



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
PRIVADOS DE LIBERTAD**

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

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autor:

Gabriel Mateo Martínez Núñez

Director:

Mg. Ana del Rocío Martínez Yacelga

Ambato – Ecuador

Marzo 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **GABRIEL MATEO MARTÍNEZ NÚÑEZ**, con cédula de ciudadanía **1805466966**, autor del trabajo de graduación intitulado: “PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD”, previa la obtención del título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

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 2025



Gabriel Mateo Martínez Núñez

CC. 1805466966

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

Tema:

**PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
PRIVADOS DE LIBERTAD**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

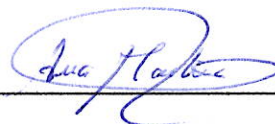
Autor:

Gabriel Mateo Martínez Núñez

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

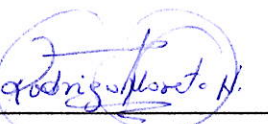
CC. 1802920148

CALIFICADOR

f. 

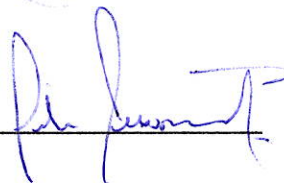
Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

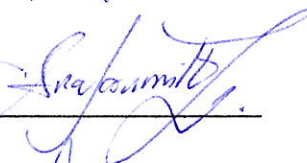
Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Psic Cl. Mg.

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA (S)

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

Ambato – Ecuador

Marzo 2025

DEDICATORIA

La presente tesis, es para mis padres, quienes estuvieron siempre ahí cuando los necesitaba, desde que era pequeño hasta el día de hoy, sin ellos es casi imposible que haya llegado hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, quienes han estado siempre pendientes de mi carrera educativa, se han hecho presentes con su apoyo de manera incondicional en buenos y malos momentos, gracias a su educación pude abrir mi mente y aprender una gran variedad de cosas fundamentales en la vida, que sin su apoyo y presencia, probablemente jamás los hubiese aprendido.

Así mismo, a todos mis seres queridos, quienes estuvieron siempre apoyándome y deseándome lo mejor, la verdad he tenido un gran apoyo emocional de parte de toda mi familia y las personas que amo, a mis abuelos quienes siempre estuvieron presentes en mi mente y en mi corazón y un especial énfasis a mi abuelo Héctor Martínez, quien gracias a su esfuerzo y enseñanzas, pudo guiar a su familia al ambiente educativo y profesional, lo cual es invaluable.

Quiero expresar mis agradecimientos a todas las personas que directa o indirectamente me apoyaron, desde que me levantaba y veía un desayuno en mi mesa, hasta cuando volvía y me preguntaban cómo te fue? Si no hubiese tenido todo eso, jamás habría estado en la posición donde estoy ahora. Es importante mencionar en este agradecimiento a María José, mi novia, quien estuvo junto a mi lado apoyándome en toda mi carrera universitaria y quien también estuvo presente en la elaboración de mi tesis.

Quiero hacer énfasis en agradecer a mi directora de titulación, la Dra. Ana Martínez, quien siempre estuvo atenta a mis dudas e inquietudes, y siempre con la mejor actitud y disposición posible, corrigiéndome y enseñándome en cada paso que di, fue una docente que no solamente me ayudó en mi trabajo de titulación, sino que también fue una excelente maestra, le agradezco de todo corazón y hoy forma parte de mi formación como persona. También le doy las gracias a esta prestigiosa institución, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, quienes con un grupo de maestros, supieron guiarme y enseñarme la carrera que en el fondo siempre quise estudiar, los conocimientos y las personas que pude conocer en este espacio son invaluablees y los llevaré siempre conmigo.

RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue relacionar la percepción de la calidad de vida y los sentimientos de soledad en adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1. Se empleó un enfoque cuantitativo dentro del paradigma post-positivista, utilizando un diseño no experimental de corte transversal y métodos descriptivos y correlacionales. La muestra estuvo compuesta por 44 adultos mayores masculinos, con edades comprendidas entre 61 y 84 años.

Se aplicaron el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD y la Escala de Soledad ESTE para evaluar las percepciones de bienestar y soledad de los participantes. Los resultados mostraron que una mayor percepción de calidad de vida está significativamente asociada con menores niveles de soledad, especialmente en dimensiones como la participación social y la autonomía. Además, se identificaron factores sociodemográficos como el soporte familiar y el entorno social que influyen en esta relación.

Las conclusiones destacan la importancia de fortalecer las redes de apoyo social y promover la autonomía para mejorar el bienestar emocional y social de los adultos mayores en condiciones de privación de libertad, sugiriendo la implementación de intervenciones específicas que aborden estas áreas críticas para reducir los sentimientos de soledad y mejorar la calidad de vida en esta población vulnerable.

Palabras clave: calidad de vida, soledad, adultos mayores, privación de libertad

ABSTRACT

The objective of this thesis was to relate the perception of quality of life and feelings of loneliness in elderly individuals at the Tungurahua N°1 Gerontological Center for Deprivation of Liberty. A quantitative approach within the post-positivist paradigm was employed, using a non-experimental cross-sectional design and descriptive and correlational methods. The sample consisted of 44 elderly male individuals, aged between 61 and 84 years.

The WHOQOL-OLD Quality of Life Questionnaire and the ESTE Loneliness Scale were administered to assess the participants' perceptions of well-being and loneliness. The results showed that a higher perception of quality of life is significantly associated with lower levels of loneliness, especially in dimensions such as social participation and autonomy. Additionally, sociodemographic factors such as family support and the social environment were identified as influencing this relationship.

The conclusions highlight the importance of strengthening social support networks and promoting autonomy to improve the emotional and social well-being of elderly individuals in conditions of deprivation of liberty, suggesting the implementation of specific interventions that address these critical areas to reduce feelings of loneliness and enhance the quality of life in this vulnerable population.

Keywords: *quality of life, loneliness, older adults, deprivation of liberty.*

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. Calidad de vida	7
1.2. Soledad	22
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	34
2.1. Tipo y enfoque de Investigación.....	34
2.2. Técnicas e Instrumentos	35
2.3. Población.....	40
2.4. Procesamiento y análisis de la información.....	47
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.1. Análisis estadístico categórico del cuestionario de calidad de vida WHOQOL - OLD	49
3.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD.....	51
3.3. Análisis estadístico categórico de la Escala de Soledad ESTE	52
3.4. Análisis descriptivo de la Escala de Soledad ESTE	53
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	71

INTRODUCCIÓN

La relación entre la calidad de vida en adultos mayores y los sentimientos de soledad es estrecha y significativa. La soledad tiende a impactar negativamente en la percepción que los adultos mayores tienen de su bienestar, viéndose afectadas dimensiones clave como la salud emocional, física, social, entre otras. Aquellos que experimentan mayor soledad suelen reportar una menor satisfacción con la vida, más dificultades para realizar actividades diarias y un deterioro en su salud mental. Una percepción negativa de la salud impacta de manera significativa la satisfacción con la vida en adultos mayores, especialmente en aquellos que dependen en gran medida de sus redes sociales para obtener apoyo emocional, por lo que, esto, puede disminuir el sentido de propósito en las personas (Avecillas et al. 2021).

Los adultos mayores que disponen de redes de apoyo fuertes y participan activamente en su entorno social suelen tener una percepción más favorable de su bienestar. Esto subraya la relevancia de promover la inclusión y la interacción en esta etapa de la vida. Según Mesa et al. (2020), aquellos que cuentan con un entorno social adecuado y se mantienen activos, tienden a disfrutar de una mejor calidad de vida. Así, una sólida red de apoyo social, el acceso a servicios médicos apropiados, la participación en actividades comunitarias y la preservación de la autonomía impactan positivamente en su bienestar.

Sin embargo, el aislamiento social, los problemas de salud crónicos y la falta de recursos económicos, pueden deteriorarla. La soledad, debilita el sistema inmunológico, provocando dificultades cardíacas o digestivos, incluso, puede afectar a los patrones de sueño del individuo, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de depresión y enfermedades físicas. Del mismo modo, la soledad en esta etapa de la vida puede surgir por la pérdida de seres queridos, el deterioro físico, el distanciamiento familiar, o el aislamiento social causado por diferentes motivos (Rojas & Carvajal 2020).

Los adultos mayores son particularmente vulnerables a sentir soledad debido a la disminución de interacciones sociales, problemas de salud, pérdida de la pareja o

deterioro cognitivo. Según Ayllon et al. (2021), determinaron que la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa en adultos mayores, constituye un factor que afecta al deterioro cognitivo y genera un mayor riesgo de mortalidad. Por su parte, Vecillas et al. (2021), evidenciaron que la percepción personal de la situación económica, la importancia familiar, la percepción subjetiva de salud, las actividades físicas que puedan realizar, y los recursos disponibles en cuanto a alimentación, influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, es decir, que a una mayor positividad en la percepción de estos factores que tengan los adultos mayores, se obtiene una mejor calidad de vida.

Bajo este contexto, se han desarrollado varias investigaciones que respaldan el presente estudio, dentro de los cuales se destacan:

Un estudio elaborado en España por Fernández et al. (2020), utilizaron datos de la sexta ola de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), para evaluar la capacidad predictiva de un modelo latente de fragilidad sobre la calidad de vida y la salud percibida en un grupo representativo de adultos mayores. El estudio fue descriptivo y transversal, e incluyó una muestra de 4,498 participantes que vivían en la comunidad. Se midieron cinco indicadores físicos, se aplicó un modelo de ecuaciones estructurales para definir los factores de: movilidad, apetito, fatiga, actividad física y fuerza, para construir el modelo de fragilidad. Este modelo dio como resultado, una capacidad predictiva del 39,5% de la fragilidad y el 61.1% de la salud percibida, lo que indica que, existe la probabilidad de prever la calidad de vida de un adulto mayor a futuro, si se analiza factores de vulnerabilidad.

Un estudio llevado a cabo por Chawla et al. (2021) abarcó 30 países distintos, principalmente europeos, junto con Estados Unidos, Israel, Nueva Zelanda, Singapur y Australia. La investigación empleó un enfoque meta-analítico y sistemático, basado en datos transversales recopilados entre 2008 y 2020, aplicados a una muestra de aproximadamente 140,000 adultos mayores de 60 años. El propósito del estudio era ofrecer una estimación fundamentada en evidencia sobre la prevalencia de la soledad en los adultos mayores de dichos países.

Los resultados del meta-análisis revelaron que cerca del 28.5% de las personas mayores en los países estudiados experimentan algún grado de soledad. En particular, el 7.9% de los participantes afirmó sentirse severamente solo, mientras que el 25.9% reportó niveles moderados de soledad. No se identificó un incremento significativo de la soledad a medida que las personas envejecían dentro de este grupo poblacional.

A pesar de que la soledad se presenta como un problema común entre los adultos mayores, el estudio concluyó que la soledad severa es relativamente poco frecuente. Es decir, el análisis proporciona una visión integral del impacto de la soledad en los mayores que residen en países de altos ingresos, destacando que, aunque la soledad es común, la severa no se observa de manera universal en esta población.

Por su parte, un estudio realizado en Perú, a los beneficiarios del programa pensión 65, por Núñez et al. (2020), el cual, tenía como objetivo, analizar si las políticas sociales pueden mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, es así que, en su investigación, utilizaron un enfoque cuantitativo y evaluativo de programas sociales, aplicando técnicas como la observación y entrevistas a expertos. Los resultados mostraron mejoras leves en la alimentación y acceso a medicamentos, pero indicaron que áreas como la autoestima y el aislamiento social requieren mayor atención, lo cual, sugiere que, aunque las políticas sociales pueden influir positivamente, su efectividad depende de una ejecución adecuada y un enfoque integral que también abarque las necesidades emocionales y sociales de los beneficiarios.

La soledad en adultos mayores puede tener efectos negativos en el individuo, tanto en su salud física como emocional. En Ecuador, Pinargote et al. (2020) analizaron una muestra de estudio conformada por 76 adultos mayores, de los cuales 37 pertenecían al Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno y 39 a la Fundación Cristo Rey, y se obtuvo que el 36,8 % manifestaban sentimientos de soledad, el 55,3 % presentaban depresión y el 22,4 % ideas suicidas. El estudio tuvo como objetivo identificar las características sociales y demográficas del adulto

mayor y analizar las conductas de riesgo en situaciones de abandono y soledad. Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se concluyó que, a mayor abandono y soledad en esta población, mayores son los sentimientos depresivos y las conductas de riesgo que presentan.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el problema de investigación parte de observaciones preliminares no sistematizadas, en el Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1, donde un grupo de adultos mayores presentan malestar físico y emocional de forma general, caracterizado por: insatisfacción de necesidades, falta de cuidado y atención en salud, padecimiento de enfermedades con dificultades de movilización, deterioro de funciones cognitivas y sensoriales, que le impiden el desarrollo de sus actividades de manera autónoma y productiva; así como, quejas frecuentes de abandono, expresiones de tristeza, angustia, preocupación por su futuro y miedo a la soledad.

Dichos aspectos, se estima que tienen relación con la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, y con limitaciones, debido a su condición de privación de libertad, lo que, a su vez, se acompaña de otras condiciones desfavorables como: abandono o escasa comunicación con sus familiares, limitados recursos económicos para solventar sus necesidades, problemas de convivencia y conflictos en las relaciones interpersonales, insuficientes espacios de recreación, pocas oportunidades de participación en actividades productivas y de desarrollo personal. Así como, falta de involucramiento de la comunidad y redes de apoyo para atender las necesidades de este sector de la población.

Estos acontecimientos pueden desencadenar un incremento de los sentimientos de abandono, aislamiento e incluso experiencias de rechazo y exclusión social. Cabe señalar que, al no ser identificados y abordados de manera oportuna puede desarrollarse estados patológicos que afectan directamente en su salud mental y desenvolvimiento psicosocial.

Por tanto, el objetivo general que se plantea es: Relacionar la percepción de la calidad de vida y la soledad en adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1.

Los objetivos específicos son:

1. Fundamentar los referentes teóricos de la percepción de calidad de vida y la soledad en adultos mayores privados de libertad
2. Evaluar la percepción de la calidad de vida y la soledad en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1
3. Realizar un análisis estadístico, descriptivo y correlacional en la percepción de la calidad de vida y la soledad en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1.

La metodología se fundamenta en el paradigma post positivista, enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, con un alcance descriptivo y correlacional. Para dar respuesta al problema científico, se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, la Escala de Soledad ESTE y una ficha sociodemográfica para caracterizar a la población. Los participantes comprenden 56 adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1. A partir de los resultados se profundizaron conocimientos de la relación entre las variables y se abrió nuevas interrogantes de investigación.

Este estudio es de gran relevancia tanto en el ámbito social como en el práctico, aborda una problemática urgente y poco explorada. En un contexto donde el envejecimiento de la población es una realidad global, y los sistemas penitenciarios están diseñados mayormente para una población más joven, resulta crucial visibilizar las necesidades específicas de este grupo etario. Además, el proyecto tiene un valor práctico significativo, sus resultados podrán servir como base para el diseño de intervenciones orientadas a mejorar el bienestar emocional y social de los adultos mayores en condiciones de privación de libertad.

La identificación de factores de riesgo, como la soledad, permite no solo crear programas de apoyo más efectivos, sino también prevenir el deterioro de su salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores, lo que podría reducir costos y mejorar la gestión de los recursos dentro del sistema gerontológico institucional. Al abordar la relación entre soledad y calidad de vida, se ofrece una oportunidad para que las instituciones de atención gerontológica, adopten estrategias para atender de manera integral a los adultos mayores en reclusión.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Calidad de vida

La calidad de vida se entiende como la percepción personal que una persona tiene sobre su bienestar y satisfacción en distintas áreas de su vida. Esto abarca elementos como su salud física y mental, el grado de independencia, las interacciones sociales, el ambiente en el que vive y su realización personal. No se trata únicamente de evaluar factores objetivos como el nivel de ingresos o el acceso a servicios, sino también de cómo cada individuo valora su bienestar emocional, sus posibilidades de desarrollo y su satisfacción en general con la vida. Al respecto, Pérez y Fernández (2011), consideran que la calidad de vida está determinada por el significado que le da cada persona a su contexto social, en relación a sus experiencias personales.

