

Impacto del aislamiento social en el deterioro cognitivo de adultos mayores residentes de centros gerontológicos

Impact of social isolation on cognitive decline in older adults living in Geriatric Centers

<https://doi.org/10.5281/zenodo.16913677>

AUTORES: Alex Joseph Bravo Rivas^{1*}

Tania Lizbeth Herrera Changoluisa²

Daniela Daney Maliza Cerezo³

Tyron Damian Alban Alvear⁴

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: abravor@fcjse.utb.edu.ec

Fecha de recepción: 15 / 07 / 2025

Fecha de aceptación: 04 / 08 / 2025

RESUMEN

El envejecimiento es una etapa del desarrollo humano que conlleva riesgos que afectan a su salud y calidad de vida, uno de estos riesgos es el aislamiento social (AS) que suelen presentar los adultos mayores (AM) residentes de centros gerontológicos, y que puede ser incidente en el desempeño de áreas importantes como la cognitiva. Por tal razón, este estudio correlacional transversal plantea establecer el impacto asociativo que puede tener el AS en el deterioro cognitivo (DC) de los AM, para aquello se utiliza una muestra de 101 participantes residentes de los centros gerontológicos de las ciudades de Babahoyo y Montalvo. Dentro de los

¹ <https://orcid.org/0009-0002-8748-5196>, Universidad Técnica de Babahoyo, abravor@fcjse.utb.edu.ec

² <https://orcid.org/0009-0001-1043-5994>, Universidad Técnica de Babahoyo, therrera@fcjse.utb.edu.ec

³ <https://orcid.org/0009-0006-0302-4739>, Universidad Técnica de Babahoyo, dmaliza056@fcjse.utb.edu.ec

⁴ <https://orcid.org/0009-0008-8162-4494>, Universidad Técnica de Babahoyo, talban334@fcjse.utb.edu.ec,

resultados obtenidos, se evidencian niveles altos de AS en su mayoría (62%) por medio de la escala de soledad UCLA, la existencia de DC (53%) por medio del test MMSE y una nula asociación estadística entre ambas variables bajo la prueba Chi cuadrado ($\chi^2=9,55$; $p=0,145$). De tal manera, aunque no exista un grado de asociación significativo, se hace imperativo la intervención psicológica ante la presencia de AS y DC en esta muestra prioritaria.

Palabras clave: Aislamiento social, deterioro cognitivo, adulto mayor, envejecimiento, centro gerontológico.

ABSTRACT

Aging is a stage of human development that involves various risks affecting health and quality of life. One such risk is social isolation (SI), frequently observed among older adults (OAs) residing in geriatric care centers, which may impact essential domains such as cognitive functioning. For this reason, the present cross-sectional correlational study aims to examine the associative impact of SI on cognitive decline (CD) in older adults. The study was conducted with a sample of 101 residents from gerontological centers located in the cities of Babahoyo and Montalvo. The results revealed high levels of social isolation in the majority of participants (62%), assessed through the UCLA Loneliness Scale, and the presence of cognitive decline (53%), measured using the MMSE test. However, no statistically significant association was found between the two variables, according to the Chi-square test ($\chi^2 = 9.55$; $p = 0.145$). Despite the lack of statistical significance, the co-occurrence of SI and CD in this priority group highlights the urgent need for psychological intervention.

Keywords: Social isolation, cognitive decline, older adults, aging, geriatric care center.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una realidad creciente en cualquier parte del mundo, ya que a través del tiempo se previsualiza un crecimiento de 4,2% de la población de tercera edad en los años 70 a un 16% en el año 2050 (Parada et al., 2022); y con ello aumenta la preocupación por las condiciones de vida que afectan la salud mental y la calidad de vida de los AM. Entre estas condiciones, el DC toma una gran relevancia, ya que este grupo de edad

es el principal factor de riesgo de esta alteración vinculados directamente con el estilo de vida y trastornos médicos adquiridos o hereditarios, otros factores de riesgo modificables son la inactividad física y el AS (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020), este último abordado en el presente trabajo, ya que al ser un factor modificable, es importante escudriñar su evaluación para ejercer futuras intervenciones a partir de los resultados obtenidos.

