



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS TEÓRICA

SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES,
REVISIÓN SISTEMÁTICA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E. FLORIBERTO SUSANO LÓPEZ

ASESORA: DRA. MARÍA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

COASESORA: DRA. MARÍA JAZMÍN VALENCIA GUZMÁN

REVISORA: MTRA. EMMA FLORES MENDOZA

MORELIA, MICHOACÁN. MAYO, 2021

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Presidenta

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Vocal 1

Mtra. Emma Flores Mendoza

Vocal 2

Dedicatorias

Dedico este proyecto a Dios quien ha sido mi guía, fortaleza, su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy porque me ha permitido el haber llegado a esta etapa tan importante que es mi formación profesional.

A mi madre Carmela López Ríos, por brindarme amor infinito, por su apoyo incondicional en cada instante de mi vida, por sus consejos, sus valores, por la motivación que, día con día me ha permitido ser una excelente persona, pero más que nada, por inculcarme ese don de la responsabilidad.

A mi padre Floriberto Susano Flores, por sus ejemplos, por haberme enseñado no dejarme vencer por las adversidades y luchar cada día para salir adelante, a él, por su apoyo incondicional, sus consejos que me guían, sus valores y su amor.

A mis hermanos Abraham, Santiago, Gildardo, Lizeidy, Juan de Dios, Araceli y Flor del Carmen, por brindarme cariño, fortaleza, su apoyo durante el proceso de inicio y final de mi carrera y por estar conmigo en todo momento.

A mi tía Enedina López Ríos (†) que, con sus consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma la siento presente para el logro en todos mis sueños y metas.

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, por haberme dado la oportunidad de formarme en esta prestigiosa Facultad de Enfermería y haber sido mi apoyo durante todo este tiempo.

Gracias totales a mis padres Carmela y Floriberto quienes, con sus oraciones, su amor, paciencia y esfuerzo me han enseñado a luchar con suficiente honradez, dedicación y por ello he llegado a cumplir uno de los más sagrados de los deberes, el cual es hoy, mi carrera profesional, una meta más que se triunfa. A ellos por inculcar en mí el ejemplo de responsabilidad, esfuerzo y valentía, con sus maneras propias de pensar, de ver y apreciar los principios y los peligros de los que no hay que temer a pesar de las adversidades porque me han mostrado estar conmigo siempre.

Agradezco infinitamente a mis hermanos, principalmente a mi hermano Santiago reconociendo sus esfuerzos, su ejemplo de valentía y por extenderme su mano para sostenerme. Agradezco a ellos por la confianza que me otorgan con la que siempre he contado para todo, por el apoyo que me ofrecen directa o indirectamente, por la amistad y su cariño.

De manera especial a mi tutor de tesis, la Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, así como también a la Dra. María de Jesús Ruíz Recéndiz, a ellas por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino por haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente.

A la máxima casa de estudios, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a toda la Facultad de Enfermería y a su personal docente, por haberme brindado tantas oportunidades, enriquecerme en conocimiento y seguir cultivando mis valores.

Resumen

Introducción. El sentimiento de soledad es negativo en la vida diaria de las personas mayores ya que por ello se ven afectados varios componentes tanto familiares, sociales, personales, entre otros. La soledad en el adulto mayor se representa de manera en que muestran sensaciones subjetivas de tener menor afecto, aislamiento social, tristeza y nostalgia. **Objetivo.** Determinar la mejor evidencia científica disponible del nivel de soledad en adultos mayores mediante revisión de la literatura. **Material y métodos.** La investigación fue de tipo retrospectivo y transversal. El diseño fue la revisión sistemática con cinco fases: I Formulación de la pregunta. II Búsqueda y localización de los estudios considerando los criterios de inclusión adultos mayores de edad de 65 a 80 años, con percepción de soledad, con estudios en intervalo de tiempo de 2010 a 2020, en idioma español; se determinaron términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (soledad), (adulto mayor), (salud), utilizando los operadores booleanos And y OR en las bases de datos Biblioteca Virtual de Salud, CUIDEN, Dialnet, Redalyc, Conricyt y Scielo además del buscador google Académico. III Revisión y selección de estudios con la metodología de Arksey y O'Malley y PRISMA-P 2015. Se incluyeron 16 artículos. IV. Extracción y valoración de la calidad metodológica. V. Análisis de los resultados. **Resultados.** Se demuestra que la soledad de tipo emocional se refiere a los sentimientos, el abandono, falta de afecto, sintomatología depresiva, estrés, pesimismo, ansiedad y baja autoestima. Carencia de pertenencia social, de compromisos con otras personas, disminución en sus contactos con grupos sociales y las relaciones establecidas deficientes e insatisfactorias. Según los estudios revisados nos evidencia que afecta en su mayor parte la dimensión emocional y psicológica lo cual se manifiesta con tristeza, dolor, temor, aislamiento; llevándolos a general crisis de depresión e incluso a pensar en un posible suicidio comprometiendo su vitalidad.

Palabras claves: Soledad, adulto mayor, revisión sistemática, enfermería, salud.

Abstract

Introduction. The feeling of loneliness is negative in the daily life of the elderly since several components are affected, both family, social, personal, among others. Loneliness in older adults is represented in a way in which they show subjective feelings of having less affection, social isolation, sadness and longing. **Objective.** To determine the best available scientific evidence on the level of loneliness in older adults by reviewing the literature. **Material and methods.** The research was retrospective and cross-sectional. The design was the systematic review with five phases: I Formulation of the question. II Search and location of the studies considering the inclusion criteria for adults over the age of 65 to 80 years, with a perception of loneliness, with studies in the time interval from 2010 to 2020, in Spanish; Search terms Descriptors in Health Sciences (DeCS) (loneliness), (elderly), (health) were determined, using the Boolean operators And and OR in the Virtual Health Library databases, CUIDEN, Dialnet, Redalyc, Conricyt and Scielo in addition to the Academic google search engine. III Review and selection of studies with the methodology of Arksey and O'Malley and PRISMA-P 2015. 16 articles were included. IV. Extraction and assessment of methodological quality. V. Analysis of the results. **Results.** It is shown that emotional loneliness refers to feelings, abandonment, lack of affection, depressive symptoms, stress, pessimism, anxiety and low self-esteem. Lack of social belonging, of commitments with other people, decrease in their contacts with social groups and deficient and unsatisfactory established relationships. According to the reviewed studies, it shows us that it mostly affects the emotional and psychological dimension, which manifests itself with sadness, pain, fear, isolation; leading them to a general crisis of depression and even to think about a possible suicide compromising their vitality.

Keywords: Loneliness, elderly, systematic review, nursing, health.

Índice de tablas

No. tabla	Título	No. de página
1	Estrategias de búsqueda por la base de datos	26
2	Identificación de artículos en la primera búsqueda	27
3	Segunda identificación de artículos por títulos y resumen.	28
4	Calificación perceptual para estudios transversales	33
5	Evaluación de los artículos seleccionados	34
6	Descripción de los artículos	38
7	Grado de recomendación	48
8	Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	48
9	Búsqueda de artículos en bases de datos	50

Índice

Introducción.....	1
I. Justificación	5
II. Planteamiento del problema	7
III. Objetivo.....	9
General	9
Específicos.....	9
IV. Marco teórico	11
4.1. Soledad.....	11
4.1.1. Concepto	11
4.1.2. Soledad en Psicología.	11
4.1.3. Clasificación.....	11
4.1.4. En Psicología.....	12
4.1.5. Características.....	12
4.2. Vejez	13
4.2.1. Concepto	13
4.2.2. Etapas de la vejez.....	13
4.2.3. Características.....	14
4.3. Revisión Sistemática.	15
4.3.1 Conceptos.....	15
4.3.2. Características.....	17
4.3.3. Fases.....	18
4.4. Modelo de Dorotea E. Orem.....	21
V. Metodología	24
5.1 Tipo de estudio.....	24
5.2. Diseño metodológico	24
5.2.1 Manipulación de la variable.....	24
5.2.2. Límites de tiempo.....	24
5.3. Límites de espacio.....	24
5.4. Población que presenta el fenómeno a estudiar	24
5.5. Muestra (tipo y tamaño).....	25
5.5.1. Tipo de muestreo	25

5.5.2. Tamaño de la muestra	25
5.5.3. Búsqueda y localización de estudios.....	25
5.5.4. Criterios de selección.....	25
5.6. Variables	25
5.6.1. Variables metodológicas:	25
5.6.2. Palabras clave y términos de búsqueda.....	26
5.7. Estrategia de búsqueda.....	26
5.7.1. Fuentes de información.....	27
5.8. Revisión y selección de estudios	27
5.8.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados.....	27
5.8.2. Revisión de títulos y resúmenes.	28
5.9. Recursos humanos y materiales.....	29
5.9.1. Recursos humanos	29
5.9.2. Recursos materiales	29
5.10. Difusión	29
VI. Resultados	31
6.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica	31
6.1.1. Extracción y lectura crítica.	31
6.1.2. Valoración de la calidad metodológica.	33
6.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos.....	35
VII. Análisis de los resultados.....	36
VIII. Conclusiones	44
IX. Sugerencias	46
X. Referencias bibliográficas	47
XI. Anexos	48
Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (<i>AHRQ</i>)	48
Anexo 2 Cronograma de actividades.....	49
XII. Apéndices	50
Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda.....	50
Apéndice 2 Lista de verificación evaluación STROBE	55
Apéndice 3 Artículos evaluados con STROBE	56

Introducción

La Soledad está relacionada con la capacidad de las personas para manifestar sus sentimientos y opiniones. Significa aislamiento o confinamiento, falta de contacto con otras personas. Se puede interpretar la soledad de dos maneras: estar solo o sentirse solo. La definición más común de soledad es la de carencia de compañía. El sentimiento de soledad está relacionado con el aislamiento, la noción de no formar parte de algo, la idea de no estar incluido en ningún proyecto y entender que a nadie le importas lo suficiente como para pertenecer a su mundo, conlleva a la depresión, cuando además se siente culpable de su propia soledad.