Por su parte, Ramírez et al (2020), manifiestan que la calidad de vida, se conceptualiza como la manera en la que las necesidades humanas son recibidas o satisfechas, lo cual se analiza desde dos perspectivas, tanto la social como la personal, las cuales inciden en la percepción de pertenencia que tiene la persona frente a una comunidad en concreto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS,1994) la calidad de vida se define como: "la percepción que una persona tiene de su situación de vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Esto quiere decir que, la calidad de vida no solo comprende el aspecto físico de la persona, sino también el bienestar psicológico, social y el contexto en el que se desenvuelve, lo que, demuestra una visión más amplia e inclusiva, que depende de las circunstancias personales y culturales de cada persona.

Cabe indicar que, de acuerdo a reportes actuales, la OMS (2024) aun considera la calidad de vida como un aspecto central de la salud y el bienestar e integra factores como la salud mental, el acceso a servicios esenciales y el impacto de las

condiciones sociales y económicas. En este sentido, se ampara en un enfoque que promueve la equidad y el acceso a recursos que permitan una vida digna y plena para todos, en consecuencia, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Modelos y dimensiones de calidad de vida

a. Modelo de Calidad de Vida de Ferrans y Powers

El modelo de calidad de vida propuesto por Ferrans y Powers se basa en la percepción subjetiva de bienestar de una persona, que surge de la satisfacción o insatisfacción con aspectos de la vida que son importantes para ella. Este enfoque refleja las condiciones de vida y el bienestar de los individuos, relacionándose la satisfacción con la salud, el entorno social, el trabajo, la educación, las relaciones interpersonales y la seguridad. Según Namazi et al. (2024), el modelo integra tanto la satisfacción como las siguientes dimensiones:

- **Satisfacción / Felicidad:** hace referencia a un sentimiento a corto plazo que surge de la percepción de las condiciones de vida propias del individuo, a su vez, se considera un criterio, en el cual una persona o incluso una sociedad, está capacitada para complacer sus necesidades psicofisiológicas, a su vez, se entiende a la satisfacción como una percepción placentera, que surge de la felicidad en diferentes aspectos de la vida que son relevantes para el individuo.
- **Vida normal:** comprende la destreza de funcionar en la sociedad, a un grado similar al de las personas que son definidas como sanas, en relación con la calidad de vida, se toma en cuenta diversos sucesos que puede experimentar un sujeto a lo largo del tiempo, como por ejemplo: una dificultad de la vida cotidiana, la cual, en unos casos puede ser concebida como una oportunidad para hacer que la vida de una persona recobre un sentido subjetivo, mientras que, en otros casos, puede significar un impedimento. Según Urvina (2024), para los adultos mayores, una vida normal tiene que

ver con un estado cognitivo funcional, el cual, les permita interactuar de manera efectiva con su entorno.

- **Logro de metas personales:** se refiere a la existencia de una relación entre la dimensión de satisfacción, con la de logro de metas personales, puesto que, la realización de un objetivo genera una satisfacción intrínseca, por lo que, en este apartado, su focalización se encuentra en el éxito o fracasos de objetivos individuales, es decir, se fundamenta en la coincidencia de metas deseadas y las obtenidas. Para Rodríguez (2020), este concepto se refiere al cumplimiento de objetivos en diversas áreas, ya sean educativas, laborales, familiares, sentimentales, crecimiento personal, entre otros.
- **Utilidad social:** comprende la manera, en la que un individuo se percibe a sí mismo, como útil para la sociedad, su conceptualización se focaliza en la capacidad de una persona para desenvolverse de manera funcional en diferentes contextos y roles, ya sean estos: de padre, hermano, abuelo, pareja, maestro, etc. Según Arruabarrena y Sánchez (2020), en un contexto de adultos mayores, la utilidad social, está relacionada en la manera en que el círculo social y la dinámica entre seres humanos contribuyen a una mejor calidad de vida. Este sentido de pertenencia y reconocimiento social fortalece la autoestima y el bienestar emocional. Además, fomenta la participación en la comunidad, lo que a su vez refuerza el sentido de propósito y valía personal.

b. Modelo de Calidad de vida de Cummins

Este modelo propuesto por Robert A. Cummins presenta un enfoque multidimensional, en relación con la calidad de vida, en los cuales toma características tanto objetivas como subjetivas. Estas dimensiones incluyen aspectos como la salud física y la estabilidad emocional. Cummins (1997) destaca la importancia de equilibrar tanto las condiciones externas como las percepciones individuales para obtener una medición integral de la calidad de vida. A su vez, enfatiza que la satisfacción personal no depende solo de factores

externos, sino también de cómo cada individuo evalúa su propia vida. Las dimensiones que propone son las siguientes:

- **Bienestar material:** toma en cuenta la cantidad y calidad de las herramientas que el individuo tiene, ya sean estos, propiedades, bienes inmuebles, ingresos, entre otros. La definición de bienestar material se refiere a una relación existente entre la disponibilidad y efectividad de los recursos financieros y su incidencia en la calidad de vida de las personas. Además, este concepto también abarca el acceso a bienes y servicios esenciales que permiten mantener un nivel de vida digno. De esta manera, el bienestar material se convierte en un pilar fundamental para asegurar estabilidad y seguridad en el día a día (Paredes et al. 2020)
- **Salud:** esta dimensión, hace referencia al estado de salud física y mental, el concepto de salud es un balance emocional, conductual y cognitivo, el cual, libera a la persona a comportarse de manera responsable con su contexto laboral, social y familiar, lo cual, le permite disfrutar de una buena calidad de vida y bienestar. Así mismo, esta armonía interna influye directamente en la capacidad de adaptación a situaciones de estrés o adversidad. Por tanto, el mantenimiento de este equilibrio es clave para el desarrollo de una vida plena y satisfactoria (Olivares et al. 2020).
- **Productividad:** se relaciona con la destreza de un individuo para ser provechoso en la educación, el trabajo o en actividades relevantes para el sujeto, en este sentido, se entiende que una mejora constante de las tareas e instrucciones laborables, así como un buen desenvolvimiento en el clima laboral, o en diferentes contextos pro activos, son factores que fundamentan el concepto de productividad. A su vez, destacan que, la capacidad de innovar y adaptarse a cambios dentro del entorno laboral es esencial para mantener un rendimiento eficiente. Esto refuerza la idea de que la productividad está vinculada tanto al crecimiento personal como al éxito organizacional (Domínguez et al. 2022).

- **Intimidad:** este aspecto, involucra a las relaciones sociales cercanas, ya sean en familia, relaciones de pareja o amigos. El concepto de intimidad, tiene que ver con la autonomía suficiente, para un desarrollo de una personalidad autónoma. En este sentido, lo relaciona con la capacidad de participar en sociedad, al mismo tiempo que ejerce autocontrol sobre sus experiencias de vida personales. Así mismo, la intimidad promueve un sentido de pertenencia y apoyo emocional que es clave para el bienestar psicológico y de esta manera, las relaciones cercanas fortalecen tanto la identidad individual como la conexión con los demás. (García 2020)
- **Comunidad:** hace referencia al sentido de pertenencia, ya sea a un grupo o a una comunidad y su integración social, lo cual, mediante la participación en diferentes actividades que contribuyen a un bien común dentro de un grupo social, también refuerza la auto percepción del individuo de sentirse útil, por lo que, puede incidir en la calidad de vida. A su vez, este criterio puede ser visto desde varias perspectivas, según Ruiz (2019), la comunidad puede ser concebirse como un concepto del pasado que ya no se puede recuperar, un concepto que se puede recuperar del pasado, o como un concepto que se puede continuar construyendo a futuro.
- **Bienestar emocional:** esta dimensión se relaciona con los sentimientos subjetivos de felicidad y satisfacción, pues el bienestar emocional, se comprende como un factor indispensable para la calidad de vida, el cual se relaciona con la autopercepción y la autoestima, además, involucra la habilidad para adaptarse a cambios de la vida. Este bienestar implica la capacidad de gestionar emociones de manera saludable, lo que contribuye a una mayor resiliencia. De este modo, el bienestar emocional influye directamente en cómo las personas afrontan desafíos y buscan su realización personal (García & Machado 2022).

c. Modelo de Calidad de Vida de Flanagan

El Modelo de Calidad de Vida de Flanagan, se centra en medir el grado de satisfacción que las personas experimentan en diferentes aspectos de su vida, con un enfoque que abarca tanto factores objetivos como subjetivos. Según Szydlo et al. (2021), este enfoque multidimensional valora la calidad de vida a través de la evaluación personal en diversas áreas de la experiencia humana, considerándose aspectos materiales, relacionales, de desarrollo personal y recreación, conforme se describe a continuación:

- **Bienestar físico y material:** hace referencia a aspectos como seguridad financiera, seguridad personal y bienestar material. Hernández et al. (2017), describen el bienestar físico como la reacción que surge al realizar actividades físicas o corporales, como: mejora del ritmo cardiaco, un mejor desenvolvimiento del metabolismo, entre otros. A su vez, también se hace énfasis a las condiciones materiales que se solventan en centros de atención de salud, los cuales contribuyan a una mejor calidad de vida. Cabe indicar que, la accesibilidad a recursos médicos y tratamientos preventivos es crucial para mantener un estado físico óptimo y prolongar el bienestar general.
- **Relaciones con otras personas:** esta dimensión, analiza las diferentes relaciones sociales en la vida cotidiana de una persona, ya sea con familiares, amigos o parejas. Para Ramos et al. (2016), una relación positiva con las redes apoyo, son fundamentales para mantener una subjetividad apropiada sobre su salud mental y bienestar general. Puesto que, estas relaciones sociales favorecen el desarrollo de habilidades emocionales y de comunicación, son esenciales para afrontar los retos diarios. El apoyo mutuo en estas redes también contribuye a la reducción del estrés y mejora la capacidad de resiliencia. Así, el bienestar social se convierte en un pilar clave para una vida equilibrada y satisfactoria.

- **Actividades comunitarias:** las actividades comunitarias, son muy relevantes al momento de desarrollar la cohesión social; al respecto, Murillo et al. (2024), mencionan que el crecimiento urbano, la preservación de tradiciones culturales y el aumento de una mejor calidad de vida, dependen en gran medida, de las actividades comunitarias, estas actividades promueven un sentido de pertenencia y responsabilidad compartida entre los miembros de una comunidad, fortaleciendo el tejido social y generan espacios de interacción donde se fomenta la colaboración y la solidaridad, elementos clave para un desarrollo social sostenible.
- **Desarrollo Personal:** Se focaliza en el crecimiento intelectual, la auto comprensión, el rol ocupacional y la expresión creativa. Según Velásquez et al. (2024), un buen desarrollo de las aptitudes emocionales, como la auto conciencia o la auto motivación, se pueden relacionar de manera significativa con la obtención de una vida satisfactoria y equilibrada, lo cual puede incidir en una mejora en la calidad de vida de una persona. El cultivo de estas aptitudes emocionales fomenta una mayor capacidad para enfrentar desafíos, adaptarse al cambio y establecer metas claras. Esto, a su vez, contribuye a un desarrollo personal integral que potencia tanto el bienestar interno como el éxito en los diversos roles ocupacionales.
- **Recreación:** Este concepto agrupa actividades pasivas, observacionales, participativas, de ejecución, entre otras. Según García et al. (2020), lo definen como, actividades enfocadas en satisfacer varias necesidades, en un tiempo libre, ya sean aspectos como el descanso, la focalización en la salud, o la recuperación de energías, dichas actividades pueden incluir formas de recreación que fomenten el bienestar mental y emocional, como el entretenimiento o el desarrollo de habilidades personales. La participación en actividades de ocio también puede mejorar las relaciones interpersonales, proporcionando espacios de interacción social y fortaleciendo el sentido de comunidad y pertenencia.

d. Perspectiva holística de la calidad de vida según la OMS

La propuesta de la OMS (1991) concibe la calidad de vida como un constructo amplio que integra la percepción que cada individuo tiene sobre su salud física, su equilibrio mental, sus relaciones interpersonales y los recursos que encuentra en su entorno inmediato. Esta mirada integral valora la conexión entre el bienestar corporal y la fortaleza psicológica, al tiempo que incluye el papel del apoyo social y la influencia de las condiciones ambientales. A partir de lo cual, surgió una herramienta pionera para examinar todas estas facetas, permitiendo que cada participante evalúe su propia realidad y reflexione sobre su satisfacción en distintos ámbitos, lejos de limitarse al diagnóstico de enfermedades, este enfoque anima a cada persona a asumir un rol activo en la promoción de su bienestar.

El cuestionario denominado WHOQOL, fue diseñado para trascender fronteras culturales, requiriendo una rigurosa adaptación lingüística y conceptual que refleje las singularidades de cada comunidad. Con ello, se garantiza que la información recabada sea representativa y se ajuste a las necesidades reales de las poblaciones, buscando una comprensión más profunda de los determinantes de la calidad de vida. En última instancia, la OMS apuesta por una aproximación que trascienda definiciones rígidas de salud y reconozca la interdependencia de los factores físicos, psicológicos y sociales. Por eso, el WHOQOL puede ofrecer valiosas orientaciones tanto a nivel individual como comunitario.

En la práctica, la metodología WHOQOL ofrece un marco para que cada persona comprenda qué áreas de su vida requieren atención prioritaria y cuáles constituyen sus mayores fortalezas. Considera factores como el dolor crónico, la capacidad funcional, las emociones negativas y el grado de vínculo con los demás, proporcionando una visión realista de las circunstancias personales. De esta forma, la herramienta promueve la reflexión individual y fomenta cambios que fortalezcan la salud mental, el equilibrio emocional y la construcción de vínculos positivos. Los profesionales de la salud encuentran en este recurso un apoyo esencial para diseñar planes de tratamiento y estrategias de intervención acordes con las vivencias de cada paciente.

Desde esta perspectiva el WHOQOL -OLD, evalúa las siguientes dimensiones:

- a) Habilidades Sensoriales:** Evalúa el impacto de las problemáticas sensoriales (vista, tacto, gusto, oído, olfato), en el diario vivir del adulto mayor, así como su aptitud para participar en diferentes actividades relacionados con estas habilidades.

- b) Autonomía:** Tiene como objetivo reflejar la percepción del individuo, sobre su capacidad para tomar decisiones independientes, tener auto control sobre su vida y el respeto que se percibe a sí mismo, en cuanto a su libertad, por parte de las personas que rodean al individuo.

- c) Actividades pasadas, presentes y futuras:** Indaga la satisfacción del adulto mayor, con las actividades que ha realizado a lo largo de su vida, y las oportunidades actuales y futuras para poder conseguir objetivos o metas significativas.

- d) Participación social:** Se focaliza en aquellas actividades, que el adulto mayor posee para involucrarse en trabajos comunitarios, así como su nivel de gratificación o satisfacción con dichas participaciones

- e) Muerte y agonía:** Analiza las preocupaciones y miedos, que están relacionados con la muerte y el proceso de morir, ya sean estos, aspectos como el temor a la falta de control sobre su muerte o el sufrimiento antes de fallecer.

- f) Intimidad:** Se focaliza, en el grado de valor, en el que, el adulto mayor experimenta sentimientos de amor, compañía y sus oportunidades para amar y ser amado, teniendo en cuenta, relaciones personales con otras personas relevantes en su vida.