El DC se considera una alteración cognoscitiva que compromete de forma significativa las habilidades mentales de memoria, atención, pensamiento, lenguaje y razonamiento, si bien se considera la antesala de una demencia, está definida como un síndrome deviniendo del DC junto a otros síntomas con afecciones más comprometedoras (OPS, 2020).

Esta alteración también es abordada desde el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), incurriendo a los términos de Trastorno Neurocognitivo Menor en vez de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Trastorno Neurocognitivo Mayor en vez de Demencia, si bien ambos detallan un descenso en funciones cognitivas complejas como la atención, la memoria, el lenguaje, la cognición social, la percepción motora y la función ejecutiva, basado en reportes del propio paciente o personas adyacentes, diferenciándose en que el primero, las capacidades deterioradas no interfieren potencialmente en la autonomía ni en la cotidianidad del AM, y en el segundo sí (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Por otro lado, el AS y la soledad, aunque conceptualmente diferentes, están ligadas por naturaleza debido a que ambas son formas de desconexión social; si bien el primero, significa el estado objetivo de escasos roles e interacciones con la sociedad, de forma que constituye la dimensión vertebral de la desconexión social; y el segundo, interpreta la manera subjetiva poco agradable que deviene de la ausencia percibida de esta conexión social. Este fenómeno afecta a todo tipo de persona de cualquier edad con prevalencias similares en todas las regiones, sin embargo, incide de forma importante a uno de cada cuatro AM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Este fenómeno de AS ha ido creciendo exponencialmente con la pandemia global Covid-19, donde se inquirió el AS como estilo de vida a conveniencia de protección sanitaria, sobre todo en esta población de adultos (Russo et al., 2021).

Desde una perspectiva fisiológica, Martínez (2015) señala que el AS no solo se relaciona con la percepción subjetiva de soledad, sino que también desencadena respuestas biológicas

adversas, como la alteración del sistema inmunológico y un incremento en la producción de hormonas del estrés. Cuando estas respuestas se mantienen en el tiempo, elevan el riesgo de enfermedades crónicas y aceleran el deterioro de las funciones cognitivas. Complementando esta visión, Cacioppo y Hawkley (2009) demostraron que el AS prolongado activa de forma sostenida el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo cual incrementa los niveles de cortisol. Esta hormona, cuando se encuentra elevada de manera crónica, puede inducir la degeneración del hipocampo, una estructura cerebral clave para los procesos de memoria y aprendizaje.

Si bien las investigaciones ejercidas por la OPS (2020) establece antecedentes que catalogan la actividad social como factor predictivo del bienestar general, enfatizando que una infrecuente interacción social y soledad se asociaba a una mayor incidencia de DC y demencia, pero resaltando que su evidencia es insuficiente.

De lo anterior, algunos estudios de revisión sistemática que abordan este impacto, llegan a establecer una causa predictiva del AS o soledad sobre el DC, asociándose en un declive cognitivo de los dominios de orientación, atención y memoria; e incluso, presentándose como un factor de estrés crónico, resultando en un aumento del cortisol y una disminución en la actividad cortical global (Abarca, 2024; Hervás y Sánchez, 2024; Palma y Escarabajal, 2021; Cando et al., 2024; Soto y Mosquera, 2024; Valencia y Sanhueza, 2023). Sin embargo, también hay que comprender que este impacto está conexo a variables del entorno individual y cultural, motivo que tiende a variar la incidencia en diversas poblaciones (Arruebarrena y Sánchez, 2020).

