



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



División de Posgrado de la Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería

“Soledad Relacionada con Calidad de Vida en el Adulto Mayor
en Casas de Descanso de Morelia, Michoacán”

TESIS

Que, para obtener el grado de:

Maestra en Enfermería con

Terminal en Salud Pública

Presenta:

L.E. María Teresa Espinoza Mosqueda

Asesora:

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora:

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

Junio 2022

Directivos

Director de la Facultad de Enfermería

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera

Secretaria Académica

M.I.E.N. Cecilia Castro Calderón

Secretario Administrativo

M.E. Renato Hernández Campos

Mesa Sinodal

Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

1^{er} Vocal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

2^o Vocal

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

3^{er} Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

4^o Vocal

Dr. José Luis Cira Huape

Acta de Revisión

La Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, Profesora e Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Certifica

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “Soledad relacionada con la calidad de vida en el adulto mayor en casas de reposo en Morelia” elaborado por la Licenciada en Enfermería María Teresa Espinoza Mosqueda, mismo que presenta para la obtención de grado de *Maestra en Enfermería con terminal en Salud Pública* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DRA. MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

DRA. MARÍA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

DR. JOSÉ LUIS CIRA HUAPE

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Resumen

Introducción. La soledad es un sentimiento de vivencia desfavorable, por la sensación de tristeza que detona en la cotidianidad del adulto mayor, al ingresar o permanecer en una casa de reposo, afectando su calidad de vida. **Objetivo.** Analizar la relación que tiene la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casa de descanso en la ciudad de Morelia. **Material y métodos.** Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional y no experimental. La muestra fue no probabilística de 56 adultos mayores de cinco estancias de la ciudad de Morelia, Michoacán seleccionados con un muestreo a conveniencia. Instrumentos. Cédula para variables sociodemográficas; escala Este II para medir la soledad y cuestionario WHOQOL-BREF para medir calidad de vida y satisfacción con el estado de salud con cuatro subdimensiones. Análisis con estadística descriptiva e inferencial. **Resultados.** Mayoría de participantes mujeres (62.5), con edad mayor de 81 años (59%), viudos (39.3%), católicos (89.3%), más del 50% no cuenta con pensión económica, el tutor es el hijo (42.9%) y proceden de Morelia (51.8%). Hubo nivel de soledad media (71.4%) y en calidad de vida la dimensión mejor puntuada fue salud psicológica ($\bar{x} = 20.6$, $DE=3.91$) y el peor puntaje lo tuvo la dimensión relaciones sociales ($\bar{x} = 7.35$, $DE=2.30$). Se encontró relación estadísticamente significativa, negativa y moderada entre soledad y Salud Física ($r=-.365$, $p=.006$), entre soledad y Salud Psicológica ($r=-.484$, $p=.000$) y entre soledad y Medio Ambiente ($r=-.451$, $p=.000$); y una relación estadísticamente significativa, negativa y fuerte entre soledad y Relaciones Sociales ($r=-.505$, $p=.000$). **Conclusiones.** Existe relación entre soledad y calidad de vida de adultos mayores. Se recomienda promover cuidados integrales sustentados en la teoría de la autotranscendencia de Pamela Reed para garantizar el derecho a la salud en las casas de reposo.

Palabras claves: soledad, calidad de vida, ancianos, hogares para ancianos (DeCS).

Abstract

Loneliness related to elderly's quality of life in care homes in Morelia, Michoacán, México.

Introduction. Loneliness is an unfavorable experience feeling, due to the sadness it brings to the elderly life's every day. **Objective:** Analyze the relation between loneliness and the elderly's quality of life in care homes in Morelia city. **Material and Methods:** A quantitative, correlational and non-experimental investigation was carried out. Non-probabilistic sample of 56 elderly persons from five care homes in Morelia Michoacán were selected through a convenience sampling. Instruments: sociodemographic variables card; ESTE II scale to measure loneliness and WHOQOL-BREF questionnaire to measure quality of life and satisfaction with health conditions through four dimensions. Analysis with descriptive and inferential statistics. **Results.** Most participants were women (62.5) over 81 years old of age (59%), widowers (39.3%) Catholics (89.3%), more than 50% does not have an economic pension, the tutor is the son (42.9%) and they are from Morelia (51.8%). There was a medium level of loneliness (71.4%) and in quality of life the dimension better punctuated was psychological health ($\bar{x} = 20.6$, $DE=3.91$) and the worst score was the social relationships dimension ($\bar{x} = 7.35$, $DE=2.30$). It was found a statistically significant, negative and moderate relation between loneliness and physical health ($r=-.365$, $p=.006$), between loneliness and psychological health ($r=-.484$, $p=.000$), and between loneliness and environment ($r=-.451$, $p=.000$); and a statistically significant, negative and strong relation between loneliness and social relationships ($r=-.505$, $p=.000$). **Conclusions.** There is relation between loneliness and quality of life in elderly persons. It is recommended comprehensive nursing care sustained on Pamela Reed's Self-Transcendence theory guarantee the right to health in care homes.

