



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**Tema:**

**PERCEPCIÓN DE SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES DE LA CIUDAD DE AMBATO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de  
Licenciado en Psicología Clínica**

**Línea de investigación:**

**SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

**Autor:**

Santiago David Cabezas Vela

**Directora:**

Mg. Narciza de Jesús Villegas Villacrés

**Ambato – Ecuador**

**Marzo 2026**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **SANTIAGO DAVID CABEZAS VELA**, con cédula de ciudadanía **1804393823**, autor del trabajo de graduación titulado: "PERCEPCIÓN DE SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE AMBATO", previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2026



Santiago David Cabezas Vela

CC. 1804393823

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
SEDE AMBATO  
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

**Tema:**

**PERCEPCIÓN DE SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES DE LA CIUDAD DE AMBATO**

**Línea de investigación:**

**SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**

**Autor:**

Santiago David Cabezas Vela

Narciza de Jesús Villegas Villacrés, Psic. Mg.

CC. 1803576840

**CALIFICADOR**

f. 

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Psic Cl. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

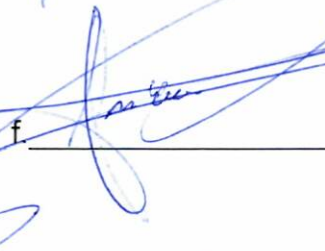
Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

**DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

**PROSECRETARIO PUCE AMBATO**

f. 

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

 **PUCE** | AMBATO  
**PROSECRETARÍA**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada a mi familia y amigos, pero de manera especial a mi madre, quien con mucho esfuerzo me dio la oportunidad de estudiar esta carrera en esta universidad y me apoyó en cada paso durante mi trayectoria académica.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco, inicialmente a Dios por darme la sabiduría para tomar las mejores decisiones durante el trayecto.

A mis padres, quienes me apoyaron durante mis estudios, en especial a mi madre que, con tanto esfuerzo, logró que ingrese a la carrera que anhelaba y siempre estuvo detrás de mi viéndome cumplir mi sueño, acompañándome en cada paso y cada día durante mi trayectoria académica.

A mis hermanos quienes estuvieron motivándome desde el día uno, siempre dándome ánimo para continuar.

A mis amigos dentro de la carrera, con quienes compartimos tantos momentos de estrés y diversión, apoyándonos cuando las cosas se ponían difíciles en clases, deberes o prácticas, muchas gracias.

A mis dos grandes amigos de toda la vida, quienes se entusiasmaron cuando supieron que seguiría mi carrera deseada y estuvieron apoyándome y ayudándome cuando requería ayuda externa.

A los profesores que he conocido durante los cuatro años de estudios por compartir y enseñarnos, no solo en lo académico y profesional, sino también en lo humano.

A los tutores que tuve en los centros de prácticas con quienes aprendí sobre mi profesión y me enseñaron a ser una mejor persona.

Agradezco también de manera especial a mi tutora Narciza Villegas, quien con tanta paciencia me ayudó durante la elaboración de este trabajo de titulación.

Finalmente, a mis gatas, quienes se quedaban conmigo durante las noches mientras estudiaba o realizaba mis deberes.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre percepción de soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Se empleó un enfoque cuantitativo dentro del paradigma post-positivista, utilizando un diseño no experimental de corte transversal, con alcances descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 104 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 66 y 93 años.

Para recoger información, se utilizó el Cuestionario de Estado Mental Breve (SPMSQ) para evaluar el deterioro cognitivo y la Escala de Soledad ESTE II para medir la percepción de soledad y sus dimensiones. El análisis de datos se realizó con estadísticas descriptivas y el coeficiente de correlación de Spearman.

Los resultados mostraron una relación positiva fuerte y significativa entre el deterioro cognitivo y la soledad percibida, además de correlaciones importantes entre el deterioro cognitivo y la participación social, el uso de nuevas tecnologías y la percepción de apoyo social. Se observó un predominio de soledad en niveles medios y altos en la población estudiada, junto con dificultades en orientación, memoria y atención.

Las conclusiones indican la necesidad de abordar los aspectos cognitivos y psicosociales en el envejecimiento, fortaleciendo las redes de apoyo social y promoviendo estrategias de inclusión para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores vulnerables.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo, soledad percibida, adultos mayores, vulnerabilidad social, envejecimiento.

## ABSTRACT

*The objective of this study was to analyze the relationship between perceived loneliness and cognitive decline in vulnerable older adults. A quantitative approach was adopted within the post-positivist paradigm, using a non-experimental, cross-sectional design with descriptive and correlational scope. The sample comprised 104 older adults of both sexes, aged 66-93 years.*

*Data were collected using the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) to assess cognitive decline and the ESTE II Loneliness Scale to measure perceived loneliness and its dimensions. Data analysis was conducted using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.*

*The results revealed a strong and statistically significant positive relationship between cognitive decline and perceived loneliness. Additionally, significant correlations were identified between cognitive decline and key psychosocial factors, including social participation, use of new technologies, and perceived social support. The findings also indicated a predominance of moderate to high levels of perceived loneliness among participants, accompanied by difficulties in orientation, memory, and attention.*

*These results underscore the importance of addressing both cognitive and psychosocial dimensions of aging by strengthening social support networks and promoting inclusive strategies aimed at enhancing well-being and quality of life among vulnerable older adults.*

**Keywords:** *cognitive impairment, perceived loneliness, older adults, social vulnerability, aging.*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	7
1.1. Soledad .....	7
1.2. Deterioro cognitivo .....	12
1.3. Diferencia entre deterioro cognitivo normal por la edad y deterioro cognitivo asociado a la soledad.....	13
1.4. Perfil de afectación cognitiva en deterioro normal y deterioro por soledad....	14
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
2.1. Tipo y enfoque de investigación paradigma.....	30
2.2. Técnicas e instrumentos .....	31
2.3. Población.....	34
2.4. Procesamiento y análisis de la información.....	37
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	38
3.1. Análisis de confiabilidad de los instrumentos de medición.....	38
3.2. Análisis estadístico categórico y descriptivo de las variables de estudio.....	39
3.3. Análisis descriptivo del SPMSQ de Pfeiffer .....	41
3.4. Análisis categórico y descriptivo de la escala ESTE II .....	42
CONCLUSIONES .....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	60

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que ha ido en aumento en las últimas décadas debido a los avances de la medicina, lo que ha permitido extender la esperanza de vida de la población. Este fenómeno forma parte de un desafío social y demográfico que requiere la adaptación de las políticas públicas, del sistema de salud y las estructuras familiares que requiere la población de adultos mayores. A nivel de Latinoamérica, este fenómeno avanza con rapidez, por lo que sin la infraestructura adecuada para atender las necesidades de este grupo poblacional se pueden generar condiciones de vulnerabilidad relacionadas al aislamiento, falta o pérdida de grupos o redes de apoyo y deterioro cognitivo.

En los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones sobre los factores psicosociales y su impacto en las funciones cognitivas durante la vejez, destacando el papel protector que tiene el apoyo e interacciones sociales en el impacto de la salud mental. Estudios realizados alrededor del mundo han demostrado que existe una relación entre la soledad y el deterioro cognitivo, lo que genera alteraciones neurobiológicas que lo aceleran. Estos estudios mostraron que el aislamiento social y la soledad influyen directamente en la actividad cerebral, provocando una disminución de la misma y afectando procesos cognitivos como la memoria de trabajo y atención sostenida. Además, se evidenció que los adultos mayores que presentan un nivel alto en soledad presentan un rendimiento cognitivo inferior al esperado aun al considerar variables como edad y nivel educativo, lo que respalda la idea de que las caravanas sociales tienen un impacto sobre la preservación de las funciones cognitivas en la vejez (Arana & Utrilla, 2024; Moretti et al., 2024).

Estudios longitudinales hechos en Europa mostraron que el tener caravanas sociales amplias y activas pueden influir entre el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas y las funciones cognitivas. Esto sugiere que la interacción social funciona como un factor protector de dichas funciones. Esto plantea que la estimulación social frecuente ayuda a mantener las conexiones neuronales y previniendo el envejecimiento cerebral. De este modo se encuentra que la ausencia

de vínculos sociales y emocionales significativos pueden predisponer a las personas a presentar deterioro en las funciones cognitivas (Bennett et al. 2006).

En Latinoamérica, varios estudios también señalan que existe una relación significativa entre la soledad percibida y la pérdida de capacidades cognitivas. Tapia Ramírez y Castrejón Caballero (2023) analizaron esta relación en adultos mayores mexicanos y concluyeron que el aislamiento social aumenta el riesgo de deterioro cognitivo leve, especialmente en personas con baja escolaridad o con caravanas sociales limitadas. Resultados similares fueron reportados por Vega-Neri, Santiago-Sandoval y Reyes-Jiménez (2024) en una investigación realizada en Perú, donde se halló que los niveles de soledad social están directamente asociados con la disminución de la memoria inmediata y la fluidez verbal. Estos estudios demuestran la importancia y la necesidad de profundizar en el impacto de los factores psicosociales sobre la salud mental del adulto mayor, especialmente en contextos donde las condiciones socioeconómicas y familiares pueden ser un agravante en el riesgo de aislamiento.

A nivel nacional, la situación de los adultos mayores en Ecuador refleja un panorama similar e igualmente de preocupante. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), la población de 65 años o más representa cerca del 8.98% del total nacional, y una proporción significativa presenta limitaciones funcionales o cognitivas. En este sentido, estudios recientes realizados en distintas provincias ecuatorianas han evidenciado que la soledad se asocia a niveles más bajos de bienestar y un mayor deterioro cognitivo. Valarezo, Silva y Medina (2020) analizaron una muestra de adultos mayores institucionalizados en una residencia geriátrica y determinaron que la soledad percibida afecta significativamente a la memoria, la orientación temporal y la capacidad para realizar actividades cotidianas. Asimismo, Bravo Rivas et al. (2025) confirmaron que el aislamiento social prolongado influye de forma negativa en la función cognitiva y en el estado emocional, incrementando así los síntomas depresivos y ansiosos en la tercera edad.

En la provincia de Tungurahua, específicamente en el cantón Ambato, el envejecimiento poblacional también ha incrementado la demanda de atención integral hacia las personas mayores. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022) la población de personas mayores de 65 años del cantón Ambato es 10.46%. Diversos centros gerontológicos a lo largo del país reportan un aumento de adultos mayores con síntomas de deterioro cognitivo leve, acompañado de sentimientos de tristeza, ansiedad y soledad. Estas manifestaciones no solo afectan su salud mental, sino también su capacidad de adaptación, de motivación y desempeño en las actividades diarias. En varios casos, la falta de redes de apoyo familiares sólidas, la pérdida de seres queridos y las limitaciones físicas agravan el aislamiento social y la desconexión emocional, generando un círculo que retroalimenta el deterioro. Esta realidad hace evidente la necesidad de estudiar cómo la percepción de soledad incide sobre el estado cognitivo de los adultos mayores ambateños, especialmente aquellos que viven en condiciones de vulnerabilidad social o económica.

La situación problemática que da origen a este estudio radica en la interacción de dos fenómenos que se encuentran vinculados estrechamente: la soledad percibida y el deterioro cognitivo. En los adultos mayores, la disminución de los vínculos sociales significativos, la pérdida de seres queridos, la jubilación y la reducción de la movilidad generan un contexto social ideal para que se genere la soledad, esto, a su vez, limita la estimulación mental y emocional necesaria para mantener en funcionamiento las funciones cognitivas. En consecuencia, se da la pérdida de la autonomía, fallos en la memoria y dificultades en la capacidad de planificar o resolver tareas cotidianas, además de las dificultades de la resolución de problemas nuevos. Esto no solo afecta al adulto mayor que lo padece, sino también a su entorno social ya que la soledad puede convertirse en un factor de riesgo que acelere el deterioro cognitivo y la dependencia de terceros para continuar con la vida diaria.

Esto refleja que la falta de capacidad estructural, atención social y psicológica para los adultos mayores ya que en muchos casos las instituciones y programas de atención priorizan los aspectos físicos y médicos, dejando de lado los aspectos

emocionales y cognitivos. De este modo, los adultos mayores que viven solos o en condiciones de vulnerabilidad como abandono se enfrentan a un mayor nivel de riesgo de experimentar deterioro cognitivo. Esto se ve agravado en sectores urbanos donde la vida moderna reduce las interacciones intergeneracionales entre familiares, debilitando así las relaciones vinculares familiares y comunitarias. El aislamiento social se convierte en un elemento que deteriora la calidad de vida produciendo afectaciones en la esfera emocional, lo que acelera los procesos de pérdida de funciones cognitivas que podrían ser evitadas con una atención psicosocial más integral.