Por otro lado, el estudio de Tapia y Castrejón (2023) analiza la relación entre el AS y soledad en el DC presentes en una muestra seleccionada de 8087 AM mexicanos con edades de ≥ 60 , según su condición de residencia rural o urbana, utilizando datos de la encuesta ENASEM; sus resultados mostraron que el 13,05% presentó DC, con mayores proporciones en mujeres y residentes rurales, y a través de modelos de regresión logística, se identificó que los AM con altos niveles de soledad (≥ 6) tenían hasta un 66% más de propensión a presentar DC, mientras que quienes presentaban AS intenso duplicaban su riesgo respecto a quienes no estaban aislados.

Otro estudio correlacional en España, realizado en ocho centros residenciales de atención sociosanitaria en la provincia de Pontavedra, tuvo como objetivo conocer la prevalencia del

DC y las patologías asociadas, así como su relación con variables sociodemográficas en una muestra de 390 AM de nuevo ingreso, de las cuales el 80% presentaban DC, siendo más prevalente en el sexo femenino (86%) y en personas sin estudios o con nivel primario (87%), los autores llegan a concluir que la edad avanzada, el bajo nivel educativo y el sexo femenino se asocian con una mayor prevalencia de DC (Mosquera et al., 2023)

En el contexto nacional, observamos como antecedente el estudio correlacional de Ortiz (2018) que busca determinar la relación entre soledad y el DC en una muestra de 40 AM institucionalizados de la ciudad de Ambato; entre sus resultados, se observa la presencia de DC en el 85% de la muestra evaluados con el instrumento MoCA, y niveles medios en la soledad desde 4 diferentes tipos con la escala ESTE- R, en base a esto, los autores determinan que la soledad si se relaciona con el DC en 2 de sus 4 dimensiones, como es la de tipo familiar ($R=0,574$; $p<0.01$) y la de tipo conyugal ($R=0,359$; $p<0.05$).

Frente al panorama abordado, el presente estudio se plantea el objetivo de establecer el impacto de asociación del AS en el DC de los AM residentes en los centros gerontológicos de las ciudades de Babahoyo y Montalvo, con la visión de generar evidencia que permita diseñar intervenciones efectivas para prevenir el declive cognitivo y fomentar un envejecimiento saludable dentro de estos espacios. El objetivo diseñado nos incurre a las siguientes hipótesis:

- Hipótesis de investigación (H1): El aislamiento social está estrechamente asociado de manera significativa con el deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de Babahoyo y Montalvo.
- Hipótesis nula (H0): El aislamiento social no está asociado de manera significativa con el deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de Babahoyo y Montalvo

METODOLOGÍA

El cimiento de esta investigación se basa en un enfoque cuantitativo, construido con un diseño no experimental de alcance correlacional, el corte temporal transversal bajo un modelo planteado desde lo metodológico por los autores Hernández y Mendoza (2018), que basado en esta estructura propuesta, se estudian las variables establecidas, el AS y el DC, sobretodo

en este tipo de muestra, se describen sus resultados y se busca a través del objetivo planteado y la naturaleza que amerite, la correlación o asociación de los resultados de estas entidades o fenómenos propuestos. El diseño transversal empleado se limita a no establecer relaciones causales entre el AS y el DC, por tanto, se elude la causalidad directa entre las variables.

La población está conformada por la cantidad de 120 AM residentes de los centros gerontológicos de las ciudades de Babahoyo y Montalvo, de aquí, se estableció la muestra de 101 AM por medio de la aplicación de la fórmula de muestra para poblaciones finitas (Tabla 1), posteriormente se realizó la selección aleatoria simple a la muestra ya establecida. En la presente muestra se limita geográficamente a no generalizar los resultados a otras regiones o contexto socioculturales.

