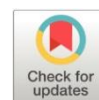


Soledad social en adultos mayores de zonas rurales del Ecuador: factores predictores y características clínicas asociadas

Social loneliness in older adults in rural communities in Ecuador: predictive factors and associated clinical characteristics

- ¹ Kelly Maritza Samaniego Lituma  <https://orcid.org/0009-0009-2692-8206>
Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Cuenca, Ecuador.
Maestría en Gestión del Cuidado
kelly.samaniego.51@est.ucacue.edu.ec
- ² Edison Gustavo Moyano Brito  <https://orcid.org/0000-0002-3375-8219>
Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Cuenca, Ecuador.
emoyanob@ucacue.edu.ec
- ³ Jhoana Elizabeth Campoverde Barros  <https://orcid.org/0000-0001-9998-5855>
Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Cuenca, Ecuador.
jcampoverdeb@ucacue.edu.ec



Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Enviado: 17/08/2026

Revisado: 12/09/2026

Aceptado: 05/10/2026

Publicado: 19/10/2026

DOI: <https://doi.org/10.33262/ap.v8i4.725>

Cítese: Samaniego Lituma, K. M., Moyano Brito, E. G., & Campoverde Barros, J. E. (2026). Soledad social en adultos mayores de zonas rurales del Ecuador: factores predictores y características clínicas asociadas. AlfaPublicaciones, 8(4), 178–195. <https://doi.org/10.33262/ap.v8i4.725>



ALFA PUBLICACIONES, es una revista multidisciplinar, **trimestral**, que se publicará en soporte electrónico tiene como **misión** contribuir a la formación de profesionales competentes con visión humanística y crítica que sean capaces de exponer sus resultados investigativos y científicos en la misma medida que se promueva mediante su intervención cambios positivos en la sociedad. <https://alfapublicaciones.com>
La revista es editada por la Editorial Ciencia Digital (Editorial de prestigio registrada en la Cámara Ecuatoriana de Libro con No de Afiliación 663) www.celibro.org.ec



Esta revista está protegida bajo una licencia Creative Commons Attribution Non Commercial No Derivatives 4.0 International. Copia de la licencia: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Palabras**claves:**

Envejecimiento,
soledad,
aislamiento
social,
zonas rurales,
Ecuador,
depresión,
adulto mayor.

Resumen

Introducción. La soledad y el aislamiento social constituyen problemas crecientes de salud pública en los adultos mayores, especialmente en zonas rurales. En Ecuador, esta vulnerabilidad se ve incrementada por el acceso limitado a servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y la pérdida de redes de apoyo. El constructor de Soledad Social integra las dimensiones subjetivas y objetivas del deterioro de las relaciones sociales. **Objetivo.** Definir los factores predictores de la Soledad Social en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador y analizar las diferencias cognitivas, emocionales y funcionales según el nivel de Soledad Social de los participantes. **Metodología.** Estudio transversal con 316 adultos mayores de 65 años, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia en comunidades rurales del Ecuador. Se realizó anamnesis y valoración geriátrica integral. La Soledad Social se evaluó mediante la Escala ESTE-R y sus cuatro dimensiones: soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial. La depresión se valoró con la Escala de Yesavage, el estado cognitivo con el Mini Mental State Examination (MMSE) y la capacidad funcional con la Escala de Lawton y Brody. **Resultados.** Los principales predictores fueron: Soledad total ($R^2=0.517$), crisis existencial ($\beta=0.686$), tipo de convivencia ($\beta=-0.168$) y sexo ($\beta=-0.149$); Soledad conyugal ($R^2=0.240$), tipo de convivencia ($\beta=-0.384$) y sexo ($\beta=-0.199$); Soledad familiar ($R^2=0.126$), crisis existencial ($\beta=0.300$); y Soledad social ($R^2=0.031$), crisis existencial ($\beta=0.138$) (todos $p<0.05$). Los participantes con mayor Soledad Social presentaron más síntomas depresivos, mayor crisis existencial y peor rendimiento cognitivo (todos $p<0.05$). **Conclusión.** La crisis existencial fue el principal predictor de la Soledad Social en adultos mayores rurales ecuatorianos. Estos hallazgos apoyan el desarrollo de estrategias preventivas dirigidas a identificar tempranamente a las personas con mayor riesgo de soledad no deseada. **Área de estudio general:** Ciencias de la Salud. **Área de estudio específica:** Gerontología. **Tipo de artículo:** original.

Keywords:

Aging,
loneliness,
social isolation,

Abstract

Introduction. Loneliness and social isolation are growing public health problems among older adults, especially in rural areas. In Ecuador, this vulnerability is exacerbated by limited access to

