



# Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica

## Influence of loneliness in the cognitive and emotional state in the elderly people residing in a geriatric institution.

VALAREZO Carrión, José Luis [1](#); SILVA Maldonado, Julio Cesar [2](#); MEDINA Muñoz, Ruth Patricia [3](#)

Recibido: 20/06/2019 • Aprobado: 31/03/2020 • Publicado 23/04/2020

### Contenido

- [1. Introducción](#)
- [2. Metodología](#)
- [3. Resultados](#)
- [4. Conclusiones](#)

[Referencias bibliográficas](#)

#### RESUMEN:

La pérdida gradual de relaciones sociales, genera una mayor percepción de soledad en el adulto mayor lo que provoca deterioro a nivel cognitivo y afectivo, alterando su estado de ánimo y su capacidad mental. El propósito de este estudio, el cual fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo, consistió en realizar un abordaje al adulto mayor con el objetivo de establecer la influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional del mismo. Se utilizaron una entrevista y 3 pruebas estandarizadas que fueron aplicados a un grupo de 35 personas de la tercera edad, de ambos géneros residentes en un ambiente geriátrico. Los resultados obtenidos determinan un alto nivel de prevalencia de soledad en las personas de la tercera edad. Se obtuvieron diferencias estadísticas significativas entre las variables medidas con respecto al grupo de personas que reciben visitas con frecuencia a diferencia de aquellas que rara vez reciben visitas. Se obtuvo correlación entre las variables establecidas de cognición y afectividad con el factor soledad y no se obtuvo afinidad alguna entre las variables fijadas y el tiempo de estancia.

**Palabras clave:** Soledad, persona de la tercera edad, estado cognitivo, estado emocional.

#### ABSTRACT:

The gradual loss of social relationships, generates a greater perception of loneliness in the elderly which causes deterioration in cognitive and affective level, altering their mood and mental capacity. The purpose of this study, which was descriptive, transversal and quantitative, consisted in making an approach to the elderly with the objective of establishing the influence of loneliness in the cognitive and emotional state of the same. An interview and 3 standardized tests were used that were applied to a group of 35 elderly people, of both genders resident in a geriatric environment. The results obtained determine a high level of prevalence of loneliness in the elderly. Significant statistical differences were obtained between the measured variables with respect to the group of people who receive frequent visits, unlike those who rarely receive visits. Correlation was obtained between the established variables of cognition and affectivity with the loneliness factor and no affinity was obtained between the variables set and the time of stay.

**Keywords:** Loneliness, elderly person, cognitive state, emotional state.

## 1. Introducción

El envejecimiento de la población ecuatoriana, es una realidad que hoy en día va en aumento e implica una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales y de salud que se deben aceptar para tener una vida saludable (Murcia et al., 2000). Uno de los cambios más característicos de esta etapa del ciclo vital, es la pérdida de las relaciones sociales, lo que puede provocar un sentimiento de soledad que a su vez tiene un efecto negativo en la vida de los adultos mayores. (Mancheno et al., 2005).

Por ende, el presente trabajo investigativo nace con la necesidad de realizar un abordaje integral al adulto mayor, con el objetivo de establecer la presencia de repercusiones como la soledad, en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica, pues la soledad es referida como un sentimiento por unos y como un estado anímico por otros (Aranza et al., 2009), el cual se constituye en el lapso del tiempo como un problema de tipo social que compete al ámbito sanitario y porque no a toda la sociedad, ya que esta situación expone a la persona mayor de manera directa a peligros, delincuencia, hambre, aislamiento y a un declive en los estadios cognitivos y emocionales respectivamente (Rosedale et al., 2007).

Hoy en día, la población mundial está envejeciendo rápidamente y entre el 2015 y 2050, se calcula que la proporción de adultos mayores del mundo casi se duplicará, de aproximadamente el 12% al 22%, es decir se espera un aumento de 900 millones a 2 mil millones de personas mayores de 60 años (OMS, 2012 - 2015) los mismos que se enfrentan a problemas especiales de salud física y mental que deben tomarse en cuenta.

Además, las personas mayores han reducido la relación social debido a la depreciación del estado de salud y la funcionalidad, lo que a su vez resulta en la pérdida de relaciones íntimas y un papel en la sociedad. Su red social se reduce al igual que la cantidad de individuos de quienes reciben apoyo (Pinquart & Sorensen, 2001). También, la reubicación residencial es común entre las personas mayores, pasando de un hogar familiar a una institución, lo que implica un cambio en las relaciones informales. Todos estos factores están asociados con un mayor riesgo de experimentar soledad (Dykstra, Hawkey, Cacioppo, & Saarenheimo, 2010).

