



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“Índice de soledad social en el adulto mayor en una
comunidad urbana en Morelia, Michoacán”

Tesis

Que, para obtener el grado de:

Licenciada en Enfermería

Presenta:

P.L.E.S.S. María Guadalupe Pallares Morales

Asesora:

Doctora en Enfermería

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Revisoras:

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán



Directivos

Director de la Facultad de Enfermería

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera

Secretaria Académica

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretario Administrativo

L.E. Renato Hernández Campos

Mesa Sinodal

Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Vocal 1

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Vocal 2

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mis papas por su gran apoyo y esfuerzo a lo largo de mi carrera por demostrarme que cuento incondicionalmente en ellos ya sea en las malas o a las buenas y por su gran amor.

A mi hijo por darme esa fortaleza de no rendirme y seguir a delante y demostrarle a él que todo se puede en esta vida esforzándose día a día. Y que sepa que es mi gran motivación y que lo amo mucho.

A mis hermanos y familiares por sus motivaciones de seguir mi meta a pesar de las situaciones que se presentaran siempre estuvieron ahí apoyándome en todo.

A mis amistades que son contadas con los dedos de una mano gracias por estar en los buenos y malos momentos de mi vida y por sus consejos.

A mi asesora le agradezco mucho el que confiara en mí, gracias por siempre motivarme para titularme.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: De acuerdo a la Organización Mundial el envejecimiento será superior al de los niños de cinco años para el 2020. el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará pasando del 12% al 22% esto se pronostica entre el 2015 y 2050. La población adulta mayor va en aumento, se proyecta que para el 2050 habrá más habitantes mayores de 60 años lo cual requerirán cuidados para tener una atención integral. **OBJETIVO:** Determinar el Índice de soledad social en adultos mayores de una comunidad urbana en Morelia, Michoacán. **METODOLOGÍA:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que se usó la recolección de datos para la medición numérica y el análisis estadístico, con el que se estableció patrones de comportamiento de la población en estudio. De acuerdo a la manipulación de las variables fue un estudio no experimental, considerando el tiempo en que se realizó el estudio fue prospectivo, por el número de mediciones fue transversal; el universo de estudio fue de 120 adultos mayores, muestreo no probabilístico. **RESULTADOS:** El 88% de adultos mayores muestran tener una alta soledad y según su ocupación fueron; 34% jubilados, el 25% se dedican al hogar, el 17% son comerciantes y el 12% son empleados. De acuerdo a su estado civil el 88% de los adultos mayores también muestran tener un alto factor de soledad, que fue; 48% son casados, el 28% son viudos, el 10% separados y el 2% solteros. De acuerdo al género el nivel de soledad social muestra que la mayoría son mujeres, con el 46% de alto índice de soledad, mientras que los hombres tienen el 42% de índice de soledad social.

Palabras clave: soledad, adulto mayor, cuidado, estudio, comunidad

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the world organization, aging will be higher than that of 5 year old children by 2020 and the percentage of the planet's inhabitants over 60 years of age will almost double, going from 12% to 22%, this is forecast between 2015 and 2050. The older adult population is increasing, it is projected that by 2050 there will be more inhabitants over 60 years of age who will require care to have comprehensive care. **OBJECTIVE:** To determine the social loneliness index in older adults of an urban community in the city of Morelia, Michoacan. **METHODOLOGY:** The study had a quantitative approach since data collection was used for numerical measurement and statistical analysis with which behavioral patterns of the population studied were established. According to the manipulation of the variables it was a non-experimental study, considering the time the study was carried out was prospective, due to the number of measurements it was cross-sectional, the universe of the study was 120 older adults, non-probabilistic sampling. **RESULTS:** 88% of older adults show high loneliness and according to their occupation, 34% were retired, 25% are dedicated to the home, 17% are merchants and 12% are employees. According to their marital status, 88% of older adults also show that they had a high loneliness factor, 48% are married, 28% are widowed, 10% are separated and 2% are single. According to gender, the level of social loneliness shows that the majority are women, with 46% of high loneliness index, while men have 42% of social loneliness index.

Keywords: loneliness, adult, older, care, study, community

Contenido

I. Introducción	9
II. Antecedentes	12
III. Justificación	14
IV. Planteamiento del problema	24
V. Objetivo	31
5.1. Objetivo General.....	31
5.2. Objetivos Específicos	31
VI. Marco teórico	32
6.1. Vejez	32
6.1.1. Concepto de vejez.....	32
6.1.2. Factores que influyen al envejecimiento	33
6.2. Soledad	35
6.2.1. Concepto de soledad	35
6.2.2. Factores causados a la soledad de la vejez.....	35
6.2.3. Estrategias para enfrentar la soledad en la vejez.....	36
6.3. Dorothea Orem.....	39
6.3.1. Teoría del autocuidado.....	39
6.3.2. Aplicación modelo Orem	41
VII. Material y Método.....	45
7.1. Tipo de estudio	45
7.2. Universo	45
7.3. Muestra	45
7.4. Criterios	46
7.5. Variables	46
7.6. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información ...	46
7.7. Recursos humanos.....	47
VIII. Consideraciones Éticas	48
IX. Resultados.....	50
X. Discusión.....	56
XI. Conclusiones	58

XII. Sugerencias.....	59
XIII. Referencias bibliográficas	60
XIV. Anexos	65

I. Introducción

La población adulta mayor va en aumento se proyecta que para el 2050 habrá más habitantes mayores de 60 años lo cual requerirán cuidados para tener una atención integral.

De acuerdo a la Organización Mundial el envejecimiento será superior al de los niños de cinco años para el 2020. el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará pasando del 12% al 22% esto se pronostica entre el 2015 y 2050. la pauta del envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentarán a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

Así mismo la soledad es producida por diferentes causas en las personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros y diferentes ritmos de vida con generaciones más jóvenes. En nuestro país, un factor de gran relevancia es que una alta proporción de adultos mayores no cuentan con ingresos económicos que se les permita satisfacer sus necesidades básicas (Caidona, Eucaris y Quintero ,2019)

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por lo tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera,

capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.(Fernández y Manrique,2010).

Según Naranjo, Concepción y Rodríguez, (2017) el autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La presente investigación pertenece a la línea de generación del conocimiento del Cuidado integral y Autocuidado en el adulto mayor, el tema de investigación permite acercarnos a dicho cuidado integral.

Este protocolo de investigación se basará en la teoría del déficit del autocuidado de la teórica Dorothea Orem lo cual nos indicarán el tipo de valoración que hemos de efectuar, los objetivos de las curas y cómo asumirlo. Esta valoración se basará en las respuestas humanas y no sobre la base de signos y síntomas; la atención prestada será integral, se aclara nuestro campo de asistencia y podemos llevar a cabo actividades independientes, así como permitirnos realizar todo el Proceso de Atención de Enfermería.

En esta investigación como objetivo fue evaluar el índice de la soledad en los adultos mayores de una población urbana Morelia, Michoacán, con el propósito de brindar mejor cuidado de enfermería.

Lo conforman los siguientes apartados: la justificación contiene elementos relativos a la vulnerabilidad, trascendencia y magnitud del problema, en el cual se sustenta la realización de la investigación, en el planteamiento del problema se delimito la pregunta de investigación, así como la hipótesis del trabajo y el marco

teórico contiene la base conceptual de las variables del estudio, lo relativo a la población del adulto mayor y el sentimiento de soledad.

En el apartado de material y método, se especifica el tipo de investigación que se sustenta bajo un paradigma cuantitativo, su tipo de estudio descriptivo, según la manipulación de la variable no experimental , observacional, de acuerdo a su tiempo prospectivo y a su medición es transversal, incluye un muestreo no probabilístico por conveniencia adultos mayores con el objetivo de evaluar el índice de la soledad en los adultos mayores de una población urbana en Morelia, Michoacán, con el propósito de brindar mejor cuidado de enfermería.

Considerando también los aspectos éticos relativos al tema de estudio, referencias bibliográficas, apéndices y anexo.

