UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

SOLEDAD, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES EN PARROQUIAS RURALES ECUATORIANAS 2025-2026: ANÁLISIS MULTIVARIADO

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: NAYELI ELIZABETH MEDINA GAHONA

DIRECTORA: ISABEL CRISTINA MESA CANO

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

SOLEDAD, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES EN PARROQUIAS RURALES ECUATORIANAS 2025-2026: ANÁLISIS MULTIVARIADO

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: NAYELI ELIZABETH MAEDINA GAHONA

DIRECTORA: ISABEL CRISTINA MESA CANO

CUENCA-ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yo, Nayeli Elizabeth Medina Gahona portadora de la cédula de ciudadanía Nº **1401430119**. Declaro ser la autora de la obra: **Soledad, depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025-2026: análisis multivariado** , sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **13 de octubre del 2026**

F: ……..

Nayeli Elizabeth Medina Gahona

C.I. **1401430119**

Universidad Católica de Cuenca

Certificación

Yo **Isabel Cristina Mesa Cano** con cédula de identidad **N°0150931400** en calidad de director del Trabajo de Titulación con el tema: **"Soledad, depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025-2026: análisis multivariado,** certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **Nayeli Elizabeth Medina Gahona**, bajo mi supervisión.

Atentamente,

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ISABEL CRISTINA
MESA CANO

Isabel Cristina Mesa Cano

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÌA

Agradecimiento

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, especialmente a la Unidad Académica de Salud y Bienestar, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente en la carrera de Enfermería. A todos mis docentes, quienes, con dedicación, paciencia y compromiso, compartieron sus conocimientos y experiencias, inculcándome valores éticos, humanos y profesionales que serán fundamentales en el ejercicio de mi profesión.

De manera muy especial, deseo expresar mi profunda gratitud a la licenciada Isabel Mesa Cano y al doctor Gustavo Moyano, quienes fueron un apoyo fundamental durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Gracias por su paciencia, comprensión y dedicación, por cada consejo, cada palabra de aliento y por brindarme su ayuda cuando más la necesitaba. Su confianza en mis capacidades, su disposición para orientarme y su compromiso hicieron que este proceso fuera más llevadero, incluso en los momentos de mayor dificultad. Más allá de compartir sus conocimientos, me brindaron la motivación y la seguridad necesarias para continuar y superar cada obstáculo. Agradezco de corazón el tiempo que me dedicaron, sus enseñanzas y el apoyo incondicional que me ofrecieron a lo largo de esta etapa. Su acompañamiento dejó una huella muy especial en mi formación académica y personal, por lo que siempre recordaré con cariño y gratitud todo lo que hicieron por mí.

DEDICATORIA

En primer lugar, agradezco a Dios, por guiar mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y acompañarme en cada etapa de este camino. Por escuchar mis oraciones, darme la sabiduría y la paciencia necesarias para superar cada obstáculo y permitirme alcanzar una de las metas más importantes de mi vida. Su presencia ha sido mi refugio en los días de incertidumbre y mi fuerza cuando sentía que ya no podía continuar.

A mi hermana Luzmila, quien ha sido mucho más que una hermana para mí, pues con su amor, sus cuidados y su entrega ha representado la figura de una segunda madre en mi vida. Gracias por estar siempre a mi lado, por preocuparte por mí, por tus consejos y por cada sacrificio que has hecho para verme salir adelante. En los momentos más difíciles encontré en ti un abrazo sincero, una palabra de aliento y la seguridad de saber que nunca estaría sola. Gracias por creer en mí cuando yo misma dudaba, por sostenerme cuando sentía que mis fuerzas se agotaban y por enseñarme que, a pesar de las dificultades, siempre hay motivos para continuar. No existen palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Este logro también es tuyo, porque detrás de cada paso que he dado siempre ha estado tu amor incondicional.

A mis hermanas Araceli, Raquel y Karina, por su cariño, comprensión y apoyo a lo largo de este camino. Gracias por estar presentes en los momentos de alegría y dificultad, por escucharme, animarme y recordarme que soy capaz de alcanzar mis sueños. A mi cuñado Jaime, por su apoyo, sus palabras de ánimo y por acompañarme durante esta etapa tan importante de mi vida. Cada uno de ustedes ha sido parte de este proceso y ha contribuido, con sus pequeños y grandes gestos, a que hoy pueda celebrar esta meta.

A mis amigos, por acompañarme durante estos años de formación, por compartir conmigo momentos de alegría, preocupación, risas y lágrimas. Gracias por escucharme en los días difíciles, por brindarme palabras de aliento cuando el cansancio parecía vencerme y por celebrar conmigo cada pequeño avance. Su amistad hizo que este camino estuviera lleno de recuerdos especiales que siempre llevaré en mi corazón.

Y, por último, pero nunca menos importante, a mi madre, Gracias por formar parte de mi historia, por los valores que me has transmitido y por ser una de las razones que me impulsan a seguir creciendo como persona y como profesional. Hoy, al mirar atrás y recordar todo lo vivido para llegar hasta aquí, comprendo que este logro no representa únicamente mis esfuerzos, sino también el cariño y el apoyo de quienes han formado parte de mi vida. Este sueño cumplido también lleva una parte de ustedes.

RELIGACIÓN
REVISTA

Soledad, depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025- 2026: análisis multivariado

Loneliness, depression, and cognitive impairment in older adults in rural Ecuadorian parishes, 2025–2026: A multivariate analysis

Nayeli Elizabeth Medina Gahona, Isabel Cristina Mesa Cano, Edison Gustavo Moyano Brito

Resumen

Identificar el vínculo entre el sentimiento de soledad y distintos indicadores de salud en adultos mayores rurales de la provincia de Cuenca, con intención de determinar qué rasgos cognitivos, emocionales, funcionales o de estilo de vida podrían estar vinculados a un mayor deterioro. Método: Se analizaron a 314 participantes (68,7% mujeres; edad media de 74,30 años ± 6,25) de tres municipios (Sinincay, Ricaurte y El Valle) usando herramientas como la Escala de Soledad de ESTE (ESTE-R), escala de depresión geriátrica de Yesavage, el Mini-Examen del Estado Cognitivo, la Escala de Tensión de Tinetti, la Escala de Funcionalidad de Lawton y Brody, la Escala de Crisis Existencial y el Perfil de Estilo de Vida para Promover la Salud se aplicó un análisis de clúster de k-means. Sin embargo, se encontró que la edad avanzada, la capacidad cognitiva reducida, el mayor riesgo de caídas y la dependencia funcional se relacionaban con un menor sentimiento de soledad, además, la depresión estuvo significativamente relacionada con un mayor sentimiento de crisis existencial y una mayor inestabilidad funcional (equilibrio y marcha). No se encontró una relación significativa entre el sentimiento de soledad y la capacidad cognitiva o la función física, la edad avanzada y los estilos de vida poco saludables parecen influir en el deterioro funcional y cognitivo estos resultados apuntan a la necesidad de implementar programas comunitarios de estilo de vida dirigidos a adultos mayores, adaptados a las características de cada grupo, con el objetivo de mejorar su bienestar físico y mental.

Palabras clave: soledad; Disfunción cognitiva; envejecimiento rural; depresión geriátrica; dependencia funcional; estilo de vida; Ecuador

---

Nayeli Elizabeth Medina Gahona
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | nayeli.medina.19@est.ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-1218-7461
Isabel Cristina Mesa Cano
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | imesac@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-3263-6145
Edison Gustavo Moyano Brito
Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | emoyanob@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-3375-8219

http://doi.org/10.46652/rgn.v11i52.1738
ISSN 2477-9083
Vol. 11 No. 52, octubre-diciembre, 2026, e2601738
Quito, Ecuador

Enviado: mayo 13, 2026
Aceptado: julio 16, 2026
Publicado: septiembre 05, 2026
Publicación Continua

CC BY NC ND

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

Abstract

To identify the link between feelings of loneliness and various health indicators among rural older adults in the province of Cuenca, with the aim of determining which cognitive, emotional, functional, or lifestyle traits might be associated with greater decline. A total of 314 participants (68.7% women; mean age 74.30 ± 6.25 years) from three municipalities (Sinincay, Ricaurte, and El Valle) were analyzed using tools such as the ESTE Loneliness Scale (ESTE-R), the Yesavage Geriatric Depression Scale, the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Tinetti Balance and Gait Scale, the Lawton and Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, the Existential Crisis Scale, and the Health-Promoting Lifestyle Profile; a k-means cluster analysis was also applied. Advanced age, reduced cognitive capacity, higher fall risk, and functional dependence were associated with lower levels of loneliness; additionally, depression was significantly linked to a greater sense of existential crisis and increased functional instability (balance and gait). No significant relationship was found between feelings of loneliness and cognitive capacity or physical function; however, advanced age and unhealthy lifestyles appear to influence functional and cognitive decline. These results highlight the need to implement community-based lifestyle programs for older adults—tailored to the specific characteristics of each group—aimed at improving their physical and mental well-being.