En algunos países, así como en el nuestro se presenta un fenómeno bastante triste, cual es la soledad dentro de la comunidad que se clasifican como adulto mayor. Por lo general viven solos y con pensiones, cuando la tienen, que no cubren sus necesidades como antes, cuando la situación económica era absolutamente diferente y de los que no cuentan con esos apoyos.

En nuestro país, por suerte, los adultos mayores continúan dentro del seno familiar la mayoría de las veces, por la costumbre de mantener a los abuelos cerca, en parte porque la situación económica de la familia y de ellos, personalmente, no les permite la independencia, más que nada en las comunidades marginadas. Lo triste es que algunas personas, sobre todo al llegar a la vejez, sufren de aislamiento por parte de su familia y seres queridos quedando muchas veces en completo abandono hasta el día de su muerte. Pero no faltan los que se quedan solos, afrontando el avance del deterioro físico y mental propio de la vejez sin el apoyo de otras personas (FIAPAM, 2016).

Debido a la importancia de esta problemática que existe actualmente en nuestro país, se desea evaluar la calidad de vida que presentan los adultos mayores quienes se

encuentran con el riesgo de soledad o incluso que se sienten solos, se pretende investigar cual es el nivel de soledad en ellos.

Esta problemática es importante ser tomada en cuenta por enfermería, pues la soledad en el adulto mayor a quienes les afecta de manera constante puede llegar a ser un peligro. Se debe considerar que el apoyo emocional por parte del personal de salud debe ser íntegra para motivar día a día a las personas mayores para que estos sigan emprendiendo sus emociones sanas en la vejez.

Para esta investigación se menciona el primer apartado donde se desarrolla la justificación a través de la magnitud donde este criterio permite determinar el tamaño del problema; es decir, la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad y sexo), así como el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo. La trascendencia, permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales y socioeconómicas de los daños en el individuo o la sociedad en su conjunto. Vulnerabilidad, entendida como la forma de enfrentarse a un problema de salud, en relación con los conocimientos y tecnología preventiva disponible, permitiendo evaluar la posibilidad de poder controlar o eliminar con los avances científicos y la tecnología médica existentes, en un plazo determinado un problema de salud. La factibilidad indica la posibilidad que se tiene de prevenir o controlar el problema con relación a los beneficios obtenidos de cada acción o recurso que se utilice para la prevención o control. Además, a este trabajo de investigación se agrega la teoría referente al autocuidado propuesto por Dorotea E. Orem, es un modelo ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender las necesidades de los humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta respecto de mantener la vida, la salud y el bienestar.

El planteamiento del problema lo cual la función consiste en revelar, como investigador, si el proyecto de investigación es viable, dentro de sus tiempos y recursos

disponibles y de lo cual debe ser elaborado de lo general a lo específico. Es necesario establecer qué pretende la investigación, es decir, cuáles son sus objetivos y estos deben expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación y ser susceptibles de alcanzarse, se pretende sean las guías del estudio y hay que tenerlos presente durante todo el desarrollo del tema, evidentemente, los objetivos que se especifiquen requieren ser congruentes entre sí.

En seguida se menciona el marco teórico que tiene como propósito dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema con el fin de situar el problema que se está estudiando dentro de un conjunto de conocimientos, que permita orientar la búsqueda y ofrezca una conceptualización adecuada de los términos que se utilizaran en este protocolo de investigación. Respecto al material y métodos que se establecen para realizar dicha investigación, el apartado es muy importante, ya que de su correcta elaboración y aplicación dependen la fiabilidad y calidad de los resultados del estudio y se describen el tipo y diseño de estudio, la población y muestras seleccionadas, los criterios de inclusión y exclusión para selección de muestra, los recursos tanto humanos, materiales y financieros que serán requeridos para la elaboración del proyecto de investigación, además de un plan de difusión, procedimiento de colecta de datos y el diseño estadístico que será necesario para la interpretación de los datos y finalmente las consideraciones éticas y legales que serán respetados para la ejecución del protocolo de investigación así como también se agrega en forma de lista las referencias bibliográficas que fueron consultadas para la elaboración de la revisión sistemática de igual manera también los apéndices y anexos.

Capítulo I

I. Justificación

La soledad en la tercera edad es uno de los grandes enemigos del bienestar de los adultos mayores, un tema preocupante sin duda, ya que su calidad de vida no sólo implica un buen estado físico, sino también emocional. La amargura y la tristeza roban las ganas de vivir a muchas personas mayores que se sienten solas.

Bajo palabra, un medio de comunicación para la sociedad civil en el 2019 nos informa que, los adultos mayores del país mexicano que tienen 60 años de edad o más suman 15.4 millones, de los cuales el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registra que 1.7 millones viven solos. De éstas, 60 por ciento son mujeres y 40 por ciento son hombres. Su estructura por edad indica que 43.1 por ciento tiene entre 60 y 69 años, mientras que más de la tercera parte, 36.4 por ciento, entre 70 y 79 años.

En edades más avanzadas su participación porcentual es menor, 17.4 por ciento y 3.1 por ciento en aquellos que cuentan con 80 a 89 y 90 años o más, respectivamente. La situación conyugal que predomina en las personas de edad que viven solas es la viudez. Si bien es cierto que en ambos sexos se da esta condición, en los hombres el porcentaje es menor que en las mujeres (ENADID, 2018).

En este contexto, conviene recordar que cada persona, haciendo uso de su libertad, es capaz de ir más allá de las circunstancias sociales. Por ello, lo ideal es que los adultos mayores tengan un protagonismo importante en el seno de la sociedad. El aislamiento social es un problema grave y habitual en la vejez. Muchos ancianos sienten falta de compañía, afecto y apoyo, que se agrava por la carencia de relaciones sociales de calidad. Esto aumenta el retroceso mental e inmunitario durante esta fase de la vida, a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores. Las consecuencias psicológicas de la soledad en el adulto mayor pueden llevarlo desde el aislamiento hasta la psicosis. La soledad puede ser descrita como un sentimiento no

esperado y muchas veces no deseado, de pérdida de compañía, o el sentimiento de que uno está solo y no le gusta esta situación (FIAPAM, 2016).

Información detalla por la línea de noticias “Bajo Palabra” (2019) menciona que, de acuerdo a los datos del INEGI detallados en un comunicado, en México, las personas de 60 años o más que viven solas se exponen a vulnerabilidad, debido a que no cuentan con una red familiar que las apoye en un momento de su vida donde su salud o sus condiciones económicas pueden ser precarias. Salud, en el proceso de envejecimiento demográfico donde la reducción de la fecundidad ha hecho que la composición familiar se distinga por un número cada vez menor de integrantes, el ahorro constituye un escenario idóneo para garantizar una vejez autosuficiente. De los de adultos mayores que viven solos, 4 de cada 100 obtienen ingresos por intereses bancarios, rentas o alquiler de alguna propiedad (3.8 por ciento). Varios de los problemas de salud que padecen los adultos mayores son atribuibles a la edad; sin embargo, muchos de ellos se deben también a los malos hábitos durante las etapas previas de su vida y que se potencializan por la edad.

Los resultados obtenidos en este trabajo, fortalecerán en base la aplicación innovadora para disminuir la soledad en los adultos mayores y concientizar a familias para que sea de gran apoyo en ayuda psicológica de sus personas mayores e incluso acudir a atención primaria para que el apoyo sea reforzado para lograr la comodidad y el bienestar de los ancianos.

II. Planteamiento del problema

En la vejez aumenta el riesgo de las limitaciones impuestas por la pérdida de la salud y la disminución de contactos sociales debida a la viudez y la muerte de los amigos los más viejos tienen una relativa desventaja con respecto a los más jóvenes, ya que tienen menos educación, bajos ingresos y, por ende, niveles más bajos de bienestar subjetivo.