Determinantes de la percepción de la calidad de vida

La calidad de vida ha adquirido cada vez más relevancia como un indicador clave para evaluar el impacto de las condiciones de salud y otros factores contextuales en la experiencia diaria de las personas. Según Barboza et al. (2020), el estudio de los determinantes de la calidad de vida tiene como objetivo comprender los factores que influyen de manera directa o indirecta en la percepción de bienestar y calidad de vida, lo que permite una aproximación más integral del análisis de la salud. La identificación de estos factores determinantes es esencial para diseñar intervenciones que mejoren el bienestar de las personas, especialmente en poblaciones vulnerables. A continuación, se describen los siguientes:

- **Tamaño de población:** el tamaño de la población, posee una relación poco apropiada con la calidad de vida, puesto que, un aumento de la población implica una inestabilidad entre el número de personas y los recursos disponibles. Según Dasgupta et al. (2023), el aumento de la población, genera presión sobre servicios de salud o empleo, lo cual repercute en una afectación a la calidad de vida de las personas, es así que, la sobrepoblación puede ocasionar una mayor demanda de vivienda y educación, creándose desigualdades en el acceso a estos recursos.

Esta tensión puede llevar a un deterioro de la infraestructura y una disminución en los niveles de bienestar general en las comunidades afectadas.

- **Número de artículos científicos y técnicos publicados:** este determinante, se lo suele usar para analizar calidad de educación, sin embargo, también se lo incluye al momento de estudiar la calidad de vida. Un estudio realizado en 18 países de América Latina, excluyendo a Cuba, Puerto Rico y Venezuela, publicado por Monnroy et al. (2020), identificó un impacto positivo en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), puesto que, con un aumento del 1% en la cantidad de publicaciones científicas, el IDH, aumentó en un 1,4%. Por lo que se concluyó que, un aumento en la

elaboración de artículos científicos, impacta directamente en el incremento del IDH, y, por ende, en la calidad de vida.

- **Porcentaje de población urbana:** la urbanización, incide de manera positiva en la calidad de vida, puesto que, existe mayor disponibilidad de servicios y oportunidades. Es decir, un apropiado control de la urbanización, proporciona accesos más factibles a servicios de salud, empleo y educación, así como, la infraestructura, los medios de transporte y la presencia de áreas verdes contribuyen a un bienestar general. Es decir, una planificación urbana adecuada puede reducir la contaminación ambiental y mejorar la seguridad, lo que crea entornos más habitables y sostenibles, lo que favorece tanto el bienestar físico como el mental de los habitantes (Salgado, et al. 2020).
- **Tasa de empleo:** al existir un aumento en la tasa de desempleo, se aumenta la probabilidad de que afecte negativamente la calidad de las personas, puesto que, aumenta la pobreza económica de la población. Según Falk et al. (2021), una inseguridad económica, que sea generada por la ausencia de empleo, incide de manera directa en el bienestar psicológico de las personas. Además, el desempleo prolongado puede generar ansiedad, depresión y pérdida de autoestima, lo que repercute en las relaciones personales y en la capacidad de adaptación a nuevos desafíos. Esta situación también puede agravar las desigualdades sociales, creando un ciclo difícil de romper.

Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida en los adultos mayores constituye un constructo multidimensional, que incluye aspectos como la salud, la capacidad funcional, la actividad física y social, la independencia, el control personal y las redes de apoyo.

Según Mohan y Lyons (2024), estos aspectos tienen que ver con la percepción de la calidad de vida en las personas mayores y también lo relacionan con la

posibilidad de mantenerse activas, comunicarse con otras personas y participar socialmente.

Por tanto, las condiciones y circunstancias que atraviesa el ser humano en esta etapa del desarrollo e inciden directamente en su calidad de vida y dependen de las condiciones físicas, cognitivas y psicosociales del adulto mayor. A continuación, las principales características:

En aspecto físico se observa cambios biológicos graduales que se reflejan en el funcionamiento general del cuerpo. A medida que pasan los años, las personas pueden experimentar una reducción en su vitalidad y en su capacidad de respuesta ante situaciones cotidianas. Poco a poco, se observa menor resistencia física, disminución de la fuerza muscular y, en muchos casos, un descenso en la velocidad de movimiento. Asimismo, ciertos órganos y sistemas (cardiorrespiratorio, musculoesquelético, inmunológico, etc.) van perdiendo eficacia, generando que los adultos mayores sean más propensos a enfermedades crónicas y requieran mayor cuidado médico (Núñez & Manzano 2022).

En el ámbito cognitivo, se ha evidenciado que una parte de la población mayor presenta un rendimiento normal, mientras que otros pueden mostrar deterioro en habilidades como la memoria de corto plazo, la orientación temporal, la fluidez verbal o la flexibilidad para solucionar problemas. También es común la pérdida de autonomía y la dificultad para llevar a cabo actividades complejas podrían relacionarse con alteraciones de memoria, atención y funciones ejecutivas como la creatividad, la planeación, la toma de decisiones, etc. (Núñez & Manzano 2022).

Dentro del aspecto psicosocial, la calidad de vida, entendida como el grado de satisfacción con las propias condiciones de existencia, se ve influyente no solo por los recursos objetivos (vivienda, alimentación, salud), sino también por la valoración subjetiva que hace la persona de su situación. En esta etapa de la vida, las relaciones sociales, el sentimiento de utilidad y la participación en actividades significativas influyen en el estado anímico y por lo general, en dicha etapa estos aspectos suelen verse afectados. Por lo que, el contar con un propósito de vida y

oportunidades para interactuar con otras personas fortalece la autoestima y protege de problemas como la depresión o la soledad (Núñez & Manzano 2022).

A partir de dichas condiciones, se establecen los principales factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores:

- **Soporte familiar:** el soporte familiar tiene un papel relevante en el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores, según Merk et al. (2022), este factor , tiene una influencia significativa especialmente debido a la conexión emocional y el intercambio intergeneracional de apoyo que recibe de parte de su familia. La presencia de un entorno sólido puede mitigar los efectos negativos de la soledad y el aislamiento social, que experimenta en esta etapa de la vida.
- **Autonomía:** este factor , está estrechamente relacionado con el uso adecuado de su tiempo libre. Según Albán et al. (2021), aspectos como el uso adecuado del tiempo libre y el ocio, son herramientas clave para fortalecer la autonomía y aquellas actividades que implican agilidad mental o bienestar físico, contribuyen a eliminar el sedentarismo, así como, fortalece la capacidad de vivir de manera independiente, y de esta forma, mejorar su calidad de vida. A su vez, al involucrarse en ocupaciones significativas, los adultos mayores pueden experimentar un mayor sentido de propósito y bienestar general.
- **Redes de apoyo:** la falta de redes de apoyo suficientemente diversificadas y amplias puede tener un impacto negativo en el individuo, especialmente en situaciones de vulnerabilidad como la fragilidad o pérdida de autonomía en edades avanzadas. Según Lambiase et al. (2020), las redes pequeñas y centradas en la familia pueden restringir el acceso a otros tipos de apoyo, como, por ejemplo, el económico, incrementa la presión sobre los miembros de la familia que proporcionan dicho apoyo. Por lo tanto, las redes de apoyo social son relevantes no solo para el bienestar físico y mental de los adultos

mayores, sino también para evitar situaciones de aislamiento y vulnerabilidad.

- **Acceso a la tecnología:** el acceso a diversas tecnologías, como el internet o el uso de aplicaciones digitales, se asocia de manera positiva en la calidad de vida de adultos mayores, según Zambrano et al. (2024), esto puede permitirles mantenerse conectados con sus redes sociales, tener acceso a información interesante y realizar transacciones importantes. además, el uso de estas herramientas podría facilitar el acceso a servicios de salud en línea, promoviendo un seguimiento médico más constante.

Calidad de vida en adultos mayores privados de libertad

La calidad de vida en adultos mayores, puede verse muy afectada en un contexto de privación de libertad y puede incidir en varios cambios físicos y fisiológicos considerables. Según Pérez et al. (2022), la integración a una subcultura carcelaria que reemplaza normas de convivencia previas, hace que los adultos mayores sufran de problemas sensoriales, como pérdida de visión y audición, y el aumento de problemas de salud mental, como la depresión y que se ven acentuadas por la soledad y el distanciamiento de sus familias. Existen diferentes características de vulnerabilidad que afectan la calidad de vida en adultos mayores privados de libertad, dentro de las cuales se destacan:

- **Niveles de salud reducidos:** los adultos mayores privados de libertad, suelen afrontar graves problemas de salud, los cuales pueden afectar tanto a su salud física como mental, puesto que, las barreras de atención médica que suelen presentarse en estos contextos, son más comunes. Según Pinzón y Meza (2018), en particular, el hacinamiento, la falta de continuidad en los tratamientos y la calidad deficiente de la atención médica, agravan las condiciones de salud de esta población, generándose un ambiente donde enfermedades crónicas y mentales suelen quedar desatendidas, lo cual, infiere en una disminución del bienestar y salud en general de la persona.

- **Alteración emocional:** es importante mencionar que, en un contexto de encarcelamiento, las limitaciones físicas y fisiológicas propias de la edad avanzada se agravan en el contexto de prisión, generándose efectos negativos en su bienestar emocional. Según Fuentes (2019), esto se debe a la falta de adaptaciones adecuadas que tomen en cuenta sus requerimientos específicos, como un ambiente de atención continua y actividades ajustadas a sus capacidades, lo que puede llevar a un deterioro emocional importante.
- **Estrés percibido alto:** existen varios factores que pueden incrementar el estrés en adultos mayores privados de libertad, estos problemas, se suelen exacerbar por el aislamiento de sus familiares y las dificultades de adaptación en un ambiente carcelario. Según Hidayati et al. (2023), la dificultad para adaptarse a cambios en su estilo de vida y entorno, así como la falta de un sistema de apoyo cercano, incrementan los niveles de estrés y ansiedad en estos adultos mayores así como la depresión y el riesgo de suicidio son especialmente prevalentes, dichos aspectos, pueden darse a causa de una sensación de desesperanza y la falta de necesidades sociales no satisfechas, lo cual resalta la importancia de intervenciones específicas y un apoyo más adecuado en salud mental para esta población.
- **Restricción del contacto sociofamiliar:** La restricción del contacto social y familiar en adultos mayores, se puede apreciar en distintos factores que afectan su bienestar integral. Por un lado, existe una amplia proporción de personas de edad que viven solas y requieren apoyo para mantenerse en comunicación con su entorno. Por otro lado, quienes se encuentran en residencias dedicadas al cuidado del adulto mayor enfrentan un panorama complejo, pues muchas veces no cuentan con visitas presenciales ni con las herramientas necesarias para interactuar a distancia con familiares y amigos. Por ello, es importante establecer redes de apoyo comunitaria para las personas que viven en un estado de soledad, de manera que no dependan únicamente de sus propios recursos (Rehbein & Cancino 2020).

Otro estudio realizado en Colombia por Abaunza Forero et al. (2014) tuvo como objetivo caracterizar a la población de adultos mayores privados de la libertad desde diversas perspectivas, incluyéndose la sociodemográfica, jurídica, penitenciaria, psicológica, sociológica y económica. El equipo de investigación evaluó a un total de 120 personas adultas mayores en diez establecimientos penitenciarios y carcelarios, utilizaron técnicas como entrevistas informales, grupos focales y encuestas. Los resultados destacaron que una de las principales vulnerabilidades de esta población es la restricción del contacto sociofamiliar, la cual impacta profundamente en su bienestar emocional. Esta restricción agrava sentimientos de soledad y aislamiento, además, debilita el apoyo social que los adultos mayores necesitan para mantener una calidad de vida digna en un entorno penitenciario.

1.2. Soledad

La soledad es descrita como una experiencia negativa que se percibe cuando las relaciones sociales de una persona son deficientes, tanto cuantitativa como cualitativamente, según Ayllón y Arrieta (2021), dicho sentimiento, puede suceder cuando la cantidad de relaciones es menor de lo que se considera deseable o cuando estas relaciones no proporcionan la intimidad necesaria. Lo que indica que,, la cantidad de relaciones no garantiza su calidad ni la satisfacción que se obtiene de ellas.

Cabe indicar que, el sentimiento de soledad está asociado a una percepción negativa de la salud en general y a una mayor prevalencia de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. Al respecto, Roncero y Rábago (2020), refieren que las personas que se sienten solas tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de tener mala salud mental en comparación con aquellas que no experimentan soledad. En este sentido, la intervención temprana en las redes de apoyo es necesaria para mitigar los efectos negativos de la soledad en la salud mental.

La soledad también se lo puede considerar un estado de desequilibrio e inquietud emocional, que surge cuando una persona no se siente comprendida, experimenta rechazo o carece de vínculos significativos para su bienestar emocional. Puede ser percibida como una experiencia angustiante o reconfortante, dependiendo de la interpretación del individuo y su contexto social. Además, la soledad social o emocional se vincula con necesidades afectivas no satisfechas, lo que puede afectar la calidad de vida y la salud mental (Rivera, et al, 2024)

La soledad también se concibe como una experiencia subjetiva e individual que puede manifestarse en cualquier etapa de la vida. De acuerdo con Gómez et al. (2021), se cataloga como un sentimiento de vacío o falta de conexión que surge cuando las relaciones sociales o afectivas no cumplen con las expectativas del individuo. Aunque se tiende a asociar principalmente con la vejez, la soledad puede afectar a personas de todas las edades y contextos. Esta vivencia está influida por diversas circunstancias, como la pérdida de seres queridos, el deterioro de la salud o el aislamiento social. Sin embargo, para comprender de manera más profunda este fenómeno, es necesario considerar diferentes perspectivas teóricas que han sido desarrolladas a lo largo del tiempo, las cuales ofrecen una visión más amplia sobre los factores y dinámicas que intervienen en la experiencia de la soledad.

Perspectivas teóricas de la soledad

La soledad, constituye un fenómeno psicológico que ha sido explicado desde diferentes perspectivas, dentro de las cuales, se enfatizan las siguientes.

a. Existencialista: esta perspectiva analiza la soledad desde dos puntos de vista: positivo cuando esta es elegida de manera voluntaria por la persona, con el propósito de encontrar un espacio que le permita la reflexión personal y el entendimiento de sí mismo y negativa, cuando se presenta como un fenómeno vinculado con la falta de sentido que la persona experimenta ante diferentes circunstancias de su vida. Esta "soledad existencial" se caracteriza por la ausencia de significado en las rutinas diarias y se ha observado como un fenómeno común

en crisis existenciales, donde el individuo puede sentirse vacío, triste, y desconectado de los demás (Aguilera, 2024).

b. Discrepancia cognitiva: explica la soledad como una discrepancia entre los niveles de contacto social deseados y la realidad que la persona vive. De acuerdo a Sánchez y Vicente (2020), este modelo se apoya a en los procesos de atribución causal, comparación social y control percibido para explicar la aparición de la soledad. Las atribuciones internas, inestables y controlables son más favorables para afrontar la soledad, mientras que, la comparación social negativa podría reforzar la percepción de insuficiencia en las relaciones interpersonales. Por ello, el control percibido sobre la situación juega un rol crucial en la adaptación emocional y el manejo de la soledad.

c. Multidimensional de soledad: el enfoque multidimensional describe a la soledad como una experiencia subjetiva y aversiva que surge cuando las personas perciben un déficit en la cantidad o calidad de sus relaciones sociales. Según Sánchez y Vicente (2020), desde esta perspectiva, la soledad puede presentarse como: soledad social, emocional, existencial y familiar, asumiéndose que las personas pueden sentirse solas de diferentes maneras. Dichas experiencias de soledad no necesariamente están vinculadas a la cantidad de interacciones sociales, sino también a la calidad de las mismas y las expectativas personales sobre estas relaciones

d. Social: desde una visión social, la soledad más allá de ser una experiencia individual es un fenómeno vinculado a procesos y estructuras sociales. Al respecto. Formoso (2024), manifiesta que, la soledad se entiende como un problema social cuya raíz se encuentra en la desintegración de los vínculos sociales, lo que puede asociarse con fenómenos como la anomia (carencia de normas sociales). Este aislamiento social no solo podría afectar el bienestar emocional de las personas, sino que también podría influir en su capacidad para participar activamente en la comunidad.