II. Antecedentes

Las personas de diferentes edades pueden experimentar la soledad de distintas maneras, y los factores que se asocian a este sentimiento pueden cambiar de acuerdo con el grupo de edad al que uno pertenece (Nicolaisen y Thorsen, 2014). citado por (Pinazo y Bellegarde,2018)

Para Christine Víctor la soledad es la parte subjetiva de la medida objetiva del aislamiento social, o como también podemos decir, lo inverso de una situación de apoyo social (Victor, et al., 2000). Citado por (Pinazo y Bellegarde, 2018)

Cacioppo (2009) diferencian la soledad experimentada de forma aguda de la soledad crónica. La soledad aguda es un estado temporal que se extingue cuando se reparan las circunstancias que la causaron. Y la soledad crónica es un rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia genética a experimentar sentimientos de aislamiento. Citado por (Pinazo y Bellegarde, 2018)

Según Cacioppo (2009), La duración del sentimiento de soledad influye en la forma cómo se la experimenta. Es mucho más dura la soledad permanente (sentimiento de larga duración), soledad que surge cuando uno se queda viudo y no se tienen hijos, que la soledad puntual, aquella vivida en situaciones puntuales cuando uno se queda solo en casa, pero sabe que pronto tendrá la compañía de su familia y el sentimiento será aliviado cuando se produzca el reencuentro. Citado por (Pinazo y Bellegarde, 2018)

Otra forma de clasificar la soledad fue propuesta por Luanaigh y Lawlor (2008), quienes hablan de soledad normal y soledad patológica, que se diferencian de acuerdo con la duración, la frecuencia (puntual o persistente) y la gravedad de la experiencia. Citado por (Pinazo y Bellegarde, 2018)

Cacioppo y Patrick (2008) la definen como un dolor social comparable al dolor físico. Así como los dolores físicos surgen para protegernos de los peligros físicos, también la soledad se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados. Sería un modo de despertar nuestra atención hacia la importancia de las conexiones sociales, de estimularnos a tener contacto con las personas y a renovar nuestros vínculos sociales débiles o rotos. Citado por (Pinazo y Bellegarde, 2018).

III. Justificación

Según la OMS (2019) La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en el 2014, del total de residentes del Distrito Federal, 12.9% son adultos mayores. Estimaciones de la misma fuente, señalan que, en 2030, uno de cada cinco habitantes en la capital del país (20.4%) tendrá más de 60 años. (CNP, 2014)

Por lo tanto, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (OMS, 2019)

Así mismo la OMS (2019) define que los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (OMS, 2019)

Según la INEGI En el 2012, las instituciones de salud del sector público de la entidad registraron 694 mil 670 egresos hospitalarios, 22.6% corresponden a egresos de personas de 60 años y más, de ellos 53.0% son mujeres y 47.0% hombres. En el Distrito Federal, para 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 18.4% es por delirio, no incluidos por alcohol o por otras sustancias psicoactivas, 15.1% trastornos depresivos y el 8.8% por trastornos mentales y de comportamiento debido al uso del alcohol.

Dicha sensación de soledad propicia otras alteraciones como es el aislamiento, la depresión, En la entidad, del total de egresos por trastornos depresivos en adultos mayores, se observa que en 2012, estos se presentan principalmente en mujeres, 20.2% contra 8.5% en los hombres, acorde a lo reportado por la OMS de que son ellas quienes de forma general tienen una carga de la enfermedad 50% mayor que los hombres.¹⁰ Si bien no hay una causa directa para explicar esta diferencia, se considera que ciertos factores tanto biológicos como sociales exclusivos en las mujeres, pueden determinarla. La depresión es una alteración del estado de ánimo en la que predominan síntomas de tristeza patológica, decaimiento o irritabilidad, entre otros.⁴ Su impacto es tal, que puede llegar a incapacitar la realización de las actividades cotidianas y en casos graves puede conducir al suicidio.⁵ Es un padecimiento que no se diagnostica

adecuadamente y en los adultos mayores los síntomas se consideran erróneamente como parte normal del proceso de envejecimiento, razón por la cual sólo 15% de quienes la padecen reciben un tratamiento apropiado. 6 Asimismo, en años recientes, se ha investigado la relación de las enfermedades cerebro-vasculares y la depresión en adultos mayores, debido a que una limitación en la circulación sanguínea en el cerebro puede desencadenar lo que se ha denominado “depresión vascular”, un subtipo de depresión tardía. (INEGI, 2014)

En México en el 2017 según la UNAM (Universidad nacional autónoma de México) En la actualidad, 20 por ciento de los ancianos vive en soledad, no sólo olvidados por el gobierno y la sociedad, sino también por sus propias familias, afirmó Margarita Maass Moreno, investigadora del [Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades](#) (CEIICH), de la UNAM.

Así mismo en Morelia, Michoacán Cerca de 81 mil personas de 65 años en adelante se encuentran en situación de abandono, lo que representa el 14 por ciento de los adultos mayores en Michoacán. De ellos, 83 están bajo resguardo del Sistema DIF estatal, de acuerdo con autoridades. El delegado del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Abdías Toledo Bucio, indicó que en la zona rural es más frecuente que las hijas se casen o los varones se vayan a Estados Unidos a buscar mejores oportunidades de vida, dejando solos a los papás y abuelos. (Andrea bocanegra, 2018.Mi Morelia. En abandono 14% de los adultos mayores en Michoacán)

Según la Federación iberoamericana de asociaciones de personas adultas mayores(FIAPAM) por Alfonso El sentimiento de soledad extrema puede aumentar en un 14 % las probabilidades de muerte prematura de las personas mayores, según una investigación realizada por John Cacioppo, profesor de psicología en la Universidad de Chicago y uno de los principales expertos sobre la soledad en Estados Unidos. El trabajo ha mostrado que el impacto de la soledad en la muerte prematura es casi tan fuerte como el impacto de una situación socioeconómica precaria, la cual aumenta las posibilidades de morir antes en un 19 %. El mismo

autor asegura que, como indicó un análisis de 2010, la soledad tiene el doble de impacto sobre la muerte prematura que la obesidad. (FIAPAM, 2016)

Por lo tanto, las consecuencias para la salud son fatales: sentirse aislado de los demás puede interrumpir el sueño, aumentar la presión arterial, incrementar el aumento matutino del cortisol (hormona del estrés), alterar la expresión génica de las células inmunitarias, aumentar los niveles de depresión y reducir el estado de bienestar subjetivo general (FIAPAM, 2016).

También otras consecuencias son las psicológicas la soledad en el adulto mayor puede llevarlo desde el aislamiento hasta la psicosis. Pueden empezar a confundir los nombres y rostros de las personas, así como los lugares donde se encuentran. Surgen enfermedades como el Alzheimer, demencia senil, mal de Parkinson, entre otros. Llegar a esta etapa en la vida de una persona adulta mayor no debe significar el acabase. Existen muchos proyectos sociales donde las personas pueden compartir actividades recreativas, conocer a nuevas personas, y llevar una mejor calidad de vida. (FIAPAM, 2016)

Según la FIAPAM (2016) Es clásica la presentación de las tres crisis asociadas al envejecimiento: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia. La crisis de identidad viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa, que pueden deteriorar la propia autoestima porque aumentan la distancia que la persona mayor percibe entre su yo ideal y su yo real; La crisis de autonomía viene dada especialmente por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria; La crisis de pertenencia se experimenta particularmente por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole permitían adoptar en el tejido social.

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor en alguna etapa de su vida. Aunque este estado de ánimo suele darse

a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre. (FIAPAM, 2016)

Por lo tanto, la FIAPAM (2016) menciona La soledad de los adultos mayores es una de esas situaciones de vulnerabilidad y marginación – y posible exclusión – que viven un numeroso grupo de personas mayores que difícilmente elevarán el grito y exigirán la satisfacción de sus necesidades debido a la fragilidad en que se encuentran.

Cacioppo indico que las personas mayores podrían evitar las consecuencias de la soledad mediante el contacto con antiguos compañeros de trabajo, participando en tradiciones familiares y compartiendo buenos momentos con la familia y amigos. Estos momentos regalan a los adultos mayores la oportunidad de conectar con otras personas por las cuales se preocupan y viceversa. (FIAPAM, 2016)

Debido a la importancia de los datos que se obtuvieron es necesario que enfermería incrementa las medidas de prevención, diagnóstico e intervenciones específicas para los Adultos Mayores para disminuir la soledad.

Enfermería pretendió que sea un instrumento de garantía para la persona adulta mayor y familia afectadas para que, ante un mismo problema, a cualquier persona y cuidadores se les de una misma respuesta y define la aportación enfermera al proceso asistencial integrado.

Por lo tanto, este estudio se requirió el acceso a la persona adulta mayor que se encuentre en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán. Y se realizaran encuestas a los adultos mayores de esta comunidad.

De igual manera los gastos que se generaron en este estudio serán cubiertos por la investigadora o las responsables.

Algunos artículos que se relacionan a la soledad del adulto mayor son los siguientes:

Según Juschik, Botigue, Nuin, Lavedan, 2013 el estado de ánimo y los factores que influyen en las personas mayores como objetivo de este estudio fue conocer el estado de ánimo y los factores que pueden influir en las personas mayores. Se trata de un estudio epidemiológico y transversal que incluye a personas mayores de 65 años de instituciones atendidos en diferentes niveles asistenciales en la ciudad de Lleida. Las variables incluidas fueron, además del estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza, las características sociodemográficas y diversos parámetros del estado de salud. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo. Es importante detectar este último ya que puede predecir la gravedad de la depresión en las personas de edad avanzada. El personal de enfermería se encuentra en una situación privilegiada por su proximidad con los pacientes.