Tabla 1

Tamaño de la muestra por medio de la fórmula de muestreo para poblaciones finitas

Simbología y datos	Aplicación de la fórmula
n = Tamaño de la muestra.	$n: \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(e^2 \cdot (N - 1)) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$
N = Tamaño de la población (120 AM).	
Z = Valor según el nivel de confianza (96%⇒2,05)	$n: \frac{120 \cdot 2,05^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04^2 \cdot (260 - 1)) + (2,05^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5)}$
p = Proporción estimada de éxito (0,5)	
q = Complemento de p (0,5)	$n: 101$
e = Margen de error (4%⇒0,04)	

Fuente: Elaborada por los autores

Las técnicas e instrumentos se utilizaron en función del objetivo planteado y la naturaleza de la investigación; en tal caso, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura correspondiente a las variables establecidas en cuanto al margen teórico-metodológico de las mismas, para aquello se usaron bibliotecas virtuales desde diferentes directorios y motores de búsqueda; también se utilizó la técnica de recolección de datos mediante la aplicación de pruebas como la Escala de soledad de la UCLA y el Mini-Mental State Examination (MMSE); posteriormente, se realiza el análisis de resultados mediante el tratamiento de datos

(organización y tabulación) con el programa ofimático Excel, y la asociación de resultados aplicando la prueba Chi cuadrado con la aplicación Jamovi.

La Escala de soledad de UCLA (Universidad de California, Los Ángeles) es un instrumento psicométrico desarrollado por Russell, Peplau, y Ferguson, está compuesta por 20 ítems que exploran la frecuencia con la que los individuos experimentan sentimientos relacionados con la soledad, utilizando una escala de tipo Likert de 4 puntos (1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: frecuentemente), para obtener la puntuación total, se invierten las respuestas de los ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 y 20, y luego se suman todos los valores, con un rango total posible de 20 a 80 puntos, en donde puntuaciones más altas indican un mayor grado de soledad (Vázquez y Jiménez, 1994). Si bien, al basarse en la percepción subjetiva del AM, existe la limitación que podría generar sesgos en las respuestas, especialmente si el participante atraviesa un estado emocional alterado o que afecte su autopercepción.

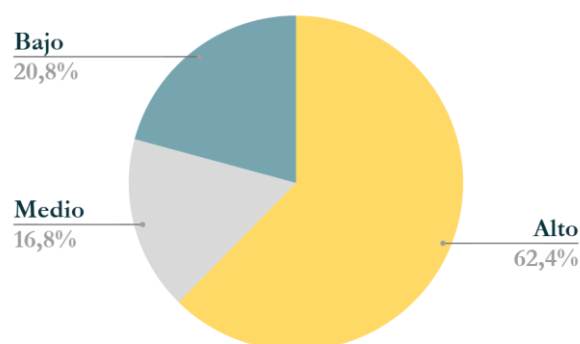
Por otro lado, el Mini-Mental State Examination (MMSE), o también en español como Mini Examen del Estado Mental, desarrollado por Folstein et al. (1975), es un instrumento neuropsicológico ampliamente usado para detectar, cuantificar, y monitorear posibles alteraciones cognitivas en AM, evaluando dominios como la orientación, memoria, atención, lenguaje y habilidades visoespaciales. La prueba consta de un total de 30 puntos distribuidos entre distintas tareas, una puntuación inferior a 24 denota un posible DC, aunque se deben considerar factores como la edad y el nivel educativo del evaluado.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la muestra obtenidos con la escala UCLA y el test MMSE. Con respecto al primer instrumento, la escala UCLA evaluó los diferentes niveles de AS como se observa en la Figura 1.

Figura 1:

Resultados generales de los niveles de aislamiento social



Fuente: Elaborado por los autores

Según los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de AM datan niveles altos de AS (62%), una menor cantidad representan los niveles bajos (21%) y la minoría de la muestra niveles medios (17%); de aquello, se interpreta una alta prevalencia de AS, indicando que más de la mitad de la muestra lo presenta, y que estos no satisfacen la capacidad de interacción social que ameritan, limitando este concepto y llevándolos probablemente a un impacto en su bienestar.

Dentro de este contexto, se analizan específicamente los ítems que valoran el AS con los que se identifican los AM, resultados que se estructuran en la Tabla 2.

