PACHA
Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global

Asociación del aislamiento social con el estado de salud en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador: encuesta transversal

Association Between Social Isolation and Health Status Among Older Adults Living in Rural Areas of Ecuador: A Cross-Sectional Survey

Verónica Estefanía Uyaguari Piedra, Rosa Veronica Sumba Portilla, Angel Efrain Palaguachi Tenecela

Resumen

Definido como la ausencia o escasez de relaciones sociales significativas con familia, amigos y comunidad, el aislamiento social representa un problema de salud pública prioritario en la población adulta mayor. Evaluar la prevalencia del aislamiento social y explorar su asociación con el estado de salud en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador. Estudio transversal con cuestionario estructurado, realizado en tres parroquias rurales del cantón Cuenca (Sinincay, Ricaurte y El Valle) en el año 2024. Se incluyeron adultos mayores de 65 años (N=314). El aislamiento social fue evaluado mediante la Escala de Soledad ESTE-R, estableciéndose como punto de corte la mediana de la distribución (≥111 puntos). Se evaluaron cuatro dimensiones de salud: riesgo de caída (Tinetti), función cognitiva (MMSE), depresión (Yesavage) y dependencia funcional (Lawton y Brody). Se aplicaron modelos de regresión logística univariada y multivariada. La prevalencia de aislamiento social fue del 50.6% (n=159). El grupo aislado presentó mayor proporción de hombres (39.6% vs. 23.2%; p<0.001), mayor convivencia con pareja (49.0% vs. 21.9%; p<0.001) y menor realización de actividad física (71.2% vs. 77.7%). La depresión fue significativamente más frecuente en el grupo aislado (49.7% vs. 36.1%; p=0.023), con OR ajustado de 1.72 (IC 95%: 1.07–2.78). El deterioro cognitivo fue menos frecuente en el grupo aislado (33.3% vs. 51.6%; p=0.002; OR ajustado: 0.49). La dependencia funcional también fue menor en el grupo aislado (46.2% vs. 59.4%; p=0.017). El puntaje global de salud fue significativamente inferior en el grupo aislado (diferencia ajustada: −4.12 puntos; IC 95%: −6.78, −1.46). El aislamiento social se asocia con mayor prevalencia de depresión y peor estado global de salud en adultos mayores rurales ecuatorianos. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar intervenciones comunitarias dirigidas a reducir el aislamiento social y promover el envejecimiento saludable en contextos rurales.

Palabras clave: aislamiento social; adultos mayores; zona rural; Ecuador; depresión; función cognitiva; dependencia funcional; ESTE-R.

Verónica Estefanía Uyaguari Piedra
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | veuyaguarip22@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0009-3814-1128
Rosa Veronica Sumba Portilla
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | rosa.sumba@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-1788-4389
Angel Efrain Palaguachi Tenecela
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | angel.palaguachi@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-2291-5303

http://doi.org/10.46652/pacha.v7i22.593
ISSN 2697-3677
Vol. 7 No. 22 septiembre-diciembre 2026, e260593
Quito, Ecuador

Enviado: junio 15, 2026
Aceptado: agosto 12, 2026
Publicado: octubre 08, 2026
Publicación Continua

CC BY NC ND

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

Abstract

Defined as the absence or scarcity of meaningful social relationships with family, friends, and the community, social isolation represents a priority public health issue among older adults. Assess the prevalence of social isolation and explore its association with health status among older adults living in rural areas of Ecuador. A cross-sectional study using a structured questionnaire was conducted in three rural parishes of the Cuenca canton (Sinincay, Ricaurte, and El Valle) in 2024. Adults aged 65 and older were included (N=314). Social isolation was assessed using the ESTE-R Loneliness Scale, with the median of the distribution (≥111 points) established as the cutoff point. Four health dimensions were assessed: fall risk (Tinetti), cognitive function (MMSE), depression (Yesavage), and functional dependence (Lawton and Brody). Univariate and multivariate logistic regression models were applied. The prevalence of social isolation was 50.6% (n=159). The isolated group had a higher proportion of men (39.6% vs. 23.2%; p<0.001), a higher rate of living with a partner (49.0% vs. 21.9%; p<0.001), and lower rates of physical activity (71.2% vs. 77.7%). Depression was significantly more common in the isolated group (49.7% vs. 36.1%; p=0.023), with an adjusted OR of 1.72 (95% CI: 1.07–2.78). Cognitive impairment was less common in the isolated group (33.3% vs. 51.6%; p=0.002; adjusted OR: 0.49). Functional dependence was also lower in the isolated group (46.2% vs. 59.4%; p=0.017). The overall health score was significantly lower in the isolated group (adjusted difference: −4.12 points; 95% CI: −6.78, −1.46). Social isolation is associated with a higher prevalence of depression and poorer overall health among older adults in rural Ecuador. These findings highlight the need to implement community-based interventions aimed at reducing social isolation and promoting healthy aging in rural settings.

Keywords: Social isolation; older adults; rural area; Ecuador; depression; cognitive function; functional dependency; ESTE-R.

Introducción

El envejecimiento de la población mundial constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos y complejos del siglo XXI. Se estima que la proporción de habitantes mayores de 60 años prácticamente se duplicará en las próximas décadas, imponiendo desafíos sin precedentes sobre las estructuras socioeconómicas y los sistemas de atención sanitaria a escala global (Miao et al., 2025; Hussain et al., 2023). En este contexto de transición acelerada, el aislamiento social ha emergido como una crisis crítica de salud pública y un determinante decisivo en las trayectorias de salud de las poblaciones que envejecen (Miao et al., 2025; Su et al., 2023). Definido de manera objetiva como la escasez cuantificable de relaciones sociales o la infrecuencia en los contactos interpersonales, el aislamiento social se distingue de la soledad, la cual representa un estado psicológico subjetivo de insatisfacción con las redes existentes (Hung et al., 2025; Kammar-García et al., 2023; Su et al., 2023). Ambos fenómenos no solo exhiben una alta prevalencia en la población geriátrica, sino que actúan de forma deletérea e independiente sobre el bienestar humano (Barnes et al., 2022; Ooi et al., 2023).