Estudios previos han identificado varios factores asociados con los sentimientos de soledad tales como la edad avanzada, el bajo nivel socioeconómico, el sobrepeso, el acceso limitado al apoyo social, las pequeñas redes sociales, los bajos niveles de autoestima, el vivir solos, el estar sin pareja, las enfermedades crónicas, el ser viudo o desamparado, el escaso contacto social, el ser poco visitado en su hogar y la estadía prolongada en un centro de acogida (Adams, Sanders, & Auth, 2004). Los ancianos institucionalizados, la mala salud y los bajos niveles de capacidad funcional son factores adicionales (Savikko et al., 2005).

Así mismo existe una creciente evidencia que sugiere que el aislamiento social percibido o la soledad como tal, es un factor de riesgo importante para las enfermedades emocionales y mentales en la tercera edad (Hocos, 2000). Una amplia investigación ha documentado la importancia de las relaciones sociales para la promoción de la salud mental y la protección contra el desarrollo, así como la progresión de la enfermedad física (Unchino, 2006). Las revisiones integradoras de la literatura proporcionan evidencia consistente de que las relaciones sociales tanto en cantidad como en calidad son un factor importante que contribuye a reducir ampliamente la morbilidad y mortalidad de base (Unchino & Berkman, 2000).

Se estima que las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental, siendo importante también la educación, la cultura, la experiencia adquirida durante la vida, pues estos factores constituyen una base para reentrenar o reaprender las habilidades que se van disminuyendo (Thoitd et al., 2011).

## **1.1. Revisión de literatura**

### **1.1.1. Definición de Soledad**

La Real Academia Española define a la soledad como la carencia voluntaria o involuntaria de compañía. Para Bermejo & Henao (2005), "la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros, carece de compañía para las actividades deseadas lo que trae consigo consecuencias emocionales y mentales de gran intensidad" (p. 235).

La soledad se puede definir y ver de múltiples maneras. Los eruditos de otras disciplinas han identificado aspectos negativos y positivos de la soledad. Por ejemplo, los filósofos la ven como un elemento vital de la existencia humana y como una fuerza motivadora para lograr una nueva

conexión, verdad, significado y descubrimiento de nuevas posibilidades (Rosedale et al., 2007). Los estudios psicológicos difieren sobre si la soledad es unidimensional o multidimensional, pero coinciden en que es una experiencia de separación que está asociada con la insatisfacción y la angustia emocional la cual puede surgir durante la niñez y continuar a lo largo de la vida, por lo tanto, la interpretación del significado de la soledad puede ser muy subjetiva, y puede diferir de una persona a otra y de un estadio a otro (Bekhet & Zauszniewsk, 2012).

La soledad a largo plazo aumenta el riesgo de desarrollar problemas graves para la salud tanto emocional y mental, como la depresión y el deterioro de la memoria. De hecho, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la vida posterior y puede tener consecuencias devastadoras para la calidad de vida y el deterioro de la memoria puede alterar el funcionamiento ejecutivo e intelectual de la persona asociándose esta, en algunos casos, con la mortalidad (Pronk et al., 2011).

Por tal razón el concepto de soledad asociado a las personas de la tercera edad, es considerado como algo significativo vinculado estrechamente con el envejecimiento de la población y considerado hoy en día como un factor determinante en la salud emocional y mental, en el bienestar y en la calidad de vida de los adultos mayores (Havens et al., 2004).

### **1.1.2. La Soledad en las Personas de la Tercera Edad**

Para Iglesias, López, Díaz, Alemán, Trinidad & Cestón (2001), "la vejez implica una serie de cambios vitales que se relacionan con el sentimiento de soledad en los mayores, ya que se pueden ver obligados a vivir solos por el abandono del hogar por parte de los hijos o por el fallecimiento del cónyuge principalmente y por esta circunstancia la adaptación a esta nueva etapa va a depender de los recursos personales, socio - familiares y relacionales, con los cuales cuente" (p. 121).

Las causas principales de la soledad en la vejez se constituyen por el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables (García et al., 2005).

En Ecuador se estima que más de un millón de mayores viven solos. En su mayoría se trata de viudos, viudas y mujeres solas. La proporción de personas mayores que viven en soledad se incrementa con la edad (INEN, 2015).

Vivir en soledad puede desentrañar múltiples riesgos para la salud. Diferentes estudios muestran que la ausencia de vínculos y redes afectivas pueden asociarse al sufrimiento psíquico y a problemas psicológicos, mentales y relacionales en los mayores. Una de cada 10 personas de la tercera edad, mayoritariamente mujeres, está diagnosticada de depresión y la muerte por suicidio o lesiones autoinfligidas son más habituales en hombres (Sornoza et al., 2011)

### **1.1.3. Prevalencia Global de la Soledad en las Personas de la Tercera Edad**

En lo que respecta a estudios previos, la prevalencia de la soledad a veces o a menudo, modesta o severa, oscila entre el 20% y el 50% para las personas de 65 años o más (Pinquart & Sörensen, 2001). La prevalencia de la soledad parece aumentar con la edad avanzada y entre las personas mayores de 80 años se ha reportado un incremento del 50% más de lo habitual, de sentirse solos constantemente (Dykstra, 2009).