Tabla 2:

Resultados por ítems del aislamiento social

Ítems	Frecuente	Algunas veces	Raras veces	Nunca
Sintonizo (me llevo bien) con la gente que me rodea	70	16	8	7
Me falta compañía	53	20	13	15
No tengo a nadie con quien yo pueda contar	22	37	17	25
Me siento solo/a	54	19	12	16
Me siento parte de un grupo de amigos/as	43	31	8	19
Tengo muchas cosas en común con la gente que me rodea	26	33	23	19
No tengo confianza con nadie	26	14	21	40
Mis intereses e ideas no son compartidos por las personas que me rodean	27	32	33	19
Soy una persona abierta (extrovertida)	45	26	17	13
Me siento cercano/a de algunas personas	29	48	13	11
Me siento excluido/a, olvidado/a por los demás	45	19	8	29
Mis relaciones sociales son superficiales	27	16	13	45

Pienso que realmente nadie me conoce bien	42	26	17	16
Me siento aislado/a de los demás	45	18	10	28
Puedo encontrar compañía cuando lo necesito	30	40	11	20
Hay personas que realmente me comprenden	32	39	16	14
Me siento infeliz de estar tan aislado/a	37	22	17	25
La gente está a mi alrededor pero no siento que esté conmigo	36	24	23	18
Hay personas con las que puedo charlar y comunicarme	47	28	13	13
Hay personas a las que puedo recurrir	37	27	14	23

Fuente: Elaborado por los autores

Los datos distribuidos evidencian que una proporción importante de los participantes reporta déficit en la calidad de sus relaciones sociales; por ejemplo, el ítem "Me falta compañía" fue respondido como "frecuentemente" por el 53 % de los encuestados, lo cual sugiere una alta percepción de soledad emocional; del mismo modo, "No tengo a nadie con quien yo pueda contar" obtuvo también un 50 % de respuestas en esa misma categoría, reflejando una ausencia de redes de apoyo significativas.

En cuanto a la percepción de pertenencia social, se observa que "Me siento parte de un grupo de amigos/as" fue respondido negativamente con un 36 % en la opción "nunca" y un 28 % en "raras veces", lo que revela un débil sentido de integración grupal. Asimismo, un 35 % expresó sentirse aislado/a de los demás "frecuentemente", lo que refuerza la presencia de un aislamiento tanto objetivo como subjetivo.

La falta de vínculos de confianza también es un aspecto crítico, ya que el ítem "No tengo confianza con nadie" recibió un 26 % en la opción "frecuentemente", y un 14 % en "algunas veces", lo cual denota dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas.

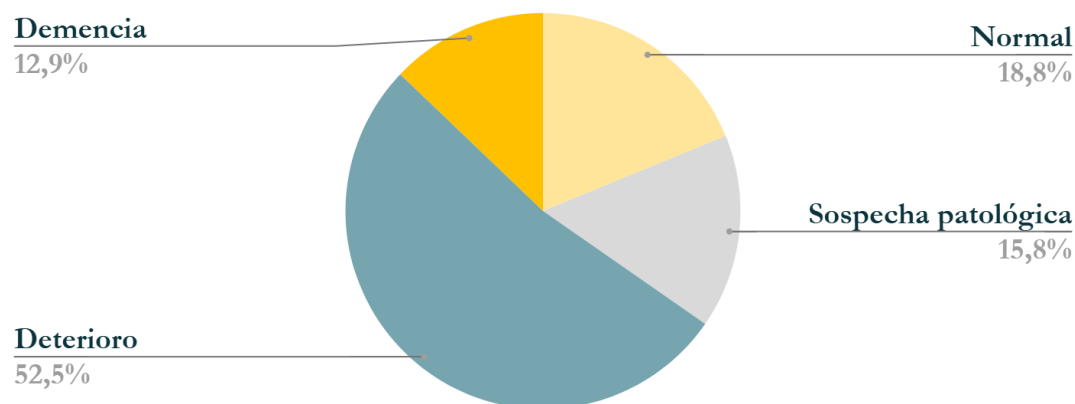
En contraste, algunos ítems muestran una menor percepción de aislamiento; por ejemplo, "Hay personas a las que puedo recurrir" y "Hay personas con las que puedo charlar y comunicarme" fueron respondidos como "frecuentemente" por el 37 % y el 47 %, respectivamente. Esto podría indicar que, si bien hay una fuerte presencia de aislamiento, algunos AM aún conservan lazos sociales funcionales, aunque quizás no suficientes para contrarrestar completamente la sensación de soledad.