Tipos de soledad

La soledad, se concibe como un fenómeno complejo y multidimensional, que, como se mencionó previamente, ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teóricas, lo que ha permitido identificar su presencia en distintos ámbitos de la vida humana. Al entenderla no solo como un estado emocional sino también como una experiencia subjetiva influida por factores individuales y contextuales, que tiene un efecto significativo en el bienestar de las personas. A partir de esta comprensión, se puede explorar de manera más detallada, los principales tipos de soledad y sus respectivas características, las cuales se describen a continuación:

- **Soledad emocional:** se deriva de la ausencia de una figura cercana o de un vínculo emocional apropiado. Este tipo de soledad implica la carencia de relaciones afectivas profundas o cercanas. La soledad emocional tiene que ver con la ausencia de vínculos íntimos con los que las personas puedan compartir sus sentimientos y experiencias más profundas. Por tanto, la falta de estos lazos podría generar un vacío emocional que es difícil de llenar con interacciones superficiales. Esta situación puede llevar a un sentimiento persistente de desconexión y aislamiento, aun cuando la persona se encuentre rodeada de otras personas (Tuneu et al. 2023).
- **Soledad existencial:** este tipo de soledad está asociada con la comprensión de que la naturaleza humana es inherentemente solitaria. Al respecto, Aguilera (2024), manifiesta que, es un fenómeno que hace referencia al sentimiento de vacío, tristeza, falta de vínculos y la percepción de estar separado de otras personas. Este tipo de soledad es comúnmente estudiado en personas mayores, especialmente en relación con la proximidad a la muerte, aunque también puede aparecer en otros grupos de edad en el contexto de crisis existenciales. Además, la soledad puede manifestarse de diversas maneras, desde una experiencia transitoria hasta una condición crónica y su impacto emocional puede estar influido por la calidad de las relaciones sociales que un individuo pueda tener.

- **Soledad transitoria:** se refiere a una experiencia de soledad temporal, que aparece como resultado de alguna circunstancia impactante para un individuo. Así mismo, la persona tiende a relacionar su estado a causas inestables, lo que hace que piensen, que su estado de soledad, no va a perdurar por un largo tiempo. Por tanto, se caracteriza por ser una sensación pasajera y generalmente vinculada a eventos inesperados o transitorios, que, a diferencia de la soledad crónica, este tipo de soledad, tiene un menor riesgo de generar trastornos patológicos (Pupko 2014).
- **Soledad crónica:** hace referencia a un sentimiento de soledad, que no es deseado y que tiene como característica principal, la persistencia en el individuo. En este sentido Yanguas et al. (2018), mencionan que, se manifiesta como una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona espera tener y las que realmente tiene, lo cual puede generar una profunda sensación de vacío y aislamiento, afectando tanto la salud física como la psicológica del individuo. Además, las personas que experimentan soledad prolongada, pueden enfrentar dificultades para establecer nuevas relaciones sociales, lo que refuerza el ciclo de aislamiento.
- **Soledad objetiva:** este tipo de soledad, se lo define por el entendimiento universal y más común, de lo que es estar solo, a diferencia del sentirse solo, este tipo de soledad se refiere a la “inexistencia de compañía”, la cual puede ser permanente o temporal, la ausencia de compañía puede generar sentimientos de aislamiento y tristeza. La percepción de esta soledad varía según el contexto y la personalidad del sujeto, lo que refuerza la complejidad del fenómeno (Pinto, 2019).
- **Soledad subjetiva:** la soledad subjetiva está relacionada con el sentimiento interno de aislamiento y tristeza, que puede percibir un individuo. Según Gómez et al. (2024), este tipo de soledad es descrita como una sensación emocional dolorosa y no voluntaria, vinculada a la falta de compañía, el distanciamiento afectivo y la sensación de no tener con quién comunicarse, lo cual genera angustia y, en muchos casos, síntomas de depresión. La

soledad subjetiva puede surgir incluso en presencia de otras personas, cuando el individuo siente que no hay una conexión significativa. Cabe indicar que, esta percepción de aislamiento prolongado puede afectar negativamente la autoestima y el bienestar psicológico, exacerbando la vulnerabilidad emocional.

- **Soledad social:** surge de la ausencia de una red de contactos más amplia o de una falta de participación social significativa. Este tipo de soledad se relaciona con la falta de interacción con un grupo social amplio, que, de acuerdo a Yolde y Zubieta (2023), se caracteriza por la ausencia de una red social adecuada, lo cual, puede generar sentimientos de aburrimiento, marginalidad o inquietud. Además, la desconexión prolongada de actividades comunitarias puede contribuir al deterioro del bienestar emocional. La falta de un entorno que fomente relaciones significativas puede llevar a un mayor aislamiento y en consecuencia, se incrementan los riesgos de padecer depresión o ansiedad.

Soledad en adultos mayores y los factores que la predisponen

La soledad en adultos mayores constituye una experiencia subjetiva, la cual, no es deseada y por lo general, aparece cuando las necesidades sociales e íntimas, no son satisfechas. Dicha experiencia, tiene un impacto negativo, especialmente en la calidad de vida de los adultos mayores y es comparable al riesgo para la salud que representan el tabaquismo y la obesidad. A su vez, podría llevar a una disminución en la funcionalidad cognitiva y física; mientras que, las relaciones sociales limitadas generan un círculo persistente de aislamiento, que afecta la estabilidad emocional y salud mental de la persona (Chawla, 2021).

Esto concuerda con lo expuesto previamente por Quiroz, Quintana, Flores, Castro, García y Rubio (2017) quienes manifiesta que, el sentimiento de soledad se asocia a la falta de actividad y de contacto social, es decir que, la persona que tiende a aislarle del entorno, llevar una vida poco participativa y sedentaria, limita su desarrollo integral y se vuelve proclive de sufrir trastornos de índole afectivo como

la depresión o la ansiedad, entre otros problemas de salud cognitiva y física en general, que se incrementa en el adulto mayor, evidenciándose un aumento del deterioro que afecta directamente su calidad de vida.

Dentro de los principales factores que inciden en la soledad de adultos mayores se reconocen:

- a. Cambios sociales y familiares:** los cambios sociales y familiares en la vida de los adultos mayores, influyen de manera significativa. Aspectos como la viudez, suelen ser percibidas como una pérdida relevante de apoyo emocional y compañía, lo aumenta enormemente la sensación de soledad, de igual manera, la jubilación, la cual es entendida como la culminación de la actividad laboral, podría provocar sentimientos de inutilidad y pérdida de identidad, sobre todo en aquellas personas que consideraban el trabajo como un pilar importante (Cervantes & Machado, 2022).

- b. Nivel Socioeconómico:** el nivel socioeconómico tiende a incidir en la experiencia subjetiva de soledad en adultos mayores, puesto que, puede tener la capacidad de limitar oportunidades de socialización, o el acceso a recursos comunitarios. Según Moreno et al. (2024), los adultos mayores que enfrentan dificultades económicas experimentan niveles más altos de soledad. Dicha condición sugiere un riesgo a tener en cuenta, puesto que, la soledad, podría atraer otras alteraciones patológicas. Además, las restricciones económicas pueden limitar el acceso a servicios de salud mental, lo cual dificulta la intervención temprana en casos de soledad crónica. Esta realidad demanda estrategias de apoyo comunitario enfocadas en reducir la vulnerabilidad de los adultos mayores en situaciones de precariedad económica.

En consonancia con lo planteado, un estudio desarrollado por Cotrado y Huapaya (2020) en la ciudad de Lima tuvo como objetivo identificar la relación existente entre diversos factores sociodemográficos y la percepción de abandono en adultos mayores. Para ello, se aplicaron instrumentos de

evaluación a 120 participantes, constatándose que variables como el género y la actividad económica mostraron una correlación significativa con la percepción de abandono.

Dichos resultados sugieren que las limitaciones económicas, además de intensificar la sensación de desamparo, pueden incidir en el acceso a recursos de cuidado y soporte, lo cual refuerza la noción de que el contexto financiero desempeña un rol crucial en el bienestar emocional de la población de la tercera edad (Cotrado & Huapaya, 2020).

- c. Género:** la soledad no deseada, puede afectar de manera distinta a hombres y a mujeres, un estudio realizado en el País Vasco por Roncero y Rábago (2022), tenía como objetivo analizar la prevalencia de la soledad no deseada y como esta se asocia con la salud general y mental, el estudio fue transversal y utilizó los datos de 7228 personas de la Encuesta de Salud Pública del País Vasco (ESCAV 18), los resultados arrojaron que el 29,7% de las mujeres y el 23,3 % de hombres experimentan algún nivel de soledad no deseada, es decir, que existe más prevalencia de soledad, en mujeres que en hombres de esa población. A su vez, se observó que la soledad es mayor en personas de una edad más avanzada.
- d. Discapacidad:** aspectos como la discapacidad, pueden agravar la percepción de soledad en adultos mayores. De acuerdo a Guerreo y Erazo (2022), los adultos mayores con discapacidad suelen enfrentar barreras en la infraestructura y falta de programas inclusivos, lo cual contribuye al aislamiento. Estrategias como la inclusión social y la sostenibilidad podrían aportar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, facilitando su integración en la comunidad y promoviendo su bienestar emocional. Por tanto, la implementación de políticas que fomenten el envejecimiento activo y accesible podrían permitir un entorno más equitativo, garantizando que todos los adultos mayores se sientan valorados y conectados.

- e. Entorno residencial:** el entorno residencial, tiene una influencia significativa en la soledad de adultos mayores, puesto que, un ambiente favorable puede reducir la sensación de aislamiento. Según Vargas (2022), aspectos como: la creación de entornos donde los adultos mayores puedan participar en actividades familiares, sociales o recreativas, contribuye a disminuir a la institucionalización y fomentan una integración social, lo que contribuye a prevenir, los sentimientos de soledad y exclusión. Estas iniciativas no solo ofrecen oportunidades de socialización, sino que, también incrementan el sentido de pertenencia y seguridad en la comunidad.
- f. Calidad de vida:** la soledad y la calidad de vida en adultos mayores presentan una relación inversa significativa. Un estudio longitudinal con datos del *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* realizado por Torres et al. (2024), que incluyó a 13,222 personas de 65 años en adelante, analizó esta relación para identificar mecanismos que faciliten el diseño de intervenciones psicosociales eficaces. Los resultados mostraron que la soledad afecta negativamente la calidad de vida con el tiempo; específicamente, el modelo de intercepto aleatorio indicó que, los niveles altos de soledad se asociaron consistentemente con una calidad de vida más baja entre las olas del estudio. Además, se observó que las mujeres experimentaron mayores niveles de soledad y menor calidad de vida en comparación con los hombres.

Soledad en adultos mayores privados de libertad

La soledad suele afectar significativamente a los adultos mayores en centros penitenciarios debido a que suele ser común, la falta de una infraestructura adecuada para su edad y a la insuficiencia en la atención médica especializada. A su vez, las condiciones de privación de libertad profundizan la desconexión social, afectando la salud mental a través de la imposibilidad de mantener redes de apoyo externo y de establecer relaciones significativas dentro del contexto de reclusión. Esto, combinado con el tiempo prolongado de permanencia en prisión, contribuye

a sentimientos de aislamiento y soledad severa, lo que se vincula con un mayor deterioro de la salud mental en esta población (García, 2024),

Cabe señalar que, la soledad en los adultos mayores privados de libertad suele caracterizarse por un deterioro en su salud física y mental, agravado por la falta de infraestructura adecuada para atender sus necesidades específicas y enfermedades. Conforme lo expuesto por Medina y Pacheco (2020), esta situación de vulnerabilidad se intensifica por el alto nivel de estrés, depresión y estigma relacionado con la edad, lo que incrementa su aislamiento emocional y dificulta la construcción de redes de apoyo social. La dependencia de terceros para el cuidado básico, sumada a la falta de políticas penitenciarias diferenciadas, genera en ellos una sensación de desprotección y abandono que profundiza aún más su aislamiento, limitando significativamente su bienestar en el entorno carcelario.

Por su parte, García et al. (2020), mencionan que, es posible que exista una relación inversa entre las variables de soledad y la autoestima si se lo analiza desde un contexto de encarcelamiento, es decir que, una menor autoestima tiende a correlacionarse con un mayor sentimiento de soledad. Este aumento de soledad hacia el final de la condena podría estar también vinculado con la preocupación de los internos sobre su reintegración en la sociedad, lo que sugiere la necesidad de incluir estrategias de manejo emocional y apoyo social en los programas de tratamiento al final de la condena. Cabe indicar que el incremento de la soledad conforme avanza la condena, especialmente hacia el final, posiblemente, se debe a la pérdida de apoyo social y las visitas, lo que provoca un aislamiento progresivo y un aumento en la percepción de soledad.

Un estudio, desarrollado para determinar si el momento de la condena (inicio, medio o final) influye directamente en la autoestima y la sensación de soledad, se llevó a cabo con 31 internos varones (22 de ellos condenados por delitos sexuales y 9 por otros delitos) en los Centros Penitenciarios Madrid II (Alcalá Meco) y Madrid III (Valdemoro). La investigación incluyó entrevistas y la aplicación de la Escala de Medición de la Autoestima Global junto con la Escala de Soledad de UCLA. Los resultados indicaron que, si bien en el periodo medio se presentaron niveles más

altos de autoestima de los esperados, la soledad tendió a intensificarse hacia el final de la condena, en línea con la idea de que menor apoyo social y la preocupación por la futura reintegración a la sociedad pueden incrementar el aislamiento (Moreno et al. 2020).

En cuanto a la calidad de vida y la soledad, son dos variables que suelen estar estrechamente relacionados, debido al aislamiento social al que está expuesta la población privada de libertad, este contexto, puede afectar negativamente la calidad de vida de este grupo especialmente de los adultos mayores. El aislamiento como tal, suele generar respuestas adversas en la salud física, psicológica y emocional sobre todo en aquellos que, por varios motivos, carecen de un apoyo familiar o comunitario apropiado, estos escenarios, contribuyen a la aparición de sentimientos de soledad, los cuales, también constituyen un predictor clave de trastornos como depresión y ansiedad, además de incrementar el riesgo de conductas autodestructivas (Guerra et al. 2021).

Esto se corrobora con el estudio realizado por Acosta et al. (2021) cuyo objetivo fue analizar el efecto independiente de la soledad, la edad, la presencia o ausencia de enfermedades, el contar o no con pareja y el vivir solo o con otros, como factores que predicen la depresión y la calidad de vida en adultos mayores. La investigación se llevó a cabo en el sur del estado de Sonora (México) y contó con la participación de 489 personas de entre 60 y 97 años de edad. Los resultados mostraron que las percepciones negativas hacia el envejecimiento y la soledad, tanto social como familiar, se relacionaron de manera significativa con el incremento de síntomas depresivos y el deterioro en la calidad de vida, lo cual se vio agravado en aquellos participantes que presentaban enfermedades y carecían de una pareja. Estas evidencias refuerzan la importancia de considerar la interacción de variables sociodemográficas y emocionales a la hora de abordar la problemática de la soledad y la salud mental en la vejez.

Otro estudio realizado por Mendoza Molina et al. (2014), tuvo como objetivo identificar las condiciones de vida, experiencias y necesidades específicas de los adultos mayores en prisión para desarrollar un programa que mejorara su calidad

de vida, ofreciera atención diferencial e integral, y contribuyera a la prevención de la reincidencia. La investigación se llevó a cabo en 10 Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON) en diferentes regiones de Colombia, incluyendo a 169 hombres y 52 mujeres de entre 55 y 84 años. Los resultados del estudio destacaron cinco áreas clave para la intervención: expectativa de vida, aspectos familiares, implicaciones psicológicas, prevención de la reincidencia e identificación de conductas delictivas.