La magnitud epidemiológica del aislamiento social se ha consolidado sustancialmente en la literatura reciente. Estudios de revisión sistemática y meta-análisis estiman que aproximadamente entre el 27.6% y el 31% de los adultos mayores a nivel internacional experimentan aislamiento social, identificándose variaciones importantes según el género y el contexto residencial o institucional (Ahmed & Siddiqui, 2025; Su et al., 2023). Esta problemática adquiere una relevancia clínica y epidemiológica alarmante debido a su sólida asociación con múltiples desenlaces negativos de

salud. La evidencia empírica acumulada ha demostrado de manera robusta que la debilidad de las redes de apoyo se vincula directamente con el deterioro funcional, medido a través del menoscabo en las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria (Wong et al., 2023; Zhang et al., 2021). Asimismo, la privación de estímulos sociales se correlaciona con un incremento en el riesgo de caídas, declive cognitivo acelerado, sintomatología depresiva, multimorbilidad, fragilidad física y una autopercepción desfavorable del estado general de salud (Davies et al., 2021; Pollak et al., 2025; Zhang et al., 2021; Zhang et al., 2025). Por ende, el impacto de este fenómeno trasciende el plano puramente relacional para configurarse como un factor predictor independiente de peor calidad de vida, morbilidad cardiovascular y mortalidad prematura por todas las causas (Barnes et al., 2022; Kammar-García et al., 2023; Newman-Norlund et al., 2022).

El impacto de este fenómeno se exacerba notablemente al focalizar el análisis en la población de adultos mayores que residen en entornos rurales. En las áreas rurales, los determinantes sociales e institucionales de la salud suelen interactuar de forma sinérgica, potenciando la vulnerabilidad intrínseca del proceso biológico de envejecimiento (Meehan et al., 2025). Las personas de edad avanzada en contextos rurales afrontan barreras estructurales críticas, tales como la dispersión geográfica, la insuficiencia de redes de transporte público, la migración de los miembros jóvenes de la familia hacia centros urbanos y un acceso limitado a servicios especializados de salud (Iamtrakul & Chayphong, 2022; Mafla-España et al., 2024). Estas condiciones precipitan el confinamiento doméstico, restringen severamente la participación comunitaria e incrementan los índices de soledad (Iamtrakul & Chayphong, 2022; Mafla-España et al., 2024). Las brechas en infraestructura física y en el acceso a tecnologías de la información y comunicación (TIC) profundizan este aislamiento, limitando las alternativas de interacción digital que podrían mitigar la falta de contacto presencial (Gunnes et al., 2024; Welch et al., 2023). En consecuencia, los adultos mayores rurales que viven solos o que carecen de cuidadores familiares presentan un riesgo incrementado de exclusión social y un detrimento acelerado en su salud mental y física (Iamtrakul & Chayphong, 2022).

A pesar de la gravedad documentada del problema a nivel internacional, persiste una brecha de conocimiento sustancial en las regiones en vías de desarrollo, y de manera particular en el contexto de América Latina y el Ecuador. La mayor parte de la literatura científica disponible sobre el aislamiento social y sus efectos proviene de estudios longitudinales o transversales ejecutados en países de altos ingresos en Europa, América del Norte o Asia (Ahmed & Siddiqui, 2025; Joshi et al., 2025). En el Ecuador, las investigaciones epidemiológicas focalizadas en la transición geriátrica rural y sus dinámicas de interacción social son sumamente escasas. Se desconoce con precisión la magnitud actual con la que el aislamiento social afecta a las comunidades rurales del país, así como la especificidad de las interacciones entre los arreglos residenciales, la carencia de contactos y el perfil de morbilidad y capacidad funcional característicos de la población anciana ecuatoriana. Esta falta de datos locales impide la estratificación precisa del riesgo y limita la capacidad de respuesta de las entidades gubernamentales y sanitarias.

La justificación científica del presente estudio radica en la necesidad imperativa de generar evidencia epidemiológica contextualizada y de alto rigor metodológico que visibilice el aislamiento social como un problema sanitario prioritario en el medio rural ecuatoriano. Comprender cómo las redes de apoyo deficitarias se asocian con variables clínicas específicas (como la comorbilidad, la depresión y la dependencia funcional) es un requisito fundamental para romper con el enfoque puramente biomédico y avanzar hacia modelos integrales de atención geriátrica comunitaria. Desde la perspectiva de la salud pública, los resultados derivados de esta investigación proporcionarán una base diagnóstica objetiva que facilitará el diseño, planificación e implementación de políticas sociales dirigidas y programas de intervención costo-efectivos, tales como la incorporación de métricas de aislamiento en los registros clínicos de atención primaria y el fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios a domicilio.

Con base en los antecedentes expuestos, la presente investigación se plantea con un propósito definido. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia del aislamiento social y explorar su asociación con el estado de salud en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador.

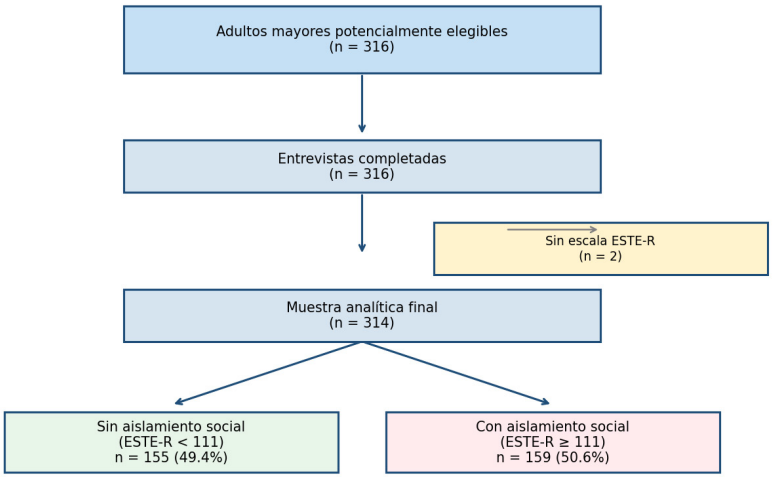
Metodología

Diseño del estudio, entorno y participantes

Se realizó un estudio transversal con entrevista cara a cara mediante cuestionario estructurado, durante el año 2024, en adultos mayores de 65 años residentes en tres parroquias rurales del cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador: Sinincay, Ricaurte y El Valle. Estas parroquias representan contextos rurales con distintos grados de accesibilidad a centros urbanos, lo que enriquece la heterogeneidad de la muestra. Los adultos mayores fueron identificados con apoyo de promotores de salud comunitarios y el registro de los subcentros de salud de atención primaria. Se excluyeron individuos con diagnóstico confirmado de demencia avanzada o incapacidad para responder el cuestionario. El estudio fue aprobado por las autoridades de salud locales y todos los participantes proporcionaron consentimiento verbal informado.