rural areas,
Ecuador,
depression,
older adults

health services, socioeconomic conditions, and the loss of support networks. The construct of “Social Loneliness” integrates the subjective and objective dimensions of the deterioration of social relationships. **Objective.** Define the predictors of Social Loneliness among older adults living in rural areas of Ecuador and analyze cognitive, emotional, and functional differences according to the participants’ level of Social Loneliness. **Methodology.** A cross-sectional study involving 316 older adults aged 65 and older, selected through non-probabilistic convenience sampling in rural communities in Ecuador. A medical history and comprehensive geriatric assessment were conducted. Social loneliness was assessed using the ESTE-R Scale and its four dimensions: familial, marital, social, and existential loneliness. Depression was assessed using the Yesavage Scale, cognitive status using the Mini-Mental State Examination (MMSE), and functional capacity using the Lawton and Brody Scale. **Results.** The main predictors were: Total loneliness ($R^2=0.517$), existential crisis ($\beta=0.686$), living arrangement ($\beta=-0.168$), and gender ($\beta=-0.149$); Marital loneliness ($R^2=0.240$), living arrangement ($\beta = -0.384$), and gender ($\beta = -0.199$); family loneliness ($R^2 = 0.126$), existential crisis ($\beta = 0.300$); and social loneliness ($R^2 = 0.031$), existential crisis ($\beta = 0.138$) (all $p < 0.05$). Participants with higher levels of social loneliness exhibited more depressive symptoms, greater existential crisis, and poorer cognitive performance (all $p<0.05$). **Conclusion.** Existential crisis was the main predictor of social loneliness among older adults in rural Ecuador. These findings support the development of preventive strategies aimed at the early identification of individuals at higher risk of unwanted loneliness. **General area of study:** Health Sciences. **Specific area of study:** Gerontology. **Type of article:** original.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud pública a nivel global. En este escenario, la soledad y el aislamiento social han emergido como determinantes críticos de la salud, asociados no solo con una disminución en la calidad de vida, sino con un incremento sustancial en el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular (Kotwal et al., 2021; Pavlidis, 2025). La soledad, entendida como la discrepancia subjetiva entre las conexiones sociales deseadas y las

reales, se manifiesta con mayor severidad en las etapas finales de la vida, donde las redes de apoyo tienden a contraerse (Kotwal et al., 2021).

A nivel epidemiológico, la magnitud del problema es alarmante. La literatura reciente indica que la soledad no es un estado estático; una vez establecida, tiende a persistir y exacerbar condiciones preexistentes (Axén et al., 2023). Estudios en diversas latitudes han demostrado que la soledad actúa como un predictor independiente del deterioro cognitivo y la demencia (Lee et al., 2025; Ng et al., 2025). Específicamente, existe una asociación robusta entre la percepción de soledad y el declive cognitivo subjetivo, lo que sugiere que el aislamiento impacta la reserva cognitiva incluso antes de que los déficits sean clínicamente evidentes en pruebas neuropsicológicas estandarizadas (Pecchinenda et al., 2024).

La relación entre soledad y salud es intrínsecamente bidireccional y multifactorial. Por un lado, la soledad predice una peor autopercepción de salud (SRH); por otro, una salud deficiente incrementa el aislamiento social, especialmente en mujeres y adultos mayores con menor nivel educativo (Pan et al., 2025). Factores como los trastornos del sueño, la fragilidad física y la discapacidad funcional particularmente en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) actúan como mediadores que refuerzan el ciclo de soledad y depresión (Ramírez et al., 2024; Zhao et al., 2025). Esta vulnerabilidad se acentúa en contextos de crisis sanitarias, como se observó durante la pandemia de COVID-19, donde el distanciamiento físico incrementó los niveles de irritabilidad, ansiedad y sintomatología depresiva en la población geriátrica (Dziedzic et al., 2021; Müller et al., 2021; Wang et al., 2025).

Un determinante fundamental de la experiencia de soledad es el arreglo de vivienda. Los adultos mayores que viven solos presentan un riesgo significativamente mayor de desenlaces adversos en salud en comparación con aquellos que residen acompañados, ya que la convivencia puede actuar como un factor protector o amortiguador frente al deterioro funcional (Wei et al., 2022). No obstante, el aislamiento social no es un fenómeno homogéneo; los cambios en el estatus de aislamiento a lo largo del tiempo (aumento o estabilidad en el aislamiento) se asocian de manera diferencial con la dependencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y el riesgo de accidentes cerebrovasculares (Lyu et al., 2024).

En el ámbito funcional, la soledad se ha vinculado estrechamente con la fragilidad. En poblaciones de alta densidad urbana y entornos comunitarios, se ha observado que tanto el aislamiento social como la baja participación social predicen un aumento en los niveles de fragilidad clínica, existiendo además diferencias significativas según el género en la forma en que estas variables interactúan (Ge et al., 2022). Asimismo, en pacientes con trastornos neurocognitivos, la soledad exacerba los déficits funcionales, creando una sinergia negativa que acelera la pérdida de autonomía (Moretti et al., 2024).

A pesar de la creciente evidencia global, existe una brecha de conocimiento sustancial respecto a las disparidades urbano-rurales en América Latina, y específicamente en

Ecuador. La literatura internacional sugiere que la prevalencia de síntomas depresivos y soledad es mayor en zonas rurales debido al acceso limitado a servicios, menores niveles de escolaridad y una mayor carga de enfermedades crónicas (Wu et al., 2023). En entornos rurales, la interdependencia entre la salud física y el soporte social adquiere matices únicos que no han sido suficientemente explorados bajo el rigor metodológico necesario para informar políticas públicas locales.

La justificación de esta investigación reside en la necesidad de desentrañar los mecanismos predictores de la soledad en un contexto de vulnerabilidad rural ecuatoriana. Comprender cómo las dimensiones cognitivas, emocionales y funcionales convergen en este grupo poblacional es imperativo para transitar de una visión asistencialista hacia intervenciones de salud pública basadas en la evidencia que promuevan un envejecimiento activo e integrado (Gao et al., 2024).

