

Caracterización de los factores biológicos, funcionales, sociales, de la comunicación en los adultos mayores que residen en las casas de acogidas

Characterization of biological, functional, social, and communication factors in older adults residing in shelter homes

Ingrid Esmeraldas Gurumendi España ^a

Mercy Nathaly Alarcón Sánchez ^c

Sara del Rocío Falconi San Lucas ^e

María José Rendón Cobos ^b

Eduardo Eduson Vélez Pillco ^d

^a Universidad de Guayaquil.
Guayaquil, Ecuador.
ingrid.gurumendi@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-6692-719X>

^b Universidad de Guayaquil.
Guayaquil, Ecuador.
mariajose.rendonc@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-8179-8584>

^c Universidad de Guayaquil.
Guayaquil, Ecuador.
mercy.alarcons@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4708-4403>

^d Universidad de Guayaquil.
Guayaquil, Ecuador.
eduardo.velezp@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-6339-5234>

^e Universidad de Guayaquil.
Guayaquil, Ecuador.
sara.falconis@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4708-4403>

Cómo citar:

Gurumendi España IM, Rendón Cobos MJ, Alarcón Sánchez MN, Vélez Pillco EE, Falconi San Lucas SR. Caracterización de los factores biológicos, funcionales, sociales, de la comunicación en los adultos mayores que residen en las casas de acogidas. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(26).
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i26.509>

Review Article
Peer-reviewed 
Open Access 



Resumen

Introducción: El envejecimiento demográfico en América Latina, particularmente en Ecuador, plantea importantes desafíos para los sistemas de salud y protección social.

Objetivo: Caracterizar multidimensionalmente los factores biológicos, funcionales, sociales y comunicativos de adultos mayores residentes en casas de acogida.

Métodos: Estudio prospectivo y longitudinal realizado en 36 adultos mayores. Se emplearon observación, entrevistas individuales y revisión bibliográfica y documental. La evaluación clínica y nutricional incluyó revisión de historias clínicas, registros médicos, valoración antropométrica y aplicación del Mini Nutritional Assessment (MNA). Asimismo, se evaluaron la capacidad funcional, los trastornos de la comunicación y el estado cognitivo mediante instrumentos fonaudiológicos y neuropsicológicos, entre ellos MoCA, MECV-V y Test de Boston. **Resultados:** El 25,0% presentó desnutrición o bajo peso y el 66,7% musculatura reducida. El 16,7% presentó movilidad severamente limitada, permaneciendo confinado de la cama al sillón, mientras que el 47,2% reportó caídas recurrentes durante el último año. Además, el 27,8% presentó demencia moderada o grave, el 16,7% era analfabeto y se identificó aislamiento social asociado al abandono familiar. **Conclusión:** Se evidencia una interacción entre deterioro biológico-nutricional, dependencia funcional y aislamiento comunicativo, que compromete la autonomía de los adultos mayores y demanda intervenciones geriátricas integrales y centradas en la persona.

Palabras clave: IMC, diabetes, Adultos, Peso, Acogidas.

Abstract

Introduction: Population aging in Latin America, particularly in Ecuador, poses significant challenges for health and social protection systems. **Objective:** To characterize the biological, functional, social, and communicative factors of older adults residing in care homes from a multidimensional perspective. **Methods:** A prospective longitudinal study was conducted among 36 older adults. Observation, individual interviews, and bibliographic and documentary reviews were employed. Clinical and nutritional assessment included medical record review, periodic medical assessments, anthropometric measurements, and the Mini Nutritional Assessment (MNA). Functional capacity, communication disorders, and cognitive status were also assessed using speech-language and neuropsychological instruments, including the MoCA,

MECV-V, and Boston Test. **Results:** Overall, 25.0% of participants presented malnutrition or low weight, while 66.7% had reduced muscle mass. Severe mobility limitations were observed in 16.7% of participants, who were confined to bed-to-chair transfers, while 47.2% reported recurrent falls during the previous year. Additionally, 27.8% presented moderate or severe dementia, 16.7% were illiterate, and social isolation associated with family abandonment was identified. **Conclusion:** The findings reveal an interaction between biological-nutritional deterioration, functional dependence, and communicative isolation, which compromises older adults' autonomy and highlights the need for comprehensive, person-centered geriatric interventions.