Durante el envejecimiento es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad. La soledad se considera un problema de salud pública directamente relacionado con la salud humana y el bienestar, por lo tanto, se percibe que el sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la vida debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida (Quintero Á., 2015)

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 las 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 les permitan satisfacer sus necesidades básicas. La pérdida del lugar social que antes ocupaba el adulto mayor puede llevar a que se aisle y, por ende, tenga un estado anímico desfavorable. A pesar de que el aislamiento externo puede llevar al sentimiento de soledad, este sentimiento no aparece cuando el aislamiento es voluntario (Cardona, 2013).

A mayor edad aumenta el sentimiento de soledad, siendo un factor de riesgo para el adulto mayor la presencia de enfermedades mentales o depresión. Los mayores que viven solos y tienen mala salud son más propensos a experimentar sensación de soledad que los que gozan de buena salud, actualmente se reporta mayor soledad en personas viudas o solteras, o ausencia de relaciones interpersonales, deterioro físico y mental.

La muerte de la pareja, la ausencia de hijos, la pérdida de tradiciones y costumbres familiares, la baja autoestima, son algunos factores predisponentes a la soledad en la vejez promoviendo la presencia de depresión y el riesgo de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores a causa de esta situación (Chaparro L., 2019).

Los efectos de la soledad en la salud de los mayores pueden ser múltiples. Para empezar, afecta a la salud mental y se asocia a mayor riesgo de depresión, sobre todo si la soledad es sobrevenida e inesperada. Se ha comprobado que aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Esto se debe a la disminución de las relaciones sociales (Sánchez, 2019).

Con base en la información anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la mejor evidencia disponible en línea sobre la soledad en adultos mayores?

III. Objetivo

General

Determinar la mejor evidencia científica disponible del nivel de soledad en adultos mayores mediante revisión de la literatura.

Específicos

1. Identificar las diferencias y coincidencias de la percepción de soledad en adultos mayores, de la literatura revisada
2. Reconocer las principales causas respecto a la percepción de la soledad en adultos mayores.

Capítulo II

IV. Marco teórico

En este capítulo se desarrolla el marco teórico donde se describe la variable de estudio y la población de estudio, además de las características de la revisión sistemática.

4.1. Soledad

4.1.1. Concepto

La soledad es la carencia de compañía. Es una situación que puede darse, básicamente, de dos maneras: de forma voluntaria, por deseo de la persona, o involuntaria, cuando ha sido impuesta o entra en conflicto con las expectativas de la persona. La soledad, por lo tanto, implica la falta de contacto con otras personas. Se trata de un sentimiento o estado subjetivo, ya que existen distintos grados o matices de soledad que pueden ser percibidos de distintas formas según la persona. Asimismo, puede referirse al sentimiento de pena o melancolía que se experimenta debido a la ausencia de alguien o algo que desearíamos que estuviese con nosotros.

4.1.2. Soledad en Psicología.

En Psicología, como soledad se denomina un sentimiento que nace de la percepción subjetiva de una persona de que las relaciones que establece en su entorno no son tan satisfactorias como desearía. En este sentido, la soledad puede ser un sentimiento negativo que afecta la autoestima. Se presenta, sobre todo, en personas introvertidas o tímidas que carecen de habilidades sociales para relacionarse efectivamente. Como tal, la soledad puede ser social o emocional.

4.1.3. Clasificación

Voluntaria: Supone una elección individual para quien decide apartarse, temporal o definitivamente, de las demás personas por múltiples causas. Así, una persona puede

buscar la soledad por motivos artísticos, creativos, intelectuales, espirituales o, simplemente, para estar consigo misma y conocerse más a fondo. La soledad, cuando es voluntaria, se considera beneficiosa, ya que las personas la aprovechan para el cultivo de sus búsquedas personales y resulta una experiencia gratificante y enriquecedora.

Involuntaria: Cuando el sujeto se encuentra solo por distintas circunstancias de la vida. no supone una elección del individuo, sino que obedece a imposiciones o circunstancias que, por lo general, son indeseadas. Se impone soledad a personas acusadas de delitos, especialmente a aquellas que corren riesgo entre otros prisioneros y las que tienen propensiones suicidas. Asimismo, se confinan en soledad pacientes psiquiátricos violentos o pacientes de enfermedades sumamente contagiosas.

4.1.4. En Psicología.

Soledad social: Es aquella donde el individuo siente que no pertenece a ningún grupo con el cual pueda compartir sus ideas, intereses e preocupaciones, y le cuesta relacionarse con otras personas de una forma saludable y funcional.

Soledad emocional: La soledad emocional, por su parte, es aquella que supone la ausencia de una relación con otra persona que nos produzca sentimientos de bienestar, satisfacción y seguridad. Como tal, la soledad emocional es aquella que se transita cuando se ha perdido a una persona muy querida o cercana.

4.1.5. Características.

Coca en 2015 menciona en su artículo publicado que el significado asociado al estado de soledad difiere en función desde que perspectiva se evalúe. La filosofía la entiende como un estado positivo que es necesario para el desarrollo personal, que no está vinculada al dolor y que la persona la busca activamente porque le permite la autorrealización. En cambio, la psicológica se centra en el impacto negativo que produce

en la salud de la persona que se trata de una experiencia subjetiva que la persona vive generando por la insatisfacción con sus relaciones interpersonales, ya sea cuantitativa y/o cualitativamente, cuya naturaleza varía en función de la persona y puede llegar a tener una repercusión en su situación de salud.

Vera Bail en 2014 menciona la definición usada en la escala de soledad enfatiza componentes cognitivos y emotivos. Donde, respecto a lo cognitivo es la conclusión personal de que él o ella tienen menos relaciones interpersonales o que las que tienen son menos frecuentes de lo deseado, y el componente emocional es el tono negativo asociado a esta conclusión, que puede ir desde una incomodidad al sufrimiento intenso. Mientras que el concepto de soledad se ha distinguido de otros parecidos como falta de compañía, aislamiento, ser único y distinto.

4.2. Vejez

4.2.1. Concepto

La vejez es el período vital que sigue a la madurez. Si bien no existe una edad determinada para señalar su inicio en los seres humanos, la Organización Mundial de la Salud ubica esta etapa a partir de los 60 años. Aunque la vejez implica un deterioro orgánico gradual, son las condiciones de vida previas y los factores genéticos los que determinarán una evolución favorable o no de esta etapa.

4.2.2. Etapas de la vejez

La vejez trae consigo una serie de cambios biológicos que pueden verse acelerados o retardados según las características de cada persona, pero en la mayoría de los casos son inevitables. Estos cambios aparecen en tres etapas:

- Prevejez (55 a 65 años): Se caracteriza por la atrofia o debilitamiento de la masa muscular, alteración de los patrones de sueño y digestión lenta. En las mujeres, esta

etapa además va acompañada por la finalización de la menopausia, lo cual implica alteraciones hormonales y cambios físicos

- Vejez (65 a 79 años): La principal característica de esta etapa de la vejez, también llamada "tercera edad", es el debilitamiento de la estructura ósea, lo cual puede ocasionar problemas de postura. Se deteriora la capacidad de adquirir nuevo conocimiento.
- Ancianidad (80 años en adelante): Se acentúa el debilitamiento óseo y la atrofia muscular, lo que suele generar una pérdida de la autonomía. Si existen condiciones médicas previas, suelen agravarse o avanzar en esta etapa. La vejez es también el período en el que suelen manifestarse o agravarse condiciones neurodegenerativas como el Alzhéimer o la demencia senil.

En términos psicológicos, la vejez en sus diferentes etapas suele traer consigo períodos de intensa reflexión sobre el pasado. Dependiendo del estado de salud mental y emocional de cada persona, estos momentos de introspección pueden ser asumidos como parte del proceso o, por el contrario, pueden ser fuente de tristeza y aislamiento social.

4.2.3. Características

La vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento. dos ideas ambiguas sobre lo que es la vejez, una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, la otra que se trata de una etapa de pérdidas e incluso considerada como sinónimo de enfermedad. Estudios hechos sobre la imagen social de la vejez, han concluido que la percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa (INAPAM, 2019).

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez

los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos (INGER, 2017).

4.3. Revisión Sistemática.

Son procesos de estudios que se consideran como investigación secundaria. Son de análisis secundario que analizan de nuevo datos de otra investigación con una finalidad distinta a la original. La revisión sistemática, siendo una revisión de alto grado, analiza los estudios disponibles sobre un determinado tema con el fin de integrar sus resultados (Del Pino, Frías y Palomino, 2014).

Las revisiones sistemáticas se han realizado en gran medida para explorar, evaluar y sintetizar la evidencia científica. Éstas al ser elaboradas bajo los lineamientos de la Colaboración Cochrane se consideran como la fuente más confiable de evidencia científica para guiar la práctica clínica. La revisión sistemática ha sido expuesta y analizada por varios autores quienes analizan la investigación y propuesto sus fases para llevar el proceso. En la actualidad se utiliza la metodología propuesta por Arksey y O'Malley, que consiste en cinco fases (Hernández-Sánchez, King y Enríquez-Hernández, 2020, p.89).