Keywords: loneliness; cognitive dysfunction; rural aging; geriatric depression; functional dependence; lifestyle; Ecuador

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos para los sistemas de salud, debido al incremento sostenido de enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia y alteraciones de la salud mental y cognitiva (Apostolova & Cummings, 2008). La demencia es un problema que preocupa cada vez más en todo el mundo. Se espera que el número de personas afectadas aumente mucho en las próximas décadas, sobre todo en países con ingresos bajos y medios (Bai et al., 2024). Por eso, es muy importante encontrar cosas que se puedan cambiar y que nos ayuden a mantenernos bien emocionalmente, conectados con otros y con buena memoria a medida que envejecemos la Comisión Lancet dice que el entorno social y cómo vivimos pueden ser claves para prevenir o retrasar el deterioro cognitivo y la demencia (Baptista et al., 2024).

En este contexto, la soledad percibida se considera un hecho importante para la salud de los adultos mayores, contrate con el aislamiento social, definido como un estado objetivo marcado por menos contactos, redes o participación en sociedad, la soledad es una vivencia subjetiva nacida de creer que las relaciones existentes no cumplen las necesidades o esperanzas del individuo (Boss et al., 2015) (Bristle et al., 2025), dicha diferenciación es clave, ya que alguien puede residir solo y no padecer soledad, mientras otro tiene muchos contactos y aun así siente estar solo por ello, la soledad no debe verse solo como algo ligado al volumen de intercambios sociales, sino como una realidad compleja que puede abarcar varios campos dentro de las relaciones entre personas (Camacho et al., 2025).

Lo que se observa muestra que el aislamiento podría vincularse a procesos mentales, de acción y biológicos aptos para tocar la salud mientras ocurre el envejecimiento el sentir constante de estar fuera de contacto social ha sido ligado a reacciones de tensión, modificaciones del descanso, eventos inflamatorios y ajustes en la conducta que podrían ayudar al empeoramiento del estado

físico y psíquico (Cao et al., 2023). Además, un análisis exhaustivo hallo pruebas de un vínculo entre el aislamiento y el desempeño mental en adultos mayores, aun cuando existen diferencias basadas en los rasgos de los grupos revisados y las áreas mentales (Cardona & Andrés, 2023). Trabajos a largo plazo también han conectado el aislamiento con un peligro más alto de padecer alzhéimer, lo cual apoya la urgencia de ver dicha vivencia como un factor importante dentro del bienestar mental en la edad avanzada (Chek et al., 2026).

La relación entre soledad y cognición, sin embargo, no debe analizarse de manera aislada, las alteraciones emocionales particularmente la depresión, pueden coexistir con la soledad y relacionarse simultáneamente con el funcionamiento cognitivo la literatura ha señalado que los síntomas depresivos pueden acompañarse de dificultades en diferentes procesos cognitivos y que las manifestaciones neuropsiquiátricas pueden estar presentes incluso durante etapas tempranas de deterioro cognitivo (Cunha et al., 2024).

De manera complementaria, las investigaciones sobre la relación entre experiencias de aislamiento, soledad y salud mental han mostrado que diferentes combinaciones de soledad y vivir en aislamiento pueden presentar consecuencias distintas sobre síntomas depresivos y otros indicadores de salud

Esto respalda la necesidad de evitar la consideración de la soledad como una exposición homogénea y de examinar sus diferentes configuraciones dentro de la población adulta mayor (Dhakal et al., 2025).

La dimensión subjetiva de la soledad adquiere especial importancia cuando se consideran sus diferentes componentes en las personas mayores, las experiencias de soledad pueden estar relacionadas con las relaciones familiares, conyugales y sociales, por lo que una medición multidimensional puede proporcionar una caracterización más completa que aquellas aproximaciones basadas exclusivamente en una pregunta general. En este sentido, relacionaron la percepción subjetiva de la salud cognitiva con variables de salud mental, soledad, dolor y calidad de vida, resaltando la interacción existente entre diferentes dimensiones del bienestar durante el envejecimiento (Donovan & Blazer, 2020).

El análisis de estas dimensiones permite reconocer que los adultos mayores no constituyen un grupo homogéneo y que pueden existir diferentes perfiles de vulnerabilidad psicosocial y cognitiva.

La heterogeneidad de las personas mayores también ha sido considerada mediante enfoques centrados en la persona, los cuales permiten identificar subgrupos con características similares en lugar de asumir que una única relación explica el comportamiento de toda la población demostraron la utilidad de identificar subgrupos de adultos mayores a partir de características cognitivas, neuropsiquiátricas y funcionales, evidenciando la existencia de diferentes patrones dentro de una misma población (Cunha et al., 2024). Este enfoque resulta pertinente para el estudio

de la soledad, debido a que las experiencias familiares, conyugales y sociales pueden combinarse de distintas maneras y generar perfiles diferenciados de vulnerabilidad (Fan et al., 2024).

La ruralidad constituye un contexto particularmente relevante para este análisis las personas mayores que viven en comunidades rurales pueden experimentar condiciones sociales, familiares y de acceso a servicios diferentes de aquellas observadas en entornos urbanos factores como la migración de familiares hacia ciudades, la modificación de las estructuras familiares, las limitaciones de acceso a servicios especializados y las características de las redes comunitarias pueden influir en la experiencia de soledad y en el bienestar psicológico y cognitivo. Además, estudios realizados en la población rural han mostrado que la soledad puede coexistir con limitaciones funcionales y síntomas depresivos ya que determinadas combinaciones de estas condiciones pueden configurar diferentes niveles de vulnerabilidad (Fowler Davis et al., 2024).

Aunque estos hallazgos proceden de otros contextos nacionales, permiten reconocer la importancia de estudiar conjuntamente las características sociales, funcionales y psicológicas de los adultos mayores que viven en zonas rurales.

La evidencia a nivel internacional también indica que la conexión entre soledad y cognición exhibe cierta variabilidad la revisión sistemática también identificó una asociación entre soledad y funcionamiento cognitivo en adultos mayores (Freak-Poli et al., 2022).

Mientras que investigaciones posteriores han relacionado la soledad con diferentes dominios cognitivos y con el riesgo de deterioro cognitivo. Asimismo, se ha observado que la coexistencia de soledad y otros factores psicosociales puede modificar la magnitud de estas asociaciones. Estos hallazgos apuntan a que la soledad no afecta a todos los adultos mayores por igual y que en la cognición puede depender de aspectos emocionales, físicos y sociales.

Por eso, solo fijarse en si alguien se siente solo o no podría no ser suficiente para entender bien todo asunto. Si identificamos distintos tipos de soledad, podemos ver que combinaciones de circunstancias familiares, de pareja y sociales existen luego, podemos investigar si estas combinaciones se relacionan con diferencias en la cognición, síntomas de depresión, riesgo de caídas, necesidades de ayuda para tareas diarias, crisis existenciales o hábitos de vida esto nos ayuda a ir más allá de mirar la soledad de cada persona y considerar mejor todo lo que puede pasarles a ciertos grupos de adultos mayores al mismo tiempo (Hale et al., 2026).

Aunque cada vez hay más interés en como la soledad afecta a la salud mental y las capacidades cognitivas, todavía no sabemos mucho sobre esto en las zonas rurales de América latina estos son especialmente ciertos para las personas mayores que viven en parroquias rurales en ecuador la mayoría de los estudios se han hecho en Europa, Norteamérica y Asia, así que no podemos asumir que los resultados sean los mismos en ecuador, las familias, las comunidades, la economía y el acceso a la salud son muy diferentes allí. Por eso, necesitamos investigar en ecuador para entender mejor los riesgos y crear programas de salud mental y cognitiva que se ajusten a las necesidades de esta genta (Hanfelt et al., 2011).

En consecuencia, el presente estudio tiene como objetivo identificar y caracterizar perfiles de soledad percibida en adultos mayores residentes en parroquias rurales del Ecuador mediante un análisis de agrupamiento (clustering), y examinar la relación de dichos perfiles con el estado cognitivo, la sintomatología depresiva, el riesgo de caídas, la dependencia funcional, la crisis existencial y el estilo de vida, este enfoque pretende superar la valoración aislada de la soledad y proporcionar una comprensión integral de las diferentes configuraciones psicosociales presentes en la población adulta mayor rural, aportando evidencia que pueda contribuir a la identificación temprana de grupos con mayor vulnerabilidad y al desarrollo de estrategias de atención e intervención acordes con sus necesidades (Harrington et al., 2023).