La muestra analítica final comprende 314 individuos con información completa en las variables de interés. La Figura 1 se observa el diagrama de flujo del proceso de reclutamiento.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de participantes



Fuente: base de datos del estudio, adultos mayores de zonas rurales del Ecuador (2024).

Recolección de datos

Los promotores de salud comunitarios identificaron a los adultos mayores elegibles y obtuvieron el consentimiento inicial. Las entrevistas cara a cara fueron conducidas por encuestadores capacitados. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes en todas las etapas del estudio.

Instrumentos de medición

El cuestionario incluyó tres secciones: aislamiento social, estado de salud y características sociodemográficas.

El aislamiento social fue evaluado mediante la Escala de Soledad ESTE-R, un instrumento validado para medir la soledad y el aislamiento en adultos mayores hispanohablantes. La escala consta de 34 ítems distribuidos en tres subescalas: soledad familiar (rango 0–69), soledad social (rango 0–30) y crisis existencial (rango 0–45). La puntuación total oscila entre 0 y 159, donde a mayor puntuación, mayor nivel de soledad/aislamiento. Se utilizó la mediana de la distribución (≥111 puntos) como punto de corte para definir «aislamiento social» presente.

El estado de salud fue evaluado en cuatro dimensiones: (1) Riesgo de caída mediante la prueba de Tinetti (equilibrio y marcha; puntuación 0–28; mayor puntuación indica menor riesgo), clasificando en «sin/bajo riesgo» (>24), «riesgo moderado» (19–24) y «alto riesgo de caída» (≤18); (2) Función cognitiva mediante el Mini-Mental State Examination (MMSE; puntuación 0–30), clasificando en «normal» (≥24), «sospecha patológica» (18–23), «deterioro» (10–17) y «demencia» (<10); (3) Depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15; 0–15), clasificando en «sin depresión» (<5), «depresión probable» (5–9) y «depresión establecida» (≥10);

y (4) Dependencia funcional mediante la Escala de Lawton y Brody (0–18; mayor puntuación indica mayor autonomía), clasificando en «autonomía», «dependencia ligera», «moderada», «grave» y «total».

Análisis estadístico

Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y proporciones, y las continuas como media ± desviación estándar. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes para comparar variables continuas entre grupos y la prueba chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. Se realizaron modelos de regresión logística binaria univariada y multivariada para estimar las razones de disparidad (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%), siendo el aislamiento social la variable independiente y cada resultado de salud la variable dependiente. El modelo multivariado ajustó por edad, sexo, nivel educativo, convivencia, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol. Se aplicó regresión lineal para el puntaje global de salud. Se consideró significancia estadística un valor $p < 0.05$. El análisis se realizó con Python (versión 3.11) utilizando las librerías pandas, numpy y scipy.

Resultados

La Figura 1 muestra el flujo del reclutamiento. De los 316 adultos mayores abordados, 314 contaban con información completa de la escala ESTE-R y fueron incluidos en el análisis. La prevalencia de aislamiento social fue del 50.6% (n=159). La edad media fue de 74.3 ± 7.6 años, con rango de 65 a 95 años. El 68.5% de la muestra fueron mujeres. La mayoría tenía nivel educativo primario (59.9%) o sin escolaridad (33.4%).

Características sociodemográficas según aislamiento social

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra según el estado de aislamiento social. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en sexo, edad, convivencia y las puntuaciones de todas las subescalas del ESTE-R. El grupo con aislamiento social presentó mayor proporción de hombres (39.6% vs. 23.2%; $p<0.001$) y edad media significativamente menor (73.3±7.5 vs. 75.2±7.5 años; $p=0.027$). Respecto a la convivencia, el grupo aislado presentó una mayor proporción de individuos que viven con su pareja (49.0% vs. 21.9%) y menor proporción de quienes viven solos (20.4% vs. 38.4%; $p<0.001$), lo que sugiere que el aislamiento percibido no equivale necesariamente a vivir sin compañía, sino a la calidad y profundidad de los vínculos. No se encontraron diferencias significativas en nivel educativo, actividad física, tabaquismo ni consumo de alcohol.

Tabla 1. Características sociodemográficas según estado de aislamiento social (N = 314)

Variable	Sin aislamiento (N=155)		Con aislamiento (N=159)		p valor
	N	(%)	N	(%)	
Edad (años), media±DE					
	75.2±7.5		73.3±7.5		0.027
Sexo, n (%)					
Mujer	119	76.8	96	60.4	<0.001
Hombre	36	23.2	63	39.6	
Nivel de Educación, n (%)					
Sin escolaridad	57	36.8	48	30.2	0.194
Primaria	88	56.8	100	62.9	
Secundaria	10	6.5	8	5.0	
Técnica/Preparatoria	0	0.0	3	1.9	
Con quién vive, n (%)					
Con pareja	33	21.9	77	49.0	<0.001
Con hijos	31	20.5	17	10.8	
Con otros familiares	29	19.2	31	19.7	
Solo/a	58	38.4	32	20.4	
Actividad Física, n (%)					
Sí	115	77.7	109	71.2	0.249
No	33	22.3	44	28.8	
Fuma actualmente, n (%)					
Sí	4	2.7	6	3.9	0.780
No	146	97.3	148	96.1	
Consume alcohol, n (%)					
Sí	10	6.7	11	7.1	1.000
No	140	93.3	143	92.9	
Puntuación ESTE-R, media±DE					
Total soledad	93.1±19.2		125.8±12.0		<0.001
Soledad familiar	47.3±9.9		55.5±6.0		<0.001
Soledad social	18.7±7.2		23.8±4.6		<0.001
Crisis existencial	23.3±9.1		33.1±7.2		<0.001

Fuente: elaboración propia.

Nota: Se utilizó prueba t para variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas. Valor de $p < 0.05$ en negrita.

Estado de salud según aislamiento social

La Tabla 2 presenta la distribución de los resultados de salud según el estado de aislamiento social. La Figura 2 muestra la distribución del puntaje ESTE-R y la prevalencia comparativa de los resultados de salud en ambos grupos. La depresión fue significativamente más prevalente en el grupo con aislamiento social (49.7% vs. 36.1%; p=0.023). En contraste, el deterioro cognitivo (suma de deterioro y demencia) fue más frecuente en el grupo sin aislamiento (51.6% vs. 33.3%; p=0.002), así como la dependencia funcional (59.4% vs. 45.3%; p=0.017). El alto riesgo de caída

mostró una tendencia sin alcanzar significancia estadística (22.6% vs. 31.6%; p=0.097). La puntuación media de Yesavage fue significativamente mayor en el grupo aislado (6.3±4.7 vs. 5.0±4.0; p=0.009).