Según Cardona, Villagil Henao y Quintero, 2012 refieren en el estudio sentimiento de soledad donde su objetivo fue caracterizar los tipos de soledad en las personas mayores que asisten a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín (Colombia) y su asociación con algunas variables sociodemográficas. El tipo de estudio fue de corte transversal realizado en personas de 55 y más años que asistieron a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín para un total de 1.169 encuestados en 2011. Para la recolección de la información se aplicó el instrumento escala ESTE de medición de la soledad, validado para Colombia. En los resultados se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad. Conclusiones: las variables de edad, estado civil, grado de escolaridad, estrato y número de personas con las que se convive, están asociadas con la soledad en el adulto mayor. Palabras clave: soledad; anciano; prevención primaria; estado civil; educación.

Según Ayala, Rodríguez, Frades, Joao, Martínez, Fernández y Rojo ,2011 analizaron las propiedades psicométricas de la soledad en los adultos mayores el cual su Objetivo es el estudio de analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (DUFSS, Duke-UNC Questionnaire of Funcional Social Support) y de la Escala de Soledad de Jong-Gierveld en una muestra de adultos mayores no institucionalizados. Métodos muestra de 1106 adultos mayores no institucionalizados incluidos en una encuesta nacional sobre calidad de vida. Ambas escalas se analizaron según la teoría clásica de los test (aceptabilidad, consistencia interna, validez interna, validez convergente, validez discriminativa y precisión) y análisis Rasch. Resultados las puntuaciones medias \pm desviación estándar fueron de $44,95 \pm 8,9$ para el DUFSS y $1,92 \pm 1,83$ para la Escala de Soledad. El α de CronBach fue 0,94 para el DUFSS y 0,77 para la Escala de Soledad. El análisis factorial mostró dos factores en ambas escalas (varianza explicada: 73,8% para el DUFSS y 67,7% para la Escala de Soledad). Ambos instrumentos mostraron un coeficiente de correlación de -0,59 entre sí. El análisis Rasch en el DUFSS identificó dos dimensiones, con un buen ajuste al modelo, mientras que la Escala de Soledad no mostró buen ajuste de los datos al modelo. Conclusiones el cuestionario DUFSS, con algunas modificaciones, cumple las asunciones del modelo Rasch, y aporta medidas lineales. Sin embargo, hacen falta más estudios de análisis Rasch con la Escala de Soledad. Según la teoría clásica de los tests, el DUFSS tiene buena consistencia interna para comparación de personas y la Escala de Soledad la tiene para comparación de grupos. Ambas escalas presentan una validez de constructo satisfactoria

De acuerdo a Rubio, Cerquera, Mercedes, Muños, Pinzón, 2011 refirieron la soledad del adulto mayor en España Resumen El propósito del presente artículo es comparar las concepciones populares de soledad de los adultos mayores de España y los adultos mayores de Bucaramanga, Colombia; para ello se utilizó un diseño cualitativo comparativo de los resultados arrojados por la "Encuesta Concepción de Soledad" con el ítem número 16 del cuestionario "La soledad en las personas mayores". La muestra fue conformada por 1956 adultos mayores de

España y 6607 adultos mayores de Bucaramanga, Colombia. Los criterios de inclusión tomados en cuenta en las 2 poblaciones fueron ser mayor de 65 años. Entre los resultados se encontraron la predominancia de las concepciones negativas sobre la soledad, alta incidencia en concepciones relacionadas con la familia, categorías que hacen referencia a la soledad objetiva y subjetiva, concepciones positivas presentes en la población colombiana. Palabras clave: soledad, adultos mayores, vejez, envejecimiento, ciclo vital, Calidad de vida.

De acuerdo a Berrio, Castrejón, Sancho, Tortosa, sundstrom y malberg, 2010 resumen: Introducción históricamente, las personas mayores españolas y de países del sur de Europa manifiestan índices de soledad percibida muy superiores a los de los países nórdicos. Estudios desde los años 70 hasta ahora confirman esta paradoja. Este estudio analiza la soledad como producto de expectativas culturales y contextuales comparando datos de España y Suecia.

Material y método se revisarán todas las encuestas en España y Suecia sobre soledad de las personas mayores y en especial, la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006 para España y la Encuesta Nacional de 2002–03 para Suecia.

Resultados en promedio, un 24% de los mayores en España y un 10% de los mayores en Suecia expresan soledad (encuestas 2006 y 2002–03, respectivamente). La estructura del hogar y la salud percibida son efectos determinantes de la soledad en ambos países, aunque los niveles difieren. Los mayores con buena salud que viven solos son 5 veces más propensos a sentirse solos en España (45%) que en Suecia (9%) y 2–3 veces más probable cuando viven solos y con mala salud (82–32%). Y para los mayores que conviven con su pareja sin otros y con buena salud es igual de infrecuente en España y en Suecia que experimenten soledad (4–5%) y si surge, parece que tiene que ver con el hecho de cuidar al compañero o con problemas en la relación.

Conclusiones los resultados destacan los aspectos contextuales (la salud y la estructura del hogar) y las expectativas culturales para entender la soledad manifestada por los mayores.

Según Fernández y Manríquez, 2010 proponen que el apoyo social se describe como la interacción entre las personas que incluye la expresión de afecto, la afirmación de los comportamientos y la ayuda material; la pérdida de estos elementos positivos pueden ser reemplazados por sentimientos de dependencia física o psicológica en el adulto mayor, relacionados directamente con los síntomas psicológicos negativos como la depresión, sentimientos de soledad, de carga, de inutilidad y la aparición de enfermedades crónicas. La parte final del artículo contiene una serie de estrategias que orientan al personal de enfermería hacia el aporte de apoyo social al adulto mayor. Este artículo invita a reflexionar sobre la importancia del apoyo social en el bienestar físico y psicológico del adulto mayor, como fuente para llevar a cabo estudios de enfermería tanto en el área asistencial como comunitaria.

Según Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2010 donde propusieron validar la escala de medición de la soledad ESTE en población adulta que asiste a los grupos de la tercera edad del municipio de Bello (Colombia). Metodología. Estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluó su consistencia interna, reproducibilidad y comportamiento con variables sociodemográficas. La muestra estuvo conformada por 180 adultos de 55 o más años pertenecientes a 15 grupos de la tercera edad elegidos aleatoriamente de los 100 registrados en Bello a la fecha de realización del estudio. Resultados. El análisis factorial de los cuatro componentes principales de la escala explican el 55.9% de la varianza. Los factores que más varianza explican son: crisis de adaptación (17.2%), soledad conyugal (14.0%) y soledad social (13,9%). La soledad familiar fue el factor que menos explicó (10.9%). La confiabilidad de la escala Alfa de Cron Bach de 0.9, siendo en cada uno de los factores superior a 0.7. La reproducibilidad test– retest medido por el coeficiente de correlación de Spearman fue 0.88. Conclusión. La validación de la escala ESTE

indica que se puede utilizar como instrumento de medición de la soledad para la población adulta colombiana.

Puig, Llach y Rodríguez, 2009 su estudio es la valoración de enfermería de la detección de la soledad y el aislamiento social en ancianos de riesgos. Con el objetivo determinar los instrumentos de valoración que pueden ser de utilidad en la profesión enfermera para detectar la soledad y el aislamiento social en los ancianos de riesgo. Metodología. Se ha realizado una revisión de los instrumentos multidisciplinares que valoran la soledad y el aislamiento social, a partir de bases de datos y búsqueda manual de diagnósticos y escalas que determinen la soledad y el aislamiento social en la Taxonomía NANDA y la Taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC). Resultados. De los once instrumentos analizados, siete de ellos estiman la soledad tanto de forma subjetiva como objetiva. Sin embargo, existen diferencias en la forma de valoración. Conclusiones. Las escalas de valoración social y de soledad son un elemento útil en la detección de ancianos con riesgo de percibir y sufrir la soledad. Los resultados corroboran que los profesionales de enfermería tienen herramientas adecuadas en la detección de los factores de riesgo de la soledad y del aislamiento social.

Se realiza a partir de la recopilación de información bibliográfica de estudios e investigaciones obtenidos de diferentes bases de datos (Boletín sobre el envejecimiento, *Programa vida als anys*). Las conclusiones principales intentan dar a conocer las posibles estrategias y recursos, tanto en el ámbito personal como profesional, con la finalidad de prevenir, detectar y tratar la soledad en una de las etapas de la vida con más pérdidas y dependencias: la vejez.