4.3.1 Conceptos

Existen distintas definiciones para el concepto de la revisión sistemática las cuales algunas de ellas se mencionan a continuación.

La revisión sistemática es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo con unos criterios predeterminados (Balagué, 2002, p. 38).

Urra y Barría (2010, p. 2) definen la revisión sistemática como un proceso desarrollado para identificar lo medular de una revisión de la literatura de interés para la práctica, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros. Específicamente, es una investigación en sí misma, con métodos planeados con anticipación y con un ensamblaje de los estudios originales considerados como sus sujetos. La RS sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias usando estrategias que incluyen, la búsqueda exhaustiva de todos los artículos potencialmente relevantes y criterios explícitos y reproducibles en la selección de artículos para revisión.

Para Del Pino, Frías y Palomino (2014, p. 25) es un tipo de investigación secundaria que consiste en la búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre una determinada pregunta de investigación, utilizando para ello una aproximación sistemática que permite minimizar sesgos y posibilitar la replicación de la revisión a cuantos investigadores les parezca oportuno. Además, la revisión sistemática posibilita la superación de las limitaciones de los estudios originales, que pocas veces son capaces de dar respuestas adecuadas y definitivas a las cuestiones que analizan, y que frecuentemente arrojan resultados contradictorios.

Es un diseño de investigación según Kappes y Pacheco (2018, p. 232) en el que los estudios, de preferencia, deben ser ensayos clínicos aleatorizados controlados. Por lo tanto, este proceso que comienza con la formulación de la pregunta de investigación debe partir con la búsqueda de información acerca de cada uno de los elementos considerados como son, la población, la intervención propuesta y los resultados esperados. Esta acción determinará los criterios de elegibilidad, para luego planificar con rigurosidad la metodología a seguir y donde a búsqueda de información debe exhaustiva y debe abarcar toda la evidencia disponible.

El concepto “sistemático” de una RS es la característica principal que la distingue de los otros tipos de revisiones bibliográficas, basando sus cualidades en incluir la mejor evidencia científica disponible. Bajo la denominación de revisión sistemática, se definen las investigaciones científicas en las que la unidad de análisis son los estudios originales, a partir de los cuales se pretende contestar a una pregunta de investigación, mediante un proceso sistemático y explícito para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante (Sobrido y Rumbo, 2018, p. 388).

4.3.2. Características

Es muy importante que la revisión contenga una descripción detallada de la manera en que se realizó la búsqueda para que se tenga la seguridad de que se han incluido todos los estudios relevantes. Por tanto, la revisión debe proporcionar información sobre las bases de datos consultadas, las eventuales restricciones de idioma, la realización o no de una búsqueda manual y una buena búsqueda que, incluye la consulta de artículos inéditos, textos todavía no recogidos en las bases de datos, etc. Cuanto más explícita sea la información sobre la búsqueda, más garantías tendremos de la viabilidad de la revisión. (Balagué, 2002, p.39).

La RS es caracterizada por contar con un sistema claramente establecido de objetivos con criterios de elegibilidad predefinidos para los estudios; una metodología explícita y reproducible, una búsqueda sistemática que intenta identificar todos los estudios que se ajustarían a los criterios de elegibilidad; una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos y una presentación sistemática, y síntesis, de las características y de los resultados de los estudios incluidos. Además, sus objetivos consideran: revelar el conocimiento de la investigación existente en un tópico definido para recolectar la mejor evidencia de investigación posible, combinar resultados de

investigaciones previas como si fuera una investigación científica propia e identificar lagunas del conocimiento (Urra y Barría, 2010, p.3)

Las revisiones en general según Del Pino, Frías y Palomino (2014, p. 25) permiten aglutinar el conocimiento existente sobre una determinada cuestión, en una época en la que la proliferación y difusión de estudios en ciencias de la salud complica el análisis de lo que se publica sobre una determinada cuestión. La revisión sistemática en particular permite superar las limitaciones de las revisiones narrativas, limitaciones que son debidas al alto de grado de subjetividad con el que se realizan, aportando una mayor transparencia al proceso de revisión. Además, la revisión sistemática posibilita la superación de las limitaciones de los estudios originales, que pocas veces son capaces de dar respuestas adecuadas y definitivas a las cuestiones que analizan, y que frecuentemente arrojan resultados contradictorios.

4.3.3. Fases

La realización de una revisión sistemática necesita de una serie de pasos que se detallan a continuación:

Formulación del problema: debe de ser relevante desde el punto de vista enfermero. Eso significa que el problema debe ser importante desde la óptica de la salud comunitaria (frecuencia y trascendencia) y que la investigación de dicho problema aportará resultados de interés para la formulación de teorías o marcos conceptuales, la práctica clínica y/o la investigación. La pregunta de búsqueda debe de ser lo más precisa y específica posible. Cuando la revisión sistemática versa sobre estudios de intervención, se ha propuesto el sistema PICO (Paciente, Intervención, Comparación y resultado, si bien dicho sistema se puede utilizar en estudios etiológicos, de diagnóstico o de pronóstico (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Búsqueda y localización de estudios: la estrategia de búsqueda debe estar claramente descrita y tiene que plantearse de manera que se evite el sesgo de selección por no inclusión de estudios relevantes, el sesgo de idioma y el sesgo de publicación, la estrategia de búsqueda debe incluir criterios amplios no ha de estar limitada por idioma y tiene que abarcar no solamente la búsqueda en las bases de datos relacionadas con el tema en cuestión, sino también la búsqueda manual en revistas clave en dicho tema, la búsqueda de literatura gris y la consulta a expertos para la localización de estudios no publicados. Selección de los estudios que cumplen los criterios de inclusión, la aplicación de los criterios de inclusión ha de realizarse por, al menos, dos observadores; debiendo estar prevista la estrategia para resolver desacuerdos, es una buena práctica documentar el proceso de inclusión/exclusión para poder detallar en el informe de la investigación el número de estudios excluidos por cada motivo de exclusión (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Selección de los estudios: que cumplen los criterios de inclusión. La aplicación de los criterios de inclusión ha de realizarse por, al menos, dos observadores; debiendo estar prevista la estrategia para resolver desacuerdos (consenso, tercer revisor, etc.). Es una buena práctica documentar el proceso de inclusión/exclusión para poder detallar en el informe de la investigación el número de estudios excluidos por cada motivo de exclusión (Del Pino, Frías y Palomino 2014, p. 26-37).

Valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos: Es necesario que dicha valoración sea realizada también por más de un observador, debiendo definirse también el método de resolución de desacuerdos. La valoración de la calidad metodológica puede utilizarse en una doble dimensión (y de forma no excluyente): bien para calificar a los distintos estudios que se incluyen en el metaanálisis, bien para excluir aquellos estudios que no ofrezcan suficientes garantías metodológicas. El primer caso permite clasificar a los

estudios por grupos de calidad, lo cual puede ser utilizado para análisis de sensibilidad (ver más adelante) y/o análisis de la heterogeneidad.

El proceso de inclusión/exclusión de estudios debe quedar documentado en el informe final de la revisión y plasmado en un diagrama de flujo. La declaración PRISMA recomienda informar de los siguientes datos: registros identificados en las búsquedas, registros identificados en otras fuentes, registros duplicados, registros únicos identificados, registros eliminados, documentos a texto completo analizados, documentos a texto completo excluidos por causa de exclusión, artículos incluidos en la revisión. A este esquema se le puede añadir el número de estudios eliminados por redundantes, el número de estudios excluidos por deficiente calidad metodológica y el número final de artículos incluidos. (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Recuperación y codificación de la información: Una vez que se ha finalizado la inclusión de estudios, el siguiente paso a dar consiste en definir la información a extraer de los distintos estudios y realizar dicha extracción. Todo el proceso debe plasmarse en un protocolo donde aparezcan instrucciones para conseguir una adecuada extracción, codificación y registro de los datos. También es conveniente la elaboración de una hoja de extracción de datos a tal efecto, preferiblemente en formato electrónico de hoja de cálculo, lo cual facilita la gestión de los datos. En dicha hoja, los estudios suelen identificarse mediante el apellido del primer autor y el año. Es recomendable, así mismo, que la extracción se realice por al menos dos personas, con las mismas condiciones de observación por pares establecidas para la valoración de la calidad metodológica (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Análisis de información: partir de la información de la dirección del efecto en los estudios (daño o beneficio), y sin tener en cuenta la significación estadística ni el tamaño del mencionado efecto, es posible generar otro método de análisis algo más sofisticado

denominado sign test (se podría traducir como test de signos). Dicho test permite demostrar que el número de estudios con un resultado determinado (por ejemplo, beneficio) es significativamente mayor que el resultado contrario, es decir, es mayor que el esperado por azar. Para su realización, se identifican el número de estudios con efecto positivo y el número de estudios con efecto negativo, sin tener en cuenta la significación estadística ni el tamaño del efecto, de manera que existirá una cantidad mayor (M) y otra menor (m), con independencia del tipo de efecto (positivo o negativo) al que hagan referencia dichas cantidades (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Interpretación de los resultados: Este apartado debe incluir el análisis de las limitaciones de la revisión sistemática, la valoración de la fuerza de la evidencia que aportan sus conclusiones, la aplicabilidad de las mismas, el ámbito de generalización de las conclusiones y las implicaciones para futuras investigaciones (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

Elaboración del informe final: Para ver las partes que debe tener un informe de investigación sobre una revisión sistemática podemos apoyarnos en las listas de comprobación para revisiones sistemáticas de ensayos clínicos PRISMA. Hay algunas recomendaciones que no se deben olvidar al elaborar el informe de investigación: presentar los resultados de los estudios incluidos y excluidos en un diagrama de flujo, presentar una estadística de estudios excluidos por cada causa de exclusión, incluir la información de los estudios incluidos en forma de tabla y por último, incluir una lista de referencias de los estudios excluidos (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 26-37).