Por lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo definir los factores predictores de la Soledad Social en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador y analizar las diferencias cognitivas, emocionales y funcionales según el nivel de Soledad Social de los participantes.

2. Metodología

El presente estudio forma parte de un proyecto de evaluación geriátrica integral desarrollado en comunidades rurales de la provincia del Azuay, Ecuador, en el período 2025-2026. Se utilizó un diseño observacional, transversal y analítico. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron 316 adultos mayores con edad igual o superior a 65 años, residentes en comunidades rurales y que acudieron a centros de atención primaria en salud o participaron en programas de atención al adulto mayor en la región.

Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 65 años, residentes en parroquias rurales de El Valle, Sinincay y Ricaurte, capacidad para responder a las evaluaciones y firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron: diagnóstico previo de demencia severa, alteraciones sensoriales graves que imposibilitaran la realización de las pruebas, o cualquier factor que impidiera la participación completa en el estudio.

La distribución por sexo fue de 99 hombres (31.3%) y 217 mujeres (68.7%), con edades comprendidas entre 65 y 95 años ($M = 74.30$; $DE = 7.58$). Respecto al nivel educativo, el 33.2% no tenía escolaridad, el 60.1% contaba con educación primaria, el 5.7% con secundaria y el 0.9% con educación técnica o preparatoria. En cuanto al tipo de convivencia, el 28.8% vivía solo y el 69.0% residía acompañado de familiares u otras personas.

- a) Procedimiento.
- b) Las variables de interés fueron medidas en tres visitas consecutivas de evaluación. Los participantes fueron informados sobre los objetivos y características del estudio y firmaron un consentimiento informado previamente

aprobado por el Comité de Ética correspondiente (CEISH- UCACUE- 2023-181). Posteriormente, personal sanitario capacitado (enfermeras posgradistas) llevó a cabo una entrevista inicial y una valoración geriátrica completa en el domicilio o en el centro de salud comunitario.

- c) Instrumentos de evaluación. La exploración de las variables sociodemográficas y de interés clínico se realizó mediante una entrevista semiestructurada que incluyó anamnesis, antecedentes de salud y características del entorno familiar y comunitario.

Estado cognitivo. El *Mini Mental State Examination (MMSE)* fue utilizado para evaluar el rendimiento cognitivo general. Las puntuaciones se categorizaron en: normal (≥ 24), sospecha patológica (18-23), deterioro cognitivo (12-17) y demencia (< 12).

Depresión. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) fue empleada para evaluar la sintomatología depresiva. Las puntuaciones se clasificaron en: sin depresión (0-5), probable depresión (6-9) y depresión establecida (≥ 10).

Capacidad funcional. La Escala de Lawton y Brody midió la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Se establecieron categorías de autonomía, dependencia ligera, dependencia moderada, dependencia grave y dependencia total.

Soledad Social. El Test de Soledad Social ESTE-R de Rubio fue utilizado para evaluar la Soledad Social y sus cuatro factores: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial. Este instrumento ha sido validado en población mayor hispanohablante y presenta adecuadas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach = 0.85), mostrando validez factorial que explica el 58% de la varianza total.

- d) Análisis estadístico. Los análisis estadísticos se realizaron con el software *SPSS Statistics* versión 26 para Windows, estableciendo un nivel de significación de $p < 0.05$. El estudio de la asociación entre la Soledad Social y sus factores con las variables sociodemográficas y clínicas se realizó mediante análisis de varianza (ANOVA), utilizando el estadístico R^2 como indicador del tamaño del efecto ($R^2 = 0.01$ = efecto pequeño; 0.06 = efecto mediano; 0.14 = efecto grande). Las asociaciones entre variables cuantitativas se estudiaron con el estadístico de correlación de Pearson. Adicionalmente, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple para estudiar los predictores de la Soledad Social y de sus cuatro factores. La muestra fue subdivida en tres grupos según la puntuación en el ESTE-R: bajo nivel de Soledad Social (puntuaciones por debajo de la media menos una desviación típica), nivel medio (puntuaciones en el rango entre la media menos y más una desviación típica) y alto nivel de Soledad Social (puntuaciones por encima de la media más una desviación típica).

3. Resultados

En el presente estudio se puede observar como primer punto un estudio bivariado en el que se determinará la asociación de la soledad social con variables sociodemográficas y clínicas, seguido presentaremos, un estudio multivariado en el que se estudiará por medio de regresión lineal los factores predictores de la Soledad Social y finalmente analizaremos la diferencia entre las variables clínicas y el grado de soledad social en los participantes.