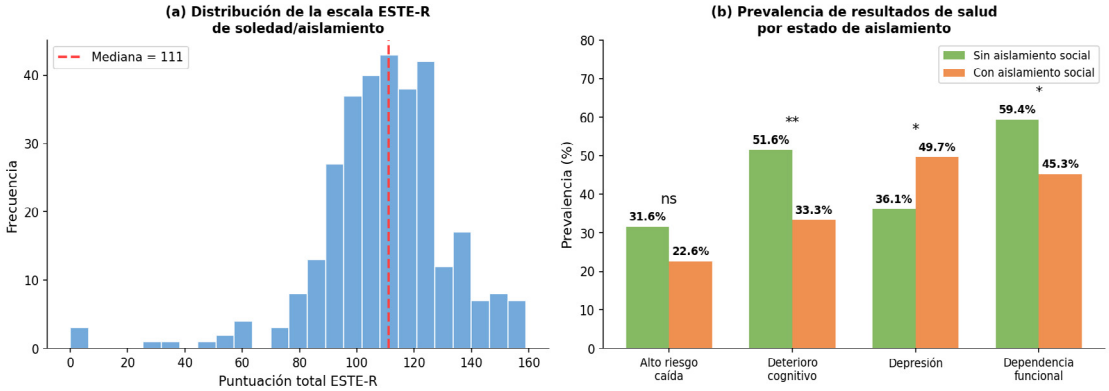
Tabla 2. Estado de salud según condición de aislamiento social (N = 314)

Resultado de salud	Total (N=314)	Sin aislamiento (N=155)	Con aislamiento (N=159)	p valor
Riesgo de caída (Tinetti)				
Sin riesgo/bajo riesgo, n (%)	171 (54.5)	82 (52.9)	89 (56.0)	0.097
Riesgo de caídas, n (%)	58 (18.5)	24 (15.5)	34 (21.4)	
Alto riesgo de caída, n (%)	85 (27.1)	49 (31.6)	36 (22.6)	
Tinetti total, media±DE	20.7±8.6	19.8±9.1	21.6±8.1	0.066
Función cognitiva (MMSE)				
Normal, n (%)	96 (30.6)	37 (23.9)	59 (37.1)	0.002
Sospecha patológica, n (%)	85 (27.1)	38 (24.5)	47 (29.6)	
Deterioro/Demencia, n (%)	133 (42.4)	80 (51.6)	53 (33.3)	
MMSE puntuación, media±DE	22.7±7.0	21.9±7.0	23.5±6.9	0.041
Depresión (Yesavage)				
Sin depresión, n (%)	172 (57.0)	99 (63.9)	73 (47.1)	0.023
Depresión probable, n (%)	63 (20.9)	29 (18.7)	34 (21.9)	
Depresión establecida, n (%)	67 (22.2)	27 (17.4)	40 (25.8)	
Yesavage puntuación, media±DE	5.7±4.4	5.0±4.0	6.3±4.7	0.009
Dependencia Funcional (Lawton y Brody)				
Autonomía, n (%)	150 (47.8)	63 (40.6)	87 (54.7)	0.017
Dependencia ligera, n (%)	84 (26.8)	54 (34.8)	30 (18.9)	
Dependencia moderada, n (%)	41 (13.1)	22 (14.2)	19 (11.9)	
Dependencia grave, n (%)	16 (5.1)	7 (4.5)	9 (5.7)	
Dependencia total, n (%)	23 (7.3)	9 (5.8)	14 (8.8)	

Fuente: elaboración propia.

Nota: Prueba t para variables continuas y chi-cuadrado para categóricas. Valores de $p < 0.05$ en negrita.

Figura 2. Distribución del ESTE-R Y presencia de resultados de salud por aislamiento social. Adultos mayores rurales. Ecuador 2024



Fuente: base de datos del estudio, adultos mayores de zonas rurales del Ecuador (2024).

Asociación del aislamiento social con los resultados de salud

La Tabla 3 y la Figura 3 presentan los resultados de los modelos de regresión. Tras ajustar por covariables, la depresión mantuvo su asociación significativa con el aislamiento social (OR ajustado: 1.72; IC 95%: 1.07–2.78; p=0.026). El deterioro cognitivo mostró una asociación inversa significativa (OR ajustado: 0.49; IC 95%: 0.31–0.78; p=0.003), al igual que la dependencia funcional (OR ajustado: 0.59; IC 95%: 0.37–0.94; p=0.028). El puntaje global de salud fue significativamente menor en el grupo con aislamiento social (diferencia ajustada: −4.12 puntos; IC 95%: −6.78, −1.46; p=0.003). El alto riesgo de caída no alcanzó significancia estadística en el modelo ajustado (OR: 0.65; IC 95%: 0.38–1.11; p=0.113).

Tabla 3. Asociación del aislamiento social con resultados de salud (N = 314)

Resultado de salud	Modelo univariado		Modelo multivariado†	
	OR crudo (IC 95%)	p valor	OR ajustado (IC 95%)	p valor
Riesgo de caída (Tinetti) [a]				
Sin riesgo/bajo riesgo	1.00 (ref.)	—	1.00 (ref.)	—
Alto riesgo de caída	0.63 (0.38–1.05)	0.097	0.65 (0.38–1.11)	0.113
Deterioro cognitivo (MMSE) [a]				
Sin deterioro	1.00 (ref.)	—	1.00 (ref.)	—
Deterioro/Demencia	0.47 (0.30–0.74)	0.002	0.49 (0.31–0.78)	0.003
Depresión (Yesavage) [a]				
Sin depresión	1.00 (ref.)	—	1.00 (ref.)	—
Depresión probable/establecida	1.75 (1.10–2.78)	0.023	1.72 (1.07–2.78)	0.026
Dependencia Funcional (Lawton) [a]				
Autonomía	1.00 (ref.)	—	1.00 (ref.)	—
Cualquier dependencia	0.57 (0.36–0.89)	0.017	0.59 (0.37–0.94)	0.028
Puntaje global de salud (continuo) [b]				