4.4. Modelo de Dorothea E. Orem

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Según el modelo de Dorotea E. Orem, hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respira.
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Respecto a las funciones de enfermería. en el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Propone como objetivo de este modelo, 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, los cuidados de enfermería de Orem constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados para esto, menciona que hay tres tipos de asistencia. Los cuales se mencionan en seguida.

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

V. Metodología

Este trabajo de investigación es una revisión sistemática que fue elaborada con base a los pasos propuestos por Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez et al, 2020, p.90) y los elementos de la declaración PRISMA-P 2015 (Moher, Shamseer, Clarke, Gherzi, Liberati, Petticrew, Shekelle, Stewart, y PRISMA-P Group, 2016).

5.1 Tipo de estudio

Este estudio se realizó con diseño de la revisión sistemática, que es considerada una investigación secundaria (Del Pino *et al*, 2014, p. 25) y definida por Grove y Gray como “una síntesis estructurada y exhaustiva de la literatura científica con el fin de determinar la mejor evidencia de la investigación disponible para abordar una pregunta o problema sobre la asistencia sanitaria” (p. 912) que el investigador realiza mediante el desarrollo de “procedimientos cuidadosos de muestreo y colección de datos” definidos previamente por el investigador (Polit y Beck, 2018, p. 3109).

5.2. Diseño metodológico

Transversal

5.2.1 Manipulación de la variable

Se trató de un diseño no experimental

5.2.2. Límites de tiempo

El intervalo de tiempo para la obtención de documentos fue de 2010 a 2020 con idioma español y estudios documentados que tuvieran acceso libre.

5.3. Límites de espacio

Los documentos tomados fueron a nivel de publicación mundial.

5.4. Población que presenta el fenómeno a estudiar

Se tomaron en cuenta todos los artículos que hablaban sobre el tema planteado a analizar.

5.5. Muestra (tipo y tamaño)

Se realizó la revisión de 25 artículos teóricos respecto al tema de investigación

5.5.1. Tipo de muestreo

El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado.

5.5.2. Tamaño de la muestra

Se identificaron 25 artículos científicos sobre la soledad en los adultos mayores.

5.5.3. Búsqueda y localización de estudios

En la fase II de la revisión sistemática se establece los criterios de inclusión y exclusión y la realización de la búsqueda sistemática con los pasos que corresponden.

5.5.4. Criterios de selección

5.5.4.1. Los criterios de inclusión

Para los participantes se consideró que se encontraran en la etapa adulta mayor, con rangos de edad de 65 a 80 años de edad, quienes se encuentran en percepción de soledad, sin distinción de sexo.

5.5.4.2. Los criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión sistemática los manuales, guías de práctica clínica y tesis de licenciatura.

5.5.4.3 Los criterios de eliminación

Fueron los artículos cuyos datos no cumplieron con los datos que requeríamos consultar para la revisión sistemática.

5.6. Variables

5.6.1. Variables metodológicas:

- Independiente: Adultos mayores en rango de edad de 65 a 80 años.
- Dependiente: Soledad.

5.6.2. Palabras clave y términos de búsqueda.

Para esta revisión sistemática se consideraron los términos BIREME denominados Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Se definieron y consultaron libremente los términos DeCS, “soledad”, “añoranza”, “nostalgia”, “adulto mayor”, “anciano” y “persona mayor”.

5.7. Estrategia de búsqueda.

Las estrategias de búsqueda fueron las siguientes para cada base de datos, como se observa en la tabla 1. Se utilizaron las siguientes estrategias de búsqueda con los operadores booleanos AND y OR.

Tabla 1

Estrategias de búsqueda por base de datos

Base de datos	Algoritmo de búsqueda
BVS	((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia”) AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad”) AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).
CUIDEN	((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia”) AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad”) AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).
Dialnet	((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia”) AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad”) AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).
Redalyc	((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia”) AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad”) AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).
Google académico	((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia”) AND (“adulto mayor”)).

Scielo ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad”) AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”) AND (“persona mayor”));

Nota:

5.7.1. Fuentes de información.

La búsqueda se realizó en distintas bases de datos tales como: Google académico, Scielo, Conricyt, Redalyc, Dialnet, Cuiden y Biblioteca Virtual de Salud con artículos que fueron publicados en lapso de tiempo de 2010 a 2020.

5.8. Revisión y selección de estudios

Siguiendo a Arksey y O’Malley (citados por Hernández Sánchez et al, 2020, p.90), la Fase III se efectúa en tres pasos que se desarrollan en seguida.

5.8.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados.

Se realizó la búsqueda en cada una de las bases de datos mencionadas en la tabla anterior, y los artículos que se localizaron se encuentran en la tabla 2. Se elaboró una tabla donde se muestra la base de datos, el algoritmo de búsqueda y los artículos (ver apéndice 1).

Tabla 2

Identificación de artículos en la primera búsqueda

Base de datos	Artículos			
	Identificados	Seleccionados	Duplicados	Eliminados
BVS	72	8	14	64
CUIDEN	17	0	0	17
Dialnet	41	6	0	35
Redalyc	1,280	1	0	1,279
Google académico	7,990	9	11	7,981
Scielo	21	1	3	20

Total	9,421	25	28	9,396
-------	-------	----	----	-------

Nota: Elaborada por Susano (2020)

5.8.2. Revisión de títulos y resúmenes.

Una vez que se identificaron los artículos, se inició el paso 2 de la revisión sistemática donde se solicitó a dos personas que efectuaran la revisión de forma independiente de cada artículo para analizar que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Con base en esta revisión se identificaron los siguientes artículos para considerarlos en la siguiente etapa 3 de la Fase III. La cantidad de artículos seleccionados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

Segunda identificación de artículos por títulos y resumen.

Base de datos	Artículos		
	Identificados	Eliminados	Seleccionados
BVS	8	4	4
CUIDEN	0	0	0
Dialnet	6	1	5
Redalyc	1	1	0
Google académico	9	2	7
Scielo	1	1	0
Total	25	9	16

Nota: elaborada por Susano (2020).

5.9. Recursos humanos y materiales

5.9.1. Recursos humanos

Los responsables del estudio fueron:

- P.L.E. Floriberto Susano López
- Asesora: Dra. Cs de Enf. María Magdalena Lozano Zúñiga

5.9.2. Recursos materiales

- Computadora (Lap top)
- USB
- Internet

5.10. Difusión

Los resultados del presente estudio se darán a conocer en marzo del 2021.

Capítulo III

VI. Resultados

Los resultados de las Fases IV y V atendiendo la propuesta de Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez et al, 2020, p.90) se presentan en este capítulo.

6.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica

Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión en la Fase III se observan en el diagrama de flujo de la figura 1.