3.1. Estudio bivariado: asociación de la soledad social con variables sociodemográficas y clínicas

En primer lugar, se estudió la asociación de la soledad social con las variables sociodemográficas mediante análisis ANOVA, considerando las variables sociodemográficas como independientes y las puntuaciones en el ESTE-R como dependientes. Los resultados se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1
Características sociodemográficas, número de participantes y puntuaciones en la Escala ESTE-R según grupos

Características: N=316; Rango de edad: 65-95 años; Media: 74.30 (DE: 7.58)	N	%	Soledad Total M(DE)	F	Soledad Familiar M(DE)	F
Grupos de Edad				1.219		0.892
65-74 años	164	51.9	111.91 (22.09)		38.24 (8.42)	
75-84 años	112	35.4	108.41 (22.29)		37.15 (9.06)	
85-95 años	37	11.7	107.11 (20.76)		36.89 (8.73)	
Sexo				10.869		4.312
Hombre	99	31.3	115.86 (20.54)		40.32 (7.98)	
Mujer	217	68.7	106.85 (23.34)		36.48 (8.90)	
Nivel de Educación				0.450		0.712
Sin escolaridad	105	33.2	111.15 (20.24)		38.02 (8.56)	
Primaria	190	60.1	108.80 (24.46)		37.44 (9.10)	
Secundaria	18	5.7	108.78 (21.54)		36.89 (8.34)	
Preparatoria/Técnica	3	0.9	120.00 (13.00)		41.00 (5.20)	
Tipo de Convivencia				10.503		1.245
Solo/a	91	28.8	104.18 (17.97)		36.48 (9.12)	
Acompañado/a	218	69.0	112.81 (22.46)		38.22 (8.56)	

*p < 0.05; **p < 0.01. ANOVA, Análisis de Varianza; DE, Desviación Estándar; M, Media.

El grupo de hombres presentó una puntuación significativamente mayor en la escala total de Soledad Social que las mujeres ($F = 10.869$; $p = 0.001$), lo que indica, en promedio, un mayor nivel de soledad percibida entre los varones. Respecto al tipo de convivencia, los participantes que vivían acompañados mostraron mayores niveles de Soledad Social total en comparación con quienes vivían solos ($F = 10.503$; $p = 0.001$). Este resultado, aparentemente contraintuitivo, podría explicarse por las características del entorno convivencial rural, donde la dinámica familiar intergeneracional puede no satisfacer plenamente las necesidades relacionales del adulto mayor. La edad y el nivel educativo no presentaron asociación significativa con la Soledad Social total.

En cuanto a las variables clínicas, los participantes con depresión establecida presentaron puntuaciones significativamente más altas en el ESTE-R total ($M = 122.27$) en comparación con quienes no presentaban depresión ($M = 106.89$; $F = 15.296$; $p < 0.001$). El estado cognitivo también se asoció significativamente con la Soledad Social ($F = 2.739$; $p = 0.044$), con las puntuaciones más altas de soledad observadas en el grupo de sospecha patológica ($M = 114.62$).

3.2. Estudio multivariado: predictores de la soledad social

Se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple para estudiar los predictores de la Soledad Social y de cada uno de sus cuatro factores. Las variables incluidas como posibles predictores fueron: edad, sexo, tipo de convivencia, nivel educativo, depresión, estado cognitivo y crisis existencial. Los modelos finales obtenidos se describen en la **Tabla 2**.

Tabla 2

Resultados del análisis de regresión lineal múltiple: predictores de los factores de soledad social

Variable Predictora	R ²	B	β	t	p	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.
SOLEDAD TOTAL (R² = 0.517)							
Sexo (mujer)		-	-	-3.644	<0.001	-10.09	-3.02
		6.554	0.149				
Tipo de convivencia (solo/a)		-	-	-4.088	<0.001	-11.26	-3.93
		7.596	0.168				
Crisis existencial		1.490	0.686	14.571	<0.001	1.29	1.69
SOLEDAD CONYUGAL (R² = 0.240)							
Sexo (mujer)		-	-	-3.871	<0.001	-5.69	-1.85
		3.772	0.199				
Tipo de convivencia (solo/a)		-	-	-7.448	<0.001	-9.48	-5.51
		7.496	0.384				
Crisis existencial		0.130	0.139	2.347	0.019	0.02	0.24
SOLEDAD FAMILIAR (R² = 0.126)							
Crisis existencial		0.264	0.300	4.728	<0.001	0.15	0.38
SOLEDAD SOCIAL (R² = 0.031)							
Crisis existencial		0.096	0.138	2.070	0.039	0.005	0.187
Todos los modelos: $p < 0.05$. B, coeficiente no estandarizado; β, coeficiente estandarizado; IC, intervalo de confianza; R ² , varianza explicada.							

La crisis existencial fue el predictor más relevante de la Soledad Social total ($\beta = 0.686$; $p < 0.001$), explicando por sí mismo la mayor proporción de varianza del modelo (R^2 total = 0.517). El tipo de convivencia ($\beta = -0.168$; $p < 0.001$) y el sexo ($\beta = -0.149$; $p < 0.001$) también resultaron predictores significativos. En cuanto a los factores específicos, la crisis existencial fue el único predictor significativo en los modelos de soledad familiar ($\beta = 0.300$; $p < 0.001$) y soledad social ($\beta = 0.138$; $p = 0.039$). En el modelo de soledad conyugal, el tipo de convivencia ($\beta = -0.384$; $p < 0.001$) y el sexo ($\beta = -0.199$; $p < 0.001$) constituyeron los predictores principales.