Por otra parte, el ítem "Me siento excluido/a, u olvidado/a por los demás" fue marcado "frecuentemente" por el 29 %, lo que da cuenta del impacto emocional negativo derivado de la desconexión social, un factor directamente relacionado con el DC en AM.

En orden con el segundo instrumento aplicado, el test MMSE para evaluar psicométricamente el DC de los AM, se observan los resultados por categorías en la Figura 2.

Figura 2:

Resultados generales del deterioro cognitivo



Fuente: Elaborado por los autores.

Los datos distribuidos nos indican que más de la mitad de los AM (52,5 %) presentan DC, una cifra que refleja una afectación significativa en funciones mentales superiores, que es lo que construyen los resultados de este test, como la memoria, la atención, el lenguaje y la orientación; si bien, este grupo representa a aquellos que, aunque aún no presentan una demencia instalada, ya manifiestan un descenso funcional claro en su desempeño cognitivo. En segundo lugar, se observa que un 18,8 % de los participantes se encuentra en el rango normal, lo cual indica que una pequeña proporción de la muestra conserva sus capacidades cognitivas dentro de los parámetros esperados para su edad. Asimismo, un 15,8 % muestra sospecha patológica, es decir, niveles limítrofes que podrían evolucionar hacia un deterioro más severo si no se interviene a tiempo, un grupo que es clave para la detección temprana, ya que representa una etapa crítica en la que las intervenciones preventivas aún pueden resultar efectivas. Finalmente, el 12,9 % de los AM presenta demencia, una condición más avanzada y clínicamente significativa del DC, con implicaciones profundas en la autonomía, funcionalidad y calidad de vida de los afectados.

Ya establecidos los resultados generales para cada variable, se emprende la aplicación de pruebas para asociar ambas tendencias, en donde se aplica la prueba Chi cuadrado para obtener en primera instancia la tabla de contingencia para las categorías de ambas variables (Tabla 3) y posteriormente los resultados estadísticos de asociación de la prueba (Tabla 4).

Tabla 3:

Tabla de contingencia

Nivel de AS	DC				Total
	Normal	Sospecha patológica	Demencia	Deterioro	
Bajo	7	2	0	12	21
Medio	3	4	1	9	17
Alto	9	10	12	32	63
Total	19	16	13	53	101

Fuente: Elaborado por los autores

En la Tabla 3 se presenta la tabla de contingencia que cruza los niveles de AS con las categorías del DC en una muestra de 101 AM. A partir de estos datos, se aplicó una prueba estadística de Chi cuadrado (χ^2) para evaluar la posible asociación entre ambas variables. Según los resultados de la Tabla 4, se obtuvo un valor de $\chi^2 = 9.55$ con 6 grados de libertad y un valor de significancia $p = 0.145$.

Tabla 4:

Prueba de asociación χ^2 entre ambas variables

Pruebas de χ^2	Valor	Gl	P
χ^2	9.55	6	0.145
N	101		

Fuente: Elaborados por los autores

Desde el punto de vista estadístico, este valor no es significativo ($p > 0.05$), lo cual indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de AS y el grado de DC en esta muestra de AM.

No obstante, desde una perspectiva descriptiva y clínica, es importante considerar algunos patrones observados; por ejemplo, dentro del grupo con AS alto, un 51 % (32 personas) presenta deterioro, y 10 personas más están en la categoría de demencia. Por otro lado, en el

grupo con aislamiento bajo, aunque hay mayor proporción de casos normales (7), también se evidencian 12 personas con deterioro.