IV. Planteamiento del problema

La enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado de las personas, la familia y la comunidad. Para ello enfermería trata con personas adultas mayores lo cual requiere de mayor cuidado ya que no realizan las mismas actividades que cuando eran personas adultas. Así mismo les genera muchos conflictos al realizar sus actividades incluso suelen ser abandonados por sus propias familias y tienen atender a estar solos. Lo cual genera un problema tal como la depresión, suicidio, angustia hacia las personas mayores.

El objeto que se estudio fue el Índice de soledad social en adultos mayores de una comunidad urbana en Morelia, Michoacán debido a este padecimiento que tiene México y Michoacán.

Uno de los métodos que se abordó fue la problemática de la soledad en las personas mayores son los servicios sanitarios. Como ya se ha explicado anteriormente, es esencial la formación específica del personal de enfermería (así como en el resto de profesionales que traten el tema de la soledad en geriatría y gerontología). Por ello en este trabajo también se realizó el planteamiento de las diferentes actividades de enfermería que fueron realizadas en el caso de encontrarnos con alguna situación en la que tengamos que abordar la problemática de la soledad en las personas mayores.

Para analizar una situación de enfermería, me basare a la teoría del autocuidado de Dorothea Orem lo cual nos indicó el tipo de valoración que habíamos efectuado, los objetivos de las curas y cómo asumirlo. Esta valoración se obtuvo de las respuestas humanas y no sobre la base de signos y síntomas; la atención prestada será integral, se aclara nuestro campo de asistencia y podemos llevar a cabo actividades independientes, así como permitarnos realizar todo el Proceso de Atención de Enfermería.

Para ello tomamos la teoría del autocuidado de Dorothea Orem lo cual ella da como concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a

su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (congreso de enfermería,2015)

El congreso de enfermería (2015) define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado: Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano como, por ejemplo, la incomunicación debida a pérdidas sensoriales, problemas del sistema nervioso, depresión y soledad, así como aquellos trastornos orgánicos (accidentes cerebrovasculares, cataratas, inmovilización, traumatismos, uso de fármacos hipnóticos y antidepresivos, ansiedad, estrés y sentimiento de culpa) que puedan dificultar la comunicación.

La persona adulta mayor necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente a lo bueno y a lo malo, por la cultura, ideología o religión, frente a la propia vida o muerte. El anciano es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar; necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, está en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su asistencia.

El adulto mayor necesita auto realizarse, deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas y lúdicas que permitan mantener su autoestima. Se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para conseguir y/o mantener la autorrealización del anciano se encaminarán hacia la consecución.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano para su autorrealización. Éstas pueden ser debidas al desinterés asociado a la falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida. También pueden ser debidas a la inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

El adulto mayor necesita aprender. El adulto mayor vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, si se siente motivado y es capaz de razonar, si demuestra habilidad para solucionar situaciones referidas al aprendizaje, si se plantea cuestiones, dudas y preguntas sobre sus emociones, sentimientos y existencia.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano y que impidan el aprendizaje o que dificulten la adaptación a su nuevo estado de jubilado. Por ello se deberán vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés, debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje. Por otro lado, deberán vigilarse también las dificultades originados por problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor.

Según Rodríguez, (2009) El personal de enfermería, a la hora de actuar hacia un problema (en este caso, soledad en las personas mayores), debe seguir un proceso que, utilizando el método científico, planifica y aplica las atenciones de la profesión de enfermería, utilizando éstas como herramienta de trabajo. Para trabajar sobre el diagnóstico tratando el riesgo de soledad (NANDA), debe haber realizado anteriormente la valoración. Seleccionaremos las intervenciones más adecuadas, entre ellas: Valorar la percepción de la soledad que tiene el usuario ¿la persona está sola por elección o esta situación ha sido impuesta por los demás? Valorar la

capacidad y/o incapacidad del usuario para satisfacer las necesidades físicas, psicosociales, espirituales y financieras, y cómo las necesidades no satisfechas ponen en duda la habilidad para integrarse socialmente (por ejemplo, pérdida de trabajo que conduce a la incapacidad para afrontar una interacción social familiar y usual, fatiga, falta de energía necesaria para la interacción social y la implicación personal, deterioro del integumento cutáneo y su relación con el aislamiento social y/o percibido véase el Plan de Cuidados de Trastorno de la Imagen Corporal si la soledad está asociada con alteraciones del integumento cutáneo.

Explorar las vías para aumentar el sistema de apoyo del usuario y la participación en grupos y organizaciones. El estímulo de las enfermeras es importante para ayudar a los usuarios a formar parte de los grupos de apoyo (Perese y cols., 2003).

Si el usuario experimenta quejas somáticas, evaluarlas para asegurar que las necesidades físicas están satisfechas y, posteriormente, identificar la relación entre quejas somáticas y soledad. Se han encontrado tres factores que aumentan los niveles de soledad entre los individuos ancianos que residen en residencias enfermeras: falta de relaciones íntimas, aumento de la dependencia y pérdida. Las enfermeras en centros de atención a largo plazo están en posición de intervenir directamente con el residente anciano (Hicks, 2000). Citado por (Rodríguez, 2009)

Hicks (2000) ayudar a los usuarios a identificar recursos/situaciones que pueden atender o en los que pueden participar para mejorar un sentido de encaje valioso. Ayudar al usuario a identificar períodos en los que la soledad es mayor (por ejemplo, ciertos momentos del día, aniversarios de eventos especiales del pasado). Con el permiso del usuario, derivar a servicios de visitas de voluntarios. El único orden del día de los voluntarios es satisfacer las necesidades sociales del usuario. En ocasiones, a partir de experiencias con voluntarios, se desarrollan amistades a largo plazo. Citado (Rodríguez, 2009)

Para mantener independientes a los ancianos deberían explorarse intervenciones para impedir la soledad. Considerar el uso del arte como una

intervención. El estudio demuestra que la soledad extrema predice la admisión en una residencia enfermera (PSL *Consulting Group*, 1999). Citado (Rodríguez, 2009)

Identificar alternativas a estar solo. Los usuarios, a menudo, son susceptibles a la soledad en las horas de la comida. La soledad puede contribuir a déficit o excesos nutricionales. Identificar alternativas a estar solo (por ejemplo, contacto telefónico). Considerar el uso de ordenadores e Internet para mitigar o reducir la soledad y el aislamiento social. En un estudio cualitativo descriptivo se utilizó un cuestionario de una página web y una entrevista a través de chat con participantes de 65 años y más que vivían solos. Siete de los diez participantes utilizó el ordenador para compartir la soledad (Clark, 2002). Citado por (Rodríguez, 2009)

En él, se encontró que el uso de Internet reducía significativamente la soledad y la depresión, mientras que el apoyo social percibido y la autoestima aumentaron significativamente (Shaw y Gant, 2002). Citado por (Rodríguez, 2009)

White y cols (2002) refieren que este estudio controlado aleatoriamente valoró el impacto psicosocial de proporcionar acceso a Internet a los ancianos durante un período de más de 5 meses. Entre los usuarios de Internet en el grupo de intervención, existían tendencias hacia una menor soledad y una menor depresión. Citado por (Rodríguez, 2009)

Apoyarse en las creencias religiosas. Creer en un ser supremo proporciona un sentimiento de ayuda omnipresente e impide la soledad. Si los usuarios tienen remordimientos respecto a su vida, pueden separarse de su fuente usual de confort religioso. Comentar el significado de la muerte y de los temores asociados con morir solo. Explorar la posibilidad de que seres queridos estén con el usuario en el momento de la muerte. En las últimas etapas de la vida, los individuos tienen pensamientos significativos sobre la muerte y el significado de sus vidas. Si perciben su vida como no deseable, pueden temer a la muerte. (Rodríguez, 2009)

Así mismo ENSANUT (2012) describe los tres padecimientos con el mayor auto reporté de diagnóstico médico fueron hipertensión (40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). En relación con los padecimientos mentales, uno de cada seis presenta síntomas depresivos significativos (17.6%), algo más de 7% presenta deterioro cognitivo y alrededor de 8% demencia. Las alteraciones de la salud mental representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad. Citado por (Manrique y colaboradores, 2018).

Manrique y colaboradores (2018) Los problemas de salud mental son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles; la depresión es la segunda causa de discapacidad para los adultos en general y la demencia la primera para los AM (adultos mayores). En este estudio se encontró que las prevalencias de depresión y demencia son ya problemas de salud pública que deben ser atendidos puntualmente. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Organizaciones Mundiales de la Salud), es inminente la necesidad de considerar la demencia como una prioridad en la salud pública y la asistencia social.

Manrique y colaboradores (2018) el deterioro del estado de salud de los AM tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud. Los egresos hospitalarios por este grupo poblacional se han acrecentado en los últimos seis años. Los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, y los AM tienen una probabilidad doble de ser hospitalizados con respecto a los más jóvenes.

Las cifras encontradas en ENSANUT 2012 reflejan que quienes viven en localidades urbanas tienen mayor probabilidad de utilizar estos servicios. Queda por determinar en qué medida esto obedece a la accesibilidad de los servicios, o bien si se explica por la exposición a factores de riesgo particulares, tales como ciertos estilos de vida que implican un mayor consumo de tabaco y alcohol. Citado (Manrique y colaboradores, 2018)

El instrumento que se utilizó para la variable dependiente y se aplicó fue el instrumento "ESTE" elaborado por Cardona y colaboradores en 2010, para medir la percepción de soledad en la población adulta participante. Dicho instrumento está conformado por 20 ítems y consta de cuatro dimensiones: familiar, conyugal, de adaptación y social.

El formato de respuesta es con escala de Likert, en opciones de respuesta totalmente en desacuerdo (1), parcialmente en desacuerdo (2), no tiene una opinión definida (3), parcialmente de acuerdo (4), totalmente de acuerdo (5).

Por el cual se surgirá que las nuevas intervenciones de enfermería serán dirigidas a el índice de soledad social lo cual fundamentara en la teoría de Orem con su teoría del autocuidado. Así mismo este trabajo buscara realizar una intervención de enfermería con la teórica Orem.

Se pretendió que esta investigación fuera fortalezca del cuerpo académico a la línea de generación del conocimiento del Cuidado integral y Autocuidado en el adulto mayor, el tema de investigación permite acercarnos a dicho cuidado integral.

De acuerdo a dicho problema se hace la pregunta de investigación

¿Cuál es el índice de la soledad social en los adultos mayores de una comunidad urbana en Morelia, Michoacán?

V. Objetivo

5.1. Objetivo General

Determinar el Índice soledad social en adultos mayores de una comunidad urbana en Morelia, Michoacán.

5.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar a las personas participantes con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar la índice soledad en los adultos mayores participantes en relación al estado civil.
3. Reconocer la soledad de los adultos mayores de acuerdo a su ocupación que realizan.

VI. Marco teórico

Este apartado se abordó la población y variables de estudio, también sobre la teórica D. Orem que da sustento al cuidado de enfermería.

6.1. Vejez

6.1.1. Concepto de vejez

Según la Organización Mundial de la Salud la vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. (OMS, 2019).

Desde un punto de vista biológico, describe la Organización Mundial de la Salud (2019) que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. (OMS,2019)

Según la Organización Mundial de la Salud, (2019) considera que además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública

al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

El envejecimiento definido, como un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales.

En el envejecimiento patológico o sensibilidad a nivel biológico hay una descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalización frecuente. En el orden psicológico se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pésimo y autoevaluación negativa. En nivel social hay pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, hay dependencia, soledad y conflictos generacionales e inactividad. (Fernández, Al Muñiga y Alonso,2011)

6.1.2. Factores que influyen al envejecimiento

La OMS (Organización Mundial de la Salud ,2019) define que algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Así mismo Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. (OMS, 2019)

Uno de ellos es la soledad lo cual nos dice que en la La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del

sentimiento de soledad. Entre otras definiciones, he escogido la propuesta de V. Madoz, que describe la soledad como el "convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional". Citado por (Rodríguez, 2009).

Se enuncian los tipos de envejecimiento humano y sus características esenciales. se incursiona en la evolución histórica de la fragilidad en el adulto mayor ya que es un factor en el cual el adulto mayor puede recaer en una soledad ya que no se realiza las mismas actividades que antes y es frágil a cualquier situación. (Alonso, Sans, Díaz, Carrasca y Oliva, 2007)

Según la OMS (2019), refiere algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer. (OMS,2019)

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. (OMS,2019)

De acuerdo a la OMS (2019), en la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios. (OMS, 2019)

6.2. Soledad

6.2.1. Concepto de soledad

Álvarez define el síndrome de la soledad como un "estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida" (citado por Rodríguez, 2009)

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término *envejecimiento activo* en este sentido: "El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Se trata de promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria. (citado por Rodríguez,2009)

6.2.2. Factores causados a la soledad de la vejez

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Laforet define tres crisis asociadas al envejecimiento: La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima. La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las

posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD). La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social. En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales. (citado por Rodríguez,2009)

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda cesaría cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad. (citado por Rodríguez,2009)

La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Ussel opina que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad. (Citado por Rodríguez, 2009)

6.2.3. Estrategias para enfrentar la soledad en la vejez

Salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto. Ésta debe sensibilizarse ante este problema, generando y desarrollando programas terapéuticos de

prevención y control de la soledad y la depresión que deberán detectarla, neutralizarla y, sobre todo, prevenirla. (Rodríguez, 2009)

Uno de los métodos para abordar la problemática de la soledad en las personas mayores son los servicios sanitarios. Como ya se ha explicado anteriormente, es esencial e importantísima la formación específica del personal de enfermería (así como en el resto de profesionales que traten el tema de la soledad en geriatría y gerontología). Por ello en este trabajo también se ha querido realizar el planteamiento de las diferentes actividades de enfermería que se deberían realizar en el caso de encontrarnos con alguna situación en la que tengamos que abordar la problemática de la soledad en las personas mayores. (Rodríguez, 2009)

Para analizar una situación de enfermería, nos ayudamos de diferentes modelos. Éstos nos indicarán el tipo de valoración que hemos de efectuar, los objetivos de las curas y cómo asumirlo. Esta valoración se basará en las respuestas humanas y no sobre la base de signos y síntomas; la atención prestada será integral, se aclara nuestro campo de asistencia y podemos llevar a cabo actividades independientes, así como permitirnos realizar todo el Proceso de Atención de Enfermería. (Rodríguez, 2009).

Es este caso nos basaremos a la teórica Orem con su teoría del autocuidado para que el adulto mayor lleve una vida sana emocional y física.

Otra forma en cuestión del afrontamiento de la soledad asumida por los adultos está enfocado a formas activas, se advierte la necesidad de relacionar recursos externos e internos con la vida diaria para promover potencialidades en el individuo y mayores posibilidades para afrontar su sentimiento de soledad. (Cardona, Villamil y Eucaris, 2011)

De acuerdo a la OMS (2019), La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden

emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

De conformidad con lo dispuesto en una reciente decisión de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS (2019), está en proceso de elaborar una *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. La Estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* y se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios.

Compromiso con un envejecimiento saludable. Exige una sensibilización con respecto al valor del envejecimiento saludable y un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.

Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, estar concebidos para reforzar la capacidad intrínseca de los ancianos e integrarse en diferentes entornos y personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización para fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados y centrados en las personas.

Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica. Para atender las necesidades de las personas mayores se necesitan sistemas de atención crónica en todos los países. Ello requiere fomentar, a veces partiendo de cero, los sistemas de gobernanza, las infraestructuras y la capacidad del personal. La labor de la OMS en atención crónica (incluidos los cuidados paliativos) se corresponde

estrechamente con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas.

Creación de entornos adaptados a las personas mayores. Ello exigirá adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. Estas actividades aprovechan y complementan la labor que la OMS ha llevado a cabo en la última década para impulsar la adaptación a las personas mayores en ciudades y comunidades, en particular el fomento de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores y de una plataforma para compartir información de forma interactiva (un Mundo Adaptado a las Personas Mayores).

Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión. Se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento. Esas iniciativas se apoyan en la amplia labor que ha llevado a cabo la OMS en la mejora de la información y estadísticas sanitarias, por ejemplo, a través del Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE)

6.3. Dorothea Orem

6.3.1. Teoría del autocuidado

El concepto de autocuidado es como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Así mismo se llevará a cabo los autocuidados a las personas adultas mayores que presenten este tipo de problema de acuerdo a la teoría de Orem.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

De acuerdo a Navarro y Castro (2010), Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (Navarro y Castro, 2010)

6.3.2. Aplicación modelo Orem

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma (Navarro y Castro, 2010):

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. (Navarro y Castro,2010)

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. (Navarro y Castro,2010)

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida. Y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. (Navarro y Castro,2010)

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. (Navarro y Castro,2010)

Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud. Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. (Navarro y Castro,2010)

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente

para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .(Navarro y Castro, 2010)

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes. (Navarro y Castro,2010)

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida. (Navarro y Castro,2010)

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes. (Navarro y Castro,2010)

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. (Navarro y Castro,2010)

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. (Navarro y Castro,2010)

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. (Navarro y Castro, 2010).

VII. Material y Método

7.1. Tipo de estudio

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el que se estableció patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

De acuerdo a la manipulación de las variables este fue un estudio no experimental, debido a que solo se realizó sin manipular deliberadamente variables. (Hernández y et, 2014).

Considerando el tiempo en que se realizó el estudio se considera prospectivo porque toda la información se recogió, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de esta. (Hernández y et, 2014).

De acuerdo al número de mediciones este estudio fue considerado transversal debido a que el estudio en el cual se midió una vez la o las variables; se midió las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de estas unidades. (Hernández, Fernández y et, 2014).

7.2. Universo

Para este estudio el universo fue de 120 adultos mayores de rangos de edad de 60 a 98 años de una comunidad urbana en la ciudad de Morelia, Michoacán.

7.3. Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico, con el que se consideró una muestra de 120 adultos mayores de una comunidad urbana en la ciudad de Morelia Michoacán.

7.4. Criterios

Inclusión: Adultos mayores de ambos sexos que aceptaron participar en el trabajo de investigación, que vivan en la ciudad de Morelia Michoacán

Exclusión: Adultos mayores con dificultad de audición, deterioro cognitivo, con trastorno mental.

Eliminación: Instrumentos incompletos o mal llenados.

7.5. Variables

- **Población de estudio** adultos mayores ; según la Organización Mundial de la salud la vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida. Se refiere a síndrome geriátricos, los cual son consecuencias de múltiples factores algunos de ellos son los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria y fecal, caídas, etc. (OMS, 2019)
- **Variable dependiente** soledad: es la tendencia constante de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surgen la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. (Díaz, 2010).

7.6. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información

Una vez que se concluyó el protocolo de investigación y se pasó al comité de bioética e investigación de la Facultad de Enfermería ya que fue aceptada. Se acudió con el encargado del orden de la comunidad urbana en Morelia, Michoacán seleccionada.

Una vez se estableció las fechas para trabajar el investigador se presentó llevando el material necesario que incluye; lápiz, encuestas a realizar, tablas de apoyo.

Se abordó a las personas a quienes se les explico el objetivo del estudio, las ventajas y desventajas y se les solicitara su firma en la hoja de consentimiento informado, si aceptaran participar.se les realizara las encuestas con el material solicitado para este estudio.

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18, para su procesamiento y análisis de resultados. Se aplicó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central, media, mediana y moda.

7.7. Recursos humanos

PLESS María Guadalupe Pallares Morales

Asesora de Tesis: Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

VIII. Consideraciones Éticas

Consideraciones éticas y legales: Esta investigación fue considerada de riesgo mínimo donde se garantiza la seguridad del paciente, así como del entorno en el que se encuentra.

Los datos obtenidos en esta entrevista serán confidenciales y se maneja con la privacidad necesaria. Con estas observaciones y trabajando en base a la ley general de salud en materia de investigación se reconocen los siguientes artículos:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Es de vital importancia brindar el respeto y proteger su integridad física y emocional.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad

del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Protegiendo ante todo los derechos del paciente encuestado sin ejercer presión alguna.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

IX. Resultados

En el presente apartado se presentan los resultados obtenidos posterior a la aplicación del instrumento ESTE con los 120 adultos mayores participantes para determinar el índice de soledad social, se encontró las características sociodemográficas de la población de estudio, posterior se mostraron los resultados correspondientes a los objetivos trazados.

En la tabla uno se mostró el nivel de soledad de los adultos mayores que se cuestionaron en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 73.3% tiene su nivel alto de soledad, enseguida del 19.2% su nivel de soledad es Media, después el 5.8% el nivel de soledad es bajo y el 1.7% no presentan soledad.

Tabla 1. Nivel de soledad en los adultos mayores cuestionados

Variable	F	%
No hay soledad	2	1.7
Baja Soledad	7	5.8
Media Soledad	23	19.2
Alta soledad	88	73.3
Total	120	100

En la tabla dos se muestro el género de los adultos mayores que se cuestionaron en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 54.2% son masculino y el 45.8% son femeninos.

Tabla 2. Genero de los adultos Mayores cuestionados

Variable	F	%
Femenino	55	45.8
Masculino	65	54.2

En la tabla tres se observó la edad de los adultos mayores cuestionados en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 58% tienen la edad de 66

a 72 años, enseguida del 16% tienen la edad de 79 a 85 años, después del 15% con las edades de 60 a 65 años, el 13% tienen 73 a 78 años, el 11% tienen la edad de 86 a 91 años y por último el 7% tienen 92 a 99 años.

Tabla 3. Edad en los adultos mayores cuestionados

Variable	F	%
66 a 72	45	58
79 a 85	15	16
60 a 65	15	15
73 a 78	10	13
86 a 91	10	11
92 a 99	5	7
total	120	100

En la tabla cuatro se muestran si presentan alguna enfermedad los adultos mayores cuestionados en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 95% si presentan alguna enfermedad la cual el 37% no presentan ninguna enfermedad después del 26% presentan Hipertensión arterial, el 22% Diabetes, el 13% artritis, el 5% tienen insuficiencia respiratoria, el 4% presentan Insuficiencia Renal Crónica y Problemas auditivos y de visión, y por último el 3% osteoporosis.

Tabla 4. ¿Cuál enfermedad presentan los adultos Mayores cuestionados?

Variable	Presenta alguna		Total
	Sí	No	
Hipertensión	26	0	26
Insuficiencia respiratoria	5	0	5
Diabetes	22	0	22
Artritis	13	0	13
Tiroidismo	3	0	3
Alzheimer	3	0	3
IRC	4	0	4
Problema de visión y audición	4	0	4
Osteoporosis	3	0	3
Ninguno	0	37	37
Total	95	25	120

En la tabla cinco se mostró la ocupación y el nivel de soledad social en los adultos mayores a los que se les cuestiono en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán en el que se observa que el 88% prueba tener una alta soledad así mismo de acuerdo a su ocupación se determina que el 34% son jubilados, el 25% los adultos mayores que se dedican al hogar, el 17% son comerciantes y el 12% se dedican a algún empleo. También nos muestra que el 23% tiene su nivel medio de soledad donde el 8% son jubilados, el 6% se dedican al comercio, el 5% son empleados y el 4% se dedican al hogar. En tanto al nivel bajo demuestra un 7% en el cual el 5% son los adultos mayores que se dedican al hogar, y el 1% son comerciantes o se dedican algún empleo. Y por último el 2% muestra que no hay soledad en donde el 1% son jubilados y se dedican al hogar.

Tabla 5. Ocupación y el nivel de soledad de los adultos Mayores cuestionados

Ocupación	Nivel de soledad				Total
	No hay soledad	Baja soledad	Media soledad	Alta soledad	
Jubilado	1	0	8	34	43
Hogar	1	5	4	25	35
Empleado	0	1	5	12	18
Comerciante	0	1	6	17	24
Total	2	7	23	88	120

De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla seis se mostró el nivel de soledad social con el estado civil de los adultos mayores cuestionados en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 88% demuestra su nivel alto de soledad y de acuerdo a su estado civil se observa que el 48% Son casados, el 28% son viudos, el 10% separados y el 2% solteros. También se muestra que el 23% tienen su nivel medo soledad en donde el 9% son viudos, el 7% son casados y separados. El 7% tienen un nivel bajo de soledad lo cual el 4% son casados, el 2% son viudos y el 1% son separados. Y por último el 2% no presentan soledad así mismo el 1% son Casados y separados.

Tabla 6. Nivel de soledad social con el estado civil de los adultos mayores cuestionados

Estado Civil	Nivel de soledad				Total
	No hay soledad	Baja soledad	Media soledad	Alta soledad	
	0	0	0	2	2
Casado	1	4	7	48	60
Viudo	0	2	9	28	39
Separado	1	1	7	10	19
Total	2	7	23	88	120

En la tabla siete se mostró la décima segunda pregunta del cuestionario ESTE que se les realizó a los adultos mayores de alguna comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 55.8% respondió que a veces, enseguida del 24.2% respondió que nunca y el 20% respondió que siempre.

Tabla 7. ¿Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?

Variable	f	%
Siempre	24	20
A veces	67	55.8
Nunca	29	24.2
Total	120	100

En la tabla ocho se mostró la décima tercera pregunta del cuestionario ESTE que se les realizó a los adultos mayores de alguna comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 54.2% respondió que a veces, enseguida del 26.7% respondió que nunca y el 19.2% respondió que siempre.

Tabla 8. ¿Le resulta fácil hacer amigos?

Variable	f	%
Siempre	23	19.2
A veces	65	54.2
Nunca	32	26.7
Total	120	100

Según en la tabla nueve se mostró la décima cuarta pregunta del cuestionario ESTE que se les realizó a los adultos mayores de alguna comunidad urbana en Morelia, Michoacán el cual el 44.2% respondió que nunca, enseguida del 39.2% respondió que a veces y el 16.7% respondió que siempre

Tabla 9. ¿Va a alguna parte, asociación lugar del pensionado u otro donde relacione con otros mayores?

Variable	f	%
Siempre	20	16.7
A veces	47	39.2
Nunca	53	44.2
Total	120	100

De acuerdo a la base de datos en la tabla diez se mostró la décima quinta pregunta del cuestionario ESTE que se les realizó a los adultos mayores de alguna comunidad urbana en Morelia, Michoacán el cual el 47.5% respondió que nunca, enseguida del 30% respondió que a veces y el 22.5% respondió que siempre.

Tabla 10. ¿Le gusta participar en actividades que se organizan en su comunidad?

Variable	f	%
Siempre	27	22.5
A veces	36	30
Nunca	57	47.5
Total	120	100

En la tabla once se mostró el padecimiento de alguna enfermedad correlacionada con el género de los adultos mayores encuestados en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán donde el 95% si padecen alguna enfermedad, y la mayoría de las mujeres con el 56% padecen alguna enfermedad.

Tabla 11. Padecimiento de alguna enfermedad correlacionado con el género

Genero	Padece alguna		Total
	Sí	No	
Hombre	39	16	55
Mujer	56	9	6
Total	95	25	120

En la tabla doce se mostraron el nivel de soledad social de acuerdo al género en donde se muestra que la mayoría de las mujeres con el 46% tienen un alto índice de soledad social mientras que los hombres tienen el 42% un alto índice de soledad social.

Tabla 12. Nivel de soledad de acuerdo al género

Genero	Nivel de soledad				Total
	No hay soledad	Baja soledad	Media soledad	Alta soledad	
Hombre	0	2	11	42	55
Mujer	2	5	12	46	65
Total	2	7	23	88	120

X. Discusión

La tercera edad es una etapa de la vida donde se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. La persona adulta mayor se hace más vulnerable en todos los ámbitos, por eso se debe mantener un equilibrio en todas las esferas. En lo relativo a la parte social el adulto mayor suele vivir soledad que es un gran problema que afecta el bienestar de los mismos, el aislamiento producen tristeza y algunas veces amargura que quitan las ganas de vivir.

El propósito de este estudio fue determinar el índice de la soledad social en los adultos mayores en una comunidad urbana en Morelia, Los resultados arrojaron que la población los adultos mayores que se cuestionaron en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán sufren un alto índice de soledad social lo cual es similar a lo reportado por Cardona, León, Villa Henao Eucaris y Quintero (2011) En la investigación “El afrontamiento de la soledad en la población adulta” donde mencionan que en su estudio los resultados reportan soledad social en los adultos mayores que participaron.

De acuerdo a Pinel, Rubio, Rubio (2009) en la investigación de soledad que realizaron mencionan que respecto al género de los adultos mayores que se cuestionaron la mayoría son mujeres y la minoría los hombres donde las mujeres presentan mayor índice alto de soledad social. Lo cual es coincidente a éste estudio donde el género que más respondió son mujeres y es justo en ellas que se detectó un alto índice de soledad social.

Conforme a Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2012 refieren en el estudio sentimiento de soledad donde su objetivo fue caracterizar los tipos de soledad en las personas mayores que asisten a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín (Colombia) y su asociación con algunas variables sociodemográficas

donde se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación donde se mostró que el hombre es el más afectado y la soledad conyugal en la mujer así mismo se mostró que existe un alto índice de soledad social a los adultos mayores que no tienen pareja y viven solas. En el presente trabajo se determinó que los adultos mayores que se cuestionaron tienen un alto nivel de soledad social de acuerdo a las preguntas del instrumento ESTE que son las siguientes ¿no conviven en lugares pensionados con adultos mayores?, ¿le gusta participar en actividades que se organizan en la comunidad? Y ¿le resulta fácil hacer amigos?.

En la presente investigación se refleja que la mayoría de las participantes son mujeres, entre las edades de 60 -99 años los que presentan nivel alto de soledad social de acuerdo al estado civil son los casados y de acuerdo a las preguntas del instrumento ESTE la mayoría de los cuestionados tienen nivel alto de soledad social. Lo que es muy similar a lo presentado por Zapata, Delgado y Cardona (2011) donde los adultos encuestados fueron en su mayoría mujeres, con edad entre 60-74 años. El estado civil con mayor porcentaje fue casado aunque en las mujeres el estado civil viuda tuvo mayor proporción. El apoyo recibido por la familia y los amigos fue valorado como satisfactorio, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas.

XI. Conclusiones

El índice de calidad de los participantes que se presentó con más frecuencia fue el alto, por lo que es importante un seguimiento en estos adultos mayores. En los jubilados se refleja mayor índice de soledad social.

El profesional de enfermería cuenta con las competencias necesarias para actuar en la población envejecida que presenta soledad, comprendiendo las particularidades de cada persona

Los adultos Mayores pertenecen a la población vulnerable, es por ello que se requiere actuar oportunamente cuando existe un riesgo en la salud.

Los problemas de salud en la vejez, son muchos y muy variados. Se requiere un trabajo interdisciplinario del equipo de salud para dar atención y cuidados a este grupo etareo.

XII. Sugerencias

De acuerdo los resultados que obtuvieron los adultos mayores se proponen realizar las siguientes actividades

Que el adulto mayor se involucre y apoye con familia, amistades, vecinos y con otros adultos mayores para que le resulta más fácil comunicarse.

Al tener comunicación con este tipo de grupos le será fácil salir a la calle, tener compañía incluso aprender nuevas tecnologías como son las redes sociales si le será más fácil socializar e incluso conocer personas.

Que los adultos mayores se integren a las actividades sociales de su agrado, como ir al café, a la iglesia, incluso realizar viajes o las estancias de jubilados donde realizan yoga, caminatas, baile, juego de mesa, zumba.

También si no tienen familia, amigos pueden tener la opción de ir a una estancia de adultos mayores en donde tendrán compañía, y se les da todos los cuidados integrales.

Una vez al mes requerir ayuda psicológica para ayudarles a disminuir ansiedad, miedo que son factores que influyen para presentar sentimiento de soledad.

XIII. Referencias bibliográficas

- Ayala, C., Rodríguez, B., Frades, M., Joao, P., Martínez, G., Fernández, F. (2012). *Propiedades psicométricas del cuestionamiento de apoyo social funcional y de escala de soledad en adultos mayores no instituciones en España*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003682>
- Alonso Galban, P., Díaz Canel, A.M., Carrasco García, M., Oliva, T. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. *Revista cubana salud pública*. 33(5)1-10. Recuperado de www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_abstract
- Berrio, E., Castrejon, P., SanchoCastillano, M., Tortosa, G., Sundastrom, B., Malmberg. (2010). *La soledad de las personas mayores en España y Suecia contexto y cultura*, *rev.española geriátrica y genologica*, 45, 189-195. Referido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X10000430>
- Bocanegra, A., 2018. *Mi Morelia. En abandono 14% de los adultos mayores en Michoacán*. Recuperado de <https://www.mimorelia.com/en-abandono-14-de-los-adultos-mayores-en-michoacan/>
- Cardona, J.L., Villamil M.M., Henao, E., Quintero, A. (2007). *Concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia*, *Rev. Fac Nac Salud Pública*, 27(2), 153-163.
- Cardona, J.L., Villamil, M.M., Gallego, E., Henao Villa, A., Quintero, A. (2012). *artículo original el sentimiento soledad en adultos mayores*, *medicina u.p.b.*, 32(1)9-19. Referido de <https://www.redalyc.org/html/1590/159029099002/>

Cardona J., Villamil M.M., Henao E., Quintero A. *Validación de la escala "ESTE" de soledad en la población adulta*. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 416-27. referido de

http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1052%2F105215721012.pdf&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=1&d=6905339743031944697&ei=xCqEXNSgElm_yQTXxJHgDQ&scisig=AAGBfm22ZwvH9Ha4bWtgRCbC3RagiwzXCA&nossl=1&ws=1366x673&at=Validaci%C3%B3n%20de%20la%20escala%20ESTE%20para%20medir%20la%20soledad%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta

Cardona, J., Villamil, M.M., Henao, E., Quintero, A. (2009). *Concepto soledad y percepción que en su momento actual tiene al adulto mayor*. Facultad nacional salud pública, 27(2) recuperado de

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/293>

Cardona Jiménez, Jairo León; Villamil Gallego, María Mercedes; Henao Villa, Eucaris y Quintero Echeverría, Ángela. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Invest. educ. enferm [online]. 2010, vol.28, n.3, pp.416-427. ISSN 0120-5307.Referido de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072010000300012&script=sci_abstract&tlng=es

Congreso historia en enfermería, 2015.Referido de esta página de internet

<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>

Fernández Alba, R. Monri abril, F.G. (2010) *Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor, enfermería global*, 22(9)1-9. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016

Fernández Brañas, S. Almuñica Gómez, M. (2011). *Factores Psicosociales presentes en la tercera edad, revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2)77-81. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200001

FIAPAM Federación iberoamericana de asociaciones de personas adultas mayores, 2016. Recuperado de

<https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor-mayor/>

INEGI, 2014 *estadísticas propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KVaNrk_KJp0J:www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/adultos9.pdf+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx

Jurschik, P., Botigue, T., Nuin, C., Lavedan, A. (2013). *Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza*. Factores relacionados en personas mayores, *Gerokismo*, 24(1)14-17. Referido de

http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fpdf%2Fgeroko%2Fv24n1%2Fcomunicacion1.pdf&hl=es&sa=T&oi=ggp&ct=res&cd=22&d=17468190884551518142&ei=fziEXP2_PImNywSzgo3oBw&scisig=AAGBfm13dOg1fOb0IMR9jk44fx6bnbzxA&nossl=1&ws=1366x673&at=Estado%20de%20%20C3%A1nimo%20caracterizado%20por%20soledad%20y%20tristeza%3A%20factores%20relacionados%20en%20personas%20mayores

Manrique Espinoza, B., Salinas Rodríguez, A., Margarita Moreno, K., Arusto Castillo, I., Sosa Ortiz, A. L., Gutiérrez Robledo, L.M., Téllez Rojo, M.M. (2018). *Condiciones de salud y estado social de los adultos mayores en México*, *salud pública*, 55(2); 31-51. Recuperado de

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5131/10105>

Navarro Peña., Castro Salas, M. (2010). *Modelo de Dorothea Orem aplicando a un grupo comunitario del proceso de enfermería*. Revista electrónica cuatrimestral enfermería,19(4)56-89 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J.A., Rodríguez Larreynaga M. (2017). *La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem*, 9(3)1-5. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

OMS, 2019 organización mundial de la salud. Referido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

OMS, 2019 Organización Mundial de la Salud envejecimiento recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

OMS, 2019 Organización Mundial de la Salud, notas del centro de prensa recuperado de <https://www.who.int> › Acceso › Centro de prensa › Notas descriptivas › Detail

Pinazo Hernandis, S. Bellagarde Nunes, M.D. (2018).La soledad de las personas mayores. Recuperado de <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=2ahUKEwifnpSz2vbgAhURS6wKHfGRDFMQFjAGegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.fundacionpilares.org%2Fdocs%2Fpublicaciones%2Fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf&usq=AOvVaw27flrqfrjFqKeChxR9H0e->

Puig M., Lluch M.T., Rodríguez, N. (2009).Valoración de enfermería detección de la soledad y el aislamiento social en ancianos de riesgo.Gerokomos.2009; 20(1):9-14.referido de

http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fpdf%2Fgeroko%2Fv20n1%2F09rincon.pdf&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=3&d=128848847478201727&ei=xCqEXNSgElm_yQTXxJHgDQ&sig=AAGBfm3PIIR2_4OQyTaH4oAdeX1oBSNVg&nossl=1&ws=1366x673&at=Valoraci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%3A%20detecci%C3%B3n%20de%20la%20soledad%20y%20del%20aislamiento%20social%20en%20los%20ancianos%20de%20riesgo&bn=1

Pinel Zafra, M., Rubio Rubio, L., Rubio Herrera, R. (2009). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA S. *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, 8 (1). Referido de <https://docplayer.es/105730-Un-instrumento-de-medicion-de-soledad-social-escala-este-ii.html>

Rodríguez Martín. (2009). *La soledad en el anciano*, *Rincón científico comunicaciones*, 20(4); 1-6. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003

Rubio herrera, R., Cerquera Córdoba, A., Mercedes, R., Muñoz Mejía, E. A., Pinzón Benavidez. (2011). *Concepciones populares sobre la soledad de los adultos mayores de España y bocaramanga Colombia, diversitas perspectivas en psicología*, 7(2)307-319. Referido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5883794>

UNAM ,2017 Universidad autónoma de mexico. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_446.html

Zapata López, B.I. Delgado Villamizar, N.L. Cardona Arango, D. (2011). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia *Rev. salud pública*. 17 (6): 848-860. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>

XIV. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDAGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Respetado (a) señor (a) _____

Por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una encuesta con único propósito de investigación de la Licenciatura de Enfermería, que tiene como objeto conocer autoestima y percepción de soledad en el adulto mayor que se encuentre en un rango de edad 60 y 90 años.

La información obtenida a partir de las respuestas obtenidas tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados obtenidos.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba. (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo) Nombre del participante: _____ expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba para conocer la percepción de la soledad relacionada a la autoestima en el adulto mayor, por la autora de la investigación.

En constancia firma

CC. _____

INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDAGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MORELIA MICHOACÁN**



Cuestionario para medir el índice soledad social de los adultos mayores en una comunidad urbana en Morelia, Michoacán

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas.

1) SOCIODEMOGRAFICO

Edad en años _____ Genero Hombres _____ Mujeres _____

Padece alguna enfermedad No ___ Si _____ Cual _____

Tiempo de diagnóstico _____ Lleva tratamiento medico _____

Nació en _____ vive en _____

Estado civil _____

Ocupación: Jubilado ___ Hogar ___ Empleado ___ Comerciante _____

¿Cuenta con seguridad social? Sí ___ No ___

IMSS ___ ISSSTE ___ Seguro Popular ___ Otro _____

2) “ESTE” INSTRUMENTO SOLEDAD

Instrucciones En cada una de las oraciones, marque con una x la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal.

Escala	ESTE II	Soledad	Social
	Siempre	A veces	Nunca
1.-¿Usted tiene con quien pueda hablar de sus problemas cotidianos			
2.-¿cree que hay personas que se ocupan por usted?			
3.-¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?			
4.-¿sienten que no le hacen caso?			
5.-¿se siente triste?			
6.-¿se siente usted solo?			
7.-y por la noche ¿se siente solo?			
8.-¿se siente querido?			
9.-¿utiliza usted el teléfono celular, mensaje de texto y o WhatsApp?			
10.-¿utiliza computadora?			
11.-¿utiliza usted internet?			
12.-¿durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13.-¿le resulta fácil hacer amigos?			
14.-¿va algún parque, asociación, lugar del pensionado u otro donde se relacione con otros mayores?			
15.-¿le gusta participar en actividades que se organizan en su barrio, pueblo y colonia?			

Operacionalización de Variables

Variable	Soledad	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador (Ítems)
<p>La tendencia constante de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surgen la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una “falta de algo” que se necesita o aparece cuando el sujeto no encuentra con que complementarse.</p> <p>L. Sandrin 2014.</p>		<p>La soledad de las personas mayores: “Síndrome de la Soledad” estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida.</p> <p>L. Sandrin 2010</p>	<p>-Soledad familiar</p> <p>-Soledad conyugal</p> <p>-Soledad social</p> <p>-Soledad y adaptación</p>	<p>9,10, 11, 12, 13, 19, 20.</p> <p>3, 4, 5, 6, 7.</p> <p>15, 16, 17, 18.</p> <p>1, 2, 8, 14.</p>

Variable independiente adulto mayor Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador (Ítems)
<p>Desde un punto de vista biológico, describe la Organización Mundial de la Salud (2019) que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.</p> <p><i>Organización mundial de la salud,2019</i></p>	<p>Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. (OMS ,2019)</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Religión</p> <p>Ocupación</p>	<p>60 <mas</p> <p>Femenino</p> <p>Masculino</p> <p>Casado(a)</p> <p>Soltero (a)</p> <p>Viudo (a)</p> <p>Católico</p> <p>Otros</p> <p>Desempeño laboral</p>

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información: Artículos oficiales y páginas electrónicas.

9.9 Prueba Piloto A continuación se muestra una tabla donde se describe de manera individual por dimensiones la confiabilidad, así como de manera global.

Tabla II. Fiabilidad del Instrumento de SOLEDAD

DIMENSIÓN	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH	MÉTODO DE MITADES
Familia	9,10,11,12 y 13	.981	.978
Conyugal	3,4,5,6 y 7	.957	.949
Social	15,16,17 y 18	.940	.967
Adaptación	1,2,8 y 14	.931	.943
T o t a l	20	.984	.994