Keywords: BMI, diabetes, Adults, Weight, Shelters

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. En el Ecuador, los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) confirman que la población de adultos mayores asciende a más de 1.5 millones de personas, lo que equivale aproximadamente al 9% de la población nacional, caracterizándose además por una marcada feminización de la vejez (54% de mujeres) y una creciente proporción de individuos de edad avanzada en situación de vulnerabilidad extrema (1). Este cambio en la pirámide poblacional ha incrementado notablemente la demanda de institucionalización en centros de larga estancia, asilos o casas de acogida, espacios que a menudo se convierten en el último recurso de protección ante el abandono familiar, la escasez de redes de apoyo social y la imposibilidad económica de afrontar el cuidado informal en el hogar (2).

La institucionalización del adulto mayor, si bien busca garantizar la cobertura de sus necesidades básicas, frecuentemente se asocia con un declive acelerado de su estado de salud general debido a la pérdida de roles sociales, la ruptura con su entorno comunitario habitual y la homogeneización de las rutinas de cuidado (3). Diversos estudios regionales señalan que, para evaluar rigurosamente este impacto, resulta indispensable aplicar la Valoración Geriátrica Integral (VGI). La VGI permite identificar de forma precoz los factores de riesgo y condicionantes de deterioro a nivel biológico, funcional, cognitivo y socio-comunicativo, optimizando la planificación de los cuidados asistenciales (4).

Desde la perspectiva biológica, el proceso de senescencia celular se traduce en variaciones de la composición corporal, tales como la redistribución del tejido adiposo hacia la zona visceral y una emaciación progresiva de la masa y fuerza muscular esquelética, fenómeno conocido clínicamente como sarcopenia. La sarcopenia no solo compromete la estabilidad hemodinámica y el estado nutricional del anciano, sino que mella directamente su capacidad funcional, entendida como la autonomía para realizar de forma independiente las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (5). Esta pérdida de autonomía funcional suele evaluarse mediante el Índice de Barthel, una herramienta estandarizada que clasifica el nivel de dependencia física y predice el riesgo de eventos adversos como las caídas y la inmovilización progresiva (6).

Aunado al declive motor, los factores sociales y de la comunicación actúan como determinantes críticos en la salud emocional del adulto mayor institucionalizado (7). La comunicación eficaz es el canal a través del cual el anciano manifiesta sus necesidades, conserva su identidad y participa en la vida social de la casa de acogida (8). Sin embargo,

la prevalencia de demencia, depresión y déficits sensoriales no tratados (como la hipoacusia o la pérdida de visión) interfiere sustancialmente en la fluidez verbal y la comprensión comunicativa, lo que propicia el aislamiento involuntario y la anhedonia (9,10).

Materiales y métodos

El estudio se constituyó como una investigación prospectiva, longitudinal, enfocada en una población de 36 adultos mayores residentes en casas de acogidas. La metodología incluyó la aplicación de la observación para recoger información sobre las características de los residentes y la realización de entrevistas individuales. Se utilizó la revisión bibliográfica para el sustento teórico, y la investigación de campo para constatar la problemática in situ. Los datos clínicos y nutricionales se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica, registros de valoraciones médicas periódicas, valoración antropométrica.

Las variables analizadas se agruparon en cuatro dimensiones:

- Dimensión biológica y clínica: Incluyó variables antropométricas de peso actual (kg), talla (cm) y el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado formalmente mediante la relación:

$$IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

El estado nutricional se clasificó de acuerdo con los criterios geriátricos estandarizados para IMC (Desnutrición, Bajo Peso, Normal/Normopeso y Sobrepeso). Asimismo, se consideró la estimación cualitativa de la masa muscular del brazo y el diagnóstico clínico de pluripatología.

- Dimensión funcional y de riesgo físico: Se evaluaron las capacidades para ejecutar las ABVD mediante las subescalas del Índice de Barthel, la capacidad para levantar objetos cotidianos de 5 kg como medida indirecta de fuerza funcional, y el registro retrospectivo de caídas sufridas durante el último año.
- Dimensión social, neuropsicológica y de la comunicación: Se examinaron el estado de salud mental y neuropsicológica (presencia de demencia o depresión), el nivel de escolaridad como barrera comunicativa formal y las limitaciones de movilidad del residente que restringen su interacción en el espacio físico común del centro de acogida..