Metodología

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 314 personas adultas mayores (edad ≥ 65 años) residentes en tres parroquias rurales del cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador: Sinincay (n = 138), Ricaurte (n = 87) y El Valle (n = 89). La edad promedio fue de 74,30 años (DE = 7,58; rango 65–95). El 68,7 % de la muestra fueron mujeres (n = 217) y el 31,3 % hombres (n = 99). En cuanto a la situación de convivencia, el 69,0 % de los participantes vivía acompañado (con pareja, hijos u otros familiares) y el 28,8 % vivía solo. El 49,7 % de la muestra refirió padecer alguna enfermedad crónica y el 74,6 % refirió realizar actividad física de forma habitual. Todos los participantes dieron su consentimiento informado antes de completar los instrumentos.

Medidas

Escala de Soledad ESTE-R. Evalúa la soledad percibida en tres dimensiones: soledad familiar, soledad conyugal (o de pareja) y soledad social, además de una puntuación total. Puntuaciones más altas indican mayor soledad percibida en el dominio correspondiente.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Instrumento de cribado de sintomatología depresiva en personas mayores, con categorías de “sin depresión”, “depresión probable” y “depresión establecida”.

Mini-Examen Cognoscitivo (MEEM). Evalúa el estado cognitivo global (orientación, memoria, atención, lenguaje); puntuaciones más altas indican mejor funcionamiento cognitivo. Se clasificó a los participantes en las categorías “normal”, “sospecha patológica”, “deterioro” y “demencia”.

Escala de Tinetti. Evalúa el equilibrio y la marcha; puntuaciones más altas indican mejor desempeño motor y menor riesgo de caídas. Se clasificó el riesgo en “menor riesgo”, “riesgo de caídas” y “alto riesgo de caída”.

Índice de Lawton y Brody. Evalúa la dependencia funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, clasificando a los participantes en un continuo de "autonomía" a "dependencia total".

Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEPS-I). Evalúa seis dominios del estilo de vida: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autoactualización. Puntuaciones más altas indican un estilo de vida más saludable en cada dominio.

Escala de Crisis Existencial. Evalúa el malestar existencial asociado al envejecimiento (sentido de utilidad, desesperanza, temor), clasificado en niveles "baja", "media" y "alta".

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados de forma individual, cara a cara, por personal capacitado, en el domicilio o en centros comunitarios de las tres parroquias participantes. La recolección de datos fue revisada por el equipo de investigación para identificar y resolver inconsistencias antes del análisis.

Análisis de datos

Se implementó un análisis de conglomerados exploratorio (k-means) para identificar subgrupos de participantes con patrones similares de soledad percibida. Las variables de agrupamiento fueron las puntuaciones estandarizadas (z) de las tres dimensiones de la Escala ESTE-R (familiar, conyugal y social). Se probaron soluciones de 2 a 5 clústeres, seleccionando la solución de tres grupos por presentar un buen coeficiente de silueta (0,38) junto con una interpretabilidad clínica clara y un tamaño de grupo balanceado, siguiendo la estrategia analítica de estudios previos sobre perfiles de soledad y cognición en personas mayores.

Se examinaron los perfiles demográficos y de estilo de vida de cada clúster mediante pruebas de ji-cuadrado (variables categóricas) y ANOVA de un factor (variables continuas). Se realizaron ANOVA de un factor entre sujetos para comparar la depresión, la cognición (MEEM), el equilibrio/marcha (Tinetti), la crisis existencial y la soledad total entre los tres clústeres, así como para cada uno de los seis dominios del PEPS-I. Finalmente, se calcularon correlaciones de Spearman entre las dimensiones de soledad, la depresión, la cognición, el equilibrio/marcha y la crisis existencial, de forma independiente para cada clúster, con el fin de examinar si el patrón de asociación entre variables difería según el perfil. Todos los análisis se realizaron con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

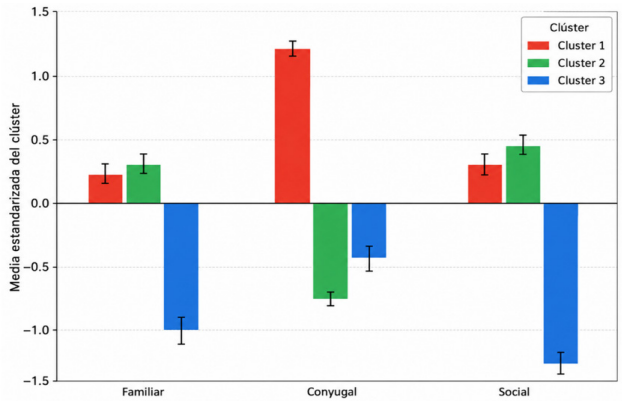
Resultados

Agrupamiento

Los resultados del procedimiento de agrupamiento indicaron que un modelo de tres grupos era el más apropiado (coeficiente de silueta = 0,38). El clúster 1 comprendió 116 personas, el clúster 2 reunió a 130 personas y el clúster 3 incluyó 68 personas, se calcularon las medias estandarizadas de cada dominio por clúster (Figura 1).

En general, el clúster 1 mostró niveles elevados de soledad familiar, muy elevados de soledad conyugal y elevados de soledad social. El clúster 2 mostró un patrón parcialmente similar en soledad familiar y social, pero con niveles muy bajos de soledad conyugal, es decir, alta satisfacción con la relación de pareja. El clúster 3 representó a las personas con los niveles más bajos de soledad percibida en las tres dimensiones.

Figura 1. Diferencias relativas de cada dominio de soledad por clúster (media estandarizada del clúster). Las barras de error representan el error estándar (EE) de las medias. Puntuaciones positivas indican más soledad percibida en el dominio; puntuaciones negativas indican menos soledad percibida.



Fuente: elaboración propia.

Perfil demográfico y de situación de vivienda

En general, los tres clústeres difirieron en edad, $F(2, 311) = 4{,}46$, $p = 0{,}012$: el clúster 1 fue el más joven ($M = 72{,}97$, $DE = 7{,}58$), seguido del clúster 2 ($M = 74{,}30$, $DE = 7{,}44$) y el clúster 3, el de mayor edad ($M = 76{,}39$, $DE = 7{,}33$). También se observó una distribución de sexo diferente entre clústeres, $\chi^2(2) = 13{,}42$, $p = 0{,}001$: el clúster 1 tuvo una proporción de hombres considerablemente mayor (44,0 %) que los clústeres 2 (23,1 %) y 3 (26,5 %). La situación de convivencia también difirió marcadamente entre grupos, $\chi^2(2) = 47{,}52$, $p < 0{,}001$: en el clúster 1, el 93,0 % de las personas vivía acompañada (68,7 % con su pareja), mientras que en el clúster 2 el 46,9 % vivía sola y en el clúster 3 el 33,8 % vivía sola (véase la Tabla 1).

Tabla 1. Perfil demográfico y de situación de vivienda por clúster (porcentaje, salvo edad).

Variable	Clúster 1 (N=116)	Clúster 2 (N=130)	Clúster 3 (N=68)	Total
Edad, M (DE)	72,97 (7,58)	74,30 (7,44)	76,39 (7,33)	74,30 (7,58)
Sexo — Mujer	56,0	76,9	73,5	68,7
Sexo — Hombre	44,0	23,1	26,5	31,3
Vive acompañado/a	93,0	53,1	66,2	69,0
Vive solo/a	7,0	46,9	33,8	28,8
Con pareja	68,7	8,6	30,8	—
Con hijos	6,1	22,7	18,5	—
Con otros familiares	18,3	21,9	16,9	—
Parroquia — Sinincay	46,8	44,8	55,6	43,7
Parroquia — Ricaurte	23,9	31,0	30,2	26,4
Parroquia — El Valle	29,4	24,1	12,7	21,7
Enfermedad crónica (sí)	43,4	54,7	57,1	49,7
Actividad física (sí)	75,2	69,9	81,5	74,6

Fuente: elaboración propia.

Nota: los porcentajes de "con pareja/hijos/otros familiares" se calculan sobre el total de cada clúster.

Perfil de estilo de vida promotor de salud

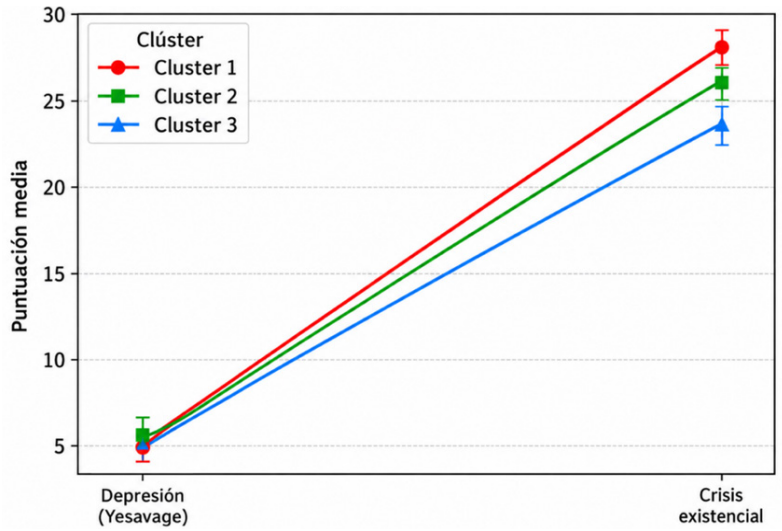
Los tres clústeres representaron perfiles de estilo de vida claramente diferenciados (Tabla 2 y Figura 3). Un ANOVA de un factor sobre cada uno de los seis dominios del PEPS-I mostró diferencias significativas entre clústeres en los seis dominios (todos los $p < 0{,}001$; véase la Tabla 2). En todos los casos, el patrón fue el mismo: los clústeres 1 y 2 mostraron puntuaciones de estilo de vida saludable similares entre sí y sustancialmente más altas que el clúster 3, que reportó el estilo de vida menos saludable en los seis dominios evaluados.