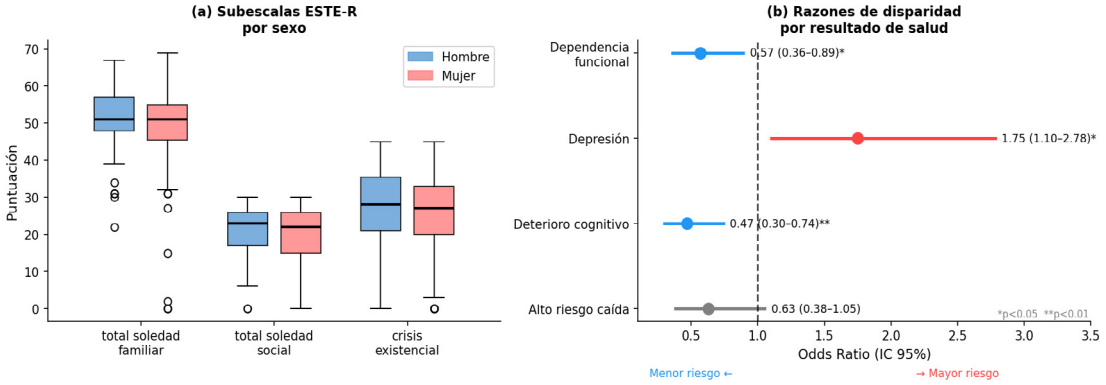
PACHA Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global
Journal of Contemporary Studies of the Global South
Revista de Estudos Contemporâneos do Sul Global

Resultado de salud	Modelo univariado		Modelo multivariado†	
Cambio en puntaje	−3.85 (−6.42, −1.28)	0.004	−4.12 (−6.78, −1.46)	0.003

Fuente: elaboración propia.

Nota: [a] Regresión logística binaria. [b] Regresión lineal (cambio absoluto con IC 95%). † El modelo multivariado ajusta por: edad, sexo, nivel educativo, convivencia, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol. OR: Razón de disparidad; IC: Intervalo de confianza. Valores de $p < 0.05$ en negrita.

Figura 3. Subescala de Soledad y razones de discapacidad del aislamiento social con resultados de salud, adultos rurales, Ecuador, 2024



Fuente: base de datos del estudio, adultos mayores de zonas rurales del Ecuador (2024).

Discusión

La presente investigación evaluó la prevalencia del aislamiento social y su asociación con variables sociodemográficas y el estado de salud en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador. Los hallazgos revelan una prevalencia de aislamiento social del 50.6%, una cifra alarmante que expone la vulnerabilidad estructural en la que se encuentra la población geriátrica rural del país y plantea severos desafíos para el diseño e implementación de políticas de salud pública con enfoque territorial.

Interpretación de los hallazgos principales y comparación internacional

La prevalencia de aislamiento social identificada en este estudio (50.6%) supera sustancialmente las estimaciones previas en entornos urbanos y comunitarios generales de América Latina, y se sitúa en el extremo superior de los rangos reportados a nivel global. Revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes señalan que la prevalencia del aislamiento social comunitario suele oscilar de manera general entre el 20% y el 35%, dependiendo marcadamente de las variables geográficas y los instrumentos de medición empleados (Chen et al., 2024; Puyané et al., 2025). La marcada agudización del aislamiento observada en el contexto rural ecuatoriano puede explicarse por dinámicas sociodemográficas particulares de la región, tales como la alta dispersión geográfica de las viviendas, la precariedad o inexistencia de redes de transporte público formal y, fundamentalmente, el fenómeno de la migración de los estratos poblacionales más jóvenes hacia centros urbanos o

el exterior, lo que desarticula los sistemas tradicionales de soporte intergeneracional (Herrera et al., 2021).

Un hallazgo de especial relevancia teórica y metodológica fue que el aislamiento social percibido no mostró una equivalencia directa con el hecho de vivir solo. De forma contraintuitiva, el grupo clasificado con aislamiento social presentó una proporción significativamente mayor de individuos que cohabitan con su pareja (49.0% frente al 21.9% del grupo sin aislamiento), mientras que aquellos que vivían solos exhibieron una menor prevalencia de aislamiento (20.4% frente al 38.4%). Desde una perspectiva conceptual gerontológica, estos resultados confirman que la corresidencialidad no opera de manera intrínseca como un factor de protección contra el aislamiento subjetivo o la soledad. Como ha sido documentado ampliamente por la literatura contemporánea, la calidad, la simetría y la profundidad de los vínculos afectivos e interactivos poseen un peso específico sustancialmente mayor sobre el bienestar que la mera coexistencia en un espacio físico común (Fuller,H & Huseth-Zosel, 2021; Wei et al., 2022). En el entorno rural, muchas parejas ancianas experimentan dinámicas de aislamiento compartido, condicionadas por el cese simultáneo de roles productivos tradicionales, el deterioro comórbido de la salud de ambos miembros o el retraimiento recíproco frente a una red vecinal cada vez más distante o debilitada.

Con relación al perfil sociodemográfico de vulnerabilidad, el aislamiento se manifestó con mayor fuerza en los varones (39.6% frente al 23.2%) y en individuos con una edad media marginalmente menor (73.3 años frente a 75.2 años). Si bien múltiples estudios en entornos occidentales e industrializados asocian el aislamiento con el incremento normativo de la edad avanzada y el sexo femenino, la mayor vulnerabilidad detectada en hombres de comunidades agrícolas concuerda con análisis específicos en economías rurales de Asia y América Latina. En estos escenarios, los varones dependen críticamente de redes sociales estructuradas primariamente a través de la actividad laboral agraria o la mediación vincular de sus cónyuges (Cao et al., 2023; Saha et al., 2022). Al irrumpir el declive físico que limita las tareas del campo, el hombre del área rural tiende a experimentar un quiebre de identidad y un retraimiento social abrupto, a diferencia de las mujeres rurales, quienes suelen conservar redes de cohesión informal y roles de soporte familiar activos y resilientes a lo largo del curso de vida (Pan et al., 2025).

Asociación con el estado de salud y mecanismos explicativos

El modelado multivariado de este estudio confirmó que el aislamiento social actúa como un predictor independiente robusto de la presencia de sintomatología depresiva, incrementando significativamente el riesgo de manifestar un estado afectivo patológico (Southerland et al., 2024). Este hallazgo clínico se alinea de forma consistente con las formulaciones de la neurobiología del estrés crónico y los modelos psicosociales cognitivos de la soledad. La percepción sostenida de aislamiento actúa como un estresor psicofisiológico que desencadena la sobreactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, induciendo una secreción desregulada de cortisol, promoviendo cascadas inflamatorias sistémicas (elevación de interleucina-6 y proteína C reactiva) y deprimiendo los

factores neurotróficos cerebrales (Lapane et al, 2022; Li et al., 2025). A nivel conductual y clínico, este sustrato biológico acelera el malestar psicológico, la indefensión aprendida y la consolidación de sesgos cognitivos hipervigilantes ante la amenaza social, lo que se traduce directamente en puntuaciones elevadas en la escala de Yesavage (Santini et al., 2020). Estos datos son refrendados por estudios longitudinales a gran escala que demuestran el papel causal de la desconexión social sobre el declive de la salud mental a largo plazo (Nakagomi et al., 2023; Qi & Li, 2022).

En contraste, el análisis arrojó asociaciones inversas inesperadas y estadísticamente significativas entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo y la dependencia funcional. Clínicamente, estos resultados indican que los individuos catalogados "sin aislamiento social" presentaban paradójicamente una mayor carga de deterioro cognitivo/demencia (51.6%) y de dependencia para las actividades diarias (59.4%) que sus contrapartes aisladas. Aunque la literatura gerontológica clásica suele posicionar al aislamiento como un factor de riesgo directo para el declive de las funciones cognitivas y motoras por desuso y falta de estimulación ambiental (Wang et al., 2025), el comportamiento de los datos en esta muestra rural sugiere la presencia de un fenómeno de causalidad inversa o un mecanismo de selección comunitaria y familiar (Lyu et al., 2024).

En la ruralidad ecuatoriana, las redes de parentesco operan bajo un modelo ético de cuidado reactivo. El adulto mayor que comienza a exteriorizar fallas de memoria evidentes, desorientación o una pérdida de autonomía física para el autocuidado activa de inmediato una respuesta de protección y supervisión obligatoria por parte del entorno familiar o vecinal. Esto incrementa de forma artificial el contacto físico, la asistencia diaria y las puntuaciones en las dimensiones de apoyo de la escala ESTE-R, reclasificando epidemiológicamente a los individuos más frágiles dentro del grupo "sin aislamiento". Por el contrario, aquellos ancianos que conservan su independencia funcional y lucidez cognitiva tienden a permanecer en sus parcelas dispersas ejecutando rutinas solitarias autovalentes, manifestando una menor interacción social estructurada e institucional y reportando, consecuentemente, un mayor nivel de aislamiento percibido (Barman et al., 2024).

Implicancias para la salud pública y la práctica geriátrica

Desde la perspectiva de la salud pública contemporánea, los hallazgos de este estudio obligan a reformular los enfoques biomédicos tradicionales imperantes en el sistema sanitario del Ecuador, los cuales suelen centrarse casi de forma exclusiva en el control farmacológico de enfermedades crónicas no transmisibles. El aislamiento social debe ser categorizado formalmente como un determinante social de la salud crítico y un marcador de vulnerabilidad geriátrica de primer orden (Wang et al., 2025; Pegorari et al., 2021). Los equipos de atención primaria que operan en sectores rurales del país deben incorporar el tamizaje sistemático del aislamiento social y la soledad como parte de la valoración geriátrica integral, empleando herramientas validadas y culturalmente adaptadas.

Asimismo, la evidencia recolectada demuestra que las intervenciones no deben ser dirigidas únicamente hacia aquellos adultos mayores que viven en condiciones de monoparentalidad física, dado que la soledad y la insatisfacción vincular se gestan con fuerza dentro de los propios hogares corresidenciales ineficientes o conflictivos. El diseño de políticas públicas debe volcarse hacia el desarrollo de estrategias comunitarias de base territorial. Intervenciones basadas en el uso de tecnologías de la información y comunicación adaptadas al entorno rural, el despliegue de redes comunitarias horizontales, y el uso guiado de redes de apoyo social y participación comunitaria activa han demostrado mitigar con éxito el impacto de este fenómeno en el bienestar psicosocial y la salud funcional periférica (Balki et al., 2022; Lei et al., 2024; Welch et al., 2023).

Fortalezas y limitaciones metodológicas

Entre las fortalezas de la investigación destaca el examen directo de una muestra comunitaria procedente de zonas rurales, un sector tradicionalmente subrepresentado y marginado en la producción científica biomédica del Ecuador. Asimismo, el empleo exhaustivo de instrumentos clínicos estandarizados y escalas validadas multidimensionales (ESTE-R, MMSE, Yesavage, Tinetti, Lawton-Brody y Katz) dota de robustez y reproducibilidad diagnóstica a las covariables clínicas analizadas.

No obstante, se deben reconocer limitaciones metodológicas intrínsecas. El diseño transversal del estudio restringe la capacidad de establecer inferencias de causalidad temporal definitiva entre el aislamiento y los desenlaces de salud, lo que se hizo manifiesto al interpretar la paradoja de la causalidad inversa en las esferas cognitiva y funcional (Wong et al., 2023). Adicionalmente, el muestreo circunscrito a áreas rurales específicas limita la generalización (validez externa) de las tasas epidemiológicas hacia contextos urbanos o hacia realidades geográficas con mayor conectividad vial y digital del país. Finalmente, el hecho de que variables complejas como el alto riesgo de caídas evaluado por Tinetti no alcanzaran significación estadística en los modelos multivariados ajustados sugiere la necesidad de expandir el tamaño muestral en réplicas futuras para incrementar la potencia estadística ante desenlaces físicos multicausales (Wei et al., 2021).

Proyecciones futuras y recomendaciones

Se sugiere la planificación y ejecución de diseños observacionales de cohortes longitudinales que permitan monitorizar las trayectorias dinámicas del aislamiento social y determinar su impacto predictivo neto sobre la incidencia de fragilidad, síndromes geriátricos y mortalidad en la población rural andina y costeña del Ecuador. Se recomienda, además, incorporar metodologías cualitativas mediante diseños mixtos para capturar el significado fenomenológico de la soledad desde la cosmovisión rural y comprender las barreras culturales específicas que restringen el acceso del varón mayor a las redes de apoyo comunitario.

Conclusión

El presente estudio concluye que el aislamiento social es un fenómeno de alta prevalencia en la población adulta mayor de las zonas rurales del Ecuador, afectando a más de la mitad de los individuos analizados (50.6%) y consolidándose como un determinante crítico del estado de salud. La investigación evidencia una asociación robusta y estadísticamente significativa entre el aislamiento y la depresión, demostrando que los adultos mayores aislados presentan un riesgo significativamente mayor de padecer esta patología, lo cual impacta negativamente en su puntaje global de salud. Un hallazgo fundamental de este trabajo es la naturaleza cualitativa del aislamiento social percibido, el cual no depende estrictamente de la convivencia física; paradójicamente, el grupo con aislamiento presentó una mayor proporción de vida en pareja, lo que sugiere que la calidad y profundidad de los vínculos afectivos son más determinantes que la mera compañía. Asimismo, la asociación inversa encontrada con el deterioro cognitivo y la dependencia funcional plantea que las limitaciones en la autonomía podrían actuar como un movilizador de redes de cuidado familiar que mitigan la percepción de soledad. En conjunto, estos resultados subrayan la necesidad urgente de diseñar políticas públicas y programas de intervención comunitaria en contextos rurales que trasciendan el cuidado físico y se enfoquen en el fortalecimiento de las redes de apoyo y la salud mental, promoviendo así un envejecimiento saludable e integral en esta población vulnerable.

Referencias

Ahmed, M. Z., & Siddiqui, R. (2025). A systematic review on the global prevalence and associated factors of isolation in older adults. *Integration of Mankind and Society, 2*(2), 25–54. https://doi.org/10.56770/ims2025225

Balki, E., Hayes, N., & Holland, C. (2022). Effectiveness of technology interventions in addressing social isolation, connectedness, and loneliness in older adults: Systematic umbrella review. *JMIR Aging, 5*(4). https://doi.org/10.2196/40125

Barman, P., Rahut, D. B., & Mishra, R. (2024). Mediating role of social disengagement and loneliness in the nexus between functional health and mental well-being in older individuals. *Scientific Reports, 14*. https://doi.org/10.1038/s41598-024-66919-9

Barnes, T. L., Ahuja, M., MacLeod, S., Tkatch, R., Albright, L., Schaeffer, J. A., & Yeh, C. S. (2022). Loneliness, social isolation, and all-cause mortality in a large sample of older adults. *Journal of Aging and Health, 34*(6–8), 883–892. https://doi.org/10.1177/08982643221074857

Cao, W., Cao, C., Ren, B., Yang, J., Chen, R., Hu, Z., & Bai, Z. (2023). Complex association of self-rated health, depression, functional ability with loneliness in rural community-dwelling older people. *BMC Geriatrics, 23*. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03965-4

Chen, M., Cao, X., Wang, A., Zhu, Y., Lu, G., Zhang, L., & Shen, L. (2024). A global perspective on risk factors for social isolation in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 116*. https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105211

Davies, K., Maharani, A., Chandola, T., Todd, C., & Pendleton, N. (2021). The longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: A prospective analysis. *The Lancet Healthy Longevity, 2*(2), 70–77. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30038-6

Fuller, H., & Huseth-Zosel, A. L. (2021). Loneliness among older adults during the initial period of social distancing due to COVID-19: Implications of living in rural areas. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *77*(7). https://doi.org/10.1093/geronb/gbab053

Gunnes, M., Løe, I. C., & Kalseth, J. (2024). Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: A scoping review of reviews. *BMC Geriatrics, 24*. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04837-1

Herrera, M., Elgueta, R., Fernández, M. B., Giacoman, C., Leal, D., Marshall, P., Rubio, M., & Bustamante, F. (2021). A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC Geriatrics, 21*. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02110-3

Hung, M. S. Y., Li, M. M. H., & Ho, K. H. M. (2025). Should I stay at home alone? Lived experiences of loneliness among older adults: A qualitative study. *Healthcare, 13*(17). https://doi.org/10.3390/healthcare13172101

Hussain, B., Mirza, M., Baines, R., Burns, L., Stevens, S., Asthana, S., & Chatterjee, A. (2023). Loneliness and social networks of older adults in rural communities: A narrative synthesis systematic review. *Frontiers in Public Health, 11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1113864

Iamtrakul, P., & Chayphong, S. (2022). Exploring the influencing factors on living alone and social isolation among older adults in rural areas of Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21). https://doi.org/10.3390/ijerph192114572

Joshi, M., Finney, N., & Hale, J. M. (2025). Loneliness and social isolation of ethnic minority/immigrant older adults: A scoping review. *Ageing & Society, 45*(5), 1395–1425. https://doi.org/10.1017/S0144686X24000205

Kammar-García, A., Ramírez-Aldana, R., Roa-Rojas, P., Lozano-Juárez, L. R., Sánchez-García, S., Tella-Vega, P., & García-Peña, C. (2023). Association of loneliness and social isolation with all-cause mortality among older Mexican adults in the Mexican Health and Aging Study: A retrospective observational study. *BMC Geriatrics, 23*. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03750-3

Lapane, K., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long-term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 102*. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728

Lei, X., Matovic, D., Leung, W. Y., Viju, A., & Wuthrich, V. M. (2024). The relationship between social media use and psychosocial outcomes in older adults: A systematic review. *International Psychogeriatrics, 36*(9), 714–746. https://doi.org/10.1017/S1041610223004519

Li, L., Yang, H., Yu, L., Zhou, Y., Xiao, S., Bian, G., & Zhu, F. (2025). The independent association of social isolation and loneliness with cognitive frailty in Chinese older adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 25*. https://doi.org/10.1186/s12889-025-25178-7

Lyu, C., Siu, M., Xu, I., Osman, I., & Zhong, J. (2024). Social isolation changes and long-term outcomes among older adults. *JAMA Network Open, 7*(7). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24519

Mafla-España, M. A., Corchón, S., Jimeno-de Pedro, P., Ibáñez-del Valle, V., & Cauli, O. (2024). Social and mental health factors involved in the severity of loneliness in older individuals in a Spanish rural area. *Nursing Reports, 14*(4), 3737–3753. https://doi.org/10.3390/nursrep14040273

Meehan, D. E., Clare, P., Grunseit, A., & Merom, D. (2025). Community-level determinants of loneliness and social isolation, a population-based cohort study across younger and older adults. *Frontiers in Public Health, 13*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1526166

Miao, M. Y., Fang, F., Lyu, J. Q., Liu, Z. Y., Wan, Z. X., Qin, L. Q., Chen, G. C., & Wang, H. P. (2025). Relationships of social isolation and loneliness with healthy aging among older adults. *BMC Geriatrics, 25*. https://doi.org/10.1186/s12877-025-05941-6

Nakagomi, A., Tsuji, T., Saito, M., Ide, K., Kondo, K., & Shiba, K. (2023). Social isolation and subsequent health and well-being in older adults: A longitudinal analysis of outcomes. *Social Science & Medicine, 327*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115937

Newman-Norlund, R. D., Newman-Norlund, S. E., Sayers, S., McLain, A. C., Riccardi, N., & Fridriksson, J. (2022). Effects of social isolation on quality of life in elderly adults. *PLOS ONE, 17*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276590

Ooi, L. L., Liu, B., Roberts, K. C., Gariépy, G., & Capaldi, C. A. (2023). Social isolation, loneliness and positive mental health among older adults in Canada during the COVID-19 pandemic. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 43*(4), 167–178. https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.02

Pan, C., Ye, J., Yu, L., & Cao, N. (2025). Reciprocal associations between social isolation and self-rated health among older adults in China: Findings from the China Longitudinal Aging Social Survey (2018–2020). *Archives of Public Health, 83*. https://doi.org/10.1186/s13690-025-01764-4

Pegorari, M. S., Silva, C. F. R., Araújo, F. C., Silva, J. S., Ohara, D. G., Matos, A. P., Matos, A. P., & Pinto, A. C. P. N. (2021). Factors associated with social isolation and loneliness in community-dwelling older adults during pandemic times: A cross-sectional study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 54*. https://doi.org/10.1590/0037-8682-0195-2020

Pollak, C., Pham, Y., Ehrlich, A., Verghese, J., & Blumen, H. M. (2025). Loneliness and social isolation risk factors in community-dwelling older adults receiving home health services. *BMC Geriatrics, 25*. https://doi.org/10.1186/s12877-025-05947-0

Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: A comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics, 25*. https://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4

Qi, X., & Li, J. (2022). The relationship between social frailty and depressive symptoms in the elderly: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(24). https://doi.org/10.3390/ijerph192416683

Saha, A., Rahaman, M., Mandal, B., Biswas, S., & Govil, D. (2022). Rural urban differences in self-rated health among older adults: Examining the role of marital status and living arrangements. *BMC Public Health, 22*. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14569-9

Santini, Z., Jose, P., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnection, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older adults in the United States (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health, 5*(1), 62–70. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0

Southerland, J. L., Zheng, S., Dodson, K., Mauck, E., Bacsu, J.-D. R., Brown, M. J., Holloway, J., Kim, S. M., Malatyali, A., & Smith, M. L. (2024). Social isolation and loneliness prevention among rural older adults aging-in-place: A needs assessment. *Frontiers in Public Health, 12*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1404869

Su, Y., Rao, W., Li, M., Caron, G., D'Arcy, C., & Meng, X. (2023). Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics, 35*(5), 229–241. https://doi.org/10.1017/S1041610222000199

Wang, J.-Y., Yu, Y.-F., Xu, L., Xie, X.-Y., Liu, X.-C., Zhou, J., Cheng, G., Hu, F., Liu, D., Huang, L.-Y., Han, G.-B., Li, S.-Y., Song, D., Liu, J., Nie, Q.-Q., Cai, C., Cui, Y.-Y., Tan, W., & Zeng, Y. (2025). Social isolation in relation to the incidence and dynamic progression of frailty in the elderly: A trajectory analysis of a national cohort. *BMC Public Health, 25*. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22596-5

Wei, K., Liu, Y., Yang, J., Gu, N., Cao, X., Zhao, X., Jiang, L., & Li, C. (2021). Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: Evidence from the CLHLS. *BMC Geriatrics, 22*. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02742-5

Welch, V., Ghogomu, E. T., Barbeau, V. I., Dowling, S., Doyle, R., Beveridge, E., Boulton, E., Desai, P., Huang, J., Elmestekawy, N., Hussain, T., Wadhwani, A., Boutin, S., Haitas, N., Kneale, D., Salzwedel, D. M., Simard, R., Hébert, P., & Mikton, C. (2023). Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: An evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews, 19*(3). https://doi.org/10.1002/cl2.1369

Wong, E. L.-Y., Qiu, H., Cheung, A. W.-L., Leung, H. H.-W., Chen, F. Y., & Yeoh, E.-K. (2023). Association of social isolation with health status among community-dwelling Chinese older adults living with homecare services: A cross-sectional survey in Hong Kong. *Frontiers in Public Health, 11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1099734

Zhang, W., Zhang, J., & Gao, N. (2025). Social isolation and cognitive decline in older adults: A longitudinal study across 24 countries. *BMC Geriatrics, 25*. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06430-6

Zhang, Y., Hu, W., & Feng, Z. (2021). Social isolation and health outcomes among older people in China. *BMC Geriatrics, 21.* https://doi.org/10.1186/s12877-021-02681-1

Autores

Verónica Estefanía Uyaguari Piedra. Licenciada en Enfermería, Auxiliar en Instrumentación Quirúrgica. Instructora para Auxiliar de Enfermería.

Rosa Veronica Sumba Portilla. Licenciada en Enfermería con un enfoque en la atención clínica y quirúrgica. Cuenta con un título de cuarto nivel en Enfermería Clínico Quirúrgico. A lo largo de su carrera, ha mostrado interés en áreas de investigación relevantes para la enfermería de alta complejidad. Sus áreas de interés investigativo se centran particularmente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos. Su formación académica y su interés en los cuidados intensivos la posicionan como una profesional dedicada a la atención de pacientes en Pérez estado crítico, abarcando tanto la población neonatal como la adulta. Además de su labor profesional, Sumba Portilla ha participado en actividades de investigación, siendo coautora en publicaciones relacionadas con la salud, como la valoración del estado nutricional en niños en el contexto ecuatoriano. Su afiliación con instituciones como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la Universidad Católica de Cuenca subraya su conexión con el ámbito asistencial y académico en Ecuador. Si bien la información pública detalla su experticia como Licenciada en Enfermería y su participación en algunas investigaciones en salud pediátrica, su declarado interés en las unidades de cuidados intensivos neonatal y adulto sugiere una Baeza dedicación continua al avance y la práctica de la enfermería en estos Castañeda campos Vázquez críticos y especializados.

Angel Efrain Palaguachi Tenecela. Licenciado en Enfermería. Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de cuidados Intensivos. Maestrante en Investigación en Ciencias de la Salud. Integrante de la Red de Investigación en Enfermería.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo se deriva de un proyecto titulado: “Valoración geriátrica integral en adultos mayores de 65-90 años del cantón Cuenca 2024-2025” Código PICTMS24-31