Resultados

Perfil sociodemográfico y educativo de la muestra

La muestra de análisis estuvo compuesta por 36 adultos mayores institucionalizados. En la Tabla 1 se sistematizan las variables sociodemográficas basales del grupo evaluado.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y educativo de los adultos mayores institucionalizados

Variable Evaluada	Categorías de Análisis	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentajes (%)
Género	Femenino	20	55.6%
	Masculino	16	44.4%
Etnia	Mestiza	32	88.9%
	Blanca	2	5.6%

Nivel de Escolaridad	Montubia	2	5.6%
	Bachillerato	12	33.3%
	Educación Superior	12	33.3%
	Educación Básica	6	16.7%
	Ninguna (Analfabetismo)	6	16.7%

La distribución demográfica por género evidencia una predominancia del sexo femenino (55.6%), lo que corrobora la tendencia a la feminización del envejecimiento residencial documentada en investigaciones previas en el país. En cuanto a la etnia, el 88.9% se identificó como mestiza, reflejo de la composición general de la región costera, con minorías de origen blanco (5.6%) y montubio (5.6%). El nivel de instrucción de los residentes muestra una notable polarización: mientras que un 66.6% posee formación media o superior (bachillerato o educación universitaria), un significativo 16.7% de la muestra se encuentra en situación de analfabetismo estructural (Ninguna), aspecto que influye de forma directa en sus habilidades de comunicación formal escrita y en la comprensión de instrucciones o recetas médicas complejas dentro de la institución.

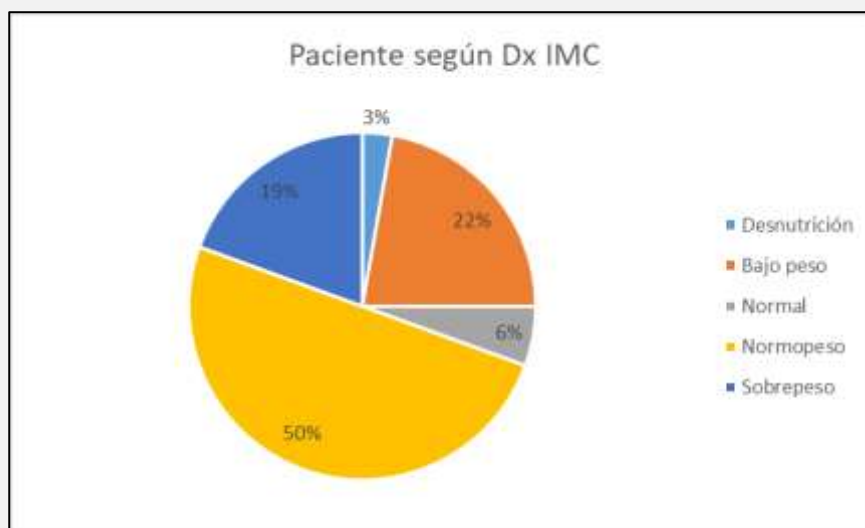
3.2. Caracterización biológica, clínica y estado nutricional

La evaluación biológica revela importantes desviaciones en la composición corporal y la reserva de masa muscular de los residentes. En la Tabla 2 se detallan las estadísticas descriptivas de las mediciones antropométricas y la clasificación cualitativa del estado nutricional.

Tabla 2. Indicadores antropométricos y diagnóstico del estado nutricional

Indicador Antropométrico	Valor Promedio	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Peso corporal actual (kg)	59.29	15.95	27.00	81.00
Talla o estatura física (cm)	156.36	13.68	105.00	180.00
Índice de Masa Corporal (IMC)	24.24	4.33	13.90	31.80
Variable Cualitativa	Categorías Clínicas	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)	
Diagnóstico del IMC	Desnutrición clínica	1	2.8%	
	Bajo peso severo	8	22.2%	
	Normal / Normopeso	20	55.6%	
	Sobrepeso / Obesidad	7	19.4%	
	Musculatura reducida	24	66.7%	
Masa Muscular del Brazo	Musculatura promedio	11	30.6%	
	Musculatura superior	1	2.8%	

Figura 1. Paciente según Dx IMC



El análisis nutricional por IMC determina que una cuarta parte de la población institucionalizada (25%) sufre un déficit calórico-proteico de consideración, distribuido en bajo peso severo (22.2%) y desnutrición clínica extrema (2.8%). No obstante, el indicador biológico más severo de deterioro físico es el estado de la masa magra: el 66.7% de los adultos mayores de la muestra presenta un diagnóstico cualitativo de musculatura reducida. Está marcada pérdida de tejido muscular esquelético en dos de cada tres residentes es un indicador directo del desarrollo de sarcopenia senil en la población institucionalizada.