Keywords: Loneliness, quality of life, elderly, care homes for the elderly

Dedicatoria

Agradezco a en primer lugar a Dios, a mis padres por haberme dado la existencia, a mis hijos y hermanos quienes me incentivaron a seguir adelante y compartieron mis esfuerzos en el transcurso de esta maestría.

Dedico este trabajo a mis hijos: Karen Paulina, Pablo Cesar y José Iván Silva Espinoza que son parte de mi vida y de mis proyectos, a toda mi familia por estar siempre prestos a ayudarme, a mis amigos que nunca me han dejado vencer ante las adversidades, a mis maestras han sido la luz y guía del conocimiento.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a los directivos de la Facultad de Enfermería de la UMSNH, a los docentes del Posgrado que transmitieron sus conocimientos y me dieron las herramientas necesarias para poder culminar este proyecto; de manera muy especial quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, directora de mi trabajo de tesis, quien, me ha guiado con conocimiento y experiencia para la realización de este trabajo.

A los residentes de las casas de reposo en la ciudad de Morelia, que me permitieron conocer sus experiencias, sentimientos y valorar el proceso de envejecer con calma y a su propio ritmo.

Índice

Acta de Revisión	III
Resumen.....	IV
Abstract	V
Dedicatoria	VI
Agradecimiento	VII
Índice.....	VIII
Lista de Tablas.....	XI
Lista de Figuras.....	XII
Introducción.....	1
Capítulo I	5
I. Justificación	6
II. Planteamiento del Problema	11
III. Objetivos	13
3.1. Objetivo General	13
3.2. Objetivos Específicos	13
IV. Hipótesis	14
Capítulo II	15
V. Marco Teórico Conceptual	16
5.1. Teoría de la Auto Trascendencia Pamela G. Reed	16
5.1.1. Datos Biográficos.....	16
5.1.2. Influencias Teóricas	16
5.1.3. Conceptos Principales y Definiciones	17
5.1.4. Conceptos Meta Paradigmáticos	18
5.2. Adulto Mayor	19
5.3. Casa de Reposo para el Adulto Mayor.....	21
5.4. Soledad en Adulto Mayor	23
5.4.1. Tipos de Soledad.....	23
5.5. Calidad de Vida en el Adulto Mayor	24
Capítulo III	27

VI. Materiales y Métodos	28
6.1. Tipo de Estudio	28
6.2. Definición del Universo de Estudio	28
6.3. Unidad de Observación	28
6.4. Muestra y Muestreo.....	28
6.5. Límites de Tiempo y Espacio	28
6.6. Criterios de Selección	28
6.6.1. Inclusión.....	28
6.6.2. Exclusión.....	29
6.6.3. Eliminación.....	29
6.7. Definición de Variables y Unidades de Medida	29
6.7.1. Variables	29
6.8. Selección de las Fuentes, de Métodos, Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información	29
6.8.1. Instrumentos	29
6.8.2. Procedimiento	31
6.9. Recursos	32
6.9.1. Recursos Humanos.....	32
6.9.2. Recursos Materiales	32
6.9.3. Recursos Financieros	32
6.10. Análisis Estadístico	32
6.11. Organización	33
VII. Aspectos Éticos.....	35
Capítulo IV	37
VIII. Resultados	38
IX. Discusión	50
X. Conclusiones	53
XI. Sugerencias	55
Referencias Bibliográficas	56
Anexos.....	62
Anexo 1. Escala Este II de Soledad Social	63
Anexo 2. Cuestionario WHOQoL BREF	64