Consecuentemente, con lo anterior mencionado, se identificaron desafíos significativos como el aislamiento social y familiar, condiciones inadecuadas en la infraestructura y atención médica, altos niveles de depresión, estrés y ansiedad, y el deterioro cognitivo relacionado con el tiempo prolongado de encarcelamiento. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar programas específicos que aborden estas áreas críticas para mejorar el bienestar de los adultos mayores en prisión, este estudio se corrobora con las investigaciones ya mencionadas anteriormente, que evidencian la vinculación del aislamiento social con una menor calidad de vida y más sentimientos de soledad percibidos por los adultos mayores.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y enfoque de Investigación

Paradigma

La presente investigación, se fundamenta en el paradigma post – positivista, el cual propone la presencia de una gran variedad de realidades y hace énfasis en la relevancia de entender los fenómenos en su contexto cultural y social. Dentro de este paradigma, el investigador asume una postura reflexiva, que acepta la existencia de realidades objetivas, aunque puedan ser comprendidas de formas imperfectas, a causa de las limitaciones de los seres humanos (Ramos, 2015).

Enfoque

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, puesto que, busca evaluar la relación entre la calidad de vida y la soledad mediante instrumentos específicos como el cuestionario de calidad de vida WHOQOL–OLD y la escala de soledad ESTE, dichos instrumentos cuantifican las percepciones de los evaluados, lo que da paso a un análisis objetivo y estadístico. El enfoque cuantitativo, suele estar vinculado al positivismo, que sostiene que únicamente los fenómenos observables y las leyes derivadas de la experimentación son relevantes para el conocimiento (Rodríguez 2019). Además, este enfoque se fundamenta en datos numéricos, lo que facilita la aplicación de técnicas estadísticas avanzadas para interpretar la información recolectada.

Diseño

El diseño de la presente investigación es no experimental, puesto que, las variables no se manipulan directamente (Tarrillo et al. 2021). Tampoco se crean condiciones controladas como en algunos experimentos, en este caso, su focalización se encuentra en el análisis de la calidad de vida y la soledad. Este enfoque permite observar las variables tal como se presentan en su contexto natural, garantizando

una mayor validez, el diseño no experimental es adecuado para explorar fenómenos complejos en contextos reales.

El estudio de la investigación es de corte transversal, debido a que, el análisis se realiza en un momento específico en el tiempo sin manipular variables. Este diseño permite evaluar la percepción de la calidad de vida y la soledad en adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1. Los estudios de corte transversal son comúnmente utilizados para detectar el comportamiento y las relaciones o asociaciones entre variables (Manterola et al. 2023).

Alcance

El alcance es descriptivo – correlacional; se describen las variables de calidad de vida y soledad, a partir del estudio de sus características componentes y factores que la predisponen de manera teórica y del análisis de las pruebas aplicadas, con el propósito de conocer la situación actual de la población objetivo. Así mismo, es correlacional, porque se pretende analizar la relación estadística entre dichas variables, tratando de evidenciar si una variable se asocia con la otra, haciendo énfasis en que esto no implica establecer una causalidad, sino, evaluar si existe y cómo se comporta esta relación (Martínez & Hernández 2023).

2.2. Técnicas e Instrumentos

Dentro de la investigación, las técnicas y los instrumentos, son herramientas fundamentales, las cuales contribuyen a recolectar, sistematizar y analizar datos que den apertura a alcanzar los objetivos planteados en el estudio. A su vez, contribuyen a que la información que se obtenga sea confiable y pertinente, para dar respuestas a sus respectivas preguntas de investigación. El presente estudio optó por utilizar técnicas psicométricas y la encuesta (González 2020).

Técnicas psicométricas

En el presente estudio se utilizó la escala de soledad ESTE para medir soledad y el cuestionario para medir la calidad de vida WHOQOL -OLD. Así mismo, las técnicas psicométricas, se describen como herramientas de medición, las cuales están orientadas a evaluar características específicas del ser humano, ya sean estas, personalidad, habilidades cognitivas, conocimientos o aptitudes. Son técnicas muy usadas en campos como la psicología, la medicina, la educación y demás. Las funciones de estas técnicas están caracterizadas por pruebas estandarizadas, donde se puedan medir aspectos específicos, a su vez, permiten la obtención de datos cuantificables y sus objetivos sobre las características indagadas (Medina et al. 2023).

Encuesta

La encuesta, en un contexto de investigación, se define como una herramienta que contribuye a la recolección de datos, de una manera estructurada sobre variables específicas de una investigación, dicha herramienta, tiene la capacidad de medir diferentes factores dentro de un estudio para un posterior análisis. Así mismo, se constituye por una serie de preguntas, ya sean estas abiertas, cerradas o mixtas, para el presente estudio, se hizo uso de esta herramienta para aplicar la ficha sociodemográfica y caracterizar a la población (Estrada et al. 2020).

Instrumentos

Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica, es un elemento que forma parte del instrumento de la investigación, el cual, tiene como objetivo, recolectar datos comunes sobre las principales características personales y contextuales de una población, por ejemplo, edad, género, ocupación, ciudad natal, sector donde vive, entre otros. Dichos datos contribuyen a establecer relaciones analíticas de carácter comparativo, en función de las variables sociodemográficas seleccionadas (Nieto y

Gómez 2015). El propósito de la presente investigación, dentro de este contexto, fue justamente, recolectar información académica, familiar, personal, social, de edad y económica, para su respectivo análisis.

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

El *WHOQOL -OLD*, es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, para medir la calidad de vida en adultos mayores, tiene como objetivo evaluar cómo las personas perciben su calidad de vida, en relación con su cultura, sistema de valores, metas, inquietudes, normas y expectativas. Se compone por 24 ítems, los cuales han sido puntuados con una escala de tipo Likert de cinco puntos, que son: muy bajo (1), bajo (2), medio (3), alto (4), muy alto (5). Los ítems se agrupan en las siguientes dimensiones: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y agonía.

Cabe indicar que, no se han establecido puntos de corte por parte de los autores, sin embargo, para la interpretación del instrumento se procede a la suma de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, considerándose el criterio de que, a mayor puntaje, mayor nivel de percepción de calidad de vida, así mismo, para el establecimiento de los niveles que se presentan en el presente trabajo, se consideró el siguiente criterio:

Al tratarse de una prueba que mide aspectos subjetivos o rasgos latentes, que consta de una escala de medida en un rango de puntuación del 1 al 5, en la que 1, representa la opción más baja y 5 la opción más alta, lo que Padilla (2007) considera niveles, a partir de lo cual se realizó la suma de puntuaciones y se ubicó en las categorías de 1 al 5, mediante la obtención de un índice que consiste en sumar y dividir el número de ítems.

A continuación, en la tabla 1, se presenta la distribución de los ítems en cada una de las dimensiones.

Tabla 1. Dimensiones e ítems del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

Dimensión	N° de elementos	Ítems
Habilidades Sensoriales	4	1, 2, 10, 20
Autonomía	4	3, 4, 5, 11
Actividades, presentes, pasadas y futuras	4	12, 13, 14, 15
Participación social	4	16, 17, 18, 19
Muerte y agonía	4	6, 7, 8, 9
Intimidad	4	21, 22, 23, 24

Fuente: elaboración propia

El instrumento ha sido adaptado y validado en varios países, incluyendo México, Ecuador, Chile y Perú. En el caso de Ecuador, la adaptación realizada por Ortega et al. (2018), reporta una estructura interna de cuatro dimensiones y una fiabilidad de alfa de Cronbach (α) de .84. Cabe destacar que, esta es la misma versión aplicada en el presente estudio. A su vez, una adaptación realizada en México demostró una estructura interna de seis dimensiones y se reporta una fiabilidad de alfa de Cronbach $\alpha = .84$. Consecuentemente con lo anterior mencionado, es necesario referir la validez de cada una de las dimensiones en la siguiente tabla.

Tabla 2. Análisis de la fiabilidad de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

Dimensiones	Ítems	Alpha prueba original (adaptada en Ecuador)	Alpha prueba aplicada
Habilidades Sensoriales	4	.94	.816
Autonomía	4	.95	.825
Actividades presentes, pasadas y futuras	4	.94	.917
Participación social	4	.96	.954
Muerte y agonía	4	.95	.822
Intimidad	4	.97	.954
Global	24	.84	.876

Fuente: elaboración propia

Se evidencia que, cada una de las dimensiones de la escala son confiables, pues tres de ellas tienen un nivel de confiabilidad muy alta y las otras tres, alta.

Escala de Soledad ESTE

La Escala de Soledad ESTE, desarrollada por Rubio y Aleixandre (1999), es un instrumento diseñado para medir la soledad en adultos mayores. Su objetivo principal es analizar los déficits en el soporte social del sujeto, considerando aspectos familiares, conyugales y sociales. Asimismo, evalúa el impacto emocional que estas carencias podrían generar. Está compuesta por 34 ítems, cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, las cuales se puntúan en una escala tipo Likert de cinco puntos: Nunca (1), Rara vez (2), Alguna vez (3), A menudo (4), Siempre (5). Una mayor puntuación global en esta escala indica niveles más altos de soledad percibida en la persona evaluada. Las dimensiones que se evalúan son: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial

Tabla 3. Ítems de la Escala de Soledad Este

Dimensión	Nº de elementos	Ítems
Soledad Familiar	14	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 28
Soledad Conyugal	4	3, 4, 5, 6, 7
Soledad Social	7	15, 16, 18, 22, 23, 24, 25
Crisis Existencial	9	14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Fuente: elaboración propia

A continuación, en la tabla 4, se presenta los puntos de corte para el establecimiento de los niveles de los factores de soledad.

Tabla 4. Puntos de Corte de la Escala de Soledad ESTE

Niveles	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis Existencial
Baja	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
Media	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
Alta	52 a 70	19 a 25	27 a 35	36 a 45

Fuente: Tomado a partir de Rubio (2007)

En Granada, España, se analizó las propiedades psicométricas de la presente escala, en una muestra de 500 adultos mayores. La consistencia interna para la escala global obtenida a partir del Alpha de Cronbach es de $\alpha = 0,91$ lo que indica una alta fiabilidad en la medición. Esto demuestra que la escala tiene una alta consistencia interna.

Respecto con la fiabilidad del instrumento original, la valoración general es de $\alpha = 0,90$, consecuentemente con lo anterior mencionado, en la tabla 5 se indican las propiedades de las dimensiones.

Tabla 5. Análisis de fiabilidad de la Escala de Soledad ESTE

Dimensiones	Ítems	Alpha prueba original	Alpha prueba aplicada
Soledad familiar	14	.83	.916
Soledad conyugal	4	.91	.824
Soledad social	7	.84	.910
Crisis existencial	9	.82	.611
Global	34	.90	.923

Fuente: elaboración propia

Se evidencia que, la escala global tiene un nivel de consistencia interna excelente, mientras que las otras varían entre buenas y excelentes, por lo que se puede concluir que es un instrumento, con una validez suficiente.

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 et al. 2023). 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 privados de libertad del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1, todos del sexo masculino. Las edades de dicha población oscilan entre 61 y 84 años y resulta en un total de 44 casos de estudio.

Caracterización de la población

La información que se presenta en la tabla 6, que corresponden a los datos sociodemográficos, indican la distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a los datos sociodemográficos, como edad, procedencia e instrucción. Estos datos contribuyen con información relevante sobre la distribución de la población investigada.

Tabla 6. Datos sociodemográficos

Variables	Mínimo	Máximo	Media DS
Edad	61	84	71 6.03
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	
Ibarra	5	11,4	
Quito	15	34,1	
Colombia	2	4,5	
Ambato	6	13,6	
Shell	1	2,3	
Argentina	1	2,3	
Salcedo	1	2,3	
Carchi	1	2,3	
Alausí	1	2,3	
Esmeraldas	1	2,3	
Latacunga	3	6,8	
Tulcán	1	2,3	
Salcedo	1	2,3	
Riobamba	2	4,5	
Cuenca	1	2,3	
Loja	1	2,3	
Guayaquil	1	2,3	
Instrucción			
Primaria	16	36,4	
Secundaria	11	25,0	
Superior	12	27,3	
Sin estudios	5	11,4	

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la variable edad, se observa que la edad media es de 71 años, la edad mínima de 61 y la máxima de 84 años. En cuanto a la procedencia, se puede apreciar que existe una mayor prevalencia de personas provenientes de Quito, con una frecuencia de 15 (34,1%) y una menor prevalencia en personas provenientes de Guayaquil, Loja, Cuenca, Salcedo, Tulcán, Esmeraldas, Alausí, Carchi, Salcedo, Argentina y Shell (2,3%) respectivamente. Por su parte, Ambato corresponde a una frecuencia de 6 (13,6%), Ibarra a una frecuencia de 5 (11,4%), Latacunga a una

frecuencia de 3 (6,8%), Colombia y Riobamba a una frecuencia de 2 (4,5%) respectivamente.

La tabla 7 presenta los datos sociodemográficos de la población estudiada. En cuanto al estado civil, predomina el grupo de personas casadas con 14 (31,8%), seguido por los divorciados con 13 (29,5%). Un porcentaje menor está compuesto por solteros y viudos, ambos con 6 (13,6%), mientras que aquellos en unión libre representan 3 (6,8%) y los separados 2 (4,5%).

En términos de contacto familiar, 35 (79,5%) reportan tener contacto con su familia, en contraste con 9 (20,5%) que no lo tienen. Respecto al tipo de familia, la mayoría pertenece a familias extensas con 30 (68,2%), mientras que 11 (25%) corresponden a familias nucleares, 2 (4,5%) a familias nucleares monoparentales y 1 (2,3%) a familias ampliadas. Sobre el número de hijos, el grupo más común tiene 2 hijos con 13 (29,5%), seguido por quienes tienen 3 con 10 (22,7%) y 4 con 9 (20,5%). Un menor porcentaje corresponde a aquellos con 1 hijo, 2 (4,5%); 5 hijos, 4 (9,1%); 7 hijos, 3 (6,8%); o más de 9 hijos, 1 (2,3%).

La relación con la familia se describe como muy buena en 18 (40,9%) de los casos, buena en 11 (25%), regular en 10 (22,7%) y mala en 5 (11,4%). En situaciones difíciles, 35 (79,5%) indican recibir apoyo familiar, mientras que 9 (20,5%) no lo reciben. Finalmente, la situación socioeconómica se califica como regular en 17 (38,6%), buena en 16 (36,4%) y mala en 11 (25%). En general, los datos muestran una predominancia de familias extensas con buen contacto familiar y apoyo en situaciones difíciles, aunque con una situación socioeconómica mayormente regular o desfavorable.

Tabla 7. Datos sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Soltero	6	13,6
Casado	14	31,8
Separado	2	4,5
Divorciado	13	29,5
Unión libre	3	6,8
Viudo	6	13,6
Contacto con la familia		
Si	35	79,5
No	9	20,5
Tipo de familia		
Nuclear	11	25,0
Extensa	30	68,2
Nuclear monoparental	2	4,5
Ampliada	1	2,3
Número de hijos		
Sin hijos	1	2,3
1 hijo	2	4,5
2 hijos	13	29,5
3 hijos	10	22,7
4 hijos	9	20,5
5 hijos	4	9,1
7 hijos	3	6,8
9 hijos	1	2,3
15 hijos	1	2,3
Relación con su familia		
Mala	5	11,4
Regular	10	22,7
Buena	11	25,0
Muy buena	18	40,9
Apoyo familiar en situaciones difíciles		
Si	35	79,5
No	9	20,5
Situación Socioeconómica		
Mala	11	25,0
Regular	17	38,6
Buena	16	36,4

Fuente: elaboración propia

La situación intracarcelaria en relación con diversos aspectos fue evaluada en un total de 44 internos, como se puede evidenciar en la tabla 8. En cuanto a la alimentación, el 40,9% (18) la calificó como aceptable, el 29,5% (13) como regular, el 18,2% (8) como muy adecuada y el 11,4% (5) como inadecuada. Sobre los espacios físicos, el 54,5% (24) los consideró aceptables, el 18,2% (8) regulares, el 15,9% (7) inadecuados y el 11,4% (5) muy adecuados. Respecto a la higiene, el 43,2% (22) la calificó como aceptable, el 29,5% (11) como muy adecuada, el 13,6%

(6) como inadecuada y el 11,4% (5) como regular. En cuanto al descanso, el 43,2% (19) lo percibió como aceptable, el 29,5% (13) como muy adecuado, el 15,9% (7) como inadecuado y el 11,4% (5) como regular. Sobre la relación con los demás internos, el 43,2% (19) la consideró aceptable, el 27,3% (12) muy adecuada, el 25% (11) regular y el 4,5% (2) inadecuada. En relación con los funcionarios, el 45,5% (20) calificó la interacción como aceptable, el 36,4% (16) como muy adecuada, el 15,9% (7) como regular y el 2,3% (1) como inadecuada. Respecto a la atención médica, el 56,8% (25) la percibió como aceptable, el 18,2% (8) muy adecuada, el 15,9% (7) regular y el 9,1% (4) inadecuada. Finalmente, en cuanto a la atención psicológica, el 52,3% (23) la calificó como aceptable, el 22,7% (10) como muy adecuada, el 15,9% (7) como regular y el 9,1% (4) como inadecuada.