En la esfera clínica, la presencia declarada de patologías crónicas no transmisibles afectó al 16.7% de la muestra, con diagnósticos documentados de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, osteoporosis, artritis reumatoide y enfermedad de Parkinson. Cabe resaltar que el 63.9% de los registros se categorizó bajo "No refiere" patología específica, lo que refleja deficiencias sustanciales en la sistematización de las historias clínicas y el diagnóstico oportuno en las casas de acogida públicas, donde el cuidado asistencial tiende a ser generalizado y poco especializado.

Figura 2. *Pacientes según valoración clínica*



Estado funcional, movilidad y riesgo físico de caídas

La pérdida de masa muscular y las alteraciones biológicas merman severamente la autonomía funcional de los ancianos para realizar las ABVD de forma independiente. En

la Tabla 3 se sistematizan las variables de movilidad, capacidad de fuerza y el registro de accidentes físicos.

Tabla 3. *Capacidad funcional, estado neuropsicológico y riesgo de caídas*

Dimensión de Evaluación	Categoría de Análisis	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
Movilidad e Independencia	Sale de forma autónoma del domicilio	17	47.2%
	Autonomía limitada al espacio interior	13	36.1%
	Confinamiento severo (de la cama al sillón)	6	16.7%
Estado de Fuerza Física	Sin dificultad para levantar objetos de 5 kg	18	50.0%
	Alguna dificultad física	8	22.2%
	Mucha dificultad o incapacidad física	10	27.8%
Caídas en el último año	Ninguna caída registrada	19	52.8%
	Historial de 1 a 3 caídas	16	44.4%
	Historial de más de 4 caídas (recurrentes)	1	2.8%
Salud Neuropsicológica	Sin trastornos o problemas psicológicos	26	72.2%
	Demencia senil moderada	9	25.0%
	Demencia o depresión severa	1	2.8%

Los datos funcionales muestran que más de la mitad de los residentes (52.8%) presenta limitaciones severas de movilidad externa, quedando confinados al interior de las instalaciones de la casa de acogida (36.1%) o dependiendo de asistencia total de cuidadores debido al confinamiento severo "de la cama al sillón" (16.7%).

La debilidad muscular repercute de forma directa en el desempeño físico: el 50.0% de los adultos mayores de la muestra reporta limitaciones para realizar tareas cotidianas de fuerza (un 22.2% presenta "alguna dificultad" y un 27.8% se declaró incapaz o con "muchísima dificultad" para levantar un peso ligero de 5 kg). Este debilitamiento estructural de las extremidades superiores e inferiores explica la alta tasa de accidentes registrada: un 47.2% de los adultos mayores de la muestra sufrió caídas físicas en el último año, divididos en caídas ocasionales (44.4%) y caídas recurrentes (2.8%). Estos accidentes físicos consolidan el miedo crónico a la movilidad (síndrome poscaída), retroalimentando el círculo vicioso de inmovilidad y atrofia muscular.

Factores sociales y de la comunicación

La dimensión social y la capacidad de comunicación de los adultos mayores en casas de acogida están directamente condicionadas por su salud neuropsicológica y su grado de aislamiento espacial (4). Los resultados detallados en la Tabla 3 demuestran que el 27.8% de los adultos mayores evaluados padece trastornos neuropsicológicos severos (un 25.0% con demencia senil moderada y un 2.8% con demencia o depresión clínica grave).

El deterioro cognitivo derivado de la demencia actúa como un obstáculo directo para la interacción social: las personas con demencia moderada muestran dificultades marcadas en la evocación de palabras, la estructuración de ideas coherentes y la fluidez verbal necesaria para participar de forma asertiva en actividades grupales o terapéuticas dentro de la institución (11). Esto se asocia a la pérdida de audición y de visión propias del

envejecimiento que, según estudios similares, afectan al 37.8% y 47.4% de los ancianos respectivamente, limitando severamente la captación y descodificación de estímulos verbales cotidianos.

Asimismo, la ruptura de los lazos de comunicación con la red de apoyo familiar (se estima que el 30% de los residentes de estos hogares no recibe visita alguna) incrementa de forma sustancial el aislamiento socio-comunicativo (4). Ante la ausencia de un interlocutor afectivo de referencia (familiares o amigos), las interacciones verbales de los ancianos se reducen a contactos puramente instrumentales con el personal cuidador, el cual, al enfrentar jornadas extenuantes y sobrecarga de trabajo, prioriza el mantenimiento de rutinas físicas de higiene y alimentación, desatendiendo la estimulación cognitiva, afectiva y comunicativa centrada en el residente (8).