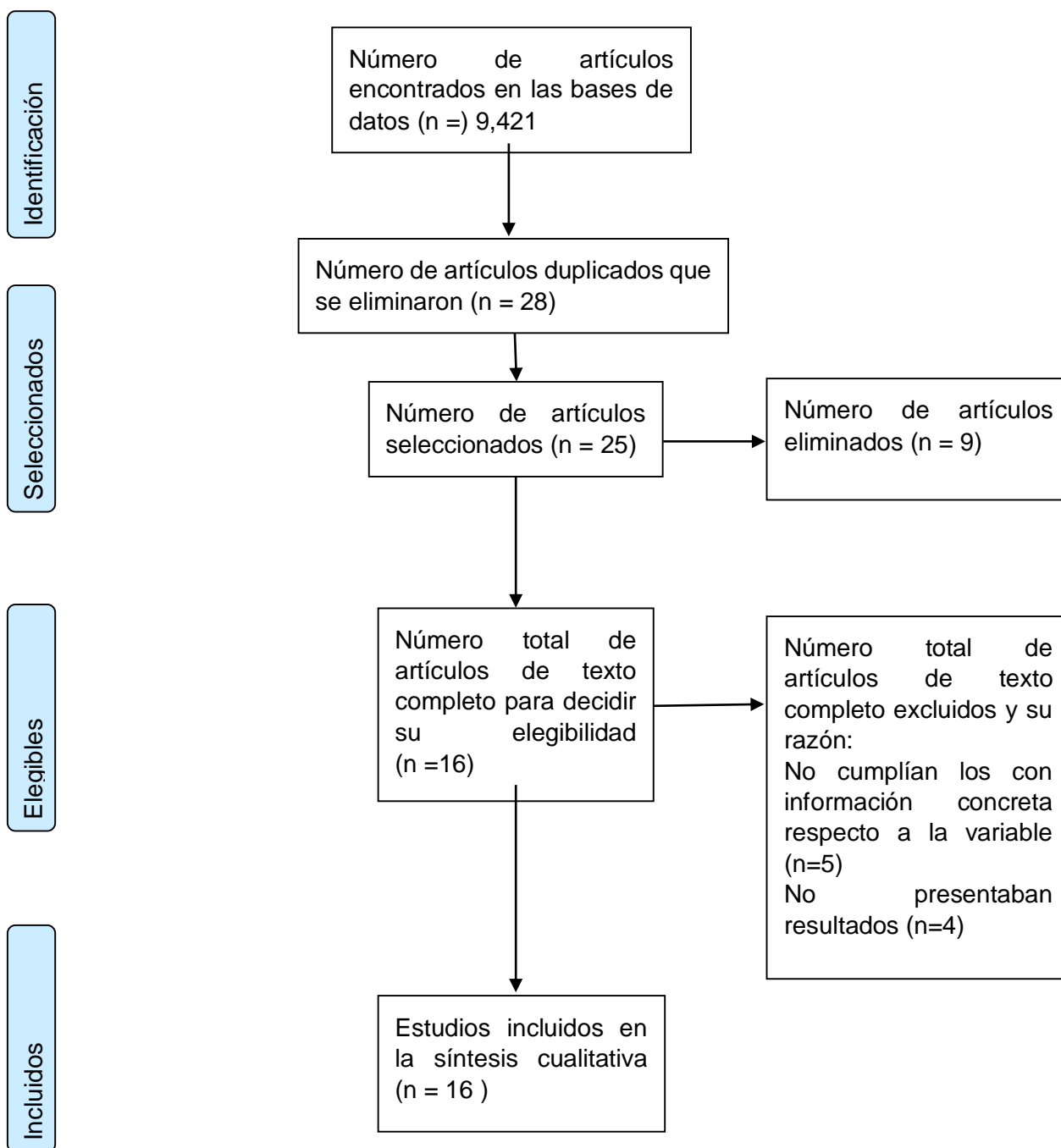
Con los artículos finalmente seleccionados, se efectúa lo establecido en la Fase IV de acuerdo a Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90). Esta fase incluye la extracción de los datos y la valoración de la calidad metodológica de los hallazgos (Del Pino *et al* (2014, pp. 25-26).

6.1.1. Extracción y lectura crítica.

En esta etapa se definió la información que se extrajo de cada artículo y que se efectuó por dos personas de manera independiente considerando la recomendación establecida por Del Pino et al (2014). Se decidió que los observadores fueran la investigadora principal y la asesora de la tesis, quienes realizaron la lectura completa del artículo para calificarlos de manera independiente.

Puesto que todos los artículos localizados fueron de diseño transversal, se utilizó la Declaración STROBE (Vandenbroucke et al, 2009) que fue reconvertida a una lista de cotejo con opciones de sí cumple o no cumple y observaciones (apéndice 3). Cada observador cumplimentó la lista de manera individual y emitió una calificación de acuerdo con la propuesta de Llanos, Rivas y López (2017) en los siguientes elementos: título y resumen, introducción, métodos, resultados y discusión. Una vez revisados los artículos, los observadores se reunieron para acordar la calificación final de manera cualitativa por consenso (tabla 4).

Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios relacionados.



Nota: Adaptado del modelo PRISMA-P 2015 (Moher *et al*, 2016)

Tabla 4

Calificación perceptual para estudios transversales

Denominación	Calificación	Características
A	Bueno	Cumple todos los aspectos de estructura y contenido que la guía Strobe solicita
B	Promedio	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía Strobe, pero no compromete de forma importante la calidad de los resultados
C	Pobre	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía, y compromete de forma importante la calidad de los resultados
D	-	No medible, no encontrado

Nota: elaborado por Susano, Valdovinos y Ruiz (2020) con base en Llanos *et al* (2017) derivado de la propuesta de la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al*, 2009).

6.1.2. Valoración de la calidad metodológica.

Además de la evaluación a los artículos seleccionados mediante STROBE, se procedió a efectuar en esta etapa la clasificación de acuerdo con la propuesta de AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality* de acuerdo con sus siglas en inglés) para definir el nivel de evidencia (tabla 5). La clasificación de AHQR se encuentra en el anexo 1.

Tabla 5*Evaluación de los artículos seleccionados*

Autor (año)	Calificación cualitativa por consenso					Nivel de evidencia / Grado de recomendación
	Título/resumen	Introducción	Métodos	Resultados	Discusión	
Cardona <i>et al</i> , 2011	A	A	A	A	A	III
Rubio <i>et al</i> , 2011	A	A	A	A	A	III
Oviedo y Cerquera, 2011	A	A	A	A	A	III
Cardona <i>et al</i> , 2013	A	A	A	A	A	III
Ferrari, 2015	A	A	A	A	A	III
Acosta <i>et al</i> , 2017	A	A	A	A	A	III
Velasco <i>et al</i> , 2017	A	A	A	A	A	III
López y Díaz, 2017	A	A	A	A	A	III
Quintero <i>et al</i> , 2018	A	A	A	A	A	III
Camargo y Chavarro, 2019	A	A	A	A	A	III
Fonseca, 2019	A	A	A	A	A	III
Garza <i>et al</i> , 2019	A	A	A	A	A	III
Hernández <i>et al</i> , 2019	A	A	A	A	A	III
López <i>et al</i> , 2019	A	A	A	A	A	III

Rodríguez y Castro, 2019	A	A	A	A	A	III
Hernández <i>et al</i> , 2020	A	A	A	A	A	III

6.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos

Finalmente, los artículos seleccionados y evaluados se presentan en la tabla 6, describiendo las características de cada estudio.

VII. Análisis de los resultados

Interpretación de los resultados, debe incluir el análisis de las limitaciones de la revisión sistemática, la valoración de la fuerza de la evidencia que aportan sus conclusiones, la aplicabilidad de las mismas, el ámbito de la generalización de las conclusiones y las implicaciones para las futuras investigaciones.

Para la revisión sistemática se consultaron varios artículos científicos ya publicados, descartando 9, que no cumplían con los aspectos requeridos a analizar dejando entonces un total de 16 artículos, que sí contenían la información requerida, respecto a los objetivos requeridos con anterioridad. Se descartaron artículos que no especifican de acuerdo al tema de investigación. En relación en el nivel de alcance de los países a estudiar se decidió incluir los artículos a nivel internacional analizando de varios países, como España, México, Uruguay, Colombia, entre otros. La mayoría de los artículos consultados fue de diseño metodológico no experimental.

La evaluación de acuerdo a la soledad en adultos mayores que se llevó a cabo en distintos países, obtenida a raíz de la revisión sistemática, entre ellos con una minoría de artículos de México (*Acosta et al, 2017, Velasco et al, 2017 y Garza et al, 2019*), mientras que el resto de los artículos son de países como, España, Uruguay, Costa Rica, Colombia.

En relación con el diseño metodológico, el más utilizado de acuerdo con la manipulación de la variable fue el diseño no experimental (100%) en los artículos estudiados.

En el análisis de los estudios seleccionados nos muestran tanto como factores que originan la soledad en los adultos mayores y de tal manera en que ellos la perciben.

Dentro de las características de los resultados en los estudios incluidos, se encontró, en su mayoría que, la edad de los adultos mayores estuvo entre los sesenta a noventa años. De acuerdo con la agrupación de estos resultados emergieron tres temas principales como tales, características de la soledad en el adulto mayor, causas de la soledad, consecuencias de la soledad.

Respecto a las características de la soledad, se demuestra que la soledad de tipo emocional se refiere a los sentimientos por pérdida de un ser querido con el que la persona compartió su vida, ausencia de los valores o costumbres familiares que el adulto mayor formó durante su juventud, el abandono, falta de afecto. Este tipo de soledad se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva, estrés, pesimismo, ansiedad y baja autoestima mientras que la soledad de tipo social está relacionada con un estado en el que el adulto mayor carece de un sentido de pertenencia social, carece de compromisos con otras personas, aparece una disminución en sus contactos con grupos sociales y las relaciones establecidas son deficientes e insatisfactorias.