En este contexto, se formula el siguiente planteamiento del problema: ¿Cuál es la relación entre la percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Ambato?

En base a esta pregunta, el trabajo de investigación parte de la hipótesis de que existe una relación entre la percepción de soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores de la ciudad de Ambato. Se asume que niveles altos de soledad percibida se asocian a un mayor grado de deterioro cognitivo.

El desarrollo del presente estudio se justifica social, teórica y metodológicamente. Teóricamente busca contribuir a la comprensión de la relación entre las variables mencionadas anteriormente. Busca aportar evidencia científica que complemente la literatura existente en contextos latinoamericanos. Socialmente busca responder a la necesidad de hacer visible la problemática que afecta a un grupo poblacional en constante crecimiento y que requiere políticas públicas de atención integral. Finalmente, metodológicamente este estudio aporta al campo de la psicología clínica mediante la aplicación de instrumentos ampliamente usados en población latinoamericana como los son la Escala ESTE II para evaluar percepción de soledad en tres dimensiones clave y el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer que permite evaluar de manera objetiva y rápida el nivel de deterioro cognitivo.

En esta investigación se plantea el siguiente objetivo general: Analizar la relación entre la percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en

situación de vulnerabilidad de la ciudad de Ambato.

A partir de este objetivo, se establecen los objetivos específicos que orientan el desarrollo del estudio:

- Fundamentar teóricamente la percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad.
- Evaluar la percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores de la ciudad de Ambato.
- Establecer un análisis correlacional entre la percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Ambato.

El enfoque metodológico que se adopta es de tipo cuantitativo, dentro del paradigma post-positivista, con un diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo y correlacional. Este diseño permitirá observar y analizar la relación entre ambas variables, describiendo la realidad tal como se presenta en la población objetivo. Se espera contar con la participación de aproximadamente setenta adultos mayores de distintos sectores de Ambato, quienes serán evaluados mediante la aplicación de los instrumentos previamente mencionados.

El aporte principal de este trabajo de investigación se encuentra en ofrecer una visión integral del envejecimiento, en la cual se reconozca que el bienestar del adulto mayor no depende únicamente de su estado físico, sino también de las condiciones sociales y afectivas que lo rodean. La percepción de soledad puede ser un indicador temprano de deterioro cognitivo y de vulnerabilidad social, por lo que su evaluación se vuelve esencial en la práctica clínica y gerontológica. Este estudio busca, por tanto, generar conocimiento aplicable al campo de la psicología clínica y de la salud, orientado a fortalecer la atención emocional y cognitiva de los adultos mayores, además de buscar promover políticas que favorezcan la integración social, la estimulación cognitiva y la calidad de vida durante la vejez.

Finalmente, el trabajo pretende abrir nuevas líneas de investigación sobre el papel de las variables psicosociales en el envejecimiento cognitivo, considerando que la soledad no es un fenómeno aislado, sino una experiencia compleja que refleja el nivel de conexión social, el apoyo familiar y el sentido de pertenencia que las personas mayores perciben en su entorno. Reconocer y atender la interacción entre la soledad y el deterioro cognitivo permitirá no solo mejorar la calidad de vida de este grupo etario, sino también prevenir condiciones más graves de dependencia y exclusión social, favoreciendo un envejecimiento activo, saludable y humanizado en la ciudad de Ambato.

## CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

### 1.1. Soledad

En los últimos años, el envejecimiento se ha convertido en un tema de interés dentro del campo de la psicología por la relación existente entre el bienestar emocional y el impacto que esto tiene en el deterioro cognitivo. Durante muchos años, el concepto de soledad solo se asociaba a la esfera social, lo que se comprendía en ausencia de vínculos sociales o aislamiento físico de la persona. Sin embargo, gracias a investigaciones recientes ha habido una redefinición de la soledad, siendo ahora comprendida como una experiencia subjetiva que posee una gran carga emocional y que es multifactorial, lo que ha hecho que ahora sea entendida en un nivel más complejo que solo limitarse a la falta de compañía (Palma- Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021). En este sentido, la soledad percibida implica un desequilibrio entre las relaciones sociales que una persona desea tener y aquellas que realmente posee, siendo el componente perceptivo el que determina el nivel de impacto psicológico.

#### Enfoques teóricos de la soledad

La soledad es un proceso cognitivo y emocional que ha sido explicado y abordado desde múltiples enfoques por su naturaleza multidimensional.

- a) Cognitivo:** En el libro *Macro Social Influences on Loneliness in Later Life* se señala que la soledad es una experiencia desagradable que tiene su origen en la discrepancia de las relaciones deseadas y las que se percibe tener. Este modelo cognitivo nos explica que la experiencia de sentirse solo depende más de la interpretación subjetiva que se tiene de las relaciones sociales, habilidades sociales y autoestima que del número real y calidad de las interacciones sociales de las mismas. De este modo, una persona puede encontrarse rodeada de otras personas, pero puede llegar a sentir una profunda sensación de desconexión de quienes lo rodean, falta de apoyo social o falta de apoyo emocional (Perlman & Peplau, 1981; Aartsen

et al., 2025).

- b) Sociológica:** Dentro de la sociología, se describe la existencia de dos formas de soledad: la soledad emocional, la cual surge de la pérdida de vínculos íntimos o afectivos significativos, y la soledad social, que se origina ante la ausencia de caravanas sociales amplias o comunitarias. En ambos casos, las dimensiones que se atribuyen a estos tipos de soledad tienen una influencia significativa en el adulto mayor dado que la pérdida de seres queridos, la jubilación o la reducción de la movilidad limitan el contacto emocional profundo como la participación social activa. Esto resulta de relevancia para la psicología clínica, ya que la soledad emocional tiende a correlacionarse con síntomas depresivos, desesperanza y deterioro cognitivo (Weiss, 1973; Dahlberg & McKee, 2014).
- c) Biopsicosocial:** Este enfoque proporciona una visión integradora sobre la soledad, por lo que la ve como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este enfoque, la soledad afecta la homeostasis del organismo al incrementar el estrés percibido, lo que altera los patrones de sueño y modifica la regulación inmunológica, lo cual tiene consecuencias en el funcionamiento cerebral y cognitivo. Sostienen que la exposición prolongada a la soledad y el aislamiento social está vinculada con un aumento de la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), lo que genera que el cortisol se eleve, produciendo así a largo plazo daño neuronal en regiones como el hipocampo y la corteza prefrontal, las cuales son estructuras implicadas en la memoria y la atención (Engel, 1977; Arana & Utrilla, 2024).
- d) Psicosocial y existencial:** Se plantea en la teoría psicosocial que la última etapa del ciclo vital está marcada por la crisis entre la integridad del yo y la desesperanza, donde el adulto mayor evalúa su vida y busca un significado trascendente. En este contexto, la soledad se vuelve un factor de relevancia debido a que la vejez trae consigo transformaciones biológicas, sociales y psicológicas que pueden alterar el sentido de pertenencia y de

utilidad personal. Cuando el balance vital resulta negativo o cuando las pérdidas superan los recursos personales de afrontamiento, surge un sentimiento de soledad existencial que trasciende de la esfera social y se da una percepción del aislamiento interior. Este tipo de soledad, que combina aspectos emocionales, cognitivos y espirituales, ha sido descrita también como la sensación de desconexión profunda con la propia humanidad y con el sentido de la vida (Erikson, 1997; Fromm, 1955; Nicholson, 2012; Víctor et al., 2015).

- e) **Neurocientífica:** Estudios de neurociencia afectiva han aportado evidencia para comprender mejor los mecanismos cerebrales asociados a la soledad, demostrando que la soledad activa circuitos neuronales asociados al dolor social, siendo estos similares a los que se activan ante el dolor físico, lo cual explica por qué el aislamiento prolongado puede tener consecuencias fisiológicas y cognitivas de gran impacto. El cerebro humano está diseñado para la interacción social, y cuando se priva de estímulos relacionales significativos, se alteran procesos como la plasticidad sináptica, la regulación dopaminérgica y la producción de factores neurotróficos, esenciales para el mantenimiento de la función cognitiva (Cacioppo & Patrick, 2008; Hawkley & Cacioppo, 2010; Moretti et al., 2024).
  
- f) **Clínico-psicológico:** Dentro de la psicología clínica se aborda la soledad como un factor de vulnerabilidad para diversas psicopatologías, en las que varios estudios demostraron que la soledad crónica incrementa el riesgo de depresión mayor, ansiedad y deterioro cognitivo, además de influir negativamente en la autorregulación emocional y la percepción del entorno social (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010).

Este conjunto de evidencias ha hecho que la soledad se conceptualice no como una simple emoción transitoria, sino como un estado psicológico persistente que altera la homeostasis emocional y cognitiva, interfiriendo con la capacidad adaptativa del individuo. De este modo, la soledad prolongada se puede considerar un problema de salud pública (Hawkley & Cacioppo, 2010; Courtin & Knapp, 2017).

## Tipos de soledad en la vejez

La soledad es un fenómeno que se manifiesta por distintas causas o percepciones. Esta se distingue, en la edad adulta avanzada, principalmente en los siguientes tipos de soledad:

- a) Soledad social:** Esta soledad está caracterizada por la falta de una red social amplia o la participación activa en actividades comunitarias. Esta refleja la desconexión del entorno social extenso y puede llegar a darse incluso ante la ausencia de vínculos emocionales cercanos.
  
- b) Soledad emocional:** Esta es definida como la ausencia o pérdida de la figura de apego significativa, ya sea el cónyuge, familia cercana o amigos íntimos. Este tipo de soledad se relaciona a la carencia de vínculos afectivos profundos y suele asociarse al duelo, separación o viudez (Weiss, 1973; Dahlberg & McKee, 2014).
  
- c) Soledad existencial o espiritual:** Surge cuando la persona percibe una falta de sentido, propósito o conexión con algo trascendente. Esta no implica necesariamente la ausencia de contacto social, sino una sensación de vacío o desconexión con la propia existencia. (Fromm, 1955; Yalom, 1980; Lara et al., 2019; Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021).
  
- d) Soledad percibida:** Hace referencia a las experiencias subjetivas de disconformidad entre las relaciones reales y las deseadas (Perlman & Peplau, 1981; Aartsen et al., 2025).
  
- e) Soledad crónica:** Esta surge cuando la sensación de soledad es prolongada en el tiempo, lo que afecta a la salud física y mental. Se la asocia con mayor riesgo de depresión, alteraciones neuroendocrinas y deterioro cognitivo. (Cacioppo et al, 2010).

- f) **Aislamiento social:** Esta se refiere a la escasez verificable de contactos sociales y participación en actividades. Esta se diferencia de la soledad ya que una persona puede estar aislada y no sentirse sola, o sentirse sola a pesar de tener una red social amplia.

El tema de la soledad ha aumentado en las últimas décadas debido a cambios en la estructura de las familias y las interacciones sociales. Elementos como el crecimiento rápido de las ciudades, la mudanza de los hijos, la transformación digital de la comunicación y la reducción de las relaciones entre generaciones han modificado la forma en que los adultos mayores se conectan, relacionan y mantienen vínculos significativos. En América Latina, estas situaciones se agravan por la ausencia de políticas que brinden apoyo emocional y por la desigualdad en la economía, que limita el acceso a servicios de atención psicológica y social.

Una investigación de Tapia Ramírez y Castrejón Caballero (2023) señalan que, en México, el aislamiento social y la soledad se han vuelto factores de riesgo significativos para el deterioro cognitivo leve en los adultos mayores, especialmente en aquellos que no cuentan con redes familiares activas o apoyo institucional. De manera similar, Vega-Neri, Santiago-Sandoval y Reyes-Jiménez (2024) muestran en su investigación con adultos mayores peruanos que la soledad social está relacionada directamente con la deficiencia de memoria a corto plazo y la reducción de la capacidad de expresión verbal, que son indicativos iniciales de un deterioro en las funciones cognitivas.

En el ámbito de la salud pública ecuatoriana, por mucho tiempo se ignoró el sentimiento de aislamiento de los adultos mayores, enfocándose más en la parte física que en la parte emocional. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), cerca del 9% de la población de Ecuador tiene 65 años o más, y un buen número vive aislado o sin el apoyo familiar adecuado. Valarezo Carrión, Silva Maldonado y Medina Muñoz (2020) hallaron que el sentirse solo en centros de cuidado se asocia con dificultades de planificación temporal, fallos de memoria y un desempeño deficiente en las tareas cotidianas. Estos hallazgos prueban que la soledad no es solo un asunto individual, sino que impacta de forma

real en cómo actúan, se sienten y piensan las personas mayores.