Apéndices.....	68
Apéndice 1. Operacionalización de variables.....	69
Apéndice 2. Cronograma de Actividades	70
Apéndice 3. Cédula de colecta de datos	71
Apéndice 4. Consentimiento Informado	74

Lista de Tablas

Tabla 1. Puntajes de la Escala Este II por categorías	30
Tabla 2. Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor en la Escala ESTE II	30
Tabla 3. Áreas por evaluar	31
Tabla 4. Equipo y material para la investigación	33
Tabla 5. Variables sociodemográficas (n=56)	39
Tabla 6. Servicios con los que cuentan los adultos mayores en las estancias (n=56) ..	40
Tabla 7. Nivel de soledad (n=56)	40
Tabla 8. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (n=56).....	41
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de calidad de vida (n=56)	42
Tabla 10. Correlación de soledad con la calidad de vida del adulto mayor	43
Tabla 11. Resultados de la prueba ANOVA de un factor para soledad.....	43
Tabla 12. Resultados de la prueba ANOVA de un factor para las dimensiones de calidad de vida.....	44
Tabla 13. Diferencias de soledad y variables sociodemográficas (n=56).....	45
Tabla 14. Dimensión Salud Física y variables sociodemográficas (n=56).....	46
Tabla 15. Dimensión Salud Psicológica y variables sociodemográficas (n=56)	47
Tabla 16. Dimensión Medio Ambiente y variables sociodemográficas (n=56)	48
Tabla 17. Dimensión Relaciones Sociales y variables sociodemográficas (n=56)	49

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de la teoría de la Auto trascendencia de Pamela G. Reed.....	20
Figura 2. Diagrama de flujo del procedimiento.....	34

Introducción

La presente investigación aborda las condiciones de soledad y su relación con la calidad de vida en los adultos mayores (AM) residentes en casas de reposo en la ciudad de Morelia, Michoacán.

El proceso de envejecimiento en México y los desafíos que ello implica en el plano político, social y económico, además, la mayor esperanza de vida para hombres y mujeres más que un logro positivo, puede transformarse en una carga social negativa (González, 2015) como las maneras de llegar a la vejez que son muy diversas y principalmente tienen que ver con las condiciones de vida que las personas tuvieron a lo largo del tiempo. Las etapas previas contribuyen a configurar las oportunidades de vivir esta etapa de forma plena, activa y saludable o, por el contrario, encontrarse en precariedad económica, fragilidad y dependencia o con alguna enfermedad o discapacidad (Naciones Unidas, 2018).

Estas situaciones representan un reto de una sociedad con necesidades cambiantes, una de ellas se relaciona con el cuidado, que tradicionalmente se proveía en el hogar de forma no remunerada, sobre todo que recaía esta atención en la esposa, hijas o nueras y que ya no existe de forma generalizada debido a las transformaciones en el papel que actualmente desempeñan las mujeres en la sociedad y el mercado laboral en México, así como el cambio en el tamaño y estructura de las familias en nuestro país. La mayor repercusión de esos arreglos familiares es la disminución de cuidadoras (os) de las personas adultas mayores en el contexto familiar, generando la necesidad de obtener este apoyo en el ámbito privado o gestionar el cuidado en instituciones de gobierno o de asistencia fragmentada, al contratar servicios para el cuidado de adultos mayores en estancias con horarios diurnos o permanentes de acuerdo a la capacidad económica de la familia, con el propósito de mejorar su calidad de vida así como reducir el riesgo de padecer enfermedades, algún tipo de discapacidad o depresión. (Naciones Unidas, 2018).

Los desafíos y problemas no previstos ante las necesidades y atención que requiere esta población como consecuencia de la dependencia relacionada con la edad, significa que tendrá menos tiempo y dispondrá de menos recursos para adaptarse a las consecuencias económicas, sociales y culturales, destacando en materia de salud la fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, imponiendo la necesidad de modificar los sistemas de salud; la vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos publico la Comisión Nacional de Derechos Humanos (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017).

Uno de los factores a destacar en la población mexicana de la tercera edad es la soledad. La soledad es un fenómeno humano, un sentimiento complejo de múltiples facetas, dimensiones y orígenes, contextos y significados un enemigo común en el bienestar de los adultos mayores contribuye al deterioro físico-funcional