Tabla 2. Puntuaciones medias (DE) del Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud (PEPS-I) por clúster, en sus seis dominios.

Dominio PEPS-I	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3	F(2,308); p
Nutrición	17,46 (4,60)	17,20 (4,70)	14,59 (5,06)	9,09; <0,001
Ejercicio	13,57 (4,05)	13,42 (4,15)	11,18 (4,55)	8,15; <0,001
Responsabilidad en salud	26,20 (6,95)	26,08 (6,89)	21,43 (8,00)	11,63; <0,001
Manejo del estrés	19,89 (5,52)	19,34 (5,84)	16,19 (6,25)	9,56; <0,001
Soporte interpersonal	20,95 (5,49)	20,68 (5,66)	17,22 (6,17)	10,60; <0,001
Autoactualización	39,03 (10,04)	39,00 (10,17)	32,74 (11,74)	9,44; <0,001

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Puntuaciones medias de depresión (Yesavage) y crisis existencial en cada clúster. Las barras de error representan el error estándar de la media.

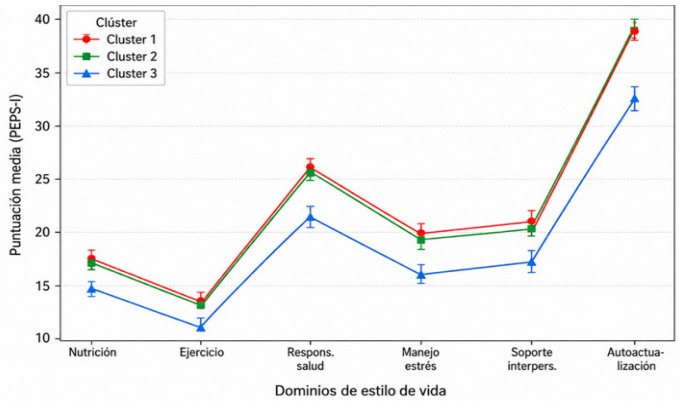


Fuente: elaboración propia.

Perfil clínico y emocional

Un ANOVA de un factor mostró que los clústeres no difirieron en depresión (Yesavage), $F(2, 299) = 0{,}69$, $p = 0{,}504$ (clúster 1: $M = 5{,}29$, $DE = 4{,}31$; clúster 2: $M = 5{,}92$, $DE = 4{,}67$; clúster 3: $M = 5{,}87$, $DE = 4{,}22$), ni la distribución de categorías de depresión difirió de forma significativa entre grupos, $\chi^2(4) = 7{,}66$, $p = 0{,}105$. En cambio, sí se observaron diferencias significativas entre clústeres en cognición (MEEM), $F(2, 311) = 8{,}02$, $p < 0{,}001$, en equilibrio/marcha (Tinetti), $F(2, 311) = 6{,}14$, $p = 0{,}002$, y en crisis existencial, $F(2, 311) = 4{,}01$, $p = 0{,}019$ (Figura 2). En los tres casos, el patrón fue consistente: el clúster 1 (mayor soledad conyugal y social) mostró la mejor cognición ($M = 24{,}41$, $DE = 6{,}29$) y el mejor equilibrio/marcha ($M = 22{,}75$, $DE = 6{,}53$), mientras que el clúster 3 (menor soledad global) mostró la peor cognición ($M = 20{,}31$, $DE = 8{,}06$), el peor equilibrio/marcha ($M = 18{,}43$, $DE = 9{,}90$) y, sorprendentemente, la mayor crisis existencial promedio pese a reportar la menor soledad ($M = 24{,}04$, $DE = 11{,}38$, frente a $M = 28{,}17$, $DE = 9{,}07$, en el clúster 1).

Figura 3. Puntuaciones medias de estilo de vida promotor de salud (PEPS-I) en seis dominios, por clúster. Las barras de error representan el error estándar de la media.



Fuente: elaboración propia.

El estado cognitivo categorizado por el MEEM también difirió significativamente entre clústeres, $\chi^2(6) = 30{,}32$, $p < 0{,}001$ (Tabla 3): el clúster 3 concentró la mayor proporción de personas con deterioro cognitivo o demencia (61,8 %), frente al 39,7 % del clúster 2 y solo el 25,8 % del clúster 1. Un patrón análogo se observó en el riesgo de caídas evaluado con la Escala de Tinetti, $\chi^2(4) = 10{,}82$, $p = 0{,}029$, y en la dependencia funcional evaluada con el Índice de Lawton y Brody, $\chi^2(8) = 24{,}51$, $p = 0{,}002$: el clúster 3 mostró la mayor proporción de personas con alto riesgo de caída (38,2 %) y con algún grado de dependencia funcional (66,2 %), en comparación con el clúster 1 (17,2 % y 43,1 %, respectivamente).

Tabla 3. Estado cognitivo (MEEM), riesgo de caídas (Tinetti) y dependencia funcional (Lawton y Brody) por clúster (porcentaje).

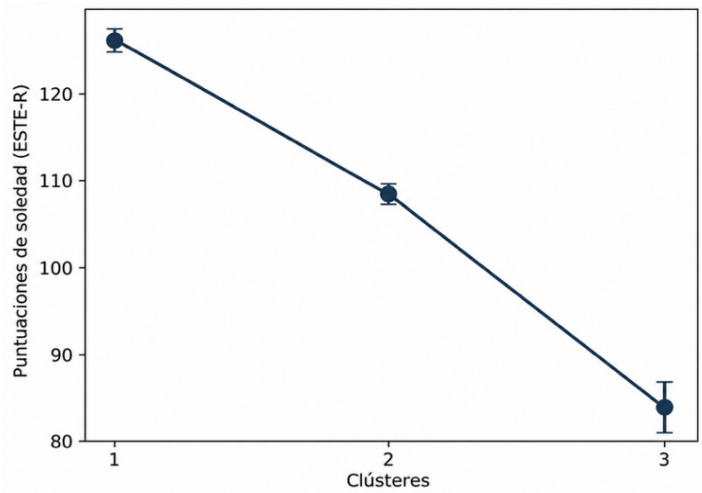
Variable	Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3	χ^2; p
Estado cognitivo (MEEM)				
Normal	38,8	24,6	27,9	
Sospecha patológica	35,3	28,5	10,3	
Deterioro	19,8	40,0	47,1	
Demencia	6,0	6,9	14,7	30,32; <0,001
Riesgo de caídas (Tinetti)				
Menor riesgo	60,3	53,1	47,1	
Riesgo de caídas	22,4	16,9	14,7	
Alto riesgo de caída	17,2	30,0	38,2	10,82; 0,029
Dependencia funcional (Law-ton-Brody)				
Autonomía	56,9	46,9	33,8	
Dependencia ligera	25,0	31,5	20,6	
Dependencia moderada	11,2	10,0	22,1	24,51; 0,002
Dependencia grave	3,4	3,1	11,8	
Dependencia total	3,4	8,5	11,8	

Fuente: elaboración propia.

Perfil de soledad

Se calcularon las puntuaciones de soledad total (ESTE-R) para cada clúster y se sometieron a un ANOVA de un factor entre sujetos. Hubo un efecto principal significativo del clúster, $F(2, 311) = 135{,}61$, $p < 0{,}001$. Las pruebas post hoc mostraron que el clúster 1 tuvo las puntuaciones de soledad total más altas ($M = 126{,}05$, $DE = 14{,}22$), seguido del clúster 2 ($M = 108{,}53$, $DE = 12{,}90$) y, por último, el clúster 3, con las puntuaciones más bajas ($M = 84{,}00$, $DE = 25{,}20$); todas las comparaciones entre pares fueron significativas ($p < 0{,}001$) (Figura 4).

Figura 4. Puntuaciones medias de soledad total (ESTE-R) por clúster. Las barras de error representan el error estándar de la media.



Fuente: elaboración propia.