A nivel teórico, es necesario reconocer que la soledad en la vejez no puede ser comprendida de manera unidimensional. Su abordaje debe integrar perspectivas que contemplen el componente biológico (alteraciones neuroendocrinas y fisiológicas), el psicológico (percepción subjetiva, afrontamiento emocional) y el social (redes de apoyo, pertenencia y roles sociales) (Engel, 1977; Cacioppo et al., 2015; Berkman et al., 2000). En este sentido, el enfoque integrador propuesto por la psicología clínica contemporánea permite considerar la soledad como un síntoma transdiagnóstico, es decir, como un fenómeno que atraviesa diversas problemáticas clínicas, tales como la depresión, los trastornos cognitivos y los estados de ansiedad generalizada (Cacioppo & Hawkey, 2009; Donovan et al., 2017; Lara et al., 2019). El profesional de la psicología, por tanto, debe asumir una mirada holística que contemple tanto la historia vital del adulto mayor como el contexto relacional en el que se desenvuelve, ya que la percepción de soledad puede tener múltiples causas y expresiones, y no todas ellas responden a la ausencia de compañía física (Cornwell & Waite, 2009; Hawkey & Cacioppo, 2010).

## **1.2. Deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo se define como la pérdida progresiva de funciones cognitivas esenciales como lo son la memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas y atención. En las últimas décadas, las investigaciones sobre deterioro cognitivo han demostrado que este fenómeno no se da exclusivamente por procesos neurodegenerativos esperados con la edad, sino que también se ve influenciado en gran medida por factores psicosociales, entre los cuales se encuentra el aislamiento social y la soledad (Cacioppo & Hawkey, 2009).

En el contexto de esta investigación, el deterioro cognitivo no es concebido como un fenómeno que se explica exclusivamente desde lo biomédico, sino también como un constructo de varios factores en los que se ven involucrados componentes neurobiológicos, psicológicos y sociales.

En estudios realizados en Ecuador por Valarezo, Silva y Medina (2020) encontraron que en adultos mayores institucionalizados el deterioro cognitivo no solo se manifiesta en fallas de memoria y atención, sino también en la disminución de la capacidad para realizar tareas y actividades cotidianas, lo que tiene un impacto en la pérdida progresiva de autonomía. De igual manera, Wong et al. (2018), resaltan que el deterioro cognitivo leve necesita ser valorado tomando en cuenta tanto los resultados obtenidos en evaluaciones neuropsicológicas como la afectación en la capacidad funcional y la manera personal de percibir las alteraciones mentales, aspectos especialmente importantes en grupos susceptibles donde las estrategias de apoyo podrían ser escasas.

### **1.3. Diferencia entre deterioro cognitivo normal por la edad y deterioro cognitivo asociado a la soledad**

Es importante saber diferenciar conceptual y clínicamente cuando el deterioro cognitivo se da por la edad y cuando este es causado a factores psicosociales como, por ejemplo, la soledad crónica. El deterioro cognitivo esperado por la edad se refiere a cambios leves y graduales que se dan con el paso del tiempo. Según Salthouse (2019), este patrón se caracteriza por una bajada lineal en la rapidez del procesamiento de la información, reducciones moderadas en la memoria episódica, especialmente al intentar recordar cosas sin ayuda, y menor eficacia en tareas que obligan a dividir la atención o cambiar rápidamente de enfoque, mientras que las habilidades aprendidas, como el vocabulario y los conocimientos generales, se mantienen conservados o mejoran. Desde el punto de vista neurológico, este deterioro cognitivo se relaciona sobre todo con una disminución progresiva del tamaño del cerebro, variaciones en la estructura de la materia blanca y una menor fluidez en la comunicación entre las redes neuronales, sin que exista una enfermedad degenerativa específica (Fjell and Walhovd, 2010).

Por otro lado, el deterioro cognitivo asociado con la soledad tiene su origen en los efectos dañinos a nivel neurológico causados por la falta de caravanas sociales constantes y aislamiento, lo que influye en la experiencia subjetiva de sentirse solo. Tal como demuestran Donovan et al. (2017), los adultos mayores que se sienten

muy solos tienen problemas de memoria y razonamiento que son mucho más graves de lo que se esperaría para su edad, incluso si se llega a tomar en cuenta la depresión y otros problemas de salud como factores agravantes de dichos problemas.

El deterioro por la edad suele ser más estable y progresar despacio, mientras que, el asociado a la soledad puede avanzar más rápido y variar, ligado a los cambios en el entorno social y al apoyo que sienten recibir (Shankar et al., 2013). Además, el deterioro cognitivo por soledad conlleva un peligro significativamente mayor de convertirse en demencia. El estudio a largo plazo de Holwerda et al. (2014) observó a más de 2,000 adultos mayores durante 12 años y descubrió que el sentirse solo, y no el estar físicamente aislado, elevaba en un 64% el riesgo de padecer demencia, sin importar otros factores de riesgo. Esta diferencia en el pronóstico recalca cuán importante es identificar y tratar la soledad no solo como un tema de bienestar emocional, sino como algo que puede modificarse y que aumenta el riesgo de un deterioro mental grave.

#### **1.4. Perfil de afectación cognitiva en deterioro normal y deterioro por soledad**

El perfil de afectación de las funciones cognitivas es diferente entre el deterioro asociado a la edad y el relacionado a la soledad. Esto resulta de gran importancia al momento de realizar las intervenciones, evaluaciones y realizar el diagnóstico diferencial. En el deterioro cognitivo normal asociado a la edad, el patrón típico descrito por Harada et al. (2013) muestra que las áreas afectadas principalmente son:

- **Velocidad de procesamiento:** Existe un enlentecimiento general en la realización de tareas que requieren concentración, especialmente en las que tienen un componente de tiempo.
- **Memoria episódica:** Presentan dificultad leve para recordar detalles específicos de eventos recientes o recuperar información sin ayuda.
- **Funciones ejecutivas complejas:** Existe una disminución leve de la capacidad para realizar tareas que requieren atención selectiva y dividida o

para resolver problemas nuevos que requieren nuevas respuestas distintas a las habituales.

Por el contrario, el deterioro cognitivo asociado a la soledad presenta un perfil de afectación más específico e incapacitante, como es mencionado en los estudios de O'Luanaigh et al. (2012) y Cacioppo et al. (2015):

- **Memoria de trabajo episódica:** Se presenta déficits marcados en memoria de trabajo y en codificación de nuevos recuerdos episódicos. Estas afectaciones tienen, probablemente, relación con efectos dañinos del cortisol en el hipocampo.
- **Funciones ejecutivas de regulación:** Alteraciones significativas en el control inhibitorio de la conducta y en la flexibilidad cognitiva, funciones que son reguladas por la corteza prefrontal y que son altamente sensibles al estrés crónico.
- **Atención sostenida y fluidez verbal:** Mayor dificultad para mantener la concentración en tareas que requieren atención sostenida y reducción notable en la fluidez verbal, lo que crea dificultades al momento de participar en conversaciones fluidas.
- **Sesgos atencionales y de memoria:** Tendencia a prestar mayor atención y recordar información social negativa o amenazante, lo que puede ayudar a que los sentimientos de desconexión y desconfianza aumenten (Hawkley & Cacioppo, 2010).

### **Determinantes psicosociales y estructurales de la soledad y el deterioro cognitivo**

Comprender la relación existente entre la soledad y el deterioro cognitivo requiere analizar los factores personales y estructurales que tienen influencia en la experiencia del aislamiento y como esta genera una vulnerabilidad psicológica en los adultos mayores. Varias investigaciones coinciden en señalar que la soledad no debe ser considerada como un fenómeno igual para todos ni universal, sino que esta se ve condicionada por la cultura, recursos emocionales, características de la

personalidad y las condiciones socioeconómicas que se viven (Victor & Yang, 2012; Aartsen et al., 2025; Cornwell & Waite, 2009).

Desde un punto de vista individual, la soledad puede tener sus orígenes en experiencias de pérdida de relaciones importantes, deterioro físico típico de la edad o cambios en los roles sociales. Considerar la viudez, la muerte de amigos o familiares cercanos, y la jubilación son eventos vitales importantes que pueden generar una disminución significativa en las redes de apoyo y afectar a la identidad personal. En este contexto, durante la última etapa del desarrollo humano, los adultos mayores buscan mantener la integridad del yo frente a las pérdidas acumuladas. Cuando este proceso es interrumpido por la sensación de inutilidad o desconexión, aparece la desesperanza y, con ella, la soledad como expresión emocional de un duelo no resuelto (Erikson, 1997; Víctor, Scambler & Bond, 2015).

También se consideran de importancia los factores psicológicos, como lo explican estudios de Arana y Utrilla (2024) en los que se demuestran que los adultos mayores con rasgos de dependencia emocional, ansiedad social o baja autoeficacia tienden a experimentar niveles más elevados de soledad subjetiva. Las características de este tipo de perfil psicológico crean limitaciones en la capacidad para establecer relaciones significativas o de buscar apoyo social ante situaciones de estrés. La teoría del apego resulta útil para comprender este fenómeno, ya que sugiere que los patrones de apego que se desarrollan durante la infancia se repiten en la vejez, lo que influye en como los individuos gestionan la pérdida y la distancia emocional. Por ejemplo, adultos mayores con apego inseguro suelen mostrar mayor temor a ser abandonados y mayor sensibilidad al rechazo, lo que amplifica la percepción de soledad (Bowlby, 1988; Hawkley & Cacioppo, 2010; Lara et al., 2019; Reynolds et al., 2022).

A nivel social, la soledad se ve influenciada por la estructura familiar, las normas culturales y el grado de participación comunitaria. En sociedades donde predomina el modelo de familia extendida, los adultos mayores tienden a mantenerse integrados en la vida familiar; sin embargo, en contextos donde las transformaciones económicas han favorecido la migración y la urbanización, los

ancianos se encuentran con frecuencia viviendo solos o en instituciones. Tapia Ramírez y Castrejón Caballero (2023) evidencian que el aislamiento social en adultos mayores mexicanos se asocia a la reducción de las redes familiares debido a la migración laboral de los hijos, lo que genera un vacío afectivo que no siempre puede ser compensado por la comunidad o por las instituciones. Este fenómeno es comparable a lo observado en Ecuador, donde la emigración internacional ha fragmentado las estructuras familiares tradicionales, dejando a muchos adultos mayores en situación de abandono o soledad prolongada.

En el plano cultural, la valoración social de la vejez desempeña un papel crucial. Las sociedades occidentales, dominadas por el paradigma de la productividad y la juventud, tienden a relegar a las personas mayores a un segundo plano, privándolas de espacios de participación y de reconocimiento social. Este proceso de edadismo se entiende como la discriminación basada en la edad, contribuye a la exclusión simbólica del adulto mayor y refuerza la percepción de inutilidad (Butler, 1969; Levy, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2018). Desde la psicología clínica, el edadismo se traduce en sentimientos de inferioridad, pérdida de identidad y autodesvalorización, que son, a su vez, factores predisponentes al deterioro cognitivo por la disminución del sentido de propósito y de la motivación para mantenerse activo (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

En el ámbito estructural, los factores socioeconómicos y las políticas públicas inciden de manera directa en la prevalencia de la soledad y del deterioro cognitivo. La pobreza, la falta de acceso a servicios de salud mental, y la ausencia de programas de acompañamiento psicosocial generan condiciones de vulnerabilidad. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), en Ecuador cerca del 35% de los adultos mayores vive solo o separado de su familia, y un 42% depende económicamente de otros miembros del hogar. Estas cifras evidencian que el envejecimiento no solo es un fenómeno biológico, sino también social y político, pues refleja las desigualdades estructurales que atraviesan la vejez. Bravo Rivas, Herrera Changoluisa, Maliza Cerezo y Albán Alvear (2025) confirman que en los centros gerontológicos ecuatorianos el aislamiento social prolongado se relaciona con un aumento significativo del deterioro cognitivo y del

malestar emocional, especialmente en adultos mayores institucionalizados sin visitas familiares frecuentes.