De igual manera los adultos mayores que viven solos presentan un 78% de soledad y los que residen con otras personas de su mismo grupo o edad el porcentaje de soledad oscila tan solo en un 48%, aunque este porcentaje puede ascender según la persona (Madrigal, 2000).

Dado el aumento de la prevalencia de la soledad con la edad, la estabilidad en el tiempo y su repercusión entre las personas mayores, se subraya la importancia de reconocer a la misma como un problema frecuente y persistente en la vejez (Víctor & Bowling, 2012).

### **1.1.4. Soledad y Estado Emocional**

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por el aumento de las pérdidas, entendiéndose estas como vivencias, por las cuales sienten que ya no tienen algo que es significativo para él o ella a nivel real y subjetivo, lo que genera sentimientos de soledad. Como parte de las mismas se refieren a la pérdida de la autonomía, la jubilación, muerte del conyugue y de los seres queridos (Urrutia & Villarraga, 2000).

En cuanto a la esfera emocional en el adulto mayor, se estima que producto de la presencia de soledad, se derivan la depresión y la ansiedad, la una en mayor evidencia que la otra (Urrutia, 2003).

Estudios han determinado una disminución de las sensaciones de placer o anhedonia y dificultad en el procesamiento de la información emocional, resultantes de la soledad en los adultos mayores, mostrándose que los sujetos de 60 a 80 años tienen mayores dificultades en decodificar emociones de material verbal, y son menos hábiles para identificar expresiones faciales de enojo y tristeza, presentan una menor capacidad para reconocer emociones e intenciones a partir de las expresiones en los ojos (Bentosela & Mustaca, 2005).

La influencia que ejerce la soledad sobre la ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivos y emocionales, conductuales o somáticos como angustia, temores, preocupación, inseguridad, inquietud, distraibilidad, tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiocirculatoria y respiratoria (Castilla et al., 2003) y en la depresión con anhedonia, tristeza y llanto fácil.

### **1.1.5. Soledad y Estado Cognitivo**

El proceso de envejecimiento es un fenómeno universal asociado a la declinación general de las funciones fisiológicas, entre ellas las más destacadas son las funciones cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficits conductuales, cognitivos y emocionales (Baumgart et al., 2015).

El envejecimiento no necesariamente implica que las funciones mentales y la capacidad de razonamiento sean automáticamente disminuidas. No obstante, con la edad aparece el declive en la capacidad de adaptación, que se traduce en la disminución o deterioro de algunas funciones fisiológicas y mentales; y con la influencia de la soledad lo más notable es la pérdida de memoria inmediata, que es mayor si requiere velocidad o se producen interferencias. Entre los factores que pueden sugerir deterioro mental están la propensión a perder o no localizar objetos, problemas de coherencia verbal, abandono personal, agresividad, ira, incontinencia, desorientación espacio temporal y fragilidad emocional. (Castilla et al., 2000).

El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones mentales ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores tales como la soledad que influye en cierto nivel al deterioro tanto anímico como mental (Robalino, Velasco & Sánchez et al., 2012).

Para Queralt (2008), "la influencia que ejerce la soledad en la capacidad mental en el adulto mayor, genera un deterioro cognitivo resaltando el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presenta la persona, afectando sobretodo el recuerdo y la memoria e incapacitando al mismo en ciertas acciones cotidianas" (p. 28).

De igual manera también se determina a causa de la influencia de la soledad, un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento cuando se compara el desempeño de un afectado con otra mayor de su misma edad sin afectación aparente, presencia de un déficit inhibitorio sobretodo en la atención que regula los contenidos en la memoria operativa provocando esto interferencia y confusión, disminución en la capacidad de la memoria operativa, provocando limitaciones en la elaboración y comprensión de oraciones semánticas o sintácticas complejas, existe un déficit en la transmisión de información con un dialogo pobre y enlentecido (Veliz et al., 2010).

Hoy en día la soledad es determinada como un signo de entidad patológica que genera la declinación exclusiva de la memoria en el campo cognitivo del adulto mayor (Shano & González, 2003).

También se sugiere que la soledad es un factor de riesgo potencial para el deterioro cognitivo y la demencia, lo cual se ha demostrado en los estudios individuales que examinaron los aspectos cuantitativos y cualitativos de la soledad en relación con el funcionamiento cognitivo, demostrando que este factor está implícitamente asociado con el deterioro cognitivo (Amieva et al., 2010).

## **1.2. Objetivo**

Valorar la soledad, así como el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad, identificando la presencia e índice de soledad; y, evaluando la cognición y emoción, mediante la aplicación de test psicológicos que permiten analizar cada área establecida.