3.3. Diferencias según el grado de Soledad Social

Se realizó un ANOVA para estudiar las diferencias en las variables clínicas entre participantes con distintos niveles de Soledad Social. La muestra fue subdividida en tres grupos: bajo nivel ($n = 31$; puntuaciones < 86.8), nivel medio ($n = 243$; puntuaciones entre 86.8 y 132.5) y alto nivel ($n = 40$; puntuaciones > 132.5). Los resultados se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3

Diferencias en variables clínicas según nivel de Soledad Social ESTE-R

Variable	Baja Soledad ($n=31$) M(DE)	Media Soledad ($n=243$) M(DE)	Alta Soledad ($n=40$) M(DE)	F	R^2
Variables Clínicas Subjetivas					
Depresión (GDS- Yesavage) ^a	4.37 (3.62)	5.39 (4.24)	8.39 (5.23)	9.258***	0.058
Crisis existencial (ESTE-R) ^a	14.00 (10.88)	26.37 (7.97)	37.20 (4.95)	73.724***	0.322
Variables Cognitivas y Funcionales					
Estado cognitivo (MMSE) ^a	20.06 (9.03)	23.19 (6.06)	21.62 (9.44)	3.353*	0.021

^aPost-hoc LSD: Baja SL < Alta SL, $p < 0.05$. * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$. GDS, Escala de Depresión Geriátrica; MMSE, Mini Mental State Examination; ESTE-R, Test de Soledad Social de Rubio.

Los participantes con un mayor grado de soledad social mostraron puntuaciones más altas en depresión ($F = 9.258$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.058$) y en crisis existencial ($F = 73.724$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.322$), así como un peor rendimiento en el estado cognitivo general ($F = 3.353$; $p = 0.036$; $R^2 = 0.021$). Los análisis post-hoc evidenciaron diferencias significativas entre el grupo de baja soledad y el de alta soledad en las puntuaciones de depresión ($p < 0.05$) y crisis existencial ($p < 0.001$). La capacidad funcional evaluada con la escala de Lawton y Brody no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de Soledad Social ($F = 1.157$; $p = 0.330$), hallazgo consistente con las características relativamente preservadas de la funcionalidad en esta muestra.

4. Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian que la soledad social en adultos mayores residentes en zonas rurales del Ecuador constituye un fenómeno complejo, multidimensional y estrechamente vinculado a determinantes sociodemográficos, clínicos y psicosociales. En términos generales, los hallazgos permiten identificar patrones consistentes con la literatura internacional, al tiempo que revelan particularidades propias del contexto rural que deben ser analizadas desde una perspectiva de salud pública y equidad.

4.1. Interpretación de los hallazgos principales

Uno de los hallazgos más relevantes fue la mayor presencia de soledad social en el sexo masculino, tanto en la dimensión global como familiar. Este resultado sugiere una mayor vulnerabilidad social en los hombres mayores, lo cual ha sido ampliamente documentado en estudios internacionales, donde se evidencia que los hombres presentan redes sociales más restringidas y menor tendencia a buscar apoyo emocional (Kino et al., 2023). Esta vulnerabilidad se intensifica en contextos rurales, donde las redes de apoyo suelen estar mediadas por la convivencia familiar, y la pérdida del cónyuge o la migración de hijos incrementa el riesgo de aislamiento.

En contraste, no se evidenciaron diferencias significativas entre grupos etarios, lo que sugiere que la soledad social no depende exclusivamente del envejecimiento cronológico, sino de factores contextuales como la participación social, el estado funcional y las condiciones de vida. Este hallazgo es coherente con estudios longitudinales que demuestran que la edad, por sí sola, no predice el aislamiento, sino su interacción con variables sociales y de salud (Liu et al., 2025).

Por otro lado, la ausencia de asociación significativa con el nivel educativo podría explicarse por la relativa homogeneidad socioeducativa de las poblaciones rurales, donde el acceso limitado a educación formal reduce la variabilidad de esta variable. Este resultado difiere de estudios en contextos urbanos, donde el nivel educativo actúa como factor protector frente a la soledad (Carrasco et al., 2024).

4.2. Comparación con estudios previos

Los resultados del presente estudio son consistentes con la evidencia científica que posiciona la soledad social como un determinante clave de la salud en adultos mayores. Diversos estudios han demostrado que el aislamiento social se asocia significativamente con deterioro cognitivo, afectando funciones como memoria, orientación y capacidad ejecutiva (Zhang et al., 2025). Asimismo, se ha evidenciado que la soledad, entendida como experiencia subjetiva, es un predictor independiente de deterioro cognitivo y demencia, incluso por encima del soporte social estructural (Freak-Poli et al., 2022).

En esta misma línea, investigaciones recientes han confirmado que la soledad se relaciona con una mayor velocidad de deterioro cognitivo en múltiples dominios, incluyendo memoria y velocidad de procesamiento (Lin et al., 2025). De manera complementaria,

estudios en población con deterioro cognitivo leve han demostrado que mayores niveles de soledad social se asocian con peor desempeño cognitivo, mayor sintomatología depresiva y peor percepción de salud (Prada et al., 2024).

En el ámbito emocional, la evidencia muestra que la soledad social está estrechamente relacionada con síntomas depresivos y peor bienestar general (Czaja et al., 2021). Asimismo, se ha demostrado que el aislamiento social incrementa significativamente el riesgo de desarrollar depresión en adultos mayores, independientemente del contexto cultural (Noguchi et al., 2021). Este vínculo bidireccional entre soledad y depresión refuerza la necesidad de abordajes integrales.