El entorno físico y urbano también constituye un determinante importante. La accesibilidad a espacios públicos, la existencia de transporte adecuado y la disponibilidad de centros comunitarios influyen en el nivel de interacción social del adulto mayor. En las ciudades latinoamericanas, donde el diseño urbano frecuentemente excluye a las personas mayores, el riesgo de aislamiento se incrementa. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha señalado que las “ciudades amigables con las personas mayores” deben garantizar entornos accesibles, seguros y socialmente estimulantes para prevenir el aislamiento y promover el envejecimiento activo. Sin embargo, en la mayoría de los países de la región estos programas son limitados.

En el campo internacional, los estudios europeos han mostrado una estrecha relación entre la red social y la preservación cognitiva. Bennett et al. (2006), en su estudio longitudinal con adultos mayores diagnosticados con Alzheimer, demostraron que las personas con caravanas sociales amplias presentan un nivel de funcionamiento cognitivo más alto, incluso con presencia de neuropatología (Shankar et al., 2013; Holwerda et al., 2014; Lara et al., 2019). Este hallazgo introduce el concepto de reserva cognitiva, entendido como la capacidad del cerebro para compensar los efectos del daño o la degeneración neuronal mediante la activación de redes alternativas o el uso de estrategias cognitivas. Desde la psicología clínica, este principio tiene implicaciones terapéuticas, ya que sugiere que la estimulación social y mental puede actuar como un factor protector frente al deterioro cognitivo (Clare & Woods, 2004; Rowe & Kahn, 1997).

Por otro lado, los estudios realizados en contextos latinoamericanos describen una situación más crítica, marcada por la desigualdad y la falta de apoyo institucional. Estas realidades sostienen que los adultos mayores con menor nivel educativo y menores ingresos presentan una mayor prevalencia de soledad y deterioro cognitivo. Estos resultados son consistentes con la evidencia presentada por varios estudios han encontrado que el aislamiento social y la soledad aumentan el riesgo

de deterioro cognitivo leve en poblaciones de bajos recursos. La comparación entre los contextos europeo y latinoamericano permite concluir que el nivel de desarrollo económico y la presencia de políticas de inclusión social son factores determinantes en la protección cognitiva de la vejez (Vega-Neri, Santiago-Sandoval & Reyes-Jiménez, 2024; Tapia Ramírez & Castrejón Caballero, 2023).

Particularmente en Ecuador, la soledad del adulto mayor se ve agravada por la limitada cobertura de los programas de atención integral. Aunque el Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) promueve iniciativas de apoyo como los centros diurnos y hogares de acogida, la cobertura nacional sigue siendo insuficiente frente a la demanda creciente de una población envejecida. Según datos del INEC (2022), apenas el 6% de las personas mayores accede a programas regulares de atención gerontológica, y menos del 3% recibe apoyo psicológico formal. Este déficit institucional deja a la mayoría de los adultos mayores dependiendo del entorno familiar o de la comunidad inmediata, lo que genera una gran disparidad entre las zonas urbanas y rurales. En sectores rurales, donde la migración de los hijos ha provocado un vaciamiento generacional, los ancianos quedan expuestos a una soledad estructural, sin acceso a servicios básicos ni acompañamiento emocional.

Desde una perspectiva comparativa, se observa que los factores psicosociales y estructurales operan de manera interdependiente. La pérdida del rol laboral o productivo, sumada a las limitaciones económicas y a la fragilidad de las redes familiares, desemboca en un círculo de vulnerabilidad que afecta tanto la salud mental como el rendimiento cognitivo. La evidencia sugiere que los adultos mayores con bajo apoyo social muestran una reducción en la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas, lo que incrementa el riesgo de deterioro cognitivo leve y de demencia (Moretti et al., 2024). De esta manera, la soledad no solo aparece como una consecuencia del envejecimiento, sino como un mediador que acelera los procesos de declive cognitivo y emocional.

## **Relación entre la soledad y el deterioro cognitivo**

La relación entre la soledad y el deterioro cognitivo ha sido uno de los temas más debatidos en la psicología del envejecimiento en los últimos años. Si bien tradicionalmente se consideraba que el deterioro cognitivo derivaba principalmente de factores biológicos o neurodegenerativos, los avances en la investigación psicosocial han demostrado que la dimensión emocional y social del individuo desempeña un papel fundamental en la preservación o el declive de sus funciones cognitivas. La soledad, en este contexto, actúa como un factor de riesgo independiente que influye de forma directa e indirecta sobre la salud mental y el funcionamiento cerebral (Holwerda et al., 2014; Donovan et al., 2017; Shankar et al., 2013). Esta interacción bidireccional implica que la soledad no solo contribuye al deterioro cognitivo, sino que este, a su vez, intensifica la sensación de aislamiento, configurando un círculo de retroalimentación negativa (Hawkley & Cacioppo, 2010; Reynolds et al., 2022).

En términos clínicos, la soledad percibida puede afectar los procesos cognitivos a través de múltiples mecanismos psicofisiológicos. Arana y Utrilla (2024) señalan que el aislamiento social prolongado genera una sobreactivación del eje hipotalámico- pituitario-adrenal (HPA), elevando de forma sostenida los niveles de cortisol, hormona del estrés que afecta negativamente la neuroplasticidad y la memoria. Este efecto ha sido corroborado por investigaciones en neurociencia que muestran una reducción del volumen hipocámpal y una disminución en la conectividad sináptica en individuos que experimentan soledad crónica (Moretti et al., 2024). Dichos cambios estructurales y funcionales en el cerebro no solo afectan la memoria y la atención, sino también la capacidad de regulación emocional, creando un terreno propicio para la aparición de trastornos afectivos y del deterioro cognitivo leve.

Desde la perspectiva psicológica, la soledad está estrechamente vinculada con la depresión, la ansiedad y la desesperanza, condiciones que afectan el rendimiento cognitivo y aceleran la pérdida de funciones mentales superiores. Parada Muñoz, Guapisaca Juca y Bueno Pacheco (2022) encontraron que la coexistencia de

depresión y deterioro cognitivo constituye un cuadro clínico frecuente en adultos mayores, caracterizado por desmotivación, pérdida del interés y fallas en la memoria de trabajo. En este sentido, la depresión puede funcionar como mediador entre la soledad y el deterioro cognitivo, ya que la disminución de la actividad conductual y de la estimulación social contribuye a la degradación de las redes neuronales. Esta relación compleja entre factores emocionales y cognitivos plantea un desafío para la psicología clínica, que debe abordar simultáneamente los síntomas afectivos y los déficits cognitivos desde una perspectiva integral.

La evidencia empírica internacional respalda esta interacción. Bennett et al. (2006) demostraron que las personas mayores con caravanas sociales amplias y activas presentan una mejor preservación de las funciones cognitivas, incluso cuando existen signos de patología neurodegenerativa. Este hallazgo fue pionero en introducir la noción de que la interacción social no solo tiene un valor emocional, sino también un efecto neuroprotector, al estimular la formación de nuevas conexiones neuronales y fortalecer las rutas sinápticas existentes. Reynolds et al. (2022), por su parte, identificaron que la soledad y la historia psiquiátrica previa están significativamente asociadas con el deterioro subjetivo de la memoria y las funciones ejecutivas, lo que refuerza la idea de que los factores psicológicos y sociales interactúan de manera directa con los procesos cognitivos.

En el contexto latinoamericano, los resultados son consistentes con los estudios internacionales, aunque reflejan una vulnerabilidad mayor debido a factores estructurales. Tapia Ramírez y Castrejón Caballero (2023) concluyeron, en un estudio con adultos mayores mexicanos, que el aislamiento social incrementa significativamente el riesgo de deterioro cognitivo leve, especialmente en personas con baja escolaridad y escasos recursos económicos. Este resultado coincide con el hallazgo de Vega-Neri, Santiago-Sandoval y Reyes-Jiménez (2024) en Perú, quienes demostraron que los niveles elevados de soledad social están correlacionados con un menor rendimiento en pruebas de memoria inmediata, orientación temporal y fluidez verbal. Estos hallazgos confirman que la soledad no es solo un correlato emocional del envejecimiento, sino un determinante psicosocial del deterioro cognitivo que requiere atención clínica prioritaria.

En Ecuador, investigaciones recientes han replicado esta tendencia. Bravo Rivas, Herrera Changoluisa, Maliza Cerezo y Albán Alvear (2025) analizaron el impacto del aislamiento social en adultos mayores residentes en centros gerontológicos, concluyendo que la soledad prolongada no solo agrava el deterioro cognitivo, sino que también aumenta los síntomas depresivos y ansiosos. Valarezo Carrión, Silva Maldonado y Medina Muñoz (2020) hallaron que la soledad percibida afecta directamente el rendimiento cognitivo y el estado emocional de las personas institucionalizadas, generando una disminución en su capacidad funcional y en su calidad de vida. Estas evidencias locales subrayan la necesidad de desarrollar estrategias de intervención psicosocial adaptadas a la realidad ecuatoriana, donde la falta de apoyo familiar y la escasa cobertura de servicios de salud mental exacerban el riesgo de deterioro.

A nivel neurobiológico, la relación entre la soledad y el deterioro cognitivo puede explicarse mediante la teoría de la hiperactivación del sistema de estrés crónico, la cual propone que el aislamiento prolongado induce una respuesta fisiológica sostenida de vigilancia y amenaza, afectando la autorregulación emocional y los procesos de memoria (Cacioppo et al., 2015). Esta hiperactivación del sistema de estrés crónico produce un exceso de glucocorticoides, principalmente cortisol, en el sistema nervioso central, lo que reduce la generación de nuevas neuronas en el hipocampo y afectando así la consolidación de la memoria. La literatura neuropsicológica también sugiere que la falta de interacción social reduce la estimulación cognitiva necesaria para mantener activas las funciones ejecutivas, como la atención sostenida, la planificación y la flexibilidad cognitiva (Moretti et al., 2024). Así, la soledad crónica actúa como un agente de deterioro progresivo, con efectos comparables a los de factores médicos como la hipertensión o la diabetes.

Desde una perspectiva clínica, la soledad puede conceptualizarse como un predictor de deterioro cognitivo y, simultáneamente, como una consecuencia del mismo. En las primeras etapas del deterioro cognitivo leve, el adulto mayor comienza a experimentar dificultades para mantener conversaciones fluidas, recordar eventos recientes o seguir rutinas sociales, lo que conduce al retraimiento y la evitación de situaciones interpersonales por miedo al juicio o la frustración. Este

aislamiento autoimpuesto agrava la sensación de soledad y acelera el declive funcional. De esta manera, la relación entre soledad y deterioro cognitivo se convierte en un proceso circular que requiere intervención temprana. Los programas de estimulación cognitiva y social han demostrado ser efectivos para romper este ciclo, al promover la interacción y reforzar la autopercepción de competencia (Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021).

En la práctica clínica, es común observar que la soledad percibida intensifica los síntomas cognitivos incluso en ausencia de patología orgánica significativa. Esta observación ha llevado a los psicólogos clínicos a considerar la soledad como un factor transdiagnóstico que atraviesa diferentes cuadros clínicos, incluyendo la depresión, la ansiedad y los trastornos neurocognitivos. El enfoque terapéutico, en consecuencia, debe ir más allá de la atención a los síntomas y centrarse en la reconstrucción de los vínculos significativos y el fortalecimiento del sentido de pertenencia. La terapia cognitivo-conductual adaptada al contexto gerontológico, así como los programas de intervención grupal y comunitaria, se han mostrado eficaces para reducir la percepción de soledad y mejorar el funcionamiento cognitivo en adultos mayores (Hawkley y Cacioppo, 2010).

La soledad también influye en la autopercepción del envejecimiento y en la identidad personal. Los adultos mayores que internalizan estereotipos negativos sobre la vejez tienden a mostrar menor autoestima y menor expectativa de autoeficacia cognitiva, lo que reduce su disposición a participar en actividades mentales o sociales. Este fenómeno, descrito por Levy (2009) como la teoría de la autopercepción del envejecimiento, explica cómo las creencias internalizadas pueden tener un efecto real sobre la salud y la cognición. En sociedades donde la vejez es valorada y respetada, los adultos mayores tienden a conservar mejor su salud mental y sus capacidades cognitivas; por el contrario, en entornos donde la vejez se asocia con dependencia o inutilidad, se observa un mayor deterioro. En este sentido, el trabajo psicológico con adultos mayores debe incluir la reestructuración de los esquemas negativos sobre el envejecimiento, promoviendo una visión positiva de la experiencia vital acumulada.

La integración de las perspectivas psicológicas, sociales y neurobiológicas permite comprender la relación entre soledad y deterioro cognitivo como un fenómeno complejo, en el que intervienen procesos internos y externos de forma simultánea (Engel, 1977; Cacioppo et al., 2015; Courtin & Knapp, 2017). No se trata únicamente de una pérdida neuronal o de una ausencia de contacto social, sino de una experiencia subjetiva que afecta la manera en que el individuo se relaciona consigo mismo y con el mundo. La psicología clínica tiene aquí un papel central, ya que su objetivo no se limita a la rehabilitación cognitiva, sino a la reconstrucción de la narrativa vital y del sentido de conexión del paciente con su entorno. El abordaje clínico debe considerar tanto la dimensión intrapsíquica que involucra a las emociones, pensamientos y esquemas de apego, así como la dimensión relacional, incorporando estrategias de fortalecimiento comunitario que favorezcan la interacción intergeneracional (Rowe & Kahn, 1997; Fernández-Ballesteros, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2018).

En conclusión, la relación entre la soledad y el deterioro cognitivo se configura como un proceso bidireccional y multifactorial que compromete la salud mental y emocional del adulto mayor. Las evidencias revisadas demuestran que la soledad no solo predice el deterioro cognitivo, sino que lo acelera al afectar los sistemas neurobiológicos del estrés y al reducir la estimulación social y cognitiva. Del mismo modo, el deterioro cognitivo incrementa la vulnerabilidad a la soledad al limitar las habilidades comunicativas y sociales. Comprender esta interacción es fundamental para el desarrollo de programas de prevención y atención psicológica integrales, que promuevan la participación social, la estimulación cognitiva y la contención emocional como estrategias protectoras frente al declive cognitivo. En este contexto, la psicología clínica tiene el desafío de intervenir tempranamente, no solo para mitigar el impacto de la soledad, sino para fomentar un envejecimiento activo, saludable y emocionalmente significativo.

## **Tendencias actuales y desafíos en la intervención psicosocial del adulto mayor**

El abordaje de la soledad y del deterioro cognitivo en la vejez se ha convertido en una prioridad dentro de la psicología clínica contemporánea y de las políticas públicas de salud mental. En las últimas décadas, la investigación ha evidenciado que el bienestar cognitivo y emocional del adulto mayor depende tanto de los recursos personales como del contexto social en el que se desarrolla (Berkman et al., 2000; Thoits, 2011; Holt-Lunstad et al., 2015). Frente a ello, han surgido diversas tendencias y enfoques terapéuticos que buscan no solo reducir los síntomas asociados al deterioro cognitivo, sino también promover un envejecimiento activo, participativo y emocionalmente saludable. Estas estrategias parten del reconocimiento de que la vejez no debe ser entendida como una etapa de pérdida, sino como una fase de transformación en la que la persona puede mantener su sentido de propósito, autonomía y conexión social (Rowe & Kahn, 1997; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Desde una perspectiva internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha promovido el paradigma del envejecimiento activo, definido como el proceso mediante el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Este modelo plantea que la participación social y la estimulación cognitiva son elementos esenciales para prevenir el deterioro mental y reducir la soledad. En este marco, se han desarrollado programas de intervención centrados en la comunidad, que buscan fortalecer las redes de apoyo y fomentar la inclusión de los adultos mayores en actividades culturales, recreativas y educativas. Países como Canadá, Finlandia y España han implementado políticas integrales que combinan la atención médica con estrategias psicosociales orientadas al bienestar emocional, evidenciando reducciones significativas en los niveles de soledad percibida y en el avance del deterioro cognitivo leve (Fernández-Ballesteros, 2017).

En el ámbito clínico, las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia han demostrado su eficacia en la mitigación de la soledad y en la mejora del

funcionamiento cognitivo. La terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada al adulto mayor ha mostrado resultados positivos al promover la reestructuración de pensamientos disfuncionales relacionados con el aislamiento, la inutilidad o la desesperanza. Según Hawkey y Cacioppo (2010), las estrategias de reencuadre cognitivo, combinadas con la exposición gradual a situaciones sociales y el fortalecimiento de habilidades comunicativas, pueden reducir significativamente la percepción de soledad y los síntomas depresivos. Desde la psicología clínica, esta forma de intervención permite trabajar con las creencias negativas sobre la vejez, restaurando la autoeficacia y fomentando la participación activa en el entorno.

Otro enfoque de creciente relevancia es la terapia de reminiscencia, que se centra en la evocación de recuerdos significativos del pasado para fortalecer la identidad personal y la autoestima. Butler (1963) fue uno de los primeros en proponer este método como una forma de integrar la historia vital del individuo, ayudando a resignificar las experiencias pasadas y a dotar de coherencia a la trayectoria personal. Estudios posteriores han demostrado que la reminiscencia grupal no solo mejora el estado emocional, sino que también estimula la memoria autobiográfica y la fluidez verbal, funciones cognitivas frecuentemente afectadas por el envejecimiento (Westerhof y Bohlmeijer, 2014). En contextos institucionales, esta técnica ha sido utilizada como herramienta terapéutica para disminuir la soledad y favorecer la interacción entre residentes, creando un sentido de comunidad y pertenencia.

La estimulación cognitiva constituye otra línea de intervención fundamental. Este enfoque se basa en la realización de ejercicios diseñados para mantener y mejorar las funciones mentales superiores, como la memoria, la atención, el lenguaje y el razonamiento. Diversos programas han demostrado que la estimulación cognitiva regular puede ralentizar la progresión del deterioro cognitivo leve y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Clare y Woods, 2004). La combinación de ejercicios cognitivos con actividades sociales, como talleres de lectura, juegos de memoria o dinámicas grupales, potencia los beneficios al integrar la dimensión emocional y relacional del aprendizaje. Moretti et al. (2024) señalan que las intervenciones grupales que combinan entrenamiento cognitivo con interacción

social generan mejoras significativas en la función ejecutiva y en el estado de ánimo, reduciendo los niveles de soledad y de estrés percibido.

Las intervenciones comunitarias representan una tendencia clave en la promoción del bienestar integral en la vejez. Estas se fundamentan en la creación de espacios participativos que favorezcan la integración social, el apoyo mutuo y la cooperación intergeneracional. En Europa, los programas de “envejecimiento activo” incluyen actividades culturales, deportivas y de voluntariado, orientadas a mantener la autonomía y el sentido de utilidad de las personas mayores. En América Latina, aunque existen iniciativas similares, su implementación enfrenta obstáculos derivados de la falta de recursos y de la débil articulación entre las instituciones públicas y comunitarias. En Ecuador, por ejemplo, los Centros Gerontológicos Diurnos del Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) han demostrado resultados alentadores en la mejora del bienestar emocional de sus usuarios, pero su cobertura sigue siendo limitada frente a la demanda creciente. Bravo Rivas et al. (2025) señalan que la participación regular en estos centros reduce significativamente la sensación de soledad y mejora la memoria de trabajo y la orientación temporal, evidenciando la importancia del contacto social estructurado.

La psicología clínica desempeña un papel fundamental en estas intervenciones, al integrar el abordaje emocional con la prevención del deterioro cognitivo. El trabajo clínico con adultos mayores requiere una comprensión profunda de los procesos de pérdida, duelo y adaptación, así como de las estrategias de afrontamiento que facilitan la resiliencia. Según la perspectiva humanista-existencial, el sentido de la vida y la búsqueda de propósito son elementos esenciales para la salud mental en la vejez (Frankl, 1963; Fernández-Ballesteros, 2017). La pérdida de este sentido, unida a la soledad, conduce a la desesperanza y al deterioro del yo. Por ello, las intervenciones clínicas contemporáneas enfatizan el enfoque centrado en el significado, que busca reavivar el propósito vital del individuo mediante la introspección, la conexión social y la autoaceptación.

En el ámbito institucional, el abordaje de la soledad y el deterioro cognitivo requiere una coordinación interdisciplinaria. Psicólogos, médicos, trabajadores sociales y

terapeutas ocupacionales deben colaborar en la creación de planes integrales de atención, que incluyan tanto la evaluación cognitiva como la intervención emocional. Las estrategias más exitosas son aquellas que combinan la atención individual con la grupal, permitiendo al adulto mayor desarrollar habilidades de afrontamiento mientras fortalece sus vínculos sociales. Así mismo se subraya la importancia de incorporar la educación emocional y la psicoeducación en estos programas, de modo que las personas mayores aprendan a identificar sus emociones, expresar sus necesidades y mantener un sentido de conexión afectiva con los demás (Arana & Utrilla, 2024).

El uso de nuevas tecnologías digitales ha surgido como una herramienta innovadora para combatir la soledad y la estimulación cognitiva. Las plataformas de comunicación en línea, los juegos cognitivos digitales y las redes virtuales de apoyo permiten mantener el contacto social incluso en situaciones de aislamiento físico, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, su implementación requiere capacitación y acompañamiento para evitar la exclusión digital. Reynolds et al. (2022) advierten que el acceso desigual a las tecnologías puede generar una nueva forma de aislamiento, denominada “brecha digital”, especialmente entre los adultos mayores con menor nivel educativo o recursos económicos. Por tanto, las políticas públicas deben contemplar programas de alfabetización digital adaptados a la población mayor, a fin de aprovechar los beneficios terapéuticos de la tecnología sin reproducir inequidades.

En el plano de las políticas públicas, los desafíos siguen siendo significativos. La falta de una política nacional integral de salud mental para adultos mayores en países como Ecuador limita la capacidad de respuesta institucional ante la soledad y el deterioro cognitivo. La atención se concentra aún en los aspectos médicos, relegando la dimensión psicológica y social. La OMS (2021) recomienda que los sistemas de salud adopten un enfoque biopsicosocial que incorpore la evaluación de la soledad como indicador de riesgo en los exámenes geriátricos rutinarios. Asimismo, se sugiere el desarrollo de redes de apoyo comunitario, programas de voluntariado y servicios de acompañamiento psicológico domiciliario. Estas estrategias no solo contribuyen a reducir el aislamiento, sino que también fortalecen

el sentido de pertenencia y la autonomía del adulto mayor.

El futuro de la intervención psicosocial en la vejez exige una integración entre la ciencia, la práctica clínica y las políticas públicas. La psicología clínica, al situarse en la intersección entre la mente, el cuerpo y el entorno social, tiene la responsabilidad de desarrollar modelos terapéuticos culturalmente sensibles, que reconozcan las particularidades de cada contexto. En América Latina, esto implica considerar factores como la desigualdad económica, la migración y la fragilidad institucional, que amplifican la experiencia de soledad. Por ello, la investigación aplicada debe orientarse a la creación de estrategias accesibles, sostenibles y adaptadas a las realidades locales. En este sentido, la formación de profesionales especializados en psicogerontología es un desafío urgente para garantizar una atención ética y empática.

Finalmente, comprender la soledad y el deterioro cognitivo como fenómenos interdependientes permite redefinir el enfoque clínico y social del envejecimiento. Ambos deben ser abordados no solo desde la prevención del daño, sino desde la promoción del bienestar integral. Esto requiere un cambio de paradigma, en el que la vejez sea vista como una etapa de desarrollo humano pleno, rica en posibilidades de crecimiento personal, creatividad y vínculo social. El acompañamiento psicológico debe orientarse a fortalecer la autonomía, la autoestima y la conexión emocional, pilares esenciales para un envejecimiento saludable. De esta manera, las estrategias de intervención no solo mitigarán los efectos de la soledad, sino que contribuirán a construir sociedades más inclusivas, empáticas y humanizadas.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Tipo y enfoque de investigación paradigma**

La presente investigación está basada en el paradigma post-positivista. Este enfoque reconoce que la realidad existe de modo independiente al observador, aceptando que la observación implica interpretaciones que se ven influenciadas por contextos sociales y la subjetividad de la persona. Este paradigma postula que la realidad existe, pero puede ser interpretada y medida mediante métodos sistemáticos que reduzcan la subjetividad, sin eliminarla por completo (Creswell & Creswell, 2014)

#### **Enfoque**

El enfoque del estudio es cuantitativo ya que este se basa en la medición numérica de variables mediante escalas estandarizadas, con el propósito de realizar análisis estadísticos que permitan identificar patrones y relaciones entre fenómenos (Hernández-Sampieri, Mendoza & Torres, 2022). Además, este enfoque tiene su fundamentación en la objetividad, la replicabilidad y la validez empírica de los instrumentos utilizados.

#### **Diseño**

El diseño de la presente investigación es no experimental ya que las variables no son manipuladas deliberadamente por el investigador, sino más bien son observadas tal y como se dan en la realidad del participante.

El presente estudio adopta la categoría transversal, puesto que la recolección de datos se realiza en un único momento, lo que nos permite analizar si existe una correlación entre las variables de percepción de soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores. En investigaciones psicológicas con poblaciones vulnerables, este diseño no solo es éticamente adecuado, sino también es pertinente porque evita alterar el estado emocional o cognitivo de los participantes (Kerlinger & Lee,

2021).

## **Alcance**

El alcance del estudio se enmarca dentro del alcance descriptivo – correlacional. La fase descriptiva nos permite determinar los niveles de deterioro cognitivo y soledad percibida por los participantes mediante el análisis estadístico de las puntuaciones obtenidas de los instrumentos aplicados. La fase correlacional nos permite evaluar si existe asociación entre las variables mediante las pruebas aplicadas, así como la magnitud de dicha relación al realizar cálculos de coeficientes de correlación apropiados (Field, 2013; Dancey & Reidy, 2017). Es importante mencionar que este diseño no busca establecer relaciones, sino asociaciones entre variables (Ato et al., 2013).

## **2.2. Técnicas e instrumentos**

La selección de técnicas e instrumentos constituye un elemento central en investigaciones cuantitativas, ya que su validez y confiabilidad determinan la precisión de los resultados. Para este estudio se utilizaron técnicas psicométricas y una encuesta estructurada, asegurando rigurosidad metodológica en la recolección de datos.

### **Técnicas psicométricas**

En esta investigación fueron utilizados dos herramientas psicométricas validadas para evaluar el deterioro cognitivo y la percepción de soledad. El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer se aplicó para medir el deterioro cognitivo, siendo efectivo en la detección de problemas en la memoria, orientación, cálculo y razonamiento en personas mayores (Pfeiffer, 1975; Silva, Martínez et al., 2001). Además, se usó la Escala de Soledad ESTE II para identificar el nivel de soledad percibida en tres aspectos: emocionales, sociales y mediante el uso de nuevas tecnologías. Esta escala es confiable, validada y ampliamente utilizada en estudios sobre la población hispana, especialmente en adultos mayores (Rubio &

Aleixandre, 1999; González-Tovar & Garza-Sánchez, 2021). La combinación de ambas herramientas permitió obtener mediciones objetivas y comparables, alineadas con el enfoque cuantitativo del estudio.

## **Instrumentos**

### **Ficha sociodemográfica**

La ficha sociodemográfica permitió obtener información relevante sobre variables como edad, sexo, estado civil, nivel de educación, ocupación y ambiente familiar. Estos datos permiten contextualizar los puntajes psicométricos y reconocer patrones que puedan ser asociados con vulnerabilidad psicosocial (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2014).

### **Cuestionario Pfeiffer (SPMSQ)**

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), conocido como Cuestionario de Pfeiffer, es una prueba breve de cribado cognitivo que se usa para identificar deterioro cognitivo en adultos mayores mediante la evaluación de funciones como memoria, orientación, lenguaje, cálculo y razonamiento (Pfeiffer, 1975). En estudios realizados en Latinoamérica recientemente se ha confirmado que el instrumento mantiene adecuada sensibilidad diagnóstica y capacidad de discriminación clínica, especialmente en contextos comunitarios (Valarezo et al., 2020).

Cabe recalcar que en el caso del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) existen criterios estandarizados para la interpretación de los resultados establecidos por el autor, lo que nos permite clasificar el grado de deterioro cognitivo en función del número de errores cometidos durante la evaluación siendo: (0) No hay error y (1) Error. Esto quiere decir que, a menor cantidad de errores cometidos, la preservación de las funciones cognitivas es mayor, y a mayor número de errores cometidos, el nivel de afectación cognitiva es mayor (Pfeiffer, 1975). Para el presente estudio, se respetaron los puntos de corte sugeridos, ajustados

según nivel educativo del participante, con el fin de garantizar una interpretación coherente con la evidencia científica disponible.

**Tabla 1.** Puntos de corte SPMSQ

<b>Errores</b>	<b>Interpretación</b>
0-2	Valoración cognitiva normal
3-4	Deterioro leve
5-7	Deterioro moderado
8-10	Deterioro grave

Fuente: Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)

### **Escala de Soledad ESTE II**

La Escala de Soledad ESTE II permite evaluar la percepción de soledad en dimensiones de percepción de apoyo social, nuevas tecnologías y participación social subjetiva. Es un instrumento ampliamente utilizado en psicogerontología debido a su pertinencia conceptual y sensibilidad para diferenciar niveles de aislamiento social subjetivo en adultos mayores. Varios estudios recientes reportan índices de fiabilidad superiores a  $\alpha = .88$ , lo que confirma su consistencia interna en poblaciones latinoamericanas (González-Tovar & Garza-Sánchez, 2021).

Esta escala está compuesta por 15 ítems y se puntúa en formato Likert: (0) Nunca; (1) A Veces y (2) Siempre. La puntuación de esta escala es de 0 a 30 puntos, en donde niveles mayores en la puntuación indican una mayor percepción de soledad de la persona, mientras que puntuaciones bajas representan una menor percepción de soledad de la persona.

**Tabla 2.** Ítems de la Escala ESTE II de Soledad Social

<b>Dimensión</b>	<b>N° de elementos</b>	<b>Ítems</b>
Percepción de apoyo social	8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Uso de nuevas tecnologías	3	9, 10, 11
Índice de Participación Social4 Subjetiva		12, 13, 14, 15

Fuente: elaboración propia

### **2.3. Población**

La población en una investigación hace referencia a un grupo de personas o elementos sobre los cuales se pretende obtener información, analizar o aplicar resultados de un estudio (Camacho de Báez, 2008). Es de suma importancia, puesto que, permite delimitar el alcance de un estudio, teniendo en cuenta que los datos recolectados sean representativos y debidamente pertinentes, para poder responder a las interrogantes de la investigación y poder cumplir con los objetivos estipulados. Las personas que participan en la presente investigación son adultos mayores en situación de vulnerabilidad de ambos sexos. Las edades de dicha población oscilan entre 66 y 93 años, dando un total de 104 participantes para el presente estudio.

#### **Caracterización de la población**

La población objeto de estudio está constituida por adultos mayores residentes en la ciudad de Ambato, con características asociadas a vulnerabilidad emocional, social o económica. Este grupo representa un segmento demográfico prioritario para políticas públicas y atención gerontológica en Ecuador debido al incremento del envejecimiento poblacional (INEC, 2023).

La información de la tabla 3 muestra los datos sociodemográficos como son los siguientes: el sexo y la edad de la población objetivo.

**Tabla 3.** Datos sociodemográficos

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
66	1	1,0
67	2	1,9
68	5	4,8
69	5	4,8
70	5	4,8
71	4	3,8
72	6	5,8
73	4	3,8
74	3	2,9
75	3	2,9
76	5	4,8
77	3	2,9
78	6	5,8
79	2	1,9
80	6	5,8
81	2	1,9
82	5	4,8
83	5	4,8
84	5	4,8
85	6	5,8
86	2	1,9
87	3	2,9
88	5	4,8
89	2	1,9
90	4	3,8
91	4	3,8
93	1	1,0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
"Hombre"	23	22,1
"Mujer"	81	77,9
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia

La población de estudio está compuesta por 104 adultos mayores con edades que oscilan entre 66 y 93 años, presentando una amplia dispersión etaria de 27 años. La edad media de la muestra se sitúa aproximadamente en los 77-78 años, considerando la distribución acumulada donde el 50% de los participantes tiene 78 años o menos (percentil 50).

En la tabla 4 se muestran los datos sociodemográficos con las características de la población, siendo estas características pertinentes para el presente estudio, como: estado civil, con quien vive, ocupación y escolaridad de la población.

**Tabla 4.** Características de la población

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Escolaridad	"Sin estudios"	32	30,8
	"Primaria"	72	69,2
Estado civil	"Soltero"	1	1,0
	"Casado"	36	34,6
	"Viudo"	67	64,4
Con quien vive	"Solo"	84	80,8
	"Familia extendida"	20	19,2
Ocupación	"Desempleado"	1	1,0
	"Jubilado"	103	99,0

Fuente: elaboración propia

La muestra del estudio estuvo conformada por 104 adultos mayores en situación de vulnerabilidad de la ciudad de Ambato. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los participantes (69,2%, equivalente a 72 personas) reportaron tener educación primaria, mientras que un grupo significativo (30,8%, 32 personas) indicó no tener estudios formales. Respecto al estado civil, se encontró que la mayor parte de la muestra (64,4%, 67 personas) se encontraba en situación de viudez, seguida por quienes estaban casados (34,6%, 36 personas), y solo una persona (1%) se identificó como soltera. En relación con la convivencia, la gran mayoría de los participantes (80,8%, 84 personas) reportó vivir solo, mientras que una minoría (19,2%, 20 personas) vivía con familia extendida. Finalmente, en lo que respecta a la situación ocupacional, casi la totalidad de los adultos mayores (99%, 103 personas) se encontraba jubilada, y solo una persona (1%) se identificó como desempleada.

### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 104 participantes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos y se mostraron abiertos a participar del estudio. Estos criterios fueron: 1) personas de 65 años o mayores, 2) residentes de la ciudad de Ambato, 3) presenten características de vivir en situaciones de vulnerabilidad y 4) con capacidad cognitiva para responder a los instrumentos. Este tamaño muestral cumple con las recomendaciones metodológicas mínimas para estudios

correlacionales con dos variables principales (Field, 2021).

### **Tipo de muestreo**

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad y la disposición voluntaria de los participantes. Este tipo de muestreo es frecuente en estudios comunitarios y clínicos con población adulta mayor (Ato, López & Benavente, 2013). La selección de los participantes se dio en la iglesia Sagrada Familia, que se encarga de brindar asistencia alimentaria a la población de adultos mayores en situación de vulnerabilidad que se acercan a la iglesia, siendo así un punto de acceso privilegiado a la población objetivo del estudio.

### **2.4. Procesamiento y análisis de la información**

Para el procesamiento y análisis de la información se inició con la socialización de los objetivos del estudio con la población participante y la preparación de quienes realizarían las encuestas. Tras la aplicación de la ficha sociodemográfica, el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer y la escala de soledad social ESTE II, las respuestas fueron ingresadas en el software estadístico SPSS 25. Se realizó la codificación y digitalización de los datos obtenidos con los instrumentos, asignando códigos numéricos a las respuestas en las distintas categorías evaluadas, transcribiendo la información al software estadístico SPSS 25 para su análisis.

La confiabilidad del instrumento ESTE II fue medida con la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach y para medir la consistencia interna de SPMSQ de Pfeiffer, debido a la naturaleza dicotómica del instrumento, se usó el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20).

## CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Análisis de confiabilidad de los instrumentos de medición

Para asegurar la validez de los resultados obtenidos, se evaluó la confiabilidad de la Escala de Soledad ESTE II mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, presentado un buen nivel de consistencia interna ( $\alpha = 0.83$ ), lo que supera el valor mínimo aceptable de 0.70.

**Tabla 5.** Fiabilidad ESTE II

Alfa	de
Cronbach	N de elementos
,831	15

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, el instrumento SPMSQ de Pfeiffer, al ser un instrumento usado para el tamizaje cognitivo, no se evalúa su validez con el coeficiente Alfa de Cronbach ya que no se mide un espectro unidimensional, por lo tanto, se utiliza el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20) ya que se tienen variables dicotómicas de 0 (correcto) y 1 (incorrecto).

**Tabla 6.** Fiabilidad SPMSQ

Coefficiente Kuder-Richardson (KR-20)	N de elementos
,818	10

Fuente: elaboración propia

Con una consistencia interna de 0.82, según la tabla de interpretación para KR-20 de Suárez, Varguillas y Ronceros (2022) se interpreta que el instrumento presenta una confiabilidad muy alta, siendo esto de importancia ya que indica validación del instrumento para su uso en tamizaje cognitivo para esta investigación. Esta confiabilidad elevada nos asegura que los errores de medición son mínimos y que los puntajes obtenidos demuestran de manera consistente el constructo que se evalúa.

**Tabla 7.** Rango de interpretación

Rango	Interpretación
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

Fuente: Suárez et al (2022) p. 157

### 3.2. Análisis estadístico categórico y descriptivo de las variables de estudio

#### Deterioro Cognitivo (SPMSQ de Pfeiffer)

Los resultados obtenidos con el instrumento SPMSQ muestran que, de los 104 participantes en el estudio, 23 participantes (22,1%) se encuentran dentro del rango “sin deterioro cognitivo” (0 a 2 errores). Mientras que 36 participantes (34,6%) muestran deterioro cognitivo leve (3 a 4 errores), 25 participantes (24,1%) muestran deterioro cognitivo moderado (5 a 7 errores), y finalmente 20 participantes (19,2 %) muestran deterioro cognitivo grave.

**Tabla 8.** Análisis estadístico y descriptivo de SPMSQ

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1,0
1	11	10,6
2	11	10,6
3	13	12,5
4	23	22,1
5	8	7,7
6	14	13,5
7	3	2,9
8	7	6,7
9	5	4,8
10	8	7,7
Total	104	100,0

Fuente: elaboración propia

Los hallazgos obtenidos mediante la aplicación del SPMSQ son consistentes con varios estudios realizados en el ámbito latinoamericano. Un estudio realizado por Valarezo, Silva y Medina (2020) encontraron que, en adultos mayores institucionalizados en un geriátrico en la ciudad de Loja, en Ecuador, más del 70% mostraba algún grado de deterioro cognitivo, mostrando así la alta prevalencia de este fenómeno en poblaciones donde el apoyo social es limitado. Igualmente, en la investigación de Tapia Ramírez y Castrejón Caballero (2023) en México, se mostró que adultos mayores en condiciones de aislamiento social obtenían puntuaciones más altas en el SPMSQ, lo que sugiere que la falta de estimulación cognitiva y social acelera el declive neurocognitivo.

En la muestra se aprecia una tendencia hacia el deterioro cognitivo entre leve y moderado, siendo la categoría de leve la más frecuente. Esto podría significar que, aunque la mayor parte de los participantes no han desarrollado un deterioro cognitivo grave, se encuentran en una fase de transición en la que la intervención psicosocial podría ser crucial para detener la progresión del deterioro cognitivo.

Del total de 104 participantes, solo 23 participantes (22,1%) se encuentran dentro del rango de funcionamiento cognitivo normal, mientras que el 77,9% de los participantes presentan deterioro cognitivo de algún nivel, siendo el más numeroso el deterioro cognitivo leve, el cual se ve representado por 36 participantes (34,6%) cuya categoría se ve caracterizada por fallos en la memoria reciente, orientación temporal y el cálculo mental, pero estas alteraciones no implican una pérdida de la autonomía.

Seguidamente, 25 de los participantes (24,1%) se encuentran dentro del rango de deterioro cognitivo moderado. En esta categoría se ve un mayor nivel de afectación en las funciones cognitivas anteriormente mencionadas, además de que puede haber dificultades al momento de resolver problemas cotidianos e ir perdiendo su funcionalidad e independencia.

Finalmente, 20 de los participantes (19,2%) presentan un deterioro cognitivo grave, lo que los convierte en una población mayormente vulnerables ya que el deterioro

cognitivo grave se asocia más a la pérdida total de la autonomía, necesidad de mayores cuidados e impacto en la calidad de vida.

Desde un análisis más amplio, los resultados obtenidos con el SPMSQ muestran que casi 8 de cada 10 adultos mayores en estado de vulnerabilidad presentan deterioro cognitivo a diferencia de poblaciones con mejores condiciones sociales o de apoyo, tal y como se ha demostrado en varias investigaciones realizadas en ciudades del Ecuador donde se identificó que adultos mayores que han tenido mejores oportunidades sociales y económicas presentan menor deterioro cognitivo.

### **3.3. Análisis descriptivo del SPMSQ de Pfeiffer**

En la siguiente tabla se muestra el análisis descriptivo del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, el cual fue realizado a partir de los diez ítems que conforman el instrumento. Todos los ítems fueron respondidos sin la presencia de pérdida de datos, lo que garantiza que exista una consistencia de los datos analizados.

Dado que los ítems del SPMSQ se codifican de manera dicotómica (0= correcto; 1= incorrecto) las medidas reflejan la proporción de errores que los participantes cometieron en cada pregunta. Por tal motivo, se observa una variabilidad considerable en el número de errores con medidas que van de 0,13 a 0,82, lo que muestra diferencias en el nivel de dificultad de las funciones cognitivas evaluadas.

Las medidas que obtuvieron un valor mayor fueron los ítems 4, 6, 8 y 10, con valores superiores en la media a 0,69, lo que es un indicativo de que más de dos tercios de los adultos mayores participantes presentaron dificultades en estos ítems, lo que sugiere que existe una afectación significativa en las funciones cognitivas evaluadas de razonamiento, orientación y atención.

Por el contrario, los ítems 5 y 9 presentan puntuaciones bajas en la media, con valores igual es o inferiores a 0,15, lo que indica que la mayoría de los adultos mayores participantes respondió correctamente dichos ítems, lo que sugiere que

existe una preservación relativamente buena de ciertas funciones cognitivas básicas. Sin embargo, la presencia de errores, a pesar de ser menor, sigue siendo de interés relevante para la salud.

La existencia de desviaciones estándar cercanas a 0,5 y que están presentes en la mayoría de los ítems refleja una dispersión moderada de los datos, lo que muestra una igualdad del estado cognitivo dentro de la muestra. Este patrón confirma que el deterioro cognitivo no se da de manera uniforme, sino que existe variación en la gravedad del deterioro cognitivo entre los participantes.

**Tabla 9.** Análisis estadístico descriptivo de SPMSQ

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Item 1	104	0	1	,46	,501
Item 2	104	0	1	,27	,446
Item 3	104	0	1	,28	,451
Item 4	104	0	1	,70	,460
Item 5	104	0	1	,13	,332
Item 6	104	0	1	,69	,464
Item 7	104	0	1	,42	,496
Item 8	104	0	1	,79	,410
Item 9	104	0	1	,15	,363
Item 10	104	0	1	,82	,388

Fuente: elaboración propia

### 3.4. Análisis categórico y descriptivo de la escala ESTE II

El análisis descriptivo de la escala ESTE II se realizó tomando en cuenta las tres dimensiones que lo conforman, siendo estas el apoyo social, uso de nuevas tecnologías y participación social subjetiva. Los resultados presentados en la Tabla 10 permiten identificar la distribución de los niveles de soledad percibida en la población de adultos mayores que participó del estudio.

La dimensión del apoyo social muestra que la mayor parte de los participantes se encuentran en el nivel medio, con el 55,8% de los casos, lo que indica una

percepción intermedia de apoyo social. Sin embargo, el 34,6% de los adultos mayores se ubica en un nivel alto, mostrando una percepción de apoyo social favorable. Por otra parte, el 9,6% de los participantes presenta un nivel bajo de apoyo social, lo que muestra que esta parte de los participantes no posee una red de apoyo social adecuada.

En la dimensión del uso de nuevas tecnologías se encontró que el 41,3% de los evaluados usan herramientas tecnológicas como medio de comunicación. Sin embargo, el 30,8% se encuentra en un nivel medio y 27,9% en un nivel bajo, lo que refleja que una parte importante de los adultos mayores no usa o encuentran dificultades el acceder a nuevas tecnologías, lo que limita su interacción social y acceso a la información.

En la dimensión de participación social se observa que el 39,4% de los adultos mayores presentan un nivel medio en dicha dimensión, seguido por un 37,5% en el nivel alto, lo que indica que una parte considerable de los participantes mantienen cierto nivel de participación en actividades sociales o comunitarias. Sin embargo, que el 23,1% de los participantes se ubica en el nivel bajo, lo que muestra una participación social limitada, teniendo como característica la poca interacción social y baja integración en espacios sociales significativos.

**Tabla 10.** Análisis estadístico y descriptivo de la escala ESTE II

<b>Dimensión</b>	<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Apoyo social	Bajo	10	9,6
	Medio	58	55,8
	Alto	36	34,6
Nuevas tecnologías	Bajo	29	27,9
	Medio	32	30,8
	Alto	43	41,3
Participación social	Bajo	24	23,1
	Medio	41	39,4
	Alto	39	37,5

Fuente: elaboración propia

## **Análisis descriptivo de la escala ESTE**

Los resultados de la Escala ESTE II, mostrados en la Tabla 11, son los correspondientes a los resultados obtenidos por ítem. Las medidas observadas, que son puntuadas en un rango de 0 a 2, permiten identificar con qué intensidad se manifiestan los componentes de la soledad percibida.

Las medidas obtenidas de los ítems variaron entre 0,65 y 1,46, lo que indica una tendencia a niveles de soledad moderados, presentando variaciones según el contenido específico de cada ítem. Los valores más elevados se dieron en los ítems 4, 5 y 6, cuyas medidas superan el valor de 1,30, lo que sugiere que los aspectos que se relacionan con la percepción de apoyo social e interacción presentan una mayor presencia en la muestra, lo que muestra que una parte importante de los participantes experimenta limitaciones en el apoyo recibido o en la calidad de las relaciones sociales.

Los ítems con las medias más bajas como el ítem 1, 2, 3 y 8 indican que aspectos asociados a la soledad se manifiestan con menor intensidad, lo que podría asociarse a la presencia parcial de redes funcionales de apoyo.

Las desviaciones estándar de los ítems se situaron entre 0,63 y 0,80, lo que muestra una dispersión moderada de las muestras, lo que indica que la experiencia de la soledad es variada entre los participantes. Esta variabilidad sugiere que, a pesar de la soledad forma parte de la muestra, la percepción no es igual y depende de las características individuales, sociales y contextuales de cada participante.

**Tabla 11.** Análisis descriptivo de la escala ESTE II por Item evaluado

Item	Total	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Item 1	104	0	2	,96	,800
Item 2	104	0	2	,94	,735
Item 3	104	0	2	,89	,749
Item 4	104	0	2	1,46	,637
Item 5	104	0	2	1,37	,777
Item 6	104	0	2	1,41	,745
Item 7	104	0	2	1,34	,732
Item 8	104	0	2	,65	,679
Item 9	104	0	2	1,20	,781
Item 10	104	0	2	1,19	,789
Item 11	104	0	2	1,10	,731
Item 12	104	0	2	1,12	,767
Item 13	104	0	2	1,03	,756
Item 14	104	0	2	1,01	,757
Item 15	104	0	2	1,19	,764

**Fuente:** elaboración propia

En el análisis descriptivo por dimensiones en la Tabla 12, se observa que el nivel de percepción de apoyo social alcanza una media de 9,03 puntos dentro del rango de 1 a 15, lo que indica que existe un nivel intermedio de percepción de apoyo social entre los participantes. La desviación estándar ( $DE= 3,139$ ) demuestra que existen variaciones, lo que sugiere la existencia de diferencias entre los participantes sobre el apoyo social percibido.

En la dimensión de uso de nuevas tecnologías se obtuvo una media de 3,49 puntos, con un rango de 0 a 6. Este resultado muestra un uso moderado de recursos tecnológicos, lo que se interpreta como una incorporación parcial de las nuevas tecnologías como medio de comunicación o interacción social en una parte de los adultos mayores participantes. La desviación estándar ( $DE= 2,034$ ) indica una dispersión moderada, lo que significa que algunos participantes presentan una mayor acceso y uso de nuevas tecnologías, mientras que otros mantienen un uso limitado o inexistente.

Finalmente, la dimensión de participación social subjetiva presentó una media de 4,35 puntos en un rango de 0 a 8, lo que sugiere un nivel medio de participación social percibida. La desviación estándar ( $DE= 2,507$ ) muestra una variabilidad considerable en la percepción de participación social, lo que indica que, mientras algunos adultos mayores perciben una integración y participación social en varias

actividades, otros experimentan poca o ninguna participación en actividades sociales.

**Tabla 12.** Análisis descriptivo de la escala ESTE II por dimensión

Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.	
					Desviación	
Nivel de percepción de apoyo social	104	1	15	9,03	3,139	
Uso de nuevas tecnologías	104	0	6	3,49	2,034	
Participación social subjetiva	104	0	8	4,35	2,507	

**Fuente:** elaboración propia

### **Análisis correlacional entre SPMSQ y Escala ESTE II**

En la presente investigación se planteó la hipótesis de si existe relación entre el deterioro cognitivo y la percepción de soledad en adultos mayores. Para contrastar la hipótesis se realiza un análisis correlacional entre los puntajes obtenidos en los instrumentos Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) y la Escala de Soledad ESTE II usando el coeficiente de correlación Spearman ( $\rho$ ) por la naturaleza ordinal de las variables y ausencia de supuestos de normalidad.

Los resultados obtenidos muestran una correlación positiva alta y estadísticamente significativa entre ambas variables ( $\rho = ,854$ ;  $p < ,001$ ), con un tamaño muestral de 104 participantes. El coeficiente muestra que, a medida que aumenta el puntaje de SMPSQ, lo que implica un mayor nivel de deterioro cognitivo, también existe un incremento en el puntaje de la Escala ESTE II, en el que se refleja mayor nivel de soledad percibida.

El análisis mostró que si existe una fuerte correlación positiva entre ambas variables en la población objetivo de estudio. Este hallazgo respalda la hipótesis planteada y exhibe que el deterioro cognitivo se ve influenciado con la percepción de aislamiento social y emocional en los adultos mayores.

**Tabla 13.** Correlación entre cuestionario SPMSQ y Escala ESTE II

		Total SPMSQ	Total ESTE II	
Rho de Spearman	Total SPMSQ	Coeficiente de correlación	1,000	,854**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	104	104
Total ESTE II	Total ESTE II	Coeficiente de correlación	,854**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	104	104

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Se usó el coeficiente Rho de Spearman para la correlación entre el puntaje del SPMSQ y las dimensiones de la escala ESTE II, que incluye apoyo social, uso de nuevas tecnologías y participación social subjetiva, con 104 participantes.

Los resultados mostraron correlaciones positivas significativas entre el deterioro cognitivo y todas las dimensiones de la Escala ESTE II. Se encontró una alta correlación entre el deterioro cognitivo y la participación social subjetiva, sugiriendo que mayores niveles de deterioro afectan negativamente esta percepción. También hubo una correlación moderada-alta con el uso de nuevas tecnologías, indicando que las personas con deterioro cognitivo tienen más dificultades y mayor aislamiento social.

En cuanto al apoyo social, la correlación fue moderada, lo que indica que un mayor deterioro cognitivo se asocia con una menor percepción de apoyo social que afecta el bienestar emocional. La relación entre el uso de tecnología y la percepción de apoyo social no fue significativa, sugiriendo que acceder a tecnología no mejora necesariamente esta percepción. En resumen, el deterioro cognitivo está estrechamente ligado a la percepción de soledad y aspectos sociales importantes en la vejez.

**Tabla 14.** Correlación entre cuestionario SPMSQ y dimensiones de la Escala ESTE II

			TOTAL SPMSQ	TOTAL ESTE II	NUEVAS TECNOLOGÍAS	PARTICIPACIÓN SOCIAL	APOYO SOCIAL
Rho de Spearman	TOTAL SPMSQ	Coeficiente de correlación	1,000	,854**	,652**	,814**	,563**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000
		N	104	104	104	104	104
	TOTAL ESTE II	Coeficiente de correlación	,854**	1,000	,722**	,863**	,684**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000
		N	104	104	104	104	104
	NUEVAS TECNOLOGÍAS	Coeficiente de correlación	,652**	,722**	1,000	,697**	,185
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,060
		N	104	104	104	104	104
	PARTICIPACIÓN SOCIAL	Coeficiente de correlación	,814**	,863**	,697**	1,000	,424**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000
		N	104	104	104	104	104
	APOYO SOCIAL	Coeficiente de correlación	,563**	,684**	,185	,424**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,060	,000	.
		N	104	104	104	104	104

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

## CONCLUSIONES

- La percepción de soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores constituyen fenómenos multidimensionales que deben ser comprendidos desde un enfoque biopsicosocial, en el que interactúan factores psicológicos, sociales y neurobiológicos. La evidencia teórica revisada permite afirmar que la soledad, como experiencia subjetiva, actúa como un factor de vulnerabilidad que puede influir en el funcionamiento cognitivo, especialmente en contextos de limitación social y emocional.
- Los resultados evidenciaron la presencia predominante de niveles medios y altos de soledad en los adultos mayores evaluados, particularmente en las dimensiones de participación social subjetiva y percepción de apoyo social. Asimismo, se identificaron alteraciones en funciones cognitivas básicas como orientación, memoria y atención, lo que confirma la coexistencia de afectación psicosocial y cognitiva en la población estudiada.
- Se determinó la existencia de una relación positiva alta y estadísticamente significativa entre la percepción de soledad y el deterioro cognitivo ( $\rho = ,854$ ;  $p < 0,01$ ), lo que confirma que a mayores niveles de deterioro cognitivo se asocian mayores niveles de soledad. De igual manera, se evidenció que dimensiones específicas como la participación social subjetiva, el uso de nuevas tecnologías y la percepción de apoyo social presentan asociaciones significativas con el deterioro cognitivo, lo que resalta la influencia de los factores psicosociales en el mantenimiento del funcionamiento cognitivo en adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda promover la implementación de programas de envejecimiento activo que favorezcan la participación social, el desarrollo de actividades recreativas y el fortalecimiento de redes de apoyo en adultos mayores.
- Se recomienda fomentar el acompañamiento emocional y la comunicación constante con los adultos mayores, con el fin de reducir la percepción de soledad y fortalecer su sentido de pertenencia.
- Se recomienda impulsar el acceso y la capacitación en el uso de nuevas tecnologías como herramienta para facilitar la interacción social, el contacto familiar y la estimulación cognitiva.
- Se recomienda desarrollar estrategias de intervención integrales que aborden de manera conjunta los aspectos cognitivos, emocionales y sociales, contribuyendo a la prevención del deterioro cognitivo y al mejoramiento de la calidad de vida en la vejez.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aartsen, M., Precupetu, I., & Suanet, B. (Eds.). (2025). Macro social influences on loneliness in later life: Towards a better understanding of the loneliness paradox in later life. Springer Cham.
- Arana Nombera, H. A., & Utrilla Fernández, E. R. (2024). Efectos del aislamiento social y la soledad en el perfil cognitivo de adultos de mediana edad [Trabajo de investigación, Escuela de Medicina Humana, Universidad San Sebastián]. Recuperado de <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/14023>
- Arana, J., & Utrilla, L. (2024). Soledad, estrés crónico y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 56(1), 1–14.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bennett, D. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Arnold, S. E., & Wilson, R. S. (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*, 5(5), 406–412. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70417-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70417-3)
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

- Bravo Rivas, A. J., Herrera Changoluisa, T. L., Maliza Cerezo, D. D., & Albán Alvear, T. D. (2025). Impacto del aislamiento social en el deterioro cognitivo de adultos mayores residentes de centros gerontológicos. *Journal of Science and Research*, 10(IV CISE). Recuperado de <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3735>
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65–76.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: W. W. Norton & Company.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66, 733–767.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463.
- Camacho de Báez, B. (2008). Población y muestra. En *Metodología de la investigación científica: Un camino fácil de recorrer para todos*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Cervantes, M., & Machado, J. (2023). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores jubilados. *Revista Científica de Psicología*, 7(2), 45–59.

- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385–401.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age. *PLoS ONE*, 12(7), e0182006.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness. *Aging & Mental Health*, 18(5), 1–10.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2017). *Statistics without maths for psychology*. London: Pearson.
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression, and cognitive function in older U.S. adults. *JAMA Psychiatry*
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Erikson, E. H. (1997). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- Fernández-Ballesteros, R. (2017). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2010). Structural brain changes in aging: Courses, causes and cognitive consequences. *Reviews in the Neurosciences*
- Frankl, V. E. (1963). *El hombre en busca de sentido*. Buenos Aires: Herder.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. New York: Rinehart & Winston.
- Golden, J., Conroy, R. M., & Lawlor, B. A. (2009). Social support network and loneliness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 694–700.
- González-Tovar, J., & Garza-Sánchez, R. I. (2021). La medición de soledad en personas adultas mayores: Estructura interna de la Escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 70–74.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza-Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Educación.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Censo Ecuador [Base de datos]. Recuperado de <https://cubos.inec.gob.ec/AppCensoEcuador/>
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., Izquierdo, A., & Miret, M. (2019). Does loneliness contribute to cognitive decline? *Ageing Research Reviews*, 52, 1–13.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.
- Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221.

- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., & Luque Luque, R. (2001). Adaptation and validation of the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) in Spanish for detecting cognitive impairment in people over 65 years. *Medicina Clínica*, 117(4), 129–134.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
- Moretti, M. C., Bonfitto, I., Nieddu, L., Leccisotti, I., Dimalta, S., Moniello, G., Lozupone, M., Bellomo, A., Panza, F., Avolio, C., & Altamura, M. (2024). Association of loneliness with functional and cognitive status in minor and major neurocognitive disorders. *Life*, 14(10), 1216. <https://doi.org/10.3390/life14101216>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation. *Journal of Primary Prevention*, 33(2), 137–152.
- O'Lunaigh, C., O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Coen, R., Walsh, C., Walsh, J. B., Caokley, D., & Lawlor, B. A. (2012). Loneliness and cognition in older people: The Dublin Healthy Ageing Study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento activo: Un marco político*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la demencia*. Ginebra: OMS.
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

- Parada Muñoz, K., Guapisaca Juca, J. F., & 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.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). London: Academic Press.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441.
- Reynolds, O., Manning, L., Kirn, D., Klein, H., Hampton, O., Burke, O., Buckley, R., Rentz, D., Sperling, R., Marshall, A., & Amariglio, E. (2022). Subjective cognitive decline in a registry sample: Relation to psychiatric history, loneliness, and personality. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 9(3), 435–442. <https://doi.org/10.14283/jpad.2022.31>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Rubio, R., & Aleixandre, M. (2001). Escala ESTE: propiedades psicométricas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(4), 199–206.
- Rubio, R., & Pinel, J. (2007). Evaluación de la soledad en personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 17(1), 9–16.
- Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and Aging*
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of social ties. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362–370.

- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*
- Smith, J. M., & Hirdes, J. P. (2009). Predicting social isolation. *Ageing & Society*, 29(2), 1–25.
- Tapia Ramírez, J. L., & Castrejón Caballero, J. L. (2023). Relación entre el aislamiento social, la soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en México. *Estudios de Antropología Biológica*, 21(1). Recuperado de <https://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/82847>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Valarezo Carrión, J. L., Silva Maldonado, J. C., & Medina Muñoz, R. P. (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. *Revista Espacios*, 41(14), 2–10. Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a20v41n14/a20v41n14p02.pdf>
- Vega-Neri, H. F., Santiago-Sandoval, A. J., & Reyes-Jiménez, O. (2024). Asociación del nivel de soledad social y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital*, 16(4), 1491–1496. Recuperado de [https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/4\\_12\\_asociacion-del-nivel-de-soledad-social-y-deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores\\_.pdf](https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/4_12_asociacion-del-nivel-de-soledad-social-y-deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores_.pdf)
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness. *Ageing & Society*, 32(2), 1–25.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies, 29*, 107–114.
- Wong, C. G., Thomas, K. R., Edmonds, E. C., Weigand, A. J., Bangen, K. J., Eppig, J. S., Jak, A. J., Devine, S. A., Delano-Wood, L., Libon, D. J., Edland, S. D., Au, R., & Bondi, M. W. (2018). Neuropsychological Criteria for Mild Cognitive Impairment in the Framingham Heart Study's Old-Old. *Dementia and geriatric cognitive disorders, 46*(5-6), 253–265.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Geneva: WHO.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

## ANEXOS

### Anexo 1. Escala ESTE II

#### La Escala Este II de Soledad Social.

La Escala Este II (Tabla 1) está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Tabla 1: Escala ESTE II de Soledad Social

<b>Factor 1: Percepción de Apoyo Social</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
<b>Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador ( <i>consola, juegos de la memoria</i> )?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
<b>Factor 3: Índice de Participación social subjetiva</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL</b>			<b>_____ Pts.</b>

## Anexo 2. Cuestionario SPMSQ

### CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

**Anexo 3. Ficha Sociodemográfica****FICHA SOCIODEMOGRÁFICA****I. Datos generales**

1. **Edad:**
2. **Sexo:**
  - Masculino
  - Femenino
3. **Estado civil:**
  - Soltero/a
  - Casado/a
  - Unión libre
  - Divorciado/a
  - Viudo/a

**II. Nivel educativo**

4. **Nivel de instrucción alcanzado:**
  - Sin escolaridad
  - Educación primaria
  - Educación secundaria
  - Educación superior

**III. Situación ocupacional**

5. **Ocupación actual:**
  - Jubilado/a
  - Trabajo informal
  - Trabajo formal
  - Desempleado/a
  - Labores del hogar

**IV. Convivencia y entorno familiar**

6. **¿Con quién vive actualmente?**
  - Solo/a
  - Con pareja
  - Con hijos/as
  - Con otros familiares
  - En institución / centro de acogida
7. **¿Cuenta con apoyo familiar frecuente?**
  - Sí
  - No