El análisis de los resultados nos permite inferir que, si bien no se demuestra una relación significativa desde el análisis inferencial, los datos sí muestran tendencias clínicas y sociales relevantes, donde los AM con mayores niveles de AS tienden a presentar peores puntuaciones cognitivas.

DISCUSIÓN

Los estudios previos nos dan una tendencia de respuesta significativa para contrastar y comparar con los emitidos en la presente investigación, ya que de forma predictiva se evidencia la presencia considerable de AS y DC en la muestra de este estudio y en la de los antecedentes, enmarcado por las consideraciones ya expuestas por la OPS (2020) y Arruebarrena y Sánchez (2020) que manifiestan que aunque naturalmente se considere al AS como un factor predictivo y relacional directo del DC, las evidencias pueden variar debido a su naturaleza multidimensional y multifactorial.

Si bien, la mayoría de los antecedentes abordados son estudios de revisión sistemática como los expuestos por Abarca (2024), Hervás y Sánchez (2024), Palma y Escarabajal (2021), Cando et al. (2024), Soto y Mosquera (2024) y Valencia y Sanhueza (2023), donde establecen cualitativamente una relación directa o un impacto del AS o soledad sobre los dominios que aseveran un declive cognitivo, conclusiones que contraponen los resultados analizados en la muestra de estudio, porque aunque presentan niveles altos de AS (62%) y la mayoría denotan la presencia de DC (53%) y Demencia (13%), no se asocian estadísticamente las categorías de estas variables.

Asimismo, los resultados son congruentes con estudios de alcance correlacional como el Tapia y Castrejón (2023) y Mosquera et al. (2023), aunque plantean intervenciones metodológicas diferentes como modelos de regresión logística o análisis correlacional desde datos sociodemográficos preestablecidos. También, estudios del mismo contexto geográfico adyacente, como el de Ortiz (2023), presenta presencia de niveles considerables, aunque este estudio lo aborda plenamente desde la temática de la soledad, medido desde esa perspectiva en varias dimensiones.

Como se puede observar, todos los antecedentes acogidos en este estudio presentan una relación o asociación directa entre el AS y DC en poblaciones de AM, más allá de contener un diseño metodológico diferente, marca un debate importante en relación a los resultados expuestos en esta investigación que da por sentado que, al menos en esta muestra, aunque exista casos de AS y DC, sus niveles no se asocian significativamente.

Lo anterior puede deberse a que la relación entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo no es necesariamente lineal o directa en todos los contextos, es posible que existan factores protectores dentro de la muestra, como rutinas estructuradas en los centros gerontológicos, interacción mínima pero constante con cuidadores, o actividades cognitivas promovidas institucionalmente, que amortigüen los efectos negativos del aislamiento. También la ausencia de una significancia estadística entre ambas variables podría explicarse por el tamaño limitado de la muestra, así como la heterogeneidad de factores individuales, aquellos elementos podrían actuar como variables intervinientes, atenuando el impacto del AS en el DC; y aunque exista una relación clínica observable, esta no siempre se refleja de forma estadística, lo que refuerza la instancia a futuras investigaciones con enfoques multivariados y muestras más amplias.

Es preciso analizar en gran medida las limitaciones de la presente investigación, de entre las principales, se encuentra el diseño transversal del estudio, el cual impide establecer relaciones causales entre las variables, limitándose únicamente a observar asociaciones. Asimismo, la Escala UCLA utilizada para medir el aislamiento social depende de la percepción subjetiva del adulto mayor, lo cual puede estar influido por su estado emocional o su nivel de deterioro cognitivo, afectando la precisión de las respuestas. En cuanto a la muestra, esta se limitó geográficamente a dos ciudades del país, lo que reduce la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos socioculturales.

Finalmente, no se incluyeron criterios de exclusión de inclusión, ya que no se contó con diagnósticos clínicos previos que permitieran identificar de forma anticipada a participantes con demencia avanzada o trastornos psiquiátricos, fue durante el proceso de aplicación que se evidenciaron posibles signos de deterioro severo en algunos adultos mayores. No obstante, dado que los instrumentos utilizados (MMSE y escala UCLA) no sustituyen una evaluación

clínica formal, se optó por mantener los datos dentro del análisis general, reconociendo esta situación como una limitación que podría haber influido en la variabilidad de las respuestas.

CONCLUSIONES

Este estudio cumplió el objetivo de establecer el impacto de asociación del AS en el DC de los AM residentes en los centros gerontológicos de las ciudades de Babahoyo y Montalvo, en donde se identificó que la mayoría de la muestra presenta niveles altos de AS (62%) y la presencia de DC (53%) e incluso indicadores de Demencia (13%), sin embargo, el análisis de asociación detalla que no existe un grado de asociación estadísticamente significativo ($\chi^2=9,55$; $p=0,145$), lo que interpretaría la nulidad de la hipótesis planteada, donde establece que, el AS no está asociado de manera significativa con el DC de la muestra de estudio.

De aquello, se infiere que más allá del análisis establecido, se prepondera la existencia potencial de AS y DC en este grupo de atención prioritaria, ya que deben imperativamente ser considerados para una atención e intervención psicológica urgente para el mantenimiento y preservación de su salud y bienestar. Según el análisis presentado, se insta a la comunidad científica a futuras investigaciones adyacentes a este campo y las líneas de salud y bienestar de la sociedad y grupos prioritarios, considerando los resultados y limitaciones abordados en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, E. (2024). *Relación entre el sentimiento de soledad y el aislamiento social con el deterioro cognitivo de los adultos mayores: Una revisión sistemática* [Tesis de Maestría, Universidad de Salamanca]. <https://gredos.usal.es/handle/10366/156929>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Editorial Médica Panamericana
- Arruebarrena, A., Sánchez, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, 20, 5-32. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7718190.pdf>
- Cacioppo, J. T., y Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cando, R., Cevallos, T., y Espinoza, A. (2024). *La soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12999>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hervás, M., y Sánchez, A. (2024). Consecuencias de la soledad y el aislamiento en las personas mayores: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, 31(2). <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2024.100450>
- Martínez, A., y Campos, W. (2015). Correlación entre actividades de interacción social. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*, 36(3), 181-190. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inge/ib-2015/ib153d.pdf>
- Mosquera, M., González, R., y Gómez, A. (2023). Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas. *Gerokomos*, 34(3), 158-163. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300002&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Salud mental y conexión social (Informe EB156/8-ESP)*. Consejo Ejecutivo, 156ª sesión, Ginebra. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_8-sp.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52426>
- Ortiz, L. (2018). *Soledad y deterioro cognitivo* [Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato]. <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/27415>
- Palma, E., y Escarabajal, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Parada, K., Guapizaca, J., y Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Russo, M., Cohen, G., Campos, J., y Allegri, R. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad?. *Neurología Argentina*, 13(3), 159-169. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.06.003>
- Soto A, y Mosquera S. (2024). Aislamiento social y funciones ejecutivas en adultos: una revisión sistemática. *Revista Eugenio Espejo*, 18(1), 98-111. <https://doi.org/10.37135/ee.04.19.01>
- Tapia, J., y Castrejón, J. (2023). Relación entre el aislamiento social, la soledad y el deterioro cognitivo en adultos mayores en México. *Estudios De Antropología Biológica*, 21(1). <https://doi.org/10.22201/ia.14055066p.2023.82847>
- Valencia, M., y Sanhueza, O. (2023). Enfermedades asociadas a la soledad en la persona mayor: un reto social. *Enfermería Global*, 22(1), 642–668. <https://doi.org/10.6018/eglobal.514761>
- Vázquez, A., Jiménez, R. (1994) RULS: Escala de Soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/97430/1/RevPsicolSalud_6_1_03.pdf