La relación entre la soledad, el estado clínico-emocional y los perfiles por clúster

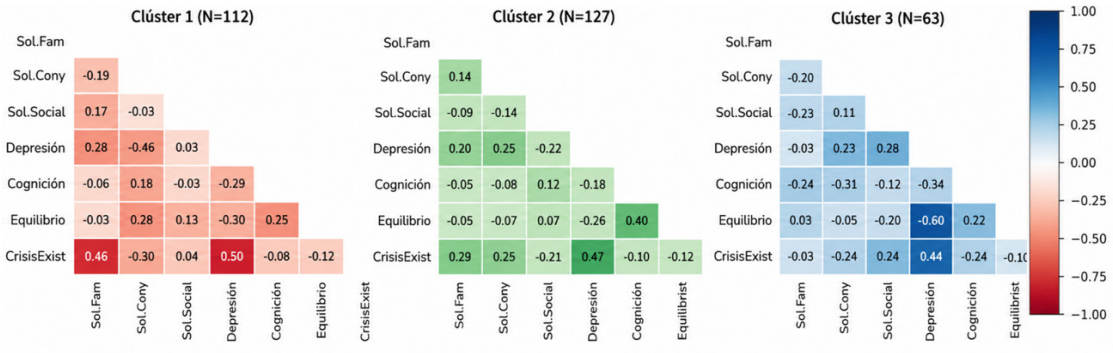
Para evaluar la asociación entre las dimensiones de soledad, la depresión, la cognición, el equilibrio/marcha y la crisis existencial en cada grupo, se realizó una correlación de Spearman de forma independiente para cada clúster (Figura 5). Los resultados indicaron un patrón de correlación específico de cada clúster entre las variables.

En los tres clústeres, la depresión se correlacionó de forma consistente y moderada-fuerte con la crisis existencial (clúster 1: $r = 0{,}50$; clúster 2: $r = 0{,}47$; clúster 3: $r = 0{,}44$) y, de forma negativa, con el equilibrio/marcha (clúster 1: $r = -0{,}30$; clúster 2: $r = -0{,}26$; clúster 3: $r = -0{,}60$), indicando que, a mayor sintomatología depresiva, peor desempeño motor, con una asociación notablemente más fuerte en el clúster 3 (el de mayor edad y mayor deterioro). La depresión también se correlacionó negativamente con la cognición en los tres grupos (r entre -0,18 y -0,34).

Sin embargo, la asociación entre la soledad conyugal y la depresión mostró un patrón divergente y opuesto según el clúster: en el clúster 1 (con muy alta soledad conyugal), la relación fue negativa ($r = -0{,}46$), es decir, quienes reportaron más soledad de pareja tendieron a reportar

menos depresión; en cambio, en los clústeres 2 y 3 (con baja/moderada soledad conyugal), la relación fue positiva (r = 0,25 y r = 0,23, respectivamente). De modo similar, la soledad familiar se asoció positivamente con la crisis existencial en el clúster 1 (r = 0,46) y, en menor medida, en el clúster 2 (r = 0,29), pero no en el clúster 3 (r = 0,03). Por último, únicamente en el clúster 3 la soledad familiar se correlacionó positivamente con la cognición (r = 0,24), y la soledad conyugal se correlacionó negativamente con la cognición (r = -0,31), patrones ausentes en los otros dos clústeres.

Figura 5. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones de soledad (familiar, conyugal, social), la depresión, la cognición (MEEM), el equilibrio/marcha (Tinetti) y la crisis existencial, calculados de forma independiente para cada clúster.



Fuente: elaboración propia.

Resultados

Sin embargo, se encontró que la edad avanzada, la capacidad cognitiva reducida, el mayor riesgo de caídas y la dependencia funcional se relacionaban con un menor sentimiento de soledad, además, la depresión estuvo significativamente relacionada con un mayor sentimiento de crisis existencial y una mayor inestabilidad funcional (equilibrio y marcha).

Discusión

El presente estudio identificó tres perfiles diferenciados de soledad percibida en adultos mayores residentes en parroquias rurales ecuatorianas, lo que evidencia que la experiencia de soledad no se distribuye de manera homogénea durante el envejecimiento. El clúster 1 tuvo las puntuaciones más altas de soledad en general, y también en las áreas familiares, de parejas y social. En cambio, el 3 fue el que menos soledad reporto. Sin embargo, este grupo también estaba formando por personas de mayor edad con peor rendimiento cognitivo, menor desequilibrio y coordinación al caminar, mayor dependencia en sus actividades diarias y el peor estilo de vida en seis áreas claves por otro lado, los niveles de depresión fueron parecidos en los tres grupos, aun así, dentro de cada grupo, se vio que la depresión se relacionaba con la capacidad cognitiva, el rendimiento físico y las crisis existenciales. En resumen, estos sugieren que la relación entre

la soledad, el estado cognitivo y la capacidad funcional no es tan simple como podría pensar, no siempre una mayor soledad significa un peor estado cognitivo o físico (Hawkley & Cacioppo, 2010).

La conclusión más importante extraída de los datos es que el grupo con menor aislamiento solía tener un estado psicológico y un rendimiento funcional peores, algo similar ocurrió con la segunda hipótesis, aunque esto resulto ser defectuoso la literatura de revisiones sistemáticas y ensayos combinados sugiere que las personas con mayor aislamiento tienden a experimentar deterioro cognitivo global, incluidas pérdida de memoria episódica, disminución de la memoria de trabajo y funciones visoespaciales, así como reducción de la velocidad de procesamiento y destreza con las palabras (Hou et al., 2022). Los resultados similares se informan en un estudio longitudinal quienes descartaron el papel de la soledad como predictor del rendimiento y de la presencia de síntomas depresivos (Hou et al., 2026).

También informaron que la soledad persistente se asociaba con un deterioro cognitivo acelerado y mayor riesgo de deterioro cognitivo posterior, mientras que en más de 34 000 participantes europeos, encontraron una asociación negativa entre soledad y rendimiento de memoria actual y posterior (Hsu et al., 2025).

La discrepancia encontrada en la población ecuatoriana no debería interpretarse como evidencia de un posible efecto protector de la soledad. Los conglomerados describen perfiles de individuos definidos a partir de las dimensiones de la ESTE-R y no estiman el efecto independiente de la soledad sobre la cognición además existieron diferencias basales relevantes entre los grupos (Huang et al., 2024).

El clúster 3 presentó la mayor edad media, mientras que el clúster 1 fue el más joven; también variaron significativamente la distribución por sexo y las condiciones de convivencia los últimos resultados ponen de manifiesto de los tres clústeres difieren tanto en cuanto a actividades mentales, nivel de autonomía y grado de interacción social, por lo que la probabilidad de desarrollar alteraciones cognitivas podría disminuir para algunos pacientes en función de la combinación de dichos factores. Por lo tanto, sería necesario realizar otros análisis adicionales para determinar si existe una relación independiente entre la soledad y el rendimiento cognitivo, controlando variables como la edad, el género, la convivencia conyugal u otras manifestaciones clínicas relevantes (Jiang et al., 2024). De hecho, la situación sociodemográfica podría ser uno de los factores mediaciones que hayan contribuido a observar los resultados descritos. Así según los datos disponibles, casi todos los miembros del clúster 1 (el grupo con mayor nivel de soledad) viven con alguien (93,0%) y el 68% incluso viven en pareja los miembros de los otros dos clústeres tienen menos probabilidades de convivir con familiares o parejas, concretamente el 46,9% u el 33,8%, respectivamente (Lai et al., 2024).

Los resultados muestran que hubo varios participantes que residían de forma aislada, pero que manifestaban bajo nivel de soledad, y otros que, aunque contaban con redes sociales sólidas, reportaban niveles elevados de soledad, por lo que sería esencial tenerlo en cuenta a la hora de

interpretar los resultados también concluyo hallazgos afirmando que el aislamiento social y la soledad son conceptos diferentes que no se deben confundir. Según su investigación, el aislamiento social tiene un impacto negativo en el rendimiento cognitivo de un individuo independientemente del nivel de soledad al que pueda estar expuesto, ya que solo un pequeño porcentaje (17%) de este último influye en aquel (front17) es similar al estudio realizado (Hanfelt et al., 2011). En una comunidad rural quienes tampoco consideran que el aislamiento social objetivo que hace referencia al grado en que las personas viven solas y los sentimientos subjetivos de falta de apoyo social concepto que abarca principalmente la satisfacción de los pacientes con su nivel actual de interacciones sociales sean dimensiones similares (Lee et al., 2025).

En resumen, todas estas cuestiones hacen que los términos «vivir solo» y «sentirse solo» no puedan utilizarse como sinónimos curiosamente el clúster 3 presenta el conjunto de características más preocupantes ya que se asocia al nivel de soledad más bajo, junto con puntajes más bajos en cuanto a la alimentación adecuada, realizar actividades físicas con regularidad, responsabilidad frente a la salud, gestión de estrés, apoyo psicosocial y desarrollo personal. Esta convergencia sugiere que el deterioro cognitivo y funcional debe analizarse dentro de un contexto más amplio de vulnerabilidad y no únicamente en función de la soledad subjetiva. En adultos mayores rurales con enfermedades crónicas, encontraron que el deterioro cognitivo se relacionaba con síntomas depresivos y fragilidad, mientras que estos componentes se asociaban con menor calidad de vida (Li et al., 2025).