Adicionalmente, estudios epidemiológicos han evidenciado que la combinación de soledad y aislamiento social genera efectos acumulativos negativos, incluyendo mayor carga de enfermedad, peor calidad de vida y mayor utilización de servicios de salud (Barnes et al., 2022). Incluso, se ha documentado que el aislamiento social puede aumentar el riesgo de mortalidad en adultos mayores, particularmente en contextos latinoamericanos (Kammar-García et al., 2023).

En cuanto a los factores asociados, múltiples estudios coinciden en señalar que vivir solo, la presencia de enfermedades crónicas, la depresión y la baja calidad de vida son predictores importantes de soledad (Carrasco et al., 2024; Pollak et al., 2025). Asimismo, factores socioeconómicos como bajo nivel de ingresos y escaso acceso a recursos incrementan la vulnerabilidad (Kino et al., 2023).

4.3. Mecanismos explicativos

Los resultados pueden interpretarse a través de varios mecanismos teóricos y fisiopatológicos. En primer lugar, la reducción de la interacción social limita la estimulación cognitiva, favoreciendo el deterioro progresivo de funciones cerebrales (Zhang et al., 2025). Este mecanismo se alinea con el modelo de reserva cognitiva, donde la interacción social actúa como factor protector.

En segundo lugar, la soledad social genera respuestas de estrés crónico, caracterizadas por alteraciones neuroendocrinas, inflamación sistémica y disfunción inmunológica (Svensson et al., 2022). Estas respuestas biológicas contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas y deterioro funcional.

Asimismo, el aislamiento social se asocia con menor actividad física y mayor fragilidad, lo que incrementa el riesgo de discapacidad (Deng et al., 2025). Este efecto es particularmente relevante en adultos mayores rurales, donde la funcionalidad está estrechamente ligada a la autonomía.

Por otra parte, factores psicológicos como la depresión, la percepción negativa de la salud y las actitudes hacia el envejecimiento actúan como mediadores en la relación entre soledad y salud (Jia et al., 2025). Estos factores pueden amplificar el impacto del aislamiento en la calidad de vida.

4.4. Implicaciones en salud pública y práctica geriátrica

Los hallazgos del estudio tienen importantes implicaciones para la salud pública, especialmente en contextos rurales del Ecuador. La soledad social debe ser considerada un problema prioritario dentro de las estrategias de atención primaria, dado su impacto en múltiples dimensiones de la salud.

En este sentido, se recomienda incorporar la evaluación sistemática de la soledad social en los servicios de salud, particularmente en la atención domiciliaria y comunitaria. El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la detección temprana y en la implementación de intervenciones psicosociales.

La evidencia sugiere que intervenciones basadas en la promoción de redes sociales, actividades comunitarias y uso de tecnologías pueden reducir significativamente la soledad (Southerland et al., 2024). Asimismo, es fundamental fortalecer políticas públicas orientadas a mejorar el acceso a servicios, reducir desigualdades y promover el envejecimiento activo.

En poblaciones rurales, factores como el aislamiento geográfico, la migración de familiares y las limitaciones en infraestructura agravan el problema, por lo que las intervenciones deben ser contextualizadas y culturalmente adaptadas.

4.5. Fortalezas del estudio

Entre las fortalezas del estudio se destaca el tamaño muestral adecuado y el uso de instrumentos validados para la medición de la soledad social. Asimismo, el enfoque en población rural representa un aporte significativo, dado el limitado número de estudios en este contexto.

4.6. Limitaciones

El diseño transversal limita la posibilidad de establecer causalidad. Además, el uso de medidas autorreportadas puede introducir sesgos de información. Asimismo, no se incluyeron variables contextuales más amplias, como redes comunitarias o acceso a servicios, lo que podría enriquecer el análisis.

4.7. Proyecciones futuras

Se recomienda desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la soledad social y su impacto en la salud. Asimismo, es necesario evaluar intervenciones comunitarias que promuevan la integración social.

Finalmente, futuras investigaciones deberían explorar diferencias entre contextos rurales y urbanos, así como el papel de factores culturales en la experiencia de la soledad.

5. Conclusiones

- El presente estudio representa un avance en la caracterización de la Soledad Social en adultos mayores de zonas rurales del Ecuador. Los resultados evidencian que la crisis existencial es el predictor más potente de la Soledad Social en este contexto, seguida del tipo de convivencia y el sexo. Asimismo, el nivel de Soledad Social se asocia significativamente con el perfil clínico de los participantes, con

mayor sintomatología depresiva, mayor crisis existencial y peor rendimiento cognitivo entre quienes reportan más soledad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar la evaluación y el tratamiento de la soledad en los protocolos de atención geriátrica rural, considerando las particularidades culturales y sociales del contexto ecuatoriano y latinoamericano.

5.1. Agradecimientos

Los firmantes del presente estudio desean expresar su más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por invaluable apoyo institucional que permitió llevar a cabo el proyecto de investigación, proyecto PICTMS24-31, que hizo posible el desarrollo del presente trabajo; también, reconocemos a todas las personas y/o a las instituciones que directa o indirectamente colaboraron para cumplir con los objetivos para la presente investigación realizada

6. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el artículo presentado.

7. Derechos de autor (copyright)

Los autores son los titulares de los derechos de autor (patrimoniales y/o de explotación) de los contenidos de la revista (*copyright*).

8. Declaración de contribución de los autores

Los autores declaran haber participado de manera equitativa y sustancial en la realización de esta investigación, bajo las responsabilidades según la [Taxonomía CRediT](#) para describir las contribuciones individuales de cada autor al trabajo.

Kelly Maritza Samaniego Lituma, realizó la conceptualización de la investigación, organización y ejecución del ensayo, recopilación y curación de los datos, revisión del análisis estadístico, interpretación de los resultados, elaboración del borrador original, preparación de tablas y figuras, revisión crítica del contenido y aprobación de la versión final del manuscrito.

Edison Gustavo Moyano Brito & Jhoana Elizabeth Campoverde Barros, realizaron la supervisión académica y metodológica de la investigación, brindó orientación durante el desarrollo del ensayo, revisó el análisis y la interpretación de los resultados, efectuó la revisión crítica del manuscrito, realizó la corrección científica y académica y aprobó la versión final para su publicación.

Divulgación de la delegación a la IA generativa

Los autores declaran que emplearon ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5) como herramienta de apoyo para reorganizar y reformular editorialmente el manuscrito original, corregir el estilo, traducir el resumen al inglés y comprobar el cumplimiento formal del formato de

la revista. Los datos experimentales, el diseño, los resultados estadísticos y las decisiones científicas proceden de la investigación de los autores y no fueron generados ni modificados por la herramienta. Los autores revisaron, contrastaron y aprobaron cada sección y asumen la responsabilidad íntegra del contenido final. La herramienta no figura como autor ni asume responsabilidad por los resultados.

Declaración presentada por: Kelly Maritza Samaniego Lituma.

9. Costos de financiamiento

La presente investigación fue financiada en su totalidad con fondos propios de los autores.

10. Referencias bibliográficas

- Axén, A., Taube, E., Sanmartin Berglund, J., & Skär, L. (2023). Loneliness in relation to social factors and self-reported health among older adults: a cross-sectional study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 21501319231198644. <https://doi.org/10.1177/21501319231198644>
- Barnes, T. L., MacLeod, S., Tkatch, R., Ahuja, M., Albright, L., Schaeffer, J. A., & Yeh, C. S. (2022). Cumulative effect of loneliness and social isolation on health outcomes among older adults. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1327–1334. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1940096>
- Carrasco, P. M., Prada Crespo, D., Reinoso García, A. I., Lozano Ibáñez, M., Montejo Rubio, B., & Montenegro-Peña, M. (2024). Predictive factors and risk and protection groups for loneliness in older adults: a population-based study. *BMC Psychology*, 12(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01708-7>
- Czaja, S. J., Moxley, J. H., & Rogers, W. A. (2021). Social support, isolation, loneliness, and health among older adults in the PRISM randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 728658. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658>
- Deng, S., Guo, Z., He, S., & Sun, X. (2025). Social isolation and cardiometabolic burden synergistically predict physical dysfunction in aging Chinese adults: evidence of risk thresholds and the mediating role of frailty. *PLOS ONE*, 20(10), e0335467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0335467>
- Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., & Wysokiński, M. (2021). Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21(1), 1976. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12029-4>
- Freak-Poli, R., Wagemaker, N., Wang, R., Lysen, T. S., Ikram, M. A., Vernooij, M. W., Dintica, C. S., Vernooij-Dasseng, M., Melis, R. J. F., Laukka, E. J., Fratiglioni, L., Xu, W., & Tiemeier, H. (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>
- Gao, Q., Chua, K. C., Mayston, R., & Prina, M. (2024). Longitudinal associations of loneliness and social isolation with care dependence among older adults in Latin America and China: a 10/66 dementia research group population-based cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(7), e6115. <https://doi.org/10.1002/gps.6115>
- Ge, L., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2022). Associations of social isolation, social participation, and loneliness with frailty in older adults in Singapore: a panel data analysis. *BMC Geriatrics*, 22(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02745-2>
- Jia, Y., Yue, Y., & Sheng, Y. (2025). The mediating role of aging attitudes between social isolation and self-neglect: a cross-sectional study of older adults living alone in rural China. *BMC Nursing*, 24(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02637-x>
- Kammar-García, A., Ramírez-Aldana, R., Roa-Rojas, P., Lozano-Juárez, L. R., Sánchez-García, S., Tella-Vega, P., & García-Peña, C. (2023). Association of loneliness and social isolation with all-cause mortality among older Mexican adults in the Mexican health and aging study: a retrospective observational study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03750-3>
- Kino, S., Stickley, A., Arakawa, Y., Saito, M., Saito, T., & Kondo, N. (2023). Social isolation, loneliness, and their correlates in older Japanese adults. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 23(3), 475–486. <https://doi.org/10.1111/psyg.12957>
- Kotwal, A. A., Cenzer, I. S., Waite, L. J., Covinsky, K. E., Perissinotto, C. M., Boscardin, W. J., Hawkey, L. C., Dale, W., & Smith, A. K. (2021). The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(11), 3081–3091. <https://doi.org/10.1111/jgs.17366>
- Lee, J. H., Sutin, A. R., Hajek, A., Karakose, S., Aschwanden, D., O'Súilleabháin, P. S., Stephan, Y., Terracciano, A., & Luchetti, M. (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, e58. <https://doi.org/10.1017/S003329172500011X>
- Lin, Q., Dadar, M., Oliver, M., Barnes, L. L., & Morrison, C. (2025). Exploring the influence of loneliness on cognitive decline: differential effects in black and white older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 80(11), gbaf156. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf156>
- Liu, X., Zhang, Y., Wu, J., Zeng, Y., Guo, L., & Ye, B. (2025). Latent profiles and transitions of social isolation among older adults and their influencing factors: a person-centered approach. *Frontiers in public health*, 13, 1475951. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1475951>