Además, las causas de la soledad en los adultos mayores hacen énfasis en los factores biológicos que se refieren a la edad de la persona, el género y el padecimiento de enfermedades crónicas. Mientras que los factores psicosociales corresponden al estado civil, nivel educativo, ingresos socioeconómicos y el aislamiento o el estar solos. Respecto a los factores biológicos, a mayor edad de la persona, mayor es el riesgo de presentar soledad.

Por otra parte, la soledad puede traer consecuencias como tales poner en riesgo la vida del adulto mayor, en estas situaciones la persona presenta un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, depresión y deterioro en la salud mental. Así mismo, se reporta un incremento en los niveles de ansiedad, malnutrición, inactividad física e incluso llegar al suicidio.

Tabla 6

Descripción de los artículos

Titulo	Autores, año y país	Diseño y muestra	Instrumento	variable	Resultados
El afrontamiento de la soledad en la población adulta.	Cardona <i>et al</i> , 2011 Colombia	Descriptivo y transversal N= 180	Con escala tipo Liker de Folkman y Lazarus con 72 items que mide el afrontamiento .	Afrontamiento de soledad.	El 36% busca compañía mientras que el 21.9% busca distracción.
Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia	Rubio <i>et al</i> , 2011 Colombia	Descriptivo y transversal N= 1,956	Cuestionario "La soledad en las personas mayores" cuyo contenido corresponde al concepto popular de soledad. Con 16 items.	Concepción de soledad en adultos mayores.	El 48.8% siente vacío y tristeza, el 16.1% prefiere estar solo mientras que el 11.3% se siente solo.
Concepción de soledad en los adultos mayores de la Ciudad de Bucaramanga	Oviedo y Cerquera, 2011 Colombia	Descriptivo y transversal N= 731	Concepción de soledad.		Se muestra que el 24% abandono, el estar solo tiene un 9%, tristeza 7 % enfermedad 3%, espiritualidad 2%, sentirse solo 2%, falta de afecto 2 %, estado de reflexión 1%, pobreza 1%, improductividad 1% y jubilación 1% .
El sentimiento de soledad en adultos	Cardona <i>et al</i> , 2013 España	Descriptivo y transversal	La escala ESTE consta de 30 preguntas. Las primeras	Soledad	87.9% son mujeres, el 9.1% no tiene ningún tipo de estudio formal, el 20.3%

		N= 1,063	17 tienen un puntaje de uno a cinco para las opciones siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca. Las 13 restantes tienen un puntaje de cinco a uno para las mismas opciones.		ha cursado primaria completa, El 9.5 % vive solo; un 19.6 % convive con una persona
El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio	Ferrari, 2015 Uruguay				
Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos	Acosta <i>et al</i> , 2017 México	Descriptivo y transversal N= 489	Escala de medición de soledad ESTE	Presencia o no de pareja y estar solo.	Envejecimiento, soledad conyugal, soledad familiar, edad dan resultado del 53% en la calidad de vida.
Sentimiento de Soledad y Calidad de vida en el Adulto Mayor	Velasco <i>et al</i> , 2017 México	Descriptivo y transversal N= 1,081	El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés), es utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 items.	Soledad y calidad de vida	Refirieron sentirse solos 238 (22%), Viven solos 82 sujetos (7.6%) y de ellos 59 refieren sentirse solos.

<p>Viudedad, soledad y salud en la vejez</p>	<p>López y Díaz, 2017 España</p>	<p>Descriptivo y transversal</p>		<p>Soledad</p>	<p>Junto al dolor que provoca la muerte del cónyuge, tienen que afrontar cambios sustanciales en las esferas básicas de su existencia, las personas mayores deben tremenda fortaleza interior. El reto más importante es enfrentarse a la soledad, probablemente por primera vez en sus vidas.</p>
<p>Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados</p>	<p>Quintero <i>et al</i>, 2018 Colombia</p>	<p>Descriptivo y transversal N= 869</p>	<p>Para medir la soledad, se utilizó la escala ESTE con 17 ítems y la escala de satisfacción vital de Filadelfia, la cual se compone de cuatro ítems: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social, y la crisis de adaptación.</p>	<p>Sentimiento de soledad</p>	<p>La soledad en los géneros es similar en los institucionalizados y en los no que no lo están (diferencias no significativas); sin embargo, el total de soledad es menor en hombres y mujeres no institucionalizados, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.</p>
<p>El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna</p>	<p>Camargo y Chavarro, 2019 Colombia</p>	<p>Descriptivo y transversal</p>	<p>La escala ESTE, que esta permite evaluar todos los constructos de soledad.</p>	<p>Sentimiento de soledad</p>	<p>El sentimiento de soledad representa una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor, una</p>

					situación desfavorable que puede traerle repercusiones negativas.
Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez	Fonseca, 2019 Costa Rica			Soledad	
Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo	Garza <i>et al</i> , 2019 México	Descriptivo y transversal N= 691	La escala ESTE de soledad	Soledad	El estudio subraya la importancia del entorno cultural y de las características demográficas sobre la soledad, elementos que se deben tener en cuenta como factores de riesgo para el desarrollo de soledad en las personas mayores.
Soledad en el anciano	Hernández <i>et al</i> , 2019 España	Descriptivo y transversal	El uso de distintas escalas, OARS, UCLA, Guijón o Philadelphia, permiten detectar precozmente la soledad en los ancianos y por lo tanto realizar actividades de prevención.	Soledad	La atención primaria es el punto clave para la detección temprana y trato de la soledad en el anciano debido a que este ámbito es el primer contacto que tiene el usuario con el personal sanitario.
La soledad en el adulto mayor	López <i>et al</i> , 2019	Descriptivo	Escala ESTE	Soledad	Los factores sociales y factores

	Colombia				demográficos evidencian que afecta en su mayor parte la dimensión emocional y psicológica lo cual se manifiesta con tristeza, dolor, temor, aislamiento; llevándolos a general crisis de depresión e incluso a pensar en un posible suicidio comprometiendo su vitalidad.
Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España.	Rodríguez y Castro, 2019 España	Descriptivo y transversal N= 6	Escala ESTE	Soledad, aislamiento	El 67% de los participantes se encuentran en situación de viudedad mientras que el 50% refiere no disfrutar de recursos económicos.
Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria.	Hernández <i>et al</i> , 2020 Cuba	Descriptivo y transversal N= 212	Escala ESTE II de soledad social, validada a nivel nacional e internacional.	Soledad social	Muestra un alto nivel de soledad social en los ancianos estudiados, sin pareja, de bajo nivel de escolaridad y con enfermedades crónicas. Insuficiente percepción de apoyo y participación social, así como un limitado uso de las nuevas tecnologías.

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 y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad.

Para el afrontamiento ante la soledad, la mayoría de las personas mayores buscan tanto compañía como distracción (Cardona *et al*, 2013).

La soledad en el adulto mayor es un tema de mucha trascendencia ya que afecta la salud integral de la persona. De acuerdo a los datos obtenidos con base a los estudios seleccionados para esta investigación, se muestran distintos aspectos de la soledad la cual genera en las personas mayores una situación de vulnerabilidad, marginación y posible exclusión de los grupos sociales, ya que no tienen la facilidad de expresar y exigir la satisfacción de sus necesidades debido a la inestabilidad en la que se encuentran a pesar de este fenómeno particularmente, los factores que causan esta sensación o sentimientos pueden llegar a alterar las relaciones sociales deseadas, considerando posibles factores a la muerte, enfermedad, aburrimiento, abandono, etc., incluso la falta de amor y la ruptura de relaciones sociales, familiares e incluso conyugal provocando así el sentimiento de soledad.

VIII. Conclusiones

De acuerdo al objetivo para realizar esta búsqueda sistemática la cual fue determinar la mejor evidencia disponible en línea sobre la soledad en adultos mayores. Correspondiente, se revisaron dieciséis artículos sobre esta temática a partir del año 2010 con estudios de diseño no experimental de tipo descriptivo.

Además, al proceder con la revisión literaria se identificó que para hacer una medición concreta de la soledad se han desarrollado diversos instrumentos y escalas para proyectar resultados claros y que arroja, tenemos como ejemplo el uso del instrumento “ESTE”, el cual es para la medición de la soledad social.

Por medio de este trabajo resalta que varios autores concuerdan con en afirmar que la soledad en las personas mayores está asociada por factores diversos como lo son, emocionales, biológicos y psicológicos, además de la edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad y recursos económicos.

Los resultados muestran una mayor soledad familiar, crisis de adaptación, y mayor soledad conyugal. Las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad, lo que afecta su aspecto emocional y, en muchos casos, lo puede conducir a tomar distancia del entorno y, por ende, a experimentar mayor soledad. Se reafirma que las personas más vulnerables a la soledad son las de menores ingresos, de bajo nivel educativo.