Tabla 8. Situación intracarcelaria

		Frecuencia	Porcentaje
Alimentación	Inadecuada	5	11,4
	Regular	13	29,5
	Aceptable	18	40,9
	Muy adecuada	8	18,2
Espacios físicos	Inadecuada	7	15,9
	Regular	8	18,2
	Aceptable	24	54,5
	Muy adecuada	5	11,4
Higiene	Inadecuada	6	13,6
	Regular	5	11,4
	Aceptable	22	43,2
	Muy adecuada	11	29,5
Descanso	Inadecuada	7	15,9
	Regular	5	11,4
	Aceptable	19	43,2
	Muy adecuada	13	29,5
Relación con los demás internos	Inadecuada	2	4,5
	Regular	11	25,0
	Aceptable	19	43,2
	Muy adecuada	12	27,3
Relación con funcionario	Inadecuada	1	2,3
	Regular	7	15,9
	Aceptable	20	45,5
	Muy adecuada	16	36,4
Atención médica	Inadecuada	4	9,1
	Regular	7	15,9
	Aceptable	25	56,8
	Muy adecuada	8	18,2
Atención psicológica	Inadecuada	4	9,1
	Regular	7	15,9
	Aceptable	23	52,3
	Muy adecuada	10	22,7

Fuente: elaboración propia

En la tabla 9 se observan las frecuencias y porcentajes de visitas recibidas por los adultos mayores institucionalizados según el tipo de visitante. El 81,8% (36) recibe visitas de familiares, mientras que el 18,2% (8) no las recibe. En cuanto a amistades, solo el 4,5% (2) recibe visitas, frente al 95,5% (42) que no las recibe. Ninguno de los participantes recibe visitas de voluntarios o religiosos, ambos con el 0% (0), y el 100% (44) no las recibe. Finalmente, el 11,4% (5) no recibe visitas de ningún tipo, en contraste con el 86,6% (39) que sí las recibe.

Tabla 9. Reciba visitas

	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	36	81,8	8	18,2
Amistades	2	4,5	42	95,5
Voluntarios	0	0	44	100
Religiosos	0	0	44	100
Ninguno	5	11,4	39	86,6

Fuente: elaboración propia

En la tabla 10 se presentan las frecuencias y porcentajes de participación de los adultos mayores institucionalizados en talleres. Solo el 6,8% (3) participa en talleres culturales, mientras que el 93,6% (41) no lo hace. En talleres deportivos, el 13,6% (6) participa y el 86,4% (38) no. En los talleres artísticos y educativos, el 15,9% (7) participa, frente al 84,1% (37) que no lo hace en ambos casos. Los talleres de manualidades cuentan con una participación del 29,5% (13) y un 70,5% (31) que no participa. En talleres psicoeducativos, únicamente el 4,5% (2) participa, mientras que el 95,5% (42) no lo hace. En talleres recreativos, el 34,1% (15) participa y el 65,9% (29) no lo hace. Por otro lado, el 11,4% (5) no participa en ningún taller, en contraste con el 88,6% (39,2) que sí participa en alguno. Finalmente, en talleres agrícolas, solo el 4,5% (2) participa y el 95,5% (42) no lo hace.

Tabla 10. Participación en Talleres

Categorías	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Culturales	3	6,8	41,0	93,6
Deportivos	6	13,6	38,0	86,4
Artísticos	7	15,9	37,0	84,1
Educativos	7	15,9	37,0	84,1
Manualidades	13	29,5	31,0	70,5
Psicoeducativos	2	4,5	42,0	95,5
Recreativos	15	34,1	29,0	65,9
Agricultura	2	4,5	42,0	95,5
Ninguno	5	11,4	39,2	88,6

Fuente: elaboración propia

La tabla 11 muestra la distribución de enfermedades reportadas en una población, desglosada por quienes indicaron "Sí" o "No" a cada condición, junto con sus frecuencias y porcentajes. En el caso de hipertensión arterial y lumbalgia, solo 1 persona (2,3%) respondió afirmativamente, mientras que 43 (97,7%) respondieron negativamente. Para hipertensión arterial, 10 personas (22,7%) dijeron "Sí" y 34 (77,3%) dijeron "No". En presión alta, 4 personas (9,1%) la indicaron, frente a 40 (90,9%) que no.

Por su parte, la diabetes fue mencionada por 6 personas (13,6%), con 38 (86,4%) respondiendo "No". Gastritis, asma, problemas cardíacos e hipertiroidismo fueron reportados por 2 personas cada una (4,5%), mientras que 42 (95,5%) negaron tenerlas. Ninguna fue una opción marcada por 8 individuos (18,2%), en contraste con 36 (81,8%) que seleccionaron alguna condición. Enfermedades como cáncer de próstata, depresión, ataques de pánico y artrosis tuvieron 1 respuesta afirmativa cada una (2,3%), frente a 43 (97,7%) respuestas negativas. Finalmente, la prostatitis fue indicada por 3 personas (6,8%), mientras que 41 (93,2%) la negaron. Así mismo, se observa la distribución de personas que reciben tratamiento según si cumplen o no con cierta condición. En el grupo que recibe tratamiento, 32 personas (72,7%) cumplen con la condición, mientras que 12 personas (27,3%) no la cumplen.

Tabla 11. Enfermedades

	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial y lumbalgia	1	2,3	43	97,7
Hipertensión arterial	10	22,7	34	77,73
Presión alta	4	9,1	40	90,9
Diabetes	6	13,6	38	86,4
Gastritis	2	4,5	42	95,5
Asma	2	4,5	42	95,5
Problemas cardíacos	2	4,5	42	95,5
Cáncer de próstata	1	2,3	43	97,7
Prostatitis	3	6,8	41	93,2
Hipertiroidismo	2	4,5	42	95,5
Depresión	1	2,3	43	97,7
Ataques de pánico	1	2,3	43	97,7
Artrosis	1	2,3	43	97,7
Recibe tratamiento	32	72,7	12	27,3
Ninguno	8	18,2	36	81,8

Fuente: elaboración propia

2.4. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento y análisis de la información se desarrolló en fases que iniciaron con la preparación del equipo investigador, la obtención de permisos y la explicación a los participantes sobre el propósito del estudio. Una vez aplicados el cuestionario WHOQOL-OLD, la escala ESTE y la ficha sociodemográfica, se codificaron las respuestas y se ingresaron en un software estadístico SPSS versión 25. Se revisaron datos anómalos, se midió la confiabilidad de los instrumentos con el método de consistencia interna Alfa de Cronbach, y se efectuaron análisis descriptivos, mediante estadísticos descriptivos de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. En el presente estudio, se aplicó un respectivo consentimiento informado y se realizaron las pruebas de manera presencial y personalizada.

Posteriormente, se realizó un análisis inferencial, previamente se realizó el análisis del supuesto estadísticos de normalidad mediante la fórmula de Shapiro Wilk , encontrándose una distribución no paramétrica de los datos, encontrándose una

distribución no paramétrica del conjunto de datos, por lo que, se aplicó el estadístico Spearman para el análisis correlacional y la comprobación de hipótesis planteada.

Finalmente, los resultados se vincularon con los objetivos y el marco teórico, extrayendo conclusiones y sugerencias basadas en la evidencia cuantitativa, así como recomendaciones para el abordaje integral de la calidad de vida y la soledad en adultos mayores privados de libertad.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis estadístico categórico del cuestionario de calidad de vida WHOQOL -OLD

En este capítulo, se presenta el análisis categórico en relación a las dimensiones del instrumento, donde se indicará las frecuencias y sus respectivos porcentajes de la interpretación de resultados:

En la tabla 12 se puede observar que, en primer lugar, un 56,8% de nivel medio tanto en la dimensión de Habilidades Sensoriales como en la de Participación Social, lo que indica que más de la mitad de los participantes posee un nivel moderado en estas áreas, reflejando una adecuada capacidad sensorial y una interacción social equilibrada. A continuación, la dimensión de Autonomía presenta un 54,5% de nivel medio, destacando una capacidad moderada en la toma de decisiones y el manejo independiente, aspecto esencial para fomentar la autoeficacia y la independencia.

Posteriormente, en la dimensión de Actividades presentes, pasadas y futuras, un 47,7% se ubica en un nivel medio, lo que sugiere una participación regular, aunque no necesariamente intensa, en diferentes tipos de actividades. Por su parte, la dimensión de Muerte y agonía muestra un 43,2% en nivel medio, reflejando una actitud moderada hacia la aceptación de estos temas, factor que puede influir en la percepción general de la calidad de vida.

Tabla 12. Análisis estadístico categórico del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

Niveles	HS		AU		APPF		PS		MA		IN	
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Muy bajo	2	4,5	1	2,3	1	2,3	1	2,3	6	13,6	2	4,5
Bajo	9	20,5	8	18,2	12	27,3	4	9,1	16	36,4	16	36,4
Medio	25	56,8	24	54,5	21	47,7	25	56,8	19	43,2	14	31,8
Alto	7	15,9	8	18,2	2	4,5	6	13,5	3	6,8	7	15,9
Muy alto	1	2,3	3	6,8	8	18,2	8	18,2	0	0,0	5	11,4

Nota. **HS:** Habilidades Sociales, **AU:** Autonomía, **APPF:** Actividades pasadas

Finalmente, la dimensión de Intimidad presenta los valores más bajos, con un 36,4% en nivel bajo y un 31,8% en nivel medio. Esto indica que existe una menor proporción de individuos que experimentan relaciones íntimas satisfactorias, aunque una parte considerable mantiene una conexión íntima moderada.

Un estudio realizado en Perú, por Hernández et al. (2016), evaluó la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores, este estudio transversal se llevó a cabo entre octubre de 2014 y enero de 2016 con una muestra de 447 participantes (207 rurales y 240 urbanos), con una media de edad de 69 años. Utilizaron los cuestionarios WHOQoL-BREF y WHOQoL-OLD, el objetivo fue comparar las dimensiones de calidad de vida entre ambos grupos, considerándose variables como edad, sexo, nivel educativo y estado laboral.

Los resultados mostraron que los adultos mayores del área rural reportaron una mayor calidad de vida en las dimensiones de "Habilidades Sensoriales," "Autonomía," "Actividades Pasadas, Presentes y Futuras," "Participación Social," y el puntaje total del WHOQoL-OLD. En el caso del WHOQoL-BREF, se destacaron las dimensiones "Física," "Psicológica," y "Medioambiente." Por otro lado, los participantes del área urbana tuvieron mejores resultados solo en las dimensiones de "Intimidad" y "Muerte y el Morir," esta última sin diferencias significativas. Estas diferencias se atribuyen a factores como un menor nivel educativo y mayor actividad laboral en las zonas rurales, así como las condiciones sociales y ambientales más favorables en estos contextos.

En comparación con el presente estudio, coincide en identificar un predominio de niveles medios en las dimensiones Habilidades sensoriales y Autonomía, destacándose las capacidades sensoriales y de toma de decisiones moderadas en los adultos mayores. También hay similitudes en la dimensión de Participación social, donde ambos estudios reflejan una interacción social adecuada en términos generales, en la dimensión de Muerte y agonía, también coinciden en mostrar niveles medios de aceptación hacia este tema.

Cabe señalar que, el entorno carcelario reduce drásticamente la Autonomía y la Participación social, lo que puede la exacerbar sensación de aislamiento y desconexión emocional, como ocurre con la Intimidad, que ya mostró bajos valores en la presente investigación. Las condiciones físicas de la prisión pueden deteriorar las Habilidades sensoriales y limitar el acceso a actividades que conecten con el pasado o generen expectativas a futuro, afectando negativamente estas áreas.

3.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

En la tabla 13, se presenta el análisis descriptivo de la variable de calidad de vida, con respecto a las dimensiones: Habilidades sociales, Autonomía, Actividades presentes, pasadas y futuras, Participación social, Muerte y agonía, e Intimidad. Para cada una, se especifica el resultado de la media, desviación estándar, mínimo, máximo con sus respectivos datos estadísticos.

Referente a los datos más representativos, se observa que la media (M) de la dimensión Habilidades sensoriales es de 2,77 con una desviación estándar (DS) de 0,74, lo cual refleja un nivel moderado en esta dimensión. En la dimensión Autonomía, la media es de 2,65 y la DS de 0,95, indicando un nivel similar de desempeño. Para la dimensión Actividades presentes, pasadas y futuras, se reporta una $M=2,74$ y $DS=1,03$, lo que también representa un nivel moderado.

La dimensión Participación Social presenta la media más alta con $M=3,19$ y $DS=0,97$, lo que sugiere un nivel ligeramente más elevado en comparación con las otras dimensiones. En contraste, la dimensión Muerte y agonía muestra una $M=2,19$ y $DS=0,94$, evidenciando un nivel más bajo. Finalmente, la dimensión Intimidad tiene una media de 2,73 y DS de 1,12, lo que señala un nivel moderado. El promedio general de todas las dimensiones de $M=2,84$ con una $DS=0,85$, lo que en términos generales indica un nivel aceptable de calidad de vida.

Tabla 13. Análisis estadístico descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL -OLD

Dimensiones	Habilidades		Actividades Presentes, Pasadas y Futuras	Participación Social	Muerte y Agonía	Intimidad
	Sensoriales	Autonomía				
Media	2,77	2,65	2,74	3,19	2,19	2,73
Desv. Desviación	0,74	0,95	1,03	0,97	0,94	1,12
Mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Fuente: elaboración propia

3.3. Análisis estadístico categórico de la Escala de Soledad ESTE

En cuanto a los niveles de la percepción de soledad en los adultos mayores, se encuentran distribuidos en: nivel bajo, medio, alto y total. En la tabla 14, se indica la frecuencia y el porcentaje de resultados obtenidos.

Referente a los niveles de soledad según la Escala de Soledad ESTE, los resultados se distribuyen de la siguiente manera:

En cuanto a la Soledad Familiar, el 54,5% de los participantes reporta un nivel medio, lo que indica que las personas tienen una percepción moderada de soledad en este ámbito. Sin embargo, un 31,8% se encuentra en un nivel bajo, lo que refleja una adecuada conexión con su núcleo familiar. Por otro lado, un 13,6% reporta niveles altos de soledad, lo cual podría sugerir una necesidad de fortalecer las relaciones familiares.

En el caso de la Soledad Conyugal, un 54,5% también presenta un nivel medio, seguido de un 36,4% con un nivel alto, lo que indica un significativo grupo de personas que experimenta dificultades en sus relaciones conyugales. Solo un 9,1% reporta un nivel bajo, reflejando un grupo reducido con satisfacción en este ámbito.

Para la Soledad Social, el 59,1% de los participantes reporta un nivel medio, lo que sugiere una percepción moderada de apoyo y conexión social. Un 22,7% presenta niveles bajos, mostrando que mantienen vínculos sociales positivos. En contraste,

un 18,2% reporta altos niveles de soledad, lo cual podría asociarse con una desconexión social significativa.

Finalmente, en la dimensión de Crisis Existencial, la mayoría de los participantes (81,8%) presenta un nivel medio, indicando una tendencia general hacia una percepción moderada de sentido de vida y propósito. Un 11,4% reporta niveles bajos, sugiriendo un grupo con mayor estabilidad existencial. Sin embargo, un 6,8% alcanza niveles altos, lo cual podría reflejar una percepción de crisis existencial más marcada.