## **1.3. Hipótesis**

Determinar si el grupo de personas de la tercera edad que reciben visitas, tendrán menor percepción de la soledad en comparación con el grupo de personas que rara vez reciben visitas.

Verificar si a mayor percepción de la soledad habrá un menor estado cognitivo y emocional; y,

Identificar si a mayor tiempo de estancia de las personas de la tercera edad en una institución geriátrica, habrá una mayor percepción de la soledad.

---

## **2. Metodología**

### **2.1. Participantes**

La muestra consta de 35 personas de la tercera edad que residen en una institución geriátrica, ubicado en la ciudad de Loja (Ecuador). El grupo se encuentra constituido por 18 personas de género femenino y 17 personas de género masculino, los cuales intervienen en la investigación.

Al momento de la evaluación no se encontraron diferencias estadísticas significativas en las variables analizadas. Las personas que formaron parte de la muestra fueron seleccionadas en función de una serie de criterios de inclusión y exclusión. Para los criterios de inclusión se tomó en cuenta a las personas de la tercera edad con edades comprendidas entre los 71 a 81 años de edad, que sean residentes de la institución geriátrica, que hayan aceptado de forma voluntaria participar en la investigación o autorizados por familiares y que no presenten alguna enfermedad grave que no les permita participar en el estudio. Para los criterios de exclusión se tomó en consideración a las personas de la tercera edad que no se encuentren presentes en los días de la recolección de la información, mayores o menores a la edad establecida, y personas que no hayan firmado el consentimiento informado.

### **2.2. Instrumentos**

Para obtener los datos sociodemográficos, así como para evaluar cada área y obtener los resultados correspondientes, se aplicaron las siguientes herramientas psicológicas:

La Entrevista. Se aplicó una entrevista semiestructurada a manera de encuesta que fue elaborada y ejecutada por los investigadores, con la utilización de preguntas cerradas para determinar características sociodemográficas de las personas de la tercera edad, las mismas que son relevantes para establecer el estado mental y emocional de la población investigada.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Diseñado por Brink y Yesavage, validado y utilizado en el ámbito sanitario ecuatoriano, como herramienta para valorar la depresión geriátrica en pacientes ancianos, presenta una validez S: 86% y fiabilidad E: 91%. La ventaja del test de Yesavage radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.

La Escala de Pfeiffer (SPMSQ). Diseñado por Pfeiffer, validado y utilizado en el ámbito sanitario ecuatoriano, como herramienta para valorar el estado mental en pacientes ancianos, presenta una validez S: 85,7% y fiabilidad E: 79,3%. La ventaja del test de Pfeiffer es que presenta escalas mediante preguntas directas que sirven para valorar funciones tales como la orientación, memoria, concentración, permitiendo evaluar el estado mental de manera sencilla y efectiva.

El Inventario Multifacético de Soledad Para Adultos Mayores (IMSOL – AM). Diseñado por Montero y López Lena, validado y utilizado como herramienta para valorar la presencia e índice de soledad en pacientes ancianos, presenta una validez de S: 92% y fiabilidad de E: 96%. La ventaja del inventario multifacético es que presenta preguntas directas que sirven para establecer la presencia de soledad, así como frecuencia, permitiendo establecer la existencia del mismo.

### **2.3. Procedimiento**

Para llevar a cabo esta investigación, primero se contactó con todas aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión necesarios dentro de la institución geriátrica, a los cuales se les propuso participar dándoles la información necesaria al respecto, firmando posteriormente el consentimiento informado mediante el cual aceptaban formar parte del estudio y finalmente en la institución geriátrica se procedió a la aplicación de los test correspondientes a los 35 participantes citándolos a todos de manera independiente a lo largo de ocho semanas. Tras la corrección de la investigación se proporcionó a cada participante los resultados obtenidos si lo deseaban. Además, se impartió una conferencia acerca de cómo la soledad influye en el estado mental y emocional en las personas de la tercera edad y cómo se puede mitigar mediante acciones preventivas tanto al personal médico, ocupacional y familiares de los investigados.

### **2.4. Análisis de Datos**

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para Windows. Utilizando dicho programa se llevaron a cabo los siguientes análisis.

En primer lugar, se realizó un estudio de las características sociodemográficas de los participantes, así como de las tres variables de la investigación (soledad, cognición y emoción), mediante el Análisis de Estadísticos Descriptivos.

Continuando, se efectuó la comprobación de la normalidad de las variables mediante el estadístico Z de Kolmogorov – Smirnov dando como resultado, que dos de las tres variables cumplen con los requisitos de normalidad y una variable no la cumple. Se aplica para los tres casos estadísticos no paramétricos.

En función de las hipótesis planteadas en el estudio se realizó diferencia de medidas entre las variables a través de la prueba de U-Man Whitney y correlaciones bivariadas mediante la aplicación de la prueba Rho de Spearman.

---

### 3. Resultados

En lo referente al análisis descriptivo sobre los *datos sociodemográficos* obtenidos de la muestra, se toma en consideración dos variables importantes relacionadas directamente con las hipótesis establecidas en la presente investigación, las cuales determinan si los participantes reciben visitas y su tiempo de estancia en la institución geriátrica. Para la primera premisa se obtiene como resultado que el 35% de la población recibe visitas, a diferencia del 65% de la muestra los cuales rara vez reciben visitas. Para la segunda condición tenemos que el 55% de los encuestados lleva un tiempo de estancia de 12 meses en el centro geriátrico, seguido del 45% de los participantes que llevan 8 meses de estadía. Con respecto al género, la muestra se compone de 17 hombres que representan el 49% de la población y 18 mujeres que constituyen el 51 % de la muestra. En cuanto a la edad, el 51% del modelo se encuentra en rangos de edad que van de 71 a 74 años, el 29% del ejemplar se encuentra en rangos de edad que van de 75 a 78 años y el 20% de la muestra presenta una edad comprendida entre los 79 a 81 años respectivamente.

En lo que concierne al *objetivo principal* de la investigación que es valorar la soledad, así como el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad. Los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario Multifacético de Soledad para Adultos Mayores, el cual permite determinar la presencia e índice de soledad, revelan que el 70% de la muestra expresa sentirse solos todo el tiempo. De igual forma para valorar el estado cognitivo en las personas de la tercera edad mediante la aplicación de la Escala de Pfeiffer, la cual permite determinar la presencia y nivel de deterioro cognitivo, los resultados confirman que el 85% de la población se encuentra normal, en ausencia de deterioro cognitivo y el 15% de la muestra presenta deterioro cognitivo de tipo leve. Finalmente, para valorar el estado emocional en las personas encuestadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual permite determinar la presencia y nivel de depresión, los resultados obtenidos expresan que el 45% de la población presenta una depresión establecida, seguida del 40% de la muestra que refiere una depresión de tipo leve y el 15% de los participantes que se encuentran normal en ausencia de depresión.

En cuanto a la comprobación de la *normalidad de las variables* a través de la prueba Z de Kolmogorov - Smirnov tenemos que la muestra es paramétrica,  $p > 0.05$ , tanto para el Inventario Multifacético de Soledad como para la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ( $K= .200$  y  $K= .100$ ) y tan solo para la Escala de Pfeiffer ( $K= .000$ ) corresponde una muestra no paramétrica  $p < 0.05$ .

Para verificar la *primera hipótesis* que determina que el grupo de personas de la tercera edad que reciben visitas frecuentemente tendrán menor percepción de la soledad, en comparación con aquellas que rara vez son visitadas, se empleó diferencia de medianas mediante el estadístico U-Mann Whitney. En lo referente a la variable de la soledad en estos grupos, se obtuvo como resultado diferencias estadísticamente significativas ( $U= 25.500$ ,  $p= .000$ ) en la aplicación del Inventario Multifacético de Soledad. Con respecto a la posible diferencia en la variable del estado cognitivo, entre las personas que reciben visitas frecuentemente en comparación con aquellas que rara vez lo hacen, se utilizó la Escala de Pfeiffer dando como resultado diferencias estadísticas significativas ( $U= 43.500$ ,  $p= .000$ ). Por su parte, también se encontraron diferencias características entre estos grupos en el estado emocional evaluado a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ( $U= 58.000$ ,  $p= .002$ ) dando como resultado para los tres casos que  $p < 0.05$  y estableciendo relación entre la presunción planteada y las variables determinadas.

Para comprobar la *segunda hipótesis* la cual expresa que mientras mayor sea la percepción de la soledad en las personas de la tercera edad, menor será el estado cognitivo y emocional, se aplicó

correlaciones bivariadas mediante el estadístico Rho de Spearman. Los resultados obtenidos de la correlación entre el Inventario Multifacético de Soledad y la Escala de Pfeiffer fueron ( $R_{sz5aq2a} = .487, p = .003$ ) lo que define que, a mayor percepción de soledad, existe un mayor déficit cognitivo tal como lo plantea el enunciado. Por otro lado, la correlación entre el Inventario Multifacético de Soledad y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, dio como resultado ( $R_s = .603, p = .000$ ) lo que postula que, a mayor percepción de la soledad, habrá un menor estado emocional. Para ambas situaciones  $p < 0.05$  por lo que se establece la correlación entre el supuesto planteado y las variables establecidas.

En lo que respecta a la *tercera hipótesis* la cual define que mientras mayor sea el tiempo de estancia de las personas de la tercera edad en un centro geriátrico, habrá una mayor percepción de la soledad, se llevó a cabo correlaciones bivariadas a través del estadístico de Rho de Spearman entre el tiempo de estancia y el Inventario Multifacético de Soledad, la Escala de Pfeiffer y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dando como resultado que no hay correlación en los tres casos, entre la hipótesis y las variables.

### 3.1. Discusión

Desde el siglo XX, se ha considerado a la soledad como un sufrimiento psicológico, que genera con frecuencia un aislamiento social y además una variedad de problemas de salud, tal y como lo señala Fernández-Ballesteros y sus compañeros en una de sus investigaciones en 2008. Zamarrón & Macia, (2000) ya hacían mención de ello, pero dándole mayor importancia a la soledad como un sentimiento que afecta a las relaciones sociales y por ende a la calidad de vida en la vejez y no tanto a los problemas de salud que esta puede causar. Sin embargo, durante los últimos tiempos no se han realizado mayor número de estudios acerca de la afectación de la soledad vinculada a lo mental y a lo emocional, solo se ha dado paso a la publicación de argumentos que llevan el enfoque teórico de la soledad y las relaciones sociales, ya sean estas por pérdidas significativas, por pérdidas de autonomía, por viudedad, jubilación, entre otras (Velasco, 2008). Por otro lado, el mismo autor afirma que la escasa investigación que esto ha tenido permite acceder o indagar a nuevas hipótesis, así como a la inclusión de alternativas de programas de rehabilitación y vinculación para lograr una mejor calidad de vida en las personas de la tercera edad.

En lo referente al objetivo de la investigación y principalmente a la valoración de la presencia e índice de soledad en la población establecida se obtuvo que la mayor parte de la muestra refiere sentirse solos todo el tiempo. Este dato se relaciona con la investigación elaborada por Torres & Gran Álvarez, (2005) con el tema situación de la soledad en el adulto mayor en España, en la cual se menciona que con el paso del tiempo se ha observado un incremento del sentimiento de soledad que en este postulado se encuentra en igualdad de respuesta con respecto a los datos obtenidos en esta investigación, sintiéndose la mayor parte de los encuestados solos todo el tiempo, dato obtenido mediante la aplicación de la escala de valoración de soledad (UCLA) y afirmando la presencia de la soledad a partir de los 60 años de edad. De igual manera cabe mencionar el estudio de Muñoz & González, (2010) cuyo resultado en su investigación denominada paradigma del aislamiento social en la vejez, es similar al de la presente investigación, solo que esta refiere un mayor índice de soledad en el género femenino a diferencia del género masculino, predominando la población femenina por su mayor expectativa de vida. Datos obtenidos a través de la escala IMSOL para adultos mayores, la misma que se utilizó en este estudio.

Con respecto al estado cognitivo, se obtuvo que la mayor parte de los participantes no presentan deterioro cognitivo y tan solo una mínima muestra de la población presenta deterioro cognitivo, por lo que se establece que la función mental progresiva no está alterada en el primer grupo con respecto a la soledad, a diferencia del segundo grupo que sí presenta alteración en la cognición por este factor. Dichos datos se refutan con la investigación llevada a cabo por Jiménez, (2015) en cuyo contexto denominado la realidad del adulto mayor institucionalizado, determina que existe una disminución de la función mental progresiva en el grupo de ancianos que presentan un índice alto de soledad, en comparación con un descenso súbito y marcado de la función mental en otro grupo de ancianos los cuales se encuentran en completa soledad.

Con respecto al estado emocional se obtuvo que la porción media de la muestra presenta una depresión establecida, mientras que la siguiente parte refieren entre una depresión leve y la normalidad. Dichos datos se relacionan con el estudio llevado a cabo por Iglesias, (2003) en su investigación denominada la soledad y sus consecuencias, en la cual los resultados obtenidos en su contexto fueron similares a los de la investigación principal, determinando que no existe variabilidad entre la soledad y el estado de ánimo, es decir los ancianos que presentan depresión

en mayor o menor grado es porque tienen un índice de soledad establecido. De igual manera en los estudios realizados por Rubio, (2005) en su investigación denominada las personas mayores, el estar solo y el sentirse solo, obtuvo que un grupo mayoritario de ancianos presenta una depresión grave y moderada a causa del factor soledad a diferencia de otro grupo minorista con depresión leve que refería presentar dicho estado por variables diversas tales como tiempo, edad y aspectos socioeconómicos.

---

## 4. Conclusiones

Como resultado de la investigación se concluye que:

Las personas de la tercera edad que reciben visitas tienen menor percepción de la soledad en comparación de aquellos que rara vez reciben visitas.

A mayor percepción de soledad se presenta un menor estado cognitivo y emocional.

Estadísticamente se determinó que el tiempo de estancia de las personas de la tercera edad en una institución geriátrica, no determina el grado de percepción de la soledad.

---

## Referencias bibliográficas

- Abellán, A., Vilches, J., y Pujol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores. España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. *Revista de neurología*, 43 (11), 80 - 88.
- Adams, W, Sanders, E, Auth, R. (2004). Envejecimiento cognitivo normal y patológico I. Madrid, 2004. *Revista Americana de Paidopsiquiatria*. 22 (10). 80 - 85.
- Aguerre, C., Bouffard, L., y Curcio, C. L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Cubana de Gerontología y Geriatria. Volumen, 22*, 146 - 162.
- Amerigo, M. T (2005). Satisfacción residencial y un análisis psicológico de la vivienda y su entorno. *Gerontología Clínica*, 19, 30 -45.
- Amieva, F. (2010). Evaluación de los efectos del contenido emocional en las personas mayores. *Tesis de grado. Universidad Pontificia Bolivariana*. 24 - 32.
- Andrews, F.M., y Withey, A.B. (2015). Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality. *Psychology journal*, 45, 5 - 22.
- Antequabra, T., y Blanco, A. (2008). Percepción de control, auto concepto y bienestar en el anciano. *Revista de Gerontología actual*, 21, 12 - 34.
- Arango, F. X. (2002). Gerontología y aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. *Avances en Psicología Clínica*, 21, 53 - 68.
- Aranza, G. (2009). El adulto mayor - ámbito psicogerontológico. *Avances en Psicogerontología clínica y del adulto mayor*. 22, 25 -31.
- Attias, D.F. (2002). Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional. *Apuntes de Psicología*, 12, 8 -15.
- Barros, L. C. (2004). Aspectos sociales del envejecimiento. *OPS Publicación Científica*, 546, 60 - 85.
- Baurngart, C. (2015). Evaluación de la memoria declarativa asociada al contenido emocional de los pacientes geriátricos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 40 (2), 229 - 241.
- Bekhet, A, Zauszniewsk, S. (2012). Manual del envejecimiento activo. *OPS publicación Científica*, 345, 75 - 90.
- Bentosela, M., y Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento. Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Revista de psicología actual*, 22, 5 - 15.
- Bermejo, J. C, Henao, P (2005). La soledad en los mayores. *Revista de Estudios Médico y Humanísticos*, 8, 22 - 30.
- Cabrera, M. (2007). Participación social de las personas mayores. *Revista IMSERSO*, 76, 12 - 20
- Castilla, Z. (2003). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal y patológico. *Revista chilena de neuropsicología*, 4 (2), 119 - 126.
- Castilla, Z. (2000). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista integral de medicina cubana*, 20, 5 - 6

- Cruces, J., de la Fuente, L., Martínez, A., y Llopis, E. S. (2013). Informe sobre el impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores. *Revista de neurología*, 8, 35 – 45.
- Dykstra, Hawkley, F, Cacioppo, Q, Saarenheimo, W. (2010). Una psicogerontología aplicada. *Revista > electrónica Dialnet*, 56, 60 – 63.
- Dykstra, H. (2009). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista de neuropsicología y neuropsiquiatría* 12 (1), 1 – 20.
- Fernández, R. (1984). Indicadores de salud en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Gerontología y Geriatria*, 21, 13 – 24.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de Vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89 - 104.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., y Macia. A. (2006). Calidad de Vida en la vejez en distintos contextos. *Revista IMSERSO*, 15, 21- 31.
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). Envejecimiento activo: Algunas consideraciones Básicas. *Informe: Una vejez activa*, 05, 83 – 87.
- García, F. (2005). Tratamiento del deterioro cognitivo leve en personal adultas. *Revista de neurología*. 4 (12). 14 – 25.
- Havens, D. (2004). Salud emocional y metal en los adultos mayores. *Revista IMSERSO*, 10, 12 -18.
- Hernán Gómez, L., Vázquez, C., y Hervís, G. (2009). El paisaje emocional a lo largo de la vida. La ciencia del bienestar. *Texto de fundamentos de una psicología positiva*, 22, 143 – 180.
- Hocos, Y. (2000). Deterioro cognitivo leve y demencia. *Revista la ciencia del bienestar. Texto de fundamentos de una psicología positiva*, 30, 69 -95.
- Iglesias, J., López, J., Díaz, M. P., Alemán, C., Trinidad, A., y Cestón, P. (2001). La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*, 10, 121.
- Iglesias, J. (2003). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares, y sociales, análisis cualitativo. *Revista IMSERSO*, 14 – 45-109.
- INEN. (2015). Instituto Nacional de estadística y censo. *Reubicación de datos para población de tercera edad - Quito - Ecuador*.
- Jacob, R., y Oppenheimer, C. (2005). Psiquiatría en el anciano. *Revista Científica Elseiver*, 78, 2 – 5
- Jiménez, Y. (2015). Aislamiento social y factores sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista de geriatría y gerontología*, 28- 34.
- Laforest, J. (1991). Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. *Revista de Gerontología social*, 10, 11 – 12.
- Landinez, N., Contreras, K., y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de SaludPública*, 22, 562 – 580.
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of the life. *Handbook of the Psychology of aging*, 5, 2 – 11.
- López, J (2004). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. *Revista de Geriatria*, 50. 91 – 98.
- Madrigal, A. (2000). Boletín sobre el envejecimiento: La soledad de las personas mayores. *Revista IMSERSO*, 3, (11) 12 - 14.
- Mancheno, M. (2005). La soledad en los adultos. Trabajo de tesis doctoral. *Repositorio digital*, 2, 11 – 13.
- Martín, M. (2001) Envejecimiento y cambios psicológicos. Trabajo monográfico realizado para el Curso Virtual de Educación para el Envejecimiento. *Portal de la Psicogerontología*, 1, 11 – 12.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista de Geriatria y Gerontología*, 43, 90 - 95.
- Molina, C., Meléndez, J. C., y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en Ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Anales de psicología*, 242, 31 - 319.
- Muñoz, I, González, M. (2010). La soledad en las personas mayores. *Revista IMSERSO*, 12 (6) 51 – 60.

- Navarro, E., Meléndez, J. C., y Tomás, J. M. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 18, 19 – 25.
- Pinquart, J, Sorensen, S. (2001). Psicología de la vejez. *Revista anual de psicología*. 22, 25 – 32.
- Pinquart, J. Sorensen, S. (2001). Psicología de la vejez. *Revista anual de psicología*. 30, 10 – 14.
- Pronk, S. (2011). Mortalidad y natalidad geriátrica. *Portal de psicogerontología*. 4, 15 – 25.
- Queralt, M. (2008). Concepto y tipos de deterioro cognitivo. *Revista visión Mapfre*, 22, 5 – 7.
- Robalino, J, Velasco, V, Sánchez, M. (2012). Los trastornos cognitivos en adultos mayores. *Revista Médica de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Ecuador*, 21, 12 – 15
- Rosedale, R. (2007). Clinical Experience of adults peoples. *Magazine científics*. 120, 12 -16.
- Rosedale, R. (2007). Clinical Experience of adults peoples. *Magazine científics*. 135, 24 – 28.
- Rubio, F. (2005). Introducción a la gerontología. *El arte de envejecer*, 79 – 173.
- Sornoza, G. (2011). El proceso de envejecimiento normal. *Las demencias: aspectos clínicos y neuropsicológicos del tratamiento*. 3 – 13.
- Savikko, T. (2005). La ansiedad y los trastornos en el adulto mayor. *Revista de psicogerontología clínica*. Parte IV. 355 -374.
- Shano, M, González, M. (2003). Neurociencia y conducta. *Revista de psiquiatría americana*, 6, 34 -56.
- Torres, F, Gran Álvarez, A. (2005). Revista del constructo deterioro cognitivo leve. Aspectos generales. *Revista de neurología*, 52 (5), 300 – 305.
- Unchino, U. (2006). Programa universitario para mayores en Cuba. *Experiencias desde la universidad. Fundación Dialnet*, 56 (11), 357 – 410.
- Unchino, U, Berkman, I. (2000). Atención integral al adulto mayor. *Revista universitaria de Cuba*. 80, 56 – 78.
- Urrutia, Ñ, Villarraga, Z. (2000). Abordaje de la demencia. *Guía de la atención en la coordinación de atención primaria*. 42 (8), 63 – 70.
- Urrutia, Ñ. (2003). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento. *Revista interdisciplinaria*, 22 (2), 211 – 235.
- Velasco, G. (2008). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Revista Gerokomo*, 20 (4), 172 – 174.
- Veliz. B. (2010). Envejecimiento cerebral normal. *Revista Mexicana de Neurociencias* 2 (4), 197 – 202.
- Víctor, J, Bowling, K. (2012). Síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor. *Revista de neurología*, 38 (6), 506 – 510.
- Zamarrón, g, Macia, D. (2000). Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en población adulta mayor. *Revista española de geriatría y gerontología*, 43 (2), 85 – 89.

- 
1. Carrera de Psicopedagogía. Universidad Nacional de Loja. Psicólogo Clínico. Especialista en Neurociencias. Magister en Neuropsicología. [jose.l.valarezo@unl.edu.ec](mailto:jose.l.valarezo@unl.edu.ec)
  2. Carrera de Psicopedagogía y Psicología Educativa y Orientación. Universidad Nacional de Loja. Licenciado en Psicología Educativa y Orientación. Magister en Docencia y Evaluación Educativa. [julio.silva@unl.edu.ec](mailto:julio.silva@unl.edu.ec)
  3. Carrera de Psicopedagogía y Psicología Educativa y Orientación. Universidad Nacional de Loja. Psicóloga Clínica. Magister en Psicoterapia del Niño y la Familia. [ruth.p.medina@unl.edu.ec](mailto:ruth.p.medina@unl.edu.ec)
- 

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015  
Vol. 41 (Nº xx) Año 2020

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a [webmaster](#)]

[revistaESPACIOS.com](http://revistaESPACIOS.com)



This work is under a Creative Commons Attribution-  
NonCommercial 4.0 International License