Observaron, a su vez, que una mejor función cognitiva y una mayor participación social se asociaban con menos síntomas depresivos, mientras que la discapacidad en actividades instrumentales se relacionaba con una mayor carga depresiva, no obstante, la coexistencia de un estilo de vida menos favorable y un peor estado cognitivo en el clúster 3 no permite afirmar que el estilo de vida actúe como mediador entre la soledad y la cognición (Livingston et al., 2020).

Para establecer mediación sería necesario demostrar estadísticamente un efecto indirecto mediante modelos específicamente diseñados para ello los resultados actuales permiten señalar que los comportamientos promotores de salud forman parte del perfil de mayor vulnerabilidad cognitiva y funcional, pero no establecer su posición causal dentro de esa relación esta distinción es relevante, por ejemplo, utilizaron modelos formales de mediación y estimaron por separado efectos directos e indirectos para demostrar que los síntomas depresivos y la fragilidad mediaban la asociación estudiada (Montejo et al., 2020).

Otro hallazgo de interés fue la ausencia de diferencias significativas en depresión entre los tres perfiles de soledad las puntuaciones medias de Yesavage permanecieron próximas entre los conglomerados a pesar de que la soledad total mostró una separación marcada entre ellos lo cierto es que este patrón resulta interesante, dadas las pruebas de una conexión demostrada entre ambos conceptos en diversas fuentes, la base está sentada por diversos investigadores en lo que respeta a los adultos mayores; en un estudio longitudinal, se encontró una asociación entre la soledad del individuo y una alta probabilidad de presentar síntomas depresivos entre los adultos mayores (Nascimento et al., 2025).

Por otro lado, se identificó a la soledad, igual que el estrés, como factores clave para desarrollar una condición similar se llegó a la conclusión respecto a los habitantes de zonas rurales, pero añadieron la predicción de que la perdida funcional y la depresión, cuando ocurrían juntas, podían aumentar la aceptación de la propia soledad, sin explicarlo detalladamente (Ichols et al., 2022).

Esta información implica que la falta de diferencias en cuanto al estado depresivo podría deberse simplemente al hecho de concentración en conjuntos multifactoriales complejos únicos e hiperespecificos que representaban condiciones similares, pero no equivalentes en todos los casos (Ow et al., 2025). La pertinencia de la depresión, y de sus efectos sobre otros factores, fue más evidente cuando se analizaron las conexiones dentro de cada grupo especifico, en cualquier caso, en los tres grupos, unas elevadas evaluaciones en depresión indicaron un peor rendimiento en todas las áreas cognitivas y un menor equilibrio/ movilidad, siendo estas últimas las más pronunciadas en el Cluster3(r=-0,60) A demás en todos los clústeres, los niveles de depresión se vincularon entre 0,44y 0,5 (Parra-Rizo et al., 2026). Estos resultados fueron parcialmente similares a los hallazgos quienes encontraron que, en una muestra longitudinal china con mayores índices de síntomas depresivos predijeron una baja capacidad cognitiva funcional y un mayor riesgo de trastorno cognitivo leve en los adultos mayores rurales (Pecchinenda et al., 2024). También son consistentes con quienes demostraron que la coexistencia de depresión y deterioro cognitivo se relacionaba con un riesgo posterior de demencia superior al observado cuando cada condición estaba presente de manera aislada (Smith & Han, 2024). Por tanto, la depresión parece constituir una dimensión transversal de vulnerabilidad que merece ser evaluada aun cuando el nivel promedio de síntomas no diferencie los perfiles de soledad.

La asociación entre soledad conyugal y depresión presentó, sin embargo, un patrón diferente según el conglomerado. Mientras que en el clúster 1 la correlación fue negativa ($r = -0{,}46$), en los clústeres 2 y 3 fue positiva ($r = 0{,}25$ y $r = 0{,}23$, respectivamente). Esta heterogeneidad es interesante, pero no permite concluir que una mayor soledad conyugal se relacione con menor depresión en determinadas personas (Southerland et al., 2024). Los autores utilizaron factores relacionados con la soledad para crear los propios grupos, y es probable que la causa de estas diferencias radiquen precisamente en este método de clasificación además, los autores no proporcionaran intervalos de confianza para ningún valor de cotización, ni mencionaran ninguna relación específica para los valores de p, lo que significa que no hay forma de determinar si dichas correlaciones son estadísticamente significativas obtenidas únicamente en estos números. Las investigaciones sobre poblaciones rurales sugieren que todas las relaciones funcionales estudiadas podrían tener un carácter aproximadamente no lineal (Thomas et al., 2022). Por esta razón, es recomendable considerar esta relación como una investigación complementaria y verificar utilizando modelos alternativos, es posible que los lectores tengan algunas dudas respecto a la interpretación de la dimensión conyugal. Aunque el custer2 presentaba los niveles más bajos de soledad conyugal, solo el 8,6% de sus miembros tenía una pareja romántica, mientras que casi la mitad eran solteros. Sin embargo, hasta que el autor del artículo describe que nivel de soledad conyugar debería tener una persona sin pareja (ya sea porque está casada o no) según el cuestionario ESTER-R, no será posible extraer conclusiones validas ni eliminar parcialmente la posibilidad de falacia en

estas afirmaciones (Torres et al., 2025). Este factor podría ser crucial en futuras investigaciones relacionadas con la soledad, ya que las evaluaciones del compromiso estructural y las experiencias subjetivas de privación social pueden mostrar relaciones heterodoxas con la función cognitiva en cuanto al concepto de crisis existencial, los datos obtenidos demostraron diferencias significativas en cuanto a los clústeres y las relaciones asociadas a la depresión, así como una relación notable entre todos los índices de soledad familiar durante la vida adulta en los primeros conjuntos 1 y 2. Sin embargo, los artículos científicos anexos no evalúan de forma directa la crisis existencial mediante el mismo instrumento empleado en esta investigación, por lo que no existe evidencia suficiente dentro del corpus proporcionado para realizar una comparación específica o proponer mecanismos explicativos sustentados (Tsai et al., 2022). Estas asociaciones deben considerarse, por ahora, hallazgos generadores de hipótesis. Además, antes de publicar el manuscrito debe verificarse la dirección de puntuación de la escala, debido a la discrepancia entre la descripción textual del clúster con mayor crisis y las medias informadas.

La interdependencia entre factores sociales, emocionales y cognitivos está respaldada por estudios que han utilizado modelos analíticos más específicos encontraron que el aislamiento social se asociaba tanto con síntomas depresivos como con fragilidad cognitiva y demostraron que la depresión explicaba parcialmente dicha relación mediante un efecto indirecto significativo (Umoh, 2025). Desde un enfoque analítico diferencial encontraron que la soledad mediaba entre los síntomas depresivos y la fragilidad cognitiva estas deferencias tienen relevancia, ya que sugieren que la depresión, la soledad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo podrían estar interrelacionados de diversas maneras, siendo necesario realizar estudios longitudinales adecuados para evaluar estas relaciones (Wilson et al., 2007). Por lo tanto, no es posible afirmar que la edad, estilo de vida, la depresión ni la soledad sean mediadores en este caso particular, mientras estos resultados puedan seguir presentando correlaciones y patrones que deben someterse a verificación. Desde una perspectiva de salud pública, los resultados sugieren que detectar a las personas mayores con mayor riesgo en las comunidades rurales no se puede reducir únicamente a búsqueda de niveles elevados de soledad (Wister et al., 2023). Dado que según los datos aquellos miembros de la comunidad con menor soledad informada tenía una carga significativa de deterioro cognitivo, problemas de marcha, equilibrio y dependencia funcional generalizados, mientras que quienes experimentaban la mayor soledad parecen tener un mejor estado en estos ámbitos por esta razón, seria relevante que las evaluaciones comunitarias incluyan instrumentos relacionados con la función cognitiva, los síntomas depresivos la movilidad, las caídas, la autonomía funcional (Yan et al., 2024). La soledad las redes sociales y los estilos de vida saludables esto se justifica por la existencia de numerosos impedimentos funcionales, socialmente relevantes y comunitaria mente accesibles en el envejecimiento rural detectados, así como por el papel diferencial del aislamiento y la soledad en los resultados cognitivos (Zhao et al., 2024). También cabe que hay que tener una cuenta la variedad rural a la hora de interpretar la diferencias respecto a los estudios sobre la literatura internacional se demostró que la magnitud del efecto entre la soledad y la cognición variaba considerablemente en función de los países, lo que sugiere que el contexto puede ser un factor determinante (Zhou et al., 2022), además algunos adultos mayores que viven en zonas

rurales pueden experimentar retos relacionados con la distancia, el transporte, el acceso a los recursos y la falta de infraestructuras adecuadas, lo que afecta negativamente a sus relaciones sociales y a su capacidad para envejecer con dignidad estos aspectos contextuales hacen suponer que los resultados obtenidos en Ecuador no pueden extrapolarse automáticamente debido a las posibles influencias de los factores regionales, aunque los resultados sugieren únicos. Aunque la ventaja del diseño fue que utilizaron un enfoque orientado al individuo que permitirá detectar otros patrones de soledad además de las tendencias generales el método de agrupación en tres clústeres el contexto rural también debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar las diferencias en relación con otros estudios se concluyó que la magnitud del impacto no era la misma en todos los países, debido probablemente a efectos contextuales (Zou et al., 2023), se señaló que la soledad la falta de apoyo social percibido y la capacidad de acceder a recursos clave, como el transporte y los servicios, pueden afectar negativamente a la vida de las personas mayores rurales durante su envejecimiento (Harrington et al., 2023). A partir de estos antecedentes, podemos concluir que hay que considerar los resultados de los ecuatorianos desde la perspectiva de su contexto sociocultural, ya que no hemos podido demostrar que nuestras muestras se deban precisamente a la particularidades culturales, familiares o comunitarias propias de estas personas el principal punto fuerte del estudio fue el uso de un enfoque orientado al paciente estos nos permiten identificar aspectos relacionados con la soledad que no se habrían señalado mediante un análisis conjunto como los grupos homogéneos detectados utilizados un método de agrupamiento jerárquico(con un valor de silueta de 0,38) por consiguiente, no se pueden descartar las posibilidades de recibir muestras diferentes si se repite el mismo experimento con otra población otras limitaciones del estudio incluyen la naturaleza observacional de nuestro hallazgos las diferencias en las edades de los participantes el sexo y su situación familiar así como diversos factores de confusión potenciales (Southerland et al., 2024). Asimismo, hubo restricciones derivadas de las pruebas estadísticas realizadas debido a la evaluación de varias categorías de soledad en cada grupo lo que podría haber reducido el rendimiento general dado que hemos analizado más de dos variables, consideramos necesario corregir las estimaciones de intervalos de confianza y evaluaciones- p para las múltiples comparaciones. El aporte del presente estudio reside en demostrar que la relación entre soledad y envejecimiento cognitivo y funcional en adultos mayores rurales ecuatorianos no puede reducirse a un gradiente simple de mayor soledad igual a mayor deterioro. La identificación simultánea de un perfil con elevada soledad, pero funcionamiento relativamente conservado y otro con menor soledad percibida acompañado de mayor deterioro cognitivo, funcional y conductual revela una heterogeneidad clínicamente relevante (Zhou et al., 2022). Estos hallazgos respaldan una aproximación multidimensional a la valoración geriátrica y justifican futuros estudios longitudinales que incorporen indicadores objetivos de aislamiento social, evaluación de las distintas dimensiones de soledad, variables sociodemográficas y clínicas, estilos de vida y medidas repetidas de cognición y funcionalidad. La validación externa de los conglomerados y el empleo de modelos multivariados y de mediación permitirán determinar si los perfiles observados predicen posteriormente deterioro cognitivo, dependencia funcional, caídas o cambios en la salud mental (Zou et al., 2023).

Conclusión

Los resultados muestran que la soledad percibida, la depresión, el deterioro cognitivo y el estilo de vida de los adultos mayores en una región rural del Ecuador están relacionados de manera compleja y están interconectado se encontró que los primeros dos conceptos son influenciados por varios factores al aplicar el análisis de agrupaciones, se identificaron tres categorías de participantes basándose en sus niveles de soledad, tanto familiar como conyugal, y su participación social sin embargo, los cambios en la percepción de soledad no siempre se reflejan en cambios en otras cinco dimensiones además, se observó que la edad media difiere entre los tres grupos, lo que sugiere que el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas también varían entre ellos por ejemplo, el grupo con menor nivel de soledad mostró peor desempeño en equilibrio funcional, marcha y adaptación

El grupo con menor confusión tuvo un mayor porcentaje de personas diagnosticadas con demencia o déficit cognitivo, mientras que el grupo más solitario tuvo el menor porcentaje de estos diagnósticos esto indica que la relación entre soledad y deterioro cognitivo no es lineal también se descubrió que la pertenencia a un grupo de soledad no está relacionada con el nivel de depresión, aunque las evaluaciones entre depresión y otras dimensiones mostraron patrones consistentes dentro de los tres grupos la relación entre la soledad y otros aspectos varió entre los grupos, así como la conexión entre diagnósticos de soledad y acontecimientos psicológicos en algunos casos, ciertos tipos de soledad podían estar asociados con efectos diferentes en el cuerpo y distintas condiciones de tristeza los resultados también mostraron una relación entre los niveles de soledad y un estilo de vida menos saludable, aunque esta relación no es lineal ni cuadrática.

El grupo menos solitario no solo tuvo peor desempeño en dimensiones relacionadas con apoyo social, sino que también presentó el peor estilo de vida genera la falta de apoyo social está vinculada a diversos problemas de salud como comportamientos poco saludables y trastornos de la presión arterial estos problemas son especialmente relevantes en adultos mayores, especialmente aquellos con condiciones médicas múltiples los tres grupos mostraron efectos significativos en cuanto a riesgos de caídas, adaptación, marcha y trastornos alimentarios los hallazgos coinciden con lo generalmente conocido: adultos mayores, especialmente aquellos con múltiples condiciones de salud, suelen tener más riesgos de caídas, trastornos alimentarios, pérdida de autonomía y deterioro en pruebas de marcha sin embargo, aplicar estos conocimientos es difícil, ya que cada persona mayor es diferente y requiere atención individualizada muchos síntomas relacionados con la soledad pueden estar presentes en personas que no se sospecharían por tanto, una revisión de esta población debe incluir evaluaciones de dimensiones cognitivas, salud física, estilo de vida, apoyo social, participación social y adaptación funcional.

Referencias

Apostolova, L. G., & Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: A systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *25*(2), 115–126. https://doi.org/10.1159/000112509

Bai, Y., Chen, Y., Tian, M., Gao, J., Song, Y., Zhang, X., et al. (2024). The relationship between social isolation and cognitive frailty in community-dwelling older adults: The mediating role of depressive symptoms. *Clinical Interventions in Aging*, 19, 1079–1089. https://doi.org/10.2147/CIA.S461288

Baptista, C., Silva, A. R., Lima, M. P., & Afonso, R. M. (2024). Evaluating the cognitive effects of interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: A systematic review. *Aging & Mental Health*, *28*(12), 1767–1776. https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2374933

Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, *27*(4), 541–553. https://doi.org/10.1017/S1041610214002749

Bristle, J., Wagner, M., Hannemann, T. V., & Cohn-Schwartz, E. (2025). Loneliness and cognitive decline in ageing Europe: Does country context matter for memory performance? *Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1007/s10389-025-02491-4

Camacho, D., Tella-Vega, P., Wagner, F. A., Santamaría-Ulloa, C., Lehning, A., Gallo, J. J., et al. (2025). Loneliness and cognitive function in older adults living in Latin America: A systematic review. *Archives of Medical Research*, *56*(4), Article 103182. https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103182

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

Cardona, M., & Andrés, P. (2023). Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15. https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1075563

Chek, C. J. W., Sultana, S., Knauft, K., & Tarraf, W. (2026). The association between loneliness, cognition, and dementia among United States older adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, *111*(1), 371–384. https://doi.org/10.1177/13872877261432202

Cunha, C., Voss, G., Andrade, R., & Delerue-Matos, A. (2024). Is formal social participation associated with cognitive function in middle-aged and older adults? A systematic review with meta-analysis of longitudinal studies. *Behavioral Sciences*, *14*(4). https://doi.org/10.3390/bs14040262

Dhakal, U., McLaughlin, S. J., Kim, S., Vivoda, J. M., Roberts, A. R., & Brown, J. S. (2025). It's not too late: Physical and social activity slow cognitive decline in those living with mild cognitive impairment. *Journal of Applied Gerontology*, *44*(11), 1843–1853. https://doi.org/10.1177/07334648251316955

Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Review and commentary of a National Academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(12), 1233–1244. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005

Fan, K., Seah, B., Lu, Z., Wang, T., & Zhou, Y. (2024). Association between loneliness and mild cognitive impairment in older adults: A meta-analysis of longitudinal studies. *Aging & Mental Health*, *28*(12), 1650–1658. https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2358079

Fowler Davis, S., Benkowitz, C., Holland, C., Gow, A., & Clarke, C. (2024). A scoping review on the opportunities for social engagement and cognitive frailty in older adults. *Public Health Reviews*, 45. https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1606494

Freak-Poli, R., Wagemaker, N., Wang, R., Lysen, T. S., Ikram, M. A., Vernooij, M. W., et al. (2022). Loneliness, not social support, is associated with cognitive decline and dementia across two longitudinal population-based cohorts. *Journal of Alzheimer's Disease*, *85*(1), 295–308. https://doi.org/10.3233/JAD-210330