- Lyu, C., Siu, K., Xu, I., Osman, I., & Zhong, J. (2024). Social isolation changes and long-term outcomes among older adults. *JAMA Network Open*, 7(7), e2424519. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24519>
- Moretti, M. C., Bonfitto, I., Nieddu, L., Leccisotti, I., Dimalta, S., Moniello, G., Lozupone, M., Bellomo, A., Panza, F., Avolio, C., & Altamura, M. (2024). Association of loneliness with functional and cognitive status in minor and major neurocognitive disorders. *Life*, 14(10), 1216. <https://doi.org/10.3390/life14101216>
- Müller, F., Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Social isolation and loneliness during COVID-19 lockdown: associations with depressive symptoms in the German old-age population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
- Ng, T. K. S., Beck, T., Dennis, K. R., Desai, P., Krueger, K., Dhana, K., Wilson, R. S., Evans, D. A., & Rajan, K. B. (2025). Social isolation, loneliness, and their joint effects on cognitive decline and incident Alzheimer's disease: findings from the Chicago health and aging project. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 12(3), 100046. <https://doi.org/10.1016/j.tjpad.2024.100046>
- Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., Ikeda, T., Osaka, K., & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ Open*, 11(3), e045834. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045834>
- Pan, C., Ye, J., Yu, L., & Cao, N. (2025). Reciprocal associations between social isolation and self-rated health among older adults in China: findings from the China longitudinal aging social survey (2018–2020). *Archives of Public Health*, 83(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01764-4>
- Pavlidis, G. (2025). Exclusionary states in older age and their temporary effects on cognitive decline. *BMC Psychology*, 13(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02574-7>
- 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>
- Pollak, C., Pham, Y., Ehrlich, A., Verghese, J., & Blumen, H. M. (2025). Loneliness and social isolation risk factors in community-dwelling older adults receiving home health services. *BMC Geriatrics*, 25(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05947-0>
- Prada Crespo, D., Montejo Carrasco, P., Díaz-Mardomingo, C., Villalba-Mora, E., & Montenegro-Peña, M. (2024). Social loneliness in older adults with mild cognitive impairment: predictive factors and associated clinical characteristics. *Journal of Alzheimer's Disease*, 97(2), 697–714. <https://doi.org/10.3233/JAD-230901>

- Ramírez López, A. B., Rodríguez-Agudelo, Y., Paz-Rodríguez, F., Tafoya, S. A., Guerrero López, B., & Díaz Olavarrieta, C. (2024). The role of functional deficits, depression, and cognitive symptoms in the perceived loneliness of older adults in Mexico City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 977. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080977>
- Southerland, J. L., Zheng, S., Dodson, K., Mauck, E., Bacsu, J. R., Brown, M. J., Holloway, J., Kim, S. M., Malatyali, A., & Smith, M. L. (2024). Social isolation and loneliness prevention among rural older adults aging-in-place: a needs assessment. *Frontiers in public health*, 12, 1404869. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1404869>
- Svensson, M., Rosso, A., Elmståhl, S., & Ekström, H. (2022). Loneliness, social isolation, and health complaints among older people: a population-based study from the “Good Aging in Skåne (GÅS)” project. *SSM - Population Health*, 20(101287), 101287. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101287>
- Wang, Z., Jin, Y., Tian, W., & Zhou, X. (2025). The various effect of social isolation on depression risk among old population in China during covid-19 pandemic: a population-based survey. *PLOS One*, 20(6), e0325595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325595>
- Wei, K., Liu, Y., Yang, J., Gu, N., Cao, X., Zhao, X., Jiang, L., & Li, C. (2022). Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: evidence from the CLHLS. *BMC Geriatrics*, 22(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02742-5>
- Wu, Y., Su, B., Chen, C., Zhao, Y., Zhong, P., & Zheng, X. (2023). Urban-rural disparities in the prevalence and trends of depressive symptoms among Chinese elderly and their associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 340, 258–268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.117>
- Zhao, Y., Huo, X., Du, H., Lai, X., Li, Z., Zhang, Z., & Yang, L. (2025). Moderating effect of instrumental activities of daily living on the relationship between loneliness and depression in people with cognitive frailty. *BMC Geriatrics*, 25(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05700-7>
- Zhang, W., Zhang, J., & Gao, N. (2025). Social isolation and cognitive decline in older adults: a longitudinal study across 24 countries. *BMC Geriatrics*, 25(1), 775. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06430-6>

El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Alfa Publicaciones**.



El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Alfa Publicaciones**.