Discusión

En primera instancia, se identifica una correlación directa de segundo orden entre la malnutrición biológica, la sarcopenia y el riesgo físico de accidentes osteomusculares. La posibilidad de una sarcopenia clínicamente reflejada en el 66.7% de la muestra con musculatura reducida disminuye de forma crítica la fuerza de prensión manual y la estabilidad dinámica de la marcha en las personas de edad avanzada. Al verse disminuida la base de sustentación muscular, el anciano experimenta dificultades severas en transferencias básicas (como levantarse del inodoro o de la cama), lo que explica la elevada prevalencia de caídas (47.2%) en las instituciones evaluadas.

El análisis individualizado de los participantes del estudio sustenta científicamente este vínculo:

- La residente identificada bajo el ID 21 (DOD) ejemplifica la confluencia de estos factores biológicos y funcionales adversos; presenta un cuadro clínico de desnutrición extrema (IMC de 13.9 kg/m²), musculatura reducida, HTA, diabetes, demencia moderada y un estado de postración severa reflejado en su confinamiento físico de la "cama al sillón" y su historial de caídas previas en el año evaluado.
- De forma homóloga, el residente del ID 18 (C.A.G.N), diagnosticado con las enfermedades de Parkinson y Alzheimer, registra un estado nutricional al límite, musculatura reducida y dependencia funcional absoluta en el Índice de Barthel, requiriendo asistencia continua para comer, vestirse, trasladarse y asearse.

Estos perfiles demuestran que el declive biológico de la composición corporal es un predictor clínico robusto del deterioro funcional y cognitivo acelerado en entornos institucionalizados.

En segunda instancia, se evidencia una interacción de tercer orden entre la pérdida de autonomía funcional y el silenciamiento comunicativo. El adulto mayor que pierde la capacidad de deambular libremente y queda confinado al espacio restringido del interior de la casa de acogida experimenta una drástica reducción de sus estímulos ambientales y sociales. Este aislamiento físico-espacial acelera el deterioro de las funciones cerebrales superiores (fluidez verbal, memoria a corto plazo, inhibición cognitiva), propiciando el avance de cuadros de demencia senil (11).

Al comprometerse el área cognitiva, el anciano experimenta dificultades marcadas para formular oraciones complejas o manifestar sintomatologías clínicas (dolor físico, problemas digestivos, falta de apetito), lo que con frecuencia deriva en conductas de aislamiento voluntario, mutismo selectivo y resignación pasiva dentro del centro gerontológico. La comunicación deja de actuar como un puente de socialización para transformarse en un mero intercambio instrumental de necesidades de supervivencia básica (11).

Esta red de factores biológicos, funcionales y comunicativos mella profundamente la esfera afectiva y el bienestar emocional del residente (7). Diversos autores señalan que el ingreso a una institución gerontológica de larga estancia genera de por sí un alto nivel de estrés de adaptación y sentimientos de despersonalización en el anciano, especialmente cuando la institucionalización se realiza de manera involuntaria y sin su consentimiento formal (3).

Al verse privado de su intimidad, desprovisto de redes de comunicación familiar estables y obligado a acatar rutinas físicas preestablecidas por el personal administrativo del asilo, el adulto mayor internaliza un miedo latente a la soledad y al olvido (12). Este sufrimiento de carácter emocional a menudo se somatiza en una pérdida progresiva de apetito y desinterés por el autocuidado, lo que acelera el ciclo de desnutrición clínica y pérdida de masa muscular, perpetuando el declive biológico y funcional del individuo en las casas de acogida (7).

Conclusiones

La caracterización integral de los factores biológicos, funcionales, sociales y de la comunicación en los adultos mayores institucionalizados en casas de acogida en el Ecuador permite formular las siguientes conclusiones de relevancia clínica y social:

- **Fragilidad biológica e inestabilidad física:** La alta prevalencia de desnutrición o bajo peso (25.0%) y de reducción de masa muscular (66.7%) evidencia un estado generalizado de sarcopenia y fragilidad en los residentes de estos hogares de asistencia. Esta pérdida de masa muscular es el principal determinante físico de la limitación funcional y de la elevada tasa de caídas (47.2%), comprometiendo la integridad ósea y la movilidad básica de las personas de edad avanzada.
- **Silenciamiento comunicativo y declive cognitivo:** La coexistencia de analfabetismo estructural (16.7%) y deterioro de las funciones cognitivas por demencia moderada o grave (27.8%) limita severamente la fluidez verbal y la comunicación afectiva de los residentes. La falta de canales interactivos adecuados fomenta el desarrollo de conductas de aislamiento, mutismo y resignación pasiva frente a las rutinas institucionales.
- **Aislamiento social y el rol de las instituciones de apoyo:** La ruptura de los lazos familiares y la carencia de visitas estables en un tercio de la población institucionalizada agravan el sentimiento de abandono y la depresión senil. El personal de cuidado directo, sobrecargado por tareas administrativas e instrumentales de higiene y alimentación, no cuenta con la capacitación técnica ni el tiempo necesario para proveer estimulación cognitiva o contención comunicativa personalizada.
- **Necesidad de un cambio de paradigma asistencial:** El alto porcentaje de residentes sin diagnósticos clínicos sistematizados ("No refiere") en las bases de datos de las casas de acogida resalta la imperiosa necesidad de reestructurar la gestión de estos centros en

el país. Resulta indispensable transitar de un modelo de cuidado custodial básico hacia una atención gerontológica integral y transdisciplinaria que incorpore soporte nutricional temprano, programas de fisioterapia preventiva y talleres de estimulación cognitivo-comunicativa que devuelvan el protagonismo, la autonomía y la dignidad al adulto mayor en la etapa final de su ciclo vital.

Acerca de

Contribución del autor: El autor realizó la conceptualización del estudio, el desarrollo metodológico, el análisis e interpretación de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión crítica de su contenido intelectual. Asimismo, aprobó la versión final para su publicación.

Financiamiento: El autor declara que no recibió financiamiento para esta investigación.

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflictos de intereses.

Certificación ética: El protocolo del presente estudio fue sometido a revisión y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad, en cumplimiento de los principios éticos y de las normativas institucionales aplicables.

Historia del artículo: Artículo recibido el 09 de mayo de 2026 | Aceptado el 13 de julio de 2026 | Publicado el 15 de agosto de 2026.

Referencias

1. Galarza-Masabanda LA, Toaquiza-Vega SM, Benalcázar-Luna ML. Adultos Mayores, inclusión social y espacios recreativos en la ciudad de Latacunga, Ecuador. *Prospect Rev Trab Soc e Interv Soc.* 2025 Mar 8;e21314324. <https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/14324>
2. Guevara-Peña NL. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *ENTRAMADO.* 2016;12(1):138–51. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/455>
3. Mantilla Garcés MC, Andramuño Bermeo FF, Machado Sarabia ED, Llanga Gavilánez JK. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de América Latina. *Arandu UTIC.* 2026 Jan 2;12(4):2077–92. <https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/1800>
4. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.* 2017 [cited 2026 Jun 22];28(3):135–41. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Uzcátegui Loor CS. Evaluación del estado nutricional y el riesgo de sarcopenia en adultos mayores residentes de casas hogares. *UIDE;* 2024. <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/8382/1/UIDE-Q-TN-2025-66.pdf>
6. Gavilanes Fray V, Trujillo Chávez MB, Estrada Zamora EM, Suarez Idrovo AJ, Tamayo Vasquez FM. Estado funcional de adultos mayores de dos centros de cuidado en Ambato

- Ecuador. LATAM Rev Latinoam Ciencias Soc y Humanidades. 2023 Sep 9;4(3). <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1089>
7. Vergel VKH, Pinto NS, Leal PR. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Rev Venez Gerenc RVG. 2021;26(95):530–43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8890470>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. CARTILLA SOBRE BUEN TRATO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. 2018. <https://n9.cl/scylqp>
9. Álvarez Córdova LR, Artacho Martín-Lagos R, Arteaga Pazmiño C, Fonseca Pérez DM, Sierra Nieto VH, Ruiz-López MD. Comprehensive geriatric assessment in a marginal community of Ecuador. Nutr Hosp. 2020; <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/03040/show>
10. Paipay M. Salud mental y calidad de vida en personas adultas mayores en centros de atención essalud. GICOS. 2026;11(1):11–28. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10566498.pdf>
11. Rodríguez Sandoval De Illescas K V. DETERIORO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN ADULTOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2024. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/20414/1/13T%283582%29.pdf>
12. NIH. Soledad y aislamiento social: Sugerencias para mantener las conexiones sociales. 2024.