas cognitiva, social ni afectiva, por ello, la edad tuvo mayor peso estadístico que el sexo en la interpretación de las condiciones evaluadas, especialmente en el tamizaje cognitivo rural y en la esfera emocional.

En la dimensión social, el riesgo social intermedio predominó en las áreas rural y urbana, aunque el riesgo social elevado fue proporcionalmente superior en el área urbana. Así, este comportamiento demuestra que la vulnerabilidad social no solo se limita al contexto rural, sino que, se expresa en las zonas urbanas a través de las posibles limitaciones en el apoyo familiar, los recursos económicos, la vivienda, interacción social y acceso a las redes de cuidado. Por ello, la atención gerontológica necesita incorporar la dimensión social como una parte del seguimiento integral de las personas adultas mayores.

En la esfera afectiva, cerca de tres de cada diez de las personas adultas mayores presentó depresión probable o establecida, sin diferencia estadística entre las áreas de residencia, por lo que este resultado demuestra la realidad que la sintomatología depresiva constituye una condición presente en ambos territorios y que esta debe ser considerada dentro de las estrategias de tamizaje, acompañamiento y de la derivación. Por tal razón, es necesario fortalecer la atención gerontológica integral en Imbabura desde una perspectiva territorial, con aquellas acciones diferenciadas en la evaluación cognitiva, apoyo social y la salud emocional para las áreas rurales y urbanas.

Conflicto de interés:

Los autores manifestamos que no existe conflictos de interés vinculados con la realización de esta investigación. El estudio fue desarrollado bajo principios de objetividad, transparencia y rigor académico durante la obtención, análisis e interpretación de la información. En este sentido se puede dar fe de que no existieron vínculos personales, institucionales o económicos que pudieran

afectar los resultados obtenidos. Los autores asumimos la responsabilidad del contenido, por lo que se garantiza la veracidad e integridad de la información presentada.

Referencias

- Adana-Díaz, L., Rodríguez Lorenzana, A., Mascialino, G., Parra, C., y Jiménez, Y. (2024). Adult day care centers in Ecuador: Prevalence and associated variables. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol33100023>
- Calvo, J. (2022). *Crecimiento demográfico y estructura poblacional*. Manual de Demografía. <https://manualdemografia.cienciassociales.edu.uy/capitulo-3/>
- Cárdenas Domínguez, T. C. (2024). Caracterización de adultos mayores por un envejecimiento saludable. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1788>
- Cárdenas Domínguez, T., Cárdenas Domínguez, M., y Ramírez Pérez, T. (2024). Caracterización de adultos mayores por un envejecimiento saludable. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1788>
- Cerquera Córdoba, A. M., y Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: El envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2(45), 173-180. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/revistaucn/article/view/665>
- Dimitriadou, I., Toska, A., Eloranta, S., Mört, S., Korsström, N., Lundberg, A., Häger, M., Melbarde-Kelmere, A., Circenis, K., Šteinmiller, J., Skuladottir, S. S., Hjaltadóttir, I., y Fradelos, E. C. (2025). Comprehensive geriatric assessment: Addressing unmet healthcare needs in older adults. *Healthcare*, 13(21), Article 2715. <https://doi.org/10.3390/healthcare13212715>
- Enfocatss. (2023). *Escala de valoración sociofamiliar de Gijón*. <https://enfocatss.com/escala-de-valoracion-sociofamiliar-de-gijon>
- Guillén Dardón, D. R. (2023). Determinación de deterioro cognitivo en adulto mayor. *Revista Académica Sociedad del Conocimiento Cuzac*, 3(2), 9-16. <https://doi.org/10.46780/sociedadcuzac.v3i2.85>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024, 11 de julio). *Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: INEC destaca datos claves en el Día Mundial de la Población*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>
- James Centre for Healthy Ageing. (2024). *Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KICA-Cog) tools* [Instrumento de evaluación]. Dementia Research Centre, UNSW. https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/03/05_KICA_Form.pdf
- Moreira Gilces, K. L., Navarrete Delgado, C. P., y Briones Caicedo, W. R. (2022). Estudio correlacional sobre el deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. *Journal of Science and Research*, 7(CININGEC II), 320-337. <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/2837>
- Naciones Unidas. (2024). *World population prospects*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. <https://population.un.org/wpp/>
- Narváez Romero, R. A. (2025). Riesgo social y autonomía de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Girón. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*, 8(19), 198-214. <https://doi.org/10.56124/tj.v8i19.014>
- NovoPsych. (2024). *Geriatric Depression Scale (GDS-15)*. <https://novopsych.com/assessments/diagnosis/geriatric-depression-scale-15-gds/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Panorama de datos de salud de la República del Ecuador*. <https://data.who.int/countries/218>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Envejecimiento poblacional en América Latina*. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
- Parada, K. R., Guapizaca Juca, J. F., y Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: Una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

- Prefectura de Imbabura. (2024). *Informe local voluntario 2024*.
https://gold.uclg.org/sites/default/files/field-document/imbabura_2024.pdf
- Rodríguez-Salgado, D., Toledano Ayala, M., y García Peña, C. (2017). *Valoración geriátrica integral*. Gac Med.
- Russell, S. G., Quigley, R., Thompson, F., Sagigi, B., Miller, G., LoGiudice, D., Smith, K., Flicker, L., Pachana, N. A., Kordick, S., y Strivens, E. (2024). Validation of the Kimberley Cognitive Assessment (KICA-Cog) for Torres Strait Islander Peoples. *Australasian Journal on Ageing*, 43(3), 545-552. <https://doi.org/10.1111/ajag.13300>
- Sarmiento Buitrago, A. F., Cerón Perdomo, D., y Mayorga Bogotá, M. A. (2024). Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 134-141.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.02.005>
- Sato (Osaki), K., Huq, K. A. T. M. E., Kazawa, K., Kawai, M., & Moriyama, M. (2024). Evaluate a comprehensive geriatric assessment service framework targeting frail older people who had high risk of requiring long-term care services in Japan: A community-based pilot study. *BMC Geriatrics*, 24, Article 645. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05200-0>
- Sheikh, J. I., y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Valdiviezo Cruz, A.-B. (2025). *Características de los adultos mayores en parroquias rurales y urbanas del cantón Ibarra: Un análisis sociodemográfico* [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Nacional PUCE.
<https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/45469>