La utilización de una búsqueda íntegra y libremente replicable en otras investigaciones, ha permitido maximizar el hallazgo de trabajos primarios sobre la prevalencia respecto al tema de la soledad en los adultos mayores. Por lo que lo anterior muestra que tan importante es poder darle continuidad a la investigación como objetivo de conseguir, de este fenómeno los mejores datos que nos ayudarían a reforzar la información

ya obtenida y así mismo proponer intervenciones específicas desde la profesión de enfermería.

IX. Sugerencias

- Para la población de adultos mayores que perciban la soledad.
 - Motivarlos a participar en programas de voluntariado donde realicen un círculo social.
 - Participar a talleres donde se empleen actividades como la pintura, juegos recreativos o de mesa, escritura, etc.
 - Sugerir buscar la ayuda de un profesional (atención psicológica) para disminuir los sentimientos de tristeza y abandono
 - Impulsar a familiares a ofrecer compañía al adulto mayor o incluso salir de viaje o un ligero paseo para otorgar distracción.
- Para la facultad de enfermería.
 - Proponer la creación de un centro de atención para el adulto mayor con consecuencias de soledad o para prevenirla.
 - Contar con personal capacitado para otorgar atención de calidad al adulto mayor.
 - Realizar conferencias donde se traten temas respecto al afrontamiento de soledad además de favorecer al apoyo emocional, con la realización de actividades creativas y físicas.

X. Referencias bibliográficas

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías de enfermería. *Elseiver Health Sciences*.
- Balagué Gea, L. (2002). Revisiones sistemáticas. Qué son y cuál es su utilidad en enfermería. *Enfermería Clínica*.
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverría, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 9-19. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159029099002>
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S., & Arias Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Del Pino Casado, R., Frías Osuna, A., & Palomino Moral, P. A. (2014). La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria*, 26-37.
- FIAPAM. (2016). La soledad en el adulto mayor. Obtenido de <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
- INAPAM. (2019). *Envejecimiento y vejez*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- INGER. (2017). *Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- Palabra, B. (2019). *Adultos Mayores que viven en soledad*. Obtenido de <https://bajopalabra.com.mx/mexico-tiene-15-4-millones-de-adultos-mayores-1-7-viven-en-soledad#:~:text=En%20el%20pa%C3%ADs%2C%201.7%20millones,entre%2070%20y%2079%20a%C3%B1os.>
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad. *Biomédica*, 90-100. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84338617012>
- Social, M. (2020). *Soledad en adultos mayores*. Obtenido de <https://www.mexicosocial.org/adultos-mayores/>
- Urra Medina, E., & Barría Pailaquilén, R. M. (2010). La revisión sistematica y su relación con la práctica basada. *Enfermagem*.

XI. Anexos

Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Tabla 7

Grado de recomendación

A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

Nota:

Tabla 8

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

la	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
lb	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
lia	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y aleatorizado.
lib	La evidencia científica procede de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos o controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
A	Recoge los niveles de evidencia la y lb.
B	Recoge los niveles de evidencia lia, lib y III.
C	Recoge los niveles de evidencia IV

Nota:

Anexo 2 Cronograma de actividades

Actividades	Fecha de Actividad		
	2019	2020	2021
Selección del tema de investigación	*		
Elaboración del marco teórico conceptual		*	
Elaboración de síntesis de revisión sistemática completo		*	
Síntesis de revisión sistemática completo		*	
Recolección de artículos		*	
Análisis de los artículos			*
Resultados			*

XII. Apéndices

Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda

Tabla 9

Búsqueda de artículos en bases de datos

Base de datos	Encontrados	Seleccionados	Duplicados	Eliminados	Artículo
BVS ((“soledad” AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad” AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”)) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia” AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad” AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).	72	8	14	64	El sentimiento de soledad en adultos.
					La soledad en los mayores, e gran factor de riesgo.
					Vejez y soledad, implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo.
					Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas.
					Viudedad, soledad y salud en la vejez.
					Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados.
Soledad en el adulto mayor, implicaciones					

					para el profesional de enfermería.
					Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria.
CUIDEN ((“soledad” AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad” AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”)) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia” AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad” AND (“anciano” AND (“persona mayor”)).	17	0	0	17	
Dialnet ((“soledad” AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad” AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”)) AND (“persona	41	6	0	35	Concepciones populares sobre soledad de los adultos de España y Bucaramanga, Colombia. Concepción de Soledad en los Adultos Mayores de la ciudad de Bucaramanga.

<p>mayor")); ((“nostalgia” AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad” AND (“anciano”) AND (“persona mayor”)).</p>					<p>Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez.</p> <p>Bases neurológicas de mindfulness y su influencia en el sentimiento de soledad en adultos mayores.</p> <p>La soledad en el anciano.</p> <p>Soledad y aislamiento, barreras y condicionamien tos en el ámbito de las personas mayores en España.</p>
<p>Redalyc ((“soledad” AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad” AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”)) AND (“persona mayor”)); ((“nostalgia” AND (“adulto mayor”) OR (“anciano”)); ((“soledad” AND (“anciano”) AND</p>	<p>1,280</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>1,279</p>	<p>Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados.</p>

("persona mayor").				
<p>Google Académico (("soledad") AND ("adulto mayor")) OR ("persona mayor"); (("soledad") AND ("adulto mayor")); (("añoranza")) AND ("persona mayor"); (("nostalgia") AND ("adulto mayor").</p>	7,990	9	11	7,981
El afrontamiento de la soledad en la población adulta.				
Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio.				
La soledad de los adultos mayores, un problema mayor.				
Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos.				
Sentimiento de soledad y calidad de vida en el adulto mayor.				

					<p>El sentimiento de soledad en personas mayores, conocimiento y tamización oportuna.</p> <p>Soledad en personas mayores de España y México, un análisis comparativo.</p> <p>La soledad en el adulto mayor.</p> <p>La soledad existencial en el adulto mayor frágil.</p>
<p>Scielo ((“soledad” AND (“adulto mayor”)) OR (“persona mayor”)); ((“soledad” AND (“adulto mayor”)); ((“añoranza”)) AND (“persona mayor”));</p>	21	1	3	20	<p>Adultos mayores en zonas rurales de México, añoranza y vulnerabilidades frente a la migración de los hijos a EE.UU.</p>

Apéndice 2 Lista de verificación evaluación STROBE

Cuadro 1

Lista de verificación para evaluación de artículos

Elemento	Sí	No	Observaciones
Título			
Introducción - Contexto/fundamentos - Objetivos			
Métodos - Diseño del estudio - Contexto - Participantes - Variables - Fuentes de datos/ medidas - Sesgos - Tamaño muestral - Variables cuantitativas - Métodos estadísticos			
Resultados - Participantes - Datos descriptivos - Datos de las variables de resultado - Resultados principales - Otros análisis			
Discusión - Resultados clave - Limitaciones - Interpretación - Generabilidad			

Nota: elaborada por Valdovinos y Ruiz (2020) con base en la Declaración STROBE

(Vandenbroucke et al, 2009)

Apéndice 3 Artículos evaluados con STROBE

Cuadro 1

Lista de verificación para evaluación de artículos

Artículo	Evaluador	Título		Introducción		Métodos		Resultados		Discusión		Calificación	Observaciones
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1. Cardona <i>et al</i> , 2011	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
2. Rubio <i>et al</i> , 2011	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
3. Oviedo y Cerquera, 2011	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
4. Cardona <i>et al</i> , 2013	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
5. Ferrari, 2015	1			X		X		X		X		B	Carece de algunos datos específicos sin identificar número de muestra.
	2	X		X		X		X		X			
6. Acosta <i>et al</i> , 2017	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
7. Velasco <i>et al</i> , 2017	1	X		X		X		X		X		A	
	2	X		X		X		X		X			
8. López y Díaz, 2017	1			X		X		X		X		B	Carece de algunos datos específicos sin

												identificar número de muestra.
	2	X	X	X	X	X	X	X				
9. Quintero <i>et al</i> , 2018	1	X	X	X	X	X	X	X		A		
	2	X	X	X	X	X	X	X				
10. Camargo y Chavarró, 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		B	Carece de algunos datos específicos sin identificar número de muestra.	
	2	X	X	X	X	X	X	X				
11. Fonseca, 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		B	Carece de algunos datos específicos sin identificar número de muestra y resultados	
	2	X	X	X	X	X	X	X				
12. Garza <i>et al</i> , 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		A		
	2	X	X	X	X	X	X	X				
13. Hernández <i>et al</i> , 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		A		
	2	X	X	X	X	X	X	X				
14. López <i>et al</i> , 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		A		
	2	X	X	X	X	X	X	X				
15. Rodríguez y Castro, 2019	1	X	X	X	X	X	X	X		B	Carece de algunos datos específicos sin identificar número de muestra.	
	2	X	X	X	X	X	X	X				
	1	X	X	X	X	X	X	X		A		

16. Hernán dez <i>et</i> <i>al</i> , 2020	2	X		X		X		X		X			
--	---	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--