Hale, J. M., Lorenti, A., & Cunningham, S. A. (2026). Disentangling social isolation, loneliness, and later-life cognitive function for older adults in the United States: Evidence from causal inference modeling. *The Journals of Gerontology: Series B*, *81*(3). https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf254

Hanfelt, J. J., Wuu, J., Sollinger, A. B., Greenaway, M. C., Lah, J. J., Levey, A. I., et al. (2011). An exploration of subgroups of mild cognitive impairment based on cognitive, neuropsychiatric and functional features: Analysis of data from the National Alzheimer's Coordinating Center. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(11), 940–950. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820ee9d2

Harrington, K. D., Vasan, S., Kang, J. E., Sliwinski, M. J., & Lim, M. H. (2023). Loneliness and cognitive function in older adults without dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, *91*(4), 1243–1259. https://doi.org/10.3233/JAD-220832

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218–227. https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8

Hou, P., Xue, H., Zhang, Y., Ping, Y., Zheng, Y., Wang, Y., et al. (2022). Mediating effect of loneliness on the relationship between depressive symptoms and cognitive frailty in community-dwelling older adults. *Brain Sciences*, *12*(10). https://doi.org/10.3390/brainsci12101341

Hou, T., Ho, M. H., & Lin, C. C. (2026). Understanding the impact of social isolation and loneliness on cognitive function in older adults: Longitudinal evidence of trajectories and influencing factors—A systematic review. *Aging & Mental Health*, 1–13. https://doi.org/10.1080/13607863.2026.2700451

Hsu, Y. H., Liang, J., Tseng, M. Y., Chen, Y. J., & Shyu, Y. I. L. (2025). A two-year longitudinal study of the impact of cognitive status and depression on frailty status in older adults following hip fracture. *Geriatric Nursing*, 62, 12–18. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.01.021

Huang, Q. M., Zhang, P. D., Shen, D., Gao, J., Li, Z. H., Lv, Y. B., et al. (2024). Analysis of changes in social isolation, loneliness, or both, and subsequent cognitive function among older adults: Findings from a nationwide cohort study. *Alzheimer's & Dementia*, *20*(8), 5674–5683. https://doi.org/10.1002/alz.14080

Jiang, M., Li, X., & Lu, Y. (2024). Social isolation, loneliness, and functional disability in Chinese older women and men: A longitudinal cross-lag analysis. *BMC Psychology*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-024-02192-9

Lai, E. T. C., Chau, A. K. C., Ho, I. Y. Y., Hashimoto, H., Kim, C. Y., Chiang, T. L., et al. (2024). The impact of social isolation on functional disability in older people: A multi-cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 125. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105502

Lee, J. H., Sutin, A. R., Hajek, A., Karakose, S., Aschwanden, D., O'Súilleabháin, P. S., et al. (2025). Loneliness and cognition in older adults: A meta-analysis of harmonized studies from the United States, England, India, China, South Africa, Mexico, and Chile. *Psychological Medicine*, 55. https://doi.org/10.1017/S003329172500011X

Li, H., Xu, M., Yin, W., Zhuge, X., Dong, P., Shi, Y., et al. (2025). The relationship between cognitive impairment and quality of life in rural older adults with chronic diseases—Parallel mediating effects of depressive symptoms and frailty. *BMC Geriatrics*, 25. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06446-y

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, *396*(10248), 413–446. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6

Montejo, P., Prada, D., Pedrero-Pérez, E., & Montenegro-Peña, M. (2020). Subjective cognitive decline: Mental health, loneliness, pain and quality of life: Poblational study. *Journal of Aging Science*, 8. https://doi.org/10.35248/2329-8847.20.08.218

Nascimento, M. D. M., Ihle, A., Gouveia, E. R., Gonzalez, R. H., & Marques, A. (2025). The effect of frailty on the relationship between cognition and depression symptoms in older people: A differential analysis by European regions. *GeroScience*, *47*(3), 3365–3376. https://doi.org/10.1007/s11357-024-01469-6

Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., et al. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, *7*(2), 105–125. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8

Ow, Y. S. Y., Wei, C. S., & Li, Y. T. (2025). Moderating effect of social participation on the relationship between health status and depressive symptoms in older adults. *Frontiers in Public Health*, 13. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1458961

Parra-Rizo, M. A., Cigarroa, I., Parra-Ortiz, M. C., González-Moreno, J., & Fajardo-Ramos, E. (2026). Factors associated with depressive symptoms in older adults: Cognitive impairment, sleepiness, loneliness, and stress. *Journal of Population Ageing*. https://doi.org/10.1007/s12062-026-09554-8

Pecchinenda, A., Yankouskaya, A., Boccia, M., Piccardi, L., Guariglia, C., & Giannini, A. M. (2024). Exploring the relationship between perceived loneliness and subjective cognitive decline in older individuals. *Aging & Mental Health*, *28*(1), 73–82. https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2242291

Smith, M. L., & Han, G. (2024). Effectiveness of evidence-based fall prevention programs to reduce loneliness in the United States. *Frontiers in Public Health*, 12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1459225

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

Thomas, S. M., Parker, A., Fortune, J., Mitchell, G., Hezam, A., Jiang, Y., et al. (2022). Global evidence on falls and subsequent social isolation in older adults: A scoping review. *BMJ Open*, *12*(9). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062124

Torres, Z., Fernández, I., Sanz, A., Abella, M., & Tomás, J. M. (2025). The interplay of falls, fear of falling, loneliness, and social participation in older adults: Evidence from SHARE. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 138. https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105957

Tsai, T. Y., Chiu, C. J., Wang, T. Y., Tseng, H. H., Chen, K. C., Chen, P. S., et al. (2022). Loneliness and isolated living status in middle-aged and older adults in Taiwan: Exploration on stress-related biomarkers, depressive symptoms, and disability. *BMC Psychiatry*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-022-03824-3

Umoh, M. E. (2025). Social isolation, loneliness, and cognitive health. *Clinics in Geriatric Medicine*, *41*(3), 357–368. https://doi.org/10.1016/j.cger.2025.04.007

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 234–240. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234

Wister, A., Li, L., Levasseur, M., Kadowaki, L., & Pickering, J. (2023). The effects of loneliness on depressive symptoms among older adults during COVID-19: Longitudinal analyses of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Journal of Aging and Health*, *35*(5–6), 439–452. https://doi.org/10.1177/08982643221129686

Yan, Y., Xiang, H., Wang, M., Wei, J., Fan, H., Du, Y., et al. (2024). Effects of depression and cognitive impairment on increased risks of incident dementia: A prospective study from three elderly cohorts. *Translational Psychiatry*, 14. https://doi.org/10.1038/s41398-024-03125-1

Zhao, X., Duan, X., Shen, S., & Wang, J. (2024). Independent and combined associations of depression and cognitive impairment with frailty in oldest-old adults. *BMC Psychology*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-024-02007-x

Zhou, S., Wang, Q., Zhang, J., Wang, Q., Hou, F., Han, X., et al. (2022). Depressive symptoms and cognitive decline among Chinese rural elderly individuals: A longitudinal study with 2-year follow-up. *Frontiers in Public Health*, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.939150

Zou, C., Yu, Q., Wang, C., Ding, M., & Chen, L. (2023). Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 133–139. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.118

Autores

Nayeli Elizabeth Medina Gahona. Desde niña aprendió que cada etapa de la vida deja enseñanzas y que, con esfuerzo y perseverancia, los sueños pueden convertirse en realidad. Su etapa escolar fue el inicio de un camino lleno de aprendizajes, amistades y experiencias que la ayudaron a descubrir lo que quería para su futuro. Hoy, al estar culminando su carrera universitaria de Enfermería, mira hacia atrás con orgullo por todo lo recorrido y con ilusión por todo lo que aún está por venir.

Isabel Cristina Mesa Cano. Enfermera. Especialista en Cuidado del Adulto en Estado Crítico de Salud por la Universidad de Antioquia. Doctora en Enfermería por la UNAB. Trayectoria clínica de 10 años como enfermera asistencial en unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos del Hospital General de Medellín y en unidades de cuidados intensivos de la Clínica Emssa. 10 años de experiencia docente en pregrado y posgrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. Coordinadora Académica de la Maestría en Gestión del Cuidado, Unidad Académica de Posgrado de la Universidad Católica de Cuenca.

Edison Gustavo Moyano Brito. Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Gestión de la Salud para el Desarrollo Local. Docente investigador de la Universidad Católica de Cuenca.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

Valoración geriátrica integral en adultos mayores de 65-90 años del cantón Cuenca 2024-2025.

Universidad Católica de Cuenca	**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo, Nayeli Elizabeth Medina Gahona portadora de la cédula de ciudadanía Nº **1401430119**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **Soledad, depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores en parroquias rurales ecuatorianas 2025-2026: análisis multivariado** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **13 de octubre del 2026**

F: ……..

Nayeli Elizabeth Medina Gahona

C.I. **1401430119**