Tabla 14. Análisis estadístico categórico de la Escala de Soledad ESTE

Dimensión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	Bajo	14	31,8%
	Media	24	54,5%
	Alta	6	13,6%
Conyugal	Bajo	4	9,1%
	Media	24	54,5%
	Alta	16	36,4%
Social	Bajo	10	22,7%
	Media	26	59,1%
	Alta	8	18,2%
Crisis existencial	Bajo	5	11,4%
	Media	36	81,8%
	Alta	3	6,8%

Fuente: elaboración propia

3.4. Análisis descriptivo de la Escala de Soledad ESTE

En la tabla 15, se presenta el análisis descriptivo de la Escala de Calidad de Soledad con respecto a las dimensiones evaluadas. Para cada una de ellas se especifican los resultados de la media, desviación estándar, mínimo y máximo obtenidos.

Referente a los datos más representativos de la tabla, se observa que la media del resultado global de soledad (Soledad Total), es de una puntuación $M= 2.88$ con una $DS= 0.96$, lo que indica que el grupo en general presenta un nivel promedio de soledad.

Por otro lado, en la dimensión Soledad Familiar, la media es $M= 2.64$ con $DS= 1.06$; en Soledad Conyugal, $M= 3.16$ y $DS= 1.12$; en Soledad Social, $M= 3.05$ con $DS= 1.01$; y en Soledad por Crisis Existencial, $M= 3.02$ con $DS= 0.90$. Estos valores reflejan que las dimensiones presentan niveles promedio de soledad, siendo la soledad conyugal la que registra el promedio más alto y la soledad familiar el más bajo.

Un estudio realizado en España por Gonzáles et al. (2021), validó la estructura interna de la escala de medición de soledad ESTE, con el objetivo de adaptarla y aplicarla en una muestra de 396 adultos mayores de la ciudad de Saltillo, Coahuila y México. Los resultados revelaron una solución factorial de cuatro factores que explicaron el 53.45 % de la varianza, destacando la soledad social, familiar y la crisis existencial como los componentes principales, con una alta fiabilidad global ($\omega = .920$).

Al comparar estos hallazgos con los resultados obtenidos en el análisis descriptivo de la Escala de Calidad de Soledad de la presente investigación, donde se observó una puntuación media global de soledad de $M=2.88$ y dimensiones específicas como Soledad Conyugal ($M=3.16$) y Soledad Familiar ($M=2.64$), se puede apreciar la relación con el estudio de validación, que encontró que la soledad conyugal, aunque explica una menor varianza, presenta un impacto significativo en la experiencia de soledad de los adultos mayores.

En conclusión, el análisis descriptivo de la Escala de Soledad ESTE mostró que el grupo estudiado presenta un nivel promedio de soledad general ($M=2.88$), con variaciones en sus dimensiones específicas. La Soledad Conyugal registró la puntuación más alta ($M=3.16$), sugiriendo que esta área es especialmente relevante en la experiencia de soledad de los participantes, mientras que la Soledad Familiar fue la más baja ($M=2.64$). Estos resultados son coherentes con estudios previos, como el realizado en España, que también identificaron la soledad social, familiar y por crisis existencial como componentes principales, y destacaron la significativa influencia de la soledad conyugal. La alta fiabilidad de la escala ($\omega = .920$) respalda la validez de estos hallazgos.

Tabla 15. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Soledad ESTE

Dimensiones	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis Existencial	Soledad Total
Media	2.64	3.16	3.05	3.02	2.88
Desv. Desviación	1.06	1.12	1.01	0.90	0.96
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Fuente: elaboración propia

Análisis correlacional

Análisis correlacional entre el WHOQOL -OLD y la Escala ESTE

En esta investigación se planteó la hipótesis de que existe relación entre la percepción de calidad de vida y la soledad en adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1. Los datos de correlación obtenidos para cada dimensión del cuestionario WHOQOL-OLD permiten aceptar dicha hipótesis, evidenciando una relación entre las variables estudiadas (ver tabla 16).

Habilidades sensoriales: Se registra una correlación positiva baja con la soledad familiar (0,390**) y con la soledad conyugal (0,332*), lo que indica que al aumentar la percepción de habilidades sensoriales, también lo hacen estos tipos de soledad. Además, las correlaciones con la soledad social (0,26) y la crisis existencial (0,15) son muy bajas, mientras que la correlación con la soledad global (0,367*) es igualmente positiva y baja, sugiriendo una asociación leve en esta dimensión.

Autonomía: Se observa una correlación negativa moderada con la soledad familiar (-0,600**) y la soledad social (-0,454**), lo que implica que a mayor autonomía, menores niveles de soledad en estas áreas. La soledad conyugal presenta una correlación negativa baja (-0,380*), y la crisis existencial una correlación negativa

muy baja (-0,22), lo que denota una influencia mínima. La soledad global muestra una correlación negativa moderada (-0,539**), reforzando la relación inversa.

Actividades presentes, pasadas y futuras: En esta dimensión, las correlaciones son predominantemente negativas moderadas con la soledad familiar (-0,660**), soledad conyugal (-0,489**) y soledad social (-0,606**), lo que sugiere que una mayor percepción de actividad y proyección hacia el futuro se relaciona con niveles más bajos de soledad. Con la crisis existencial se presenta una correlación negativa muy baja (-0,27), mientras que la relación es más marcada con la soledad global (-0,643**), indicando un efecto protector importante.

Participación social: Esta dimensión muestra correlaciones negativas altas con la soledad familiar (-0,736**), soledad social (-0,604**) y soledad global (-0,690**), lo que evidencia que una mayor participación social se asocia significativamente con niveles reducidos de soledad. Con la soledad conyugal se observa una correlación negativa moderada (-0,482**), y la correlación con la crisis existencial es muy baja (-0,26), indicando una relación débil.

Muerte y agonía: Las correlaciones en esta dimensión son muy bajas y positivas con la soledad familiar (0,23), soledad conyugal (0,11), soledad social (0,11) y crisis existencial (0,09), lo que sugiere que la percepción de la muerte o la agonía no influye significativamente en los niveles de soledad. La soledad global también presenta una correlación positiva muy baja (0,24).

Intimidad: Se encuentran correlaciones negativas moderadas con la soledad familiar (-0,599**), soledad social (-0,589**) y soledad global (-0,695**), lo que indica que una mayor percepción de intimidad se asocia con menores niveles de soledad en estas dimensiones. La soledad conyugal tiene una correlación negativa alta (-0,723**), resaltando la importancia de la intimidad para reducirla, y la crisis existencial muestra una correlación negativa baja (-0,393**), lo que señala una relación menos pronunciada pero significativa.

Calidad de vida global: Finalmente, la percepción global de calidad de vida se correlaciona de manera alta y negativa con la soledad familiar (-0,735**), soledad conyugal (-0,613**), soledad social (-0,675**) y soledad global (-0,729**), lo que indica que una mayor calidad de vida se relaciona con niveles significativamente menores de soledad. La crisis existencial presenta una correlación negativa baja (-0,346*), sugiriendo una influencia leve en este ámbito.

Tabla 16. Análisis estadístico descriptivo de la Escala de Soledad ESTE

Dimensiones de Calidad de Vida	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis Existencial	Soledad Global
Habilidades Sensoriales	,390**	,332*	0,26	0,15	,367*
Autonomía	-,600**	-,380*	-,454**	-0,22	-,539**
Actividades presentes, pasadas y futuras	-,660**	-,489**	-,606**	-0,27	-,643**
participación social	-,736**	-,482**	-,604**	-0,26	-,690**
Muerte y Agonía	0,23	0,11	0,11	0,09	0,24
Autonomía	-,599**	-,723**	-,589**	-,393**	-,695**
Global Calidad de Vida	-,735**	-,613**	-,675**	-,346*	-,729**

Nota: *Estadísticamente significativa leve (0.05 bilateral)

**Estadísticamente significativa moderada (0.01 bilateral)

Un estudio realizado por Cervantes y Machado (2023), en el cantón Quevedo Ecuador, tuvo como objetivo principal comprobar si existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la autoestima percibida por adultos mayores jubilados. La muestra fue de 160 personas, los resultados mostraron que el 77% de los participantes reportaron niveles bajos de calidad de vida, siendo las dimensiones más afectadas las relaciones interpersonales, bienestar físico y derechos, mientras que el 76% presentó baja autoestima. Se identificó una correlación positiva baja ($r = 0.332$, $p < 0.05$) entre calidad de vida y autoestima, con excepción de la dimensión "Derechos", que no presentó correlación significativa. Además, predominaron participantes femeninas (53.1%) y el rango de edad más común fue de 65 a 70 años (48%), con mejores índices de calidad de vida en mujeres y niveles ligeramente más altos de autoestima en hombres.

Los resultados del estudio mencionado, se relacionan con el análisis correlacional de la presente investigación, ambos destacan la importancia de las dimensiones emocionales y sociales en la calidad de vida. Mientras que el estudio realizado en Quevedo subraya una correlación positiva entre calidad de vida y autoestima, indicándose que una disminución en la percepción de calidad de vida se traduce en una autoestima más baja, el análisis correlacional del presente estudio evidencia como las dimensiones de participación social y autonomía muestran correlaciones inversas significativas con la soledad, lo que sugiere que fortalecer estas áreas podría reducir el sentimiento de soledad, complementando los hallazgos que vinculan la calidad de vida con factores como redes de apoyo y actividad social en el contexto ecuatoriano (Cervantes & Machado 2023).

CONCLUSIONES

- El análisis correlacional reveló que existen relaciones inversas significativas entre diversas dimensiones de la calidad de vida y los sentimientos de soledad en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Privación de Libertad Tungurahua N°1. Las correlaciones más altas a nivel global fueron observadas entre la dimensión de Participación Social y la Soledad Familiar (-0,736**) y Soledad Global (-0,690**), así como entre la Autonomía y la Soledad Familiar (-0,600**). Estos hallazgos indican que una mayor participación social y autonomía están fuertemente asociadas con menores niveles de soledad; por lo que, se subraya la importancia de estos factores en el bienestar integral de los adultos mayores en contextos de privación de libertad.
- El análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD mostró que las dimensiones de Habilidades Sensoriales y Participación Social presentaron un nivel medio (56,8%) predominante, indicando una capacidad sensorial adecuada y una interacción social equilibrada entre los participantes. Por otro lado, la dimensión de intimidad mostró un nivel bajo (36,4%), reflejando una menor satisfacción en relaciones íntimas. En la Escala de Soledad ESTE, se observó que la Soledad Conyugal y la Soledad Social presentaron un nivel alto (36,4% y 18,2% respectivamente), sugiriendo áreas críticas que requieren intervención para reducir el aislamiento emocional y fortalecer las relaciones afectivas.
- En la Escala de Soledad ESTE, se observó que la Soledad Conyugal y la Soledad Social presentaron un nivel alto (36,4% y 18,2% respectivamente), sugiriendo áreas críticas que requieren intervención para reducir el aislamiento emocional y fortalecer las relaciones afectivas

RECOMENDACIONES

- Se sugiere ampliar el estudio para incluir variables adicionales que puedan influir en la calidad de vida y la soledad, como la salud mental específica (por ejemplo, niveles de depresión y ansiedad), la resiliencia emocional y el impacto de programas de rehabilitación social. Además, investigar las diferencias de género en la experiencia de soledad podría proporcionar una comprensión más detallada de las necesidades específicas de los adultos mayores.
- Es recomendable realizar una validación más exhaustiva de los instrumentos utilizados (WHOQOL-OLD y Escala de Soledad ESTE) en contextos carcelarios y con muestras más amplias. Además, considerar la inclusión de instrumentos cualitativos, como entrevistas en profundidad, podría complementar los datos cuantitativos y ofrecer una perspectiva más completa de las experiencias de los adultos mayores privados de libertad.
- Para generalizar los hallazgos, se recomienda replicar este estudio en otros Centros Gerontológicos de Privación de Libertad a nivel nacional e internacional. Esto permitirá comparar resultados entre diferentes contextos y estructuras penitenciarias, identificando mejores prácticas y áreas de mejora a nivel institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enríquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES. <https://doi.org/10.7476/9789587385328>
- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enríquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES. <https://doi.org/10.7476/9789587385328>
- Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales García, J. J., & Rubio Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.
- Albuja Urvina, M. G., & Pérez Pérez, P. del R. (2024). “Vida normal”, programa de apoyo al adulto mayor o geriátrico ¿Cuál ayuda más a conservar el estado cognitivo en el adulto mayor? *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(4), 821–832. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2294>
- Arévalo-Avecillas, D. X., Game-Varas, C. I., Padilla-Lozano, C. P., & Wong-Laborde, N. I. (2021). Calidad de vida en adultos mayores profesionales de Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*, 26(93), 414-431
- Bail Pupko, V. (2014). *Crisis, soledad y apego*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- Barboza-Solís, C., Araya-Jiménez, M., Stradi-Granados, S., Barahona-Cubillo, J., García-Aguirre, K., & Carranza-Chacón, C. (2021). Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de un centro diurno costarricense: Resultados de un plan piloto. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*, 23(1), 126-139. <https://doi.org/10.15517/IJDS.2020.41983>
- Barrio Formoso, Ó. (2024). Hacia una cartografía teórica de la soledad: Una revisión de los acercamientos teóricos a la soledad. *Papers*, 109(1), e3207. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.3207>
- Bucosky Yolde, M., & Zubieta, E. (2023). Los patrones de amistad: Estructura, bienestar psicológico y soledad social y emocional. *Psicodebate*, 23(1), 35–47. <https://doi.org/10.18682/pd.v23i1.6044>
- Camargo-Rojas, C. M., & Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>
- Cervantes Domínguez, A., Molina González, S., García Ponzón, A. M., Toro Pimienta, L., Escobar Blanco, Y., & Mercado-Caruso, N. (2022). *Análisis del nivel de productividad por ausentismo en las empresas: Revisión de la literatura*. *BILO*, 4(1), 20-33. <https://doi.org/10.17981/bilo.4.1.2022.04>
- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D., & Hanratty, B. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(7), e0255088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>

- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D., & Hanratty, B. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(7), e0255088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>
- Cotrado Huamán, S. R., & Huapaya Flores, G. A. (2020). Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *REPSI - Revista Ecuatoriana de Psicología*, *3*(7), 160–173. <https://doi.org/10.33996/repsi.v3i7.42>
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale – Adult (ComQol-A5): Manual*. School of Psychology, Deakin University.
- Dasgupta, P., Dasgupta, A., & Barrett, S. (2021). Population, ecological footprint and the sustainable development goals. *Environmental and Resource Economics*, *84*(3), 659–675. <https://doi.org/10.1007/s10640-021-00595-5>
- Derrer-Merk, E., Ferson, S., Mannis, A., Bentall, R., & Bennett, K. M. (2024). Older people's family relationships in disequilibrium during the COVID-19 pandemic: What really matters? *Ageing & Society*, *44*(3), 721–738. <https://doi.org/10.1017/S0144686X22000435>
- Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., & Enciso Luna, J. E. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: Reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud*, *14*(2), 33-41.
- Falk, G., Romero, P. D., Carter, J. A., Nicchitta, I. A., & Nyhof, E. C. (2021). *Unemployment rates during the COVID-19 pandemic* (Report No. R46554). Congressional Research Service
- Fernández, I., Sentandreu-Manó, T., & Tomás, J. M. (2020). Impacto del estatus de fragilidad sobre la salud y calidad de vida en personas mayores españolas. *Atención Primaria*, *52*(10), 731–737. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.006>

- Gallo Estrada, J., & Molina Mula, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, 26(1), 3-9.
- Gálvez Olivares, M., Aravena Monsálvez, C., Aranda Pincheira, H., Ávalos Fredes, C., & López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores:
- García Cervantes, H. T., & Lara-Machado, J. R. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *CHAKIÑAN. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (17), 95-108. <https://doi.org/10.37135/chk.002.17.06>
- García Cervantes, H. T., & Lara-Machado, J. R. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3669>
- García Velazco, O. L. (2020). Recreación física y calidad de vida en estudiantes atletas desde una perspectiva de extensión universitaria. *Edumecentro*, 12(1), 110127.
- Gómez Marcelo, E. M., Lavado Huarcaya, S. S., & Ferreira, M. A. (2024). Social representations of loneliness in people aged at least seventy years old. *Texto &*
- 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*, 38(3), 169–184. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.10>
- Guerra Orozco, S. E., Acosta Chávez, D. A., & Guerra Bretaña, R. M. (2021). Formación continua y calidad de vida de los adultos mayores. *Educación Médica Superior*, 35(4), e3163.

- Guerra Rodríguez, I. E., & Palomino Alvarado, G. P. (2020). Modelo de gestión por resultados para mejorar la calidad de gasto en la Unidad de Gestión Educativa Local, San Martín. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 4(2), 738-756. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v4i2.112
- Hernández Aguilar, B., Chávez Cevallos, E., Torres Marín, J. de la C., & Torres Ramírez, A. (2017). Evaluación de un programa de actividad físico-recreativa para el bienestar físico-mental del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(4)
- Hernández-Huayta, J., Chávez-Meneses, S., & Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 680-688.
- Lambiase, S., Tolli, M., González Cuzi, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *PSIUC Revista de Psicología*, (6).
- Limón-Aguilera, H. (2024). Crisis existenciales, soledad y consumo de alucinógenos: Conceptualizaciones y dinámica en adultos jóvenes. *Revista Ciencia & Sociedad*, 4(3), 301-315.
- Lobos-Rivera, M. E., Ramírez Catacho, J. C., Chacón Andrade, E. R., & Ventura Romero, J. M. (2024). *Escala de Miedo a la Soledad: Primeras evidencias psicométricas en El Salvador*. *Veritas & Research*, 6(1), 79-87.
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432-437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>

- Mendoza Molina, M., Luna Buitrago, L. M., Abaunza Forero, C. I., Paredes Álvarez, G., & Bustos Benítez, P. (2016). *Siempre hay tiempo. Atención al adulto mayor privado de la libertad en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. <https://doi.org/10.12804/se9789587387575>
- Mesa Trujillo, D., Valdés Abreu, B. M., Espinosa Ferro, Y., Verona Izquierdo, A. I., & García Mesa, I. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e1256.
- Meza-Paredes, J., Aguilar-Rabito, A., & Díaz, A. (2020). Calidad de vida en ancianatos de zonas periurbanas de Asunción, Paraguay. *Revista de la Sociedad Científica del Paraguay*, 25(1), 6-19. <https://doi.org/10.32480/rscp.2020-25-1.6-19>
- Mohan, G., & Lyons, S. (2022). High-speed broadband availability, Internet activity among older people, quality of life and loneliness. *New Media & Society*, 26(5),
- Molas-Tuneu, M., Jerez-Roig, J., Minobes-Molina, E., Coll-Planas, L., EscribàSalvans, A., Farrés-Godayol, P., Yildirim, M., Rierola-Fochs, S., Goutan-Roura, E., Bezerra de Souza, D. L., Skelton, D. A., & Naudó-Molist, J. (2023). Social and emotional loneliness among older people living in nursing homes in Spain: A crosssectional study. *Anales de Psicología*, 39(3), 465-477. <https://doi.org/10.6018/analesps.530641>
- Monroy, L. N., & Pérez, M. A. (2020). Determinantes de la calidad de vida en América Latina: un modelo panel para el índice de desarrollo humano 2012-2018. *Visiones*, 3, 43-51.
- Moreno García-Conde, C., Rodríguez López, M., Bayón González, C., & Bueno-Guerra, N. (2020). Autoestima y soledad según el momento de estancia en prisión. *XI Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense*.

- Murillo Delgado, C. J., Calderón Muñoz, A. C., Icaza Valencia, H. J., & Sánchez Bazantes, L. C. (2023). El desarrollo urbano sostenible en América Latina.
- Núñez Lira, L. A., Núñez Untiveros, J., Vigo Ayasta, E. R., Ruiz Gutiérrez, J. G., Rengifo Lozano, R. A., & Diaz Dumont, J. R. (2020). Impacto de las políticas sociales en la calidad de vida del adulto mayor. *Información, Tecnología y Empresas*, 5(1), 122-144.
- Oñate-Núñez, J. A., & Gavilanes-Manzano, F. R. (2022). Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 9718-9736. [https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4097​;:contentReference\[oaicite:3\]{index=}](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4097​;:contentReference[oaicite:3]{index=})
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Measuring Quality of Life: The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHOQOL-100 and the*
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25.
- Patiño Guerrero, S. M., & Vásquez Erazo, E. J. (2022). Estrategias de sostenibilidad en adultos mayores con discapacidad para la inclusión social y el desarrollo integral. *PACHA Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 3(9), e210136. <https://doi.org/10.46652/pacha.v3i9.136>
- Pinargote Pisco, D. M., & Chávez Vera, M. D. (2020). Conductas de riesgo en el adulto mayor en situación de abandono de Portoviejo-Manabí-Ecuador. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.

- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Ramírez-Coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E., & González-León, F. M. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la calidad de vida: Revisión sistemática. *Archivos*
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9-14.
- Rojo Pérez, F. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. ISBN 9788492937127, 8492937122.
- Ruiz-Alban, D. A., Tigse-Ugsha, S. C., Cabezas-Mejía, M. E., & Muñoz-Atiaga, D. R. (2021). El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 1053-1070. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
- Salgado, M., Madureira, J., Mendes, A. S., Torres, A., Teixeira, J. P., & Oliveira, M. D. (2020). Environmental determinants of population health in urban settings: A systematic review. *BMC Public Health*, 20, 853. <https://doi.org/10.1186/s12889-02008905-0>
- Salinas-Rehbein, B., & Cancino, M. (2020). Contacto social en personas mayores en tiempos de pandemia. *Revista Médica de Chile*, 148(11), 1695-1704. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001101695>

- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A., & Rivera Álvarez, J. M. (2024). Socioeconomic status, loneliness, and depression among older adults: A cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatrics*, *24*, 361. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>
- Szydło, R., Wiśniewska, S., & Ćwiek, M. (2021). Multidimensional Inventory of Students Quality of Life—MIS-QOL. *Sustainability*, *13*(1), 60. <https://doi.org/10.3390/su13010060>
- Torres, Z., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2024). Understanding the effect of loneliness on quality of life in older adults from longitudinal approaches. *Psychosocial Intervention*. Advance online publication. <https://doi.org/10.5093/pi2024a11>
- Valenzuela García, N. (2021). *El delito de sexting frente al derecho a la intimidad: Una aproximación al concepto desde una perspectiva jurídico-criminológica*. *Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad*, *7*(E), 1-17.
- Van Tilburg, T. G. (2021). Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *The Gerontologist*, *61*(7), e335–e344. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082>
- Vargas Roque, L. A. (2022). Importancia de la Gerontología en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*. *Salud y Vida*, *6*(11). <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i11.1585>
- Velásquez-Pérez, Y., Rose-Parra, C., Cervera-Manjarrez, N., & Oquendo-González, E. J. (2023). Inteligencia emocional, motivación y desarrollo cognitivo en estudiantes. *CIENCIAMATRIA: Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *39*(8)
- Vicente Arruebarrena, A., & Sánchez Cabaco, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, *19*, 15-29.

Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., & Hernández Chamorro, S. (2018). *El reto de la soledad en la vejez*. Zerbitzuan, (66), 61-73. <https://doi.org/10.5569/11347147.66.05>

Zambrano Vélez, T. F., Álvarez Thais, L., Troncoso Saverio, C. J., & Ponce Alencastro, J. A. (2024). *Avances en la tecnología asistiva para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. Revisión actualizada en el contexto latinoamericano*. Universidad Técnica de Manabí. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9450

Zúñiga Ruiz de Loizaga, M. (2020). *La comunidad del siglo XXI. Un marco interpretativo desde la perspectiva del Trabajo Social*. Cuadernos de Trabajo Social, 33(1), 197-207. <http://dx.doi.org/10.5209/cuts.64416>

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE SELECCIÓN DE OPCIÓN DE TITULACIÓN



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Seréis mis testigos

AMBATO

Escuela Psicología

ANEXO I. – SOLICITUD DE SELECCIÓN DE OPCIÓN DE TITULACIÓN

FACULTAD PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLGÍA

Ambato, 11 de marzo 2024

Sr. /Sra.
Lucia Almeida Márquez
DIRECTORA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

De mis consideraciones:

Yo, Gabriel Mateo Martínez Núñez portador de la cédula de ciudadanía N° 1805466966 matriculado en la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica, comunico a usted que elijo de manera voluntariamente la siguiente opción de titulación para el desarrollo de la Unidad de Integración Curricular planificada para el último nivel de mi plan de estudios.

a. Desarrollo del trabajo de integración curricular	de	Propuesta teórica, teórico-práctica o práctica, según las modalidades establecidas en cada plan de estudios, que contengan los resultados de una investigación exploratoria diagnóstica, una base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta. El trabajo de integración curricular deberá guardar correspondencia con los aprendizajes adquiridos en la carrera y utilizar un nivel de argumentación coherente con las convenciones académicas del respectivo campo del conocimiento y el perfil de egreso de la correspondiente carrera.	X
b. Examen de carácter complejo.	de	Instrumento evaluativo que consiste en una evaluación teórica, práctica o ambas, articulada al perfil de egreso de la carrera, con el mismo nivel de complejidad, tiempo de preparación y demostración que el trabajo de integración curricular. Su concepción permitirá que el estudiante pueda demostrar el dominio de las competencias profesionales integrales desarrolladas a lo largo de su formación curricular	

Atentamente,

Firma del Estudiante (como firma en la cédula)



ANEXO 2. CARTA DE SOLICITUD PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD TUNGURAHUA N°1.

Mg.
Mario Muñoz
DIRECTOR DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD TUNGURAHUA N°1
Presente

Ambato, 08 de agosto de 2024

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo. Yo, Gabriel Mateo Martínez Núñez con cédula 1805466966; estudiante de 8vo semestre de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Sede Ambato, con el propósito de desarrollar el estudio investigativo: "Percepción de la Calidad de Vida y Soledad en Adultos Mayores Privados de Libertad", me dirijo a Ud., para solicitarle de la manera más comedida, su autorización para la aplicación de instrumentos de evaluación dirigido a los adultos mayores que residen en el área de Gerontología del Centro de Privación de Libertad Tungurahua N.º 1. La información recabada constituirá una base para futuras propuestas de intervención.

A continuación, se describe los instrumentos a aplicar:

- Ficha Sociodemográfica
- Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD
- Escala de soledad ESTE

Cabe indicar que, la aplicación de los instrumentos se realizará de manera presencial y la información que se recoja será de carácter anónimo y de estricta confidencialidad. No se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de la investigación.

Desde ya expreso mi más sincero agradecimiento por su valiosa colaboración

Adjunto, instrumentos de aplicación.

Atentamente,

Gabriel Martínez
Estudiante

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DE ESTUDIO INVESTIGATIVO EN EL PABELLÓN GERONTOLÓGICO CPL TUNGURAHUA N1



Memorando Nro. SNAI-CPLT1-2024-0841-M

Ambato, 12 de agosto de 2024

PARA: Vanessa Stephanny Salazar Carguacundo
Técnico

ASUNTO: AUTORIZACION ESTUDIO INVESTIGATIVO ESTUDIANTE
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA SEDE AMBATO EN EL
PABELLON GERONTOLOGICO CPL TUNGURAHUA N1

De mi consideración:

Conforme solicitud adjunta emitida por el estudiante Gabriel Mateo Martínez Núñez con cédula de identidad número 180546696-6 de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato PUCESA del octavo semestre de la carrera de Psicología Clínica en el que solicita el permiso respectivo con el propósito de desarrollarle el estudio investigativo: **"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LA LIBERATDAD"**, a desarrollar en el pabellón Gerontológico del CPL Tungurahua N° 1; como apoyo y ayuda en la aplicación de reactivos (TEST) a las PPL adultas mayores, ingresara la estudiante María José Mayorga Vargas con cedula de identidad número 180530710-3.

DIAS: LUNES A VIERNES (una semana)
HORARIO: 09:00 HASTA LAS 12:00

Al respecto una vez revisado el cumplimiento de los requisitos formales SE AUTORIZA el desarrollo de la actividad antes descrita.

Se delega la licenciada Vanesa Salazar para que realice el acompañamiento respectivo y brinde las facilidades del caso.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mario Vinicio Muñoz Vasco
DIRECTOR DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD TUNGURAHUA 1

Anexos:
- solicitud_pucesa0576906001723512610.pdf


ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado

Reciba un cordial y atento saludo, con el propósito de realizar un estudio titulado: **"Percepción de Calidad de Vida y Soledad en Adultos Mayores Privados de Libertad"**, a cargo del Sr. Gabriel Mateo Martínez Núñez, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Se solicita muy comedidamente su consentimiento para participar en el presente trabajo investigativo, para lo cual deberá responder a los cuestionarios que se presentan a continuación. Cabe recalcar que, la información será anónima y de estricta confidencialidad. Su aporte es muy significativo y contribuirá al planteamiento de futuras propuestas de intervención.

Si usted acepta participar en este proyecto investigativo, complete los datos solicitados.

PH
12-09-2017


ANEXO 5. FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA

FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad _____

Lugar de procedencia: _____

DATOS SOCIO FAMILIARES

Estado Civil

Soltero 1	Casado 2	Separado 3	Divorciado 4	Unión Libre 5	Viudo 6

Mantiene contacto con la familia: 1 SI 2 NO*En la siguiente sección de ser necesario marque con una X más de una respuesta*

<i>Conformación del núcleo familiar:</i>	Esposa <input type="checkbox"/>	Esposo <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Solo <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>
	Hermanos <input type="checkbox"/>	Otros: _____				

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Cómo calificaría la relación con su familia

Muy Buena 4	Buena 3	Regular 2	<u>Mala 1</u>

DATOS INSTITUCIONALES**Situación intracarcelaria**

+

	Muy adecuada 4	Aceptable 3	Regular 2	Inadecuada 1
Alimentación				
Espacios físicos				
Higiene				
Sueño y descanso				
Relación con los demás internos				
Relación con funcionarios				
Atención médica				
Atención psicológica				

□

Contacto con el mundo exteriorRecibe visitas 1 SI 2 NO

¿Quién lo visita?

Familiares	Amistades	Voluntarios	Religiosos	Ninguno	Otros

¿Cada cuánto tiempo recibe visitas? _____

¿Cuenta con apoyo familiar en situaciones difíciles? 1. SÍ 2. NO

ASPECTO ACADÉMICO Y LABORAL

• Instrucción:	Primaria 1	Secundaria 2	Superior 3	Sin estudios 4

¿Cómo calificaría su situación socioeconómica?

Muy Buena 4	Buena 3	<u>Regular</u> 2	<u>Mala</u> 1

- **Ocupación dentro de la institución:**

¿En qué talleres participa?

Culturales	Deportivos	Artísticos	Educativos

Manualidades	Psicoeducativos	Recreativo	Ninguno	Otros

ÁREA DE SALUD

¿Presenta alguna enfermedad? SI ___ NO ___

¿De qué padece? _____

Tiene acceso a servicios de salud SI ___ NO ___

Recibe tratamiento SI ___ NO ___

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHQOL -OLD

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-OLD

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" en la respuesta que mejor considere para cada pregunta.

1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?



2. ¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?



3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?



4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?



5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?



6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?



7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?



8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?



9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?



Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

10. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?



12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?



13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?



14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?



Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?



16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?



17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?



19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?



20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?



Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?



22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?



23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?



24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?



ANEXO 7. ESCALA DE SOLEDAD ESTE

ESCALA DE SOLEDAD ESTE

INSTRUCCIONES: Por favor, lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y seleccione la opción que mejor describa con qué frecuencia ha experimentado cada situación. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es su experiencia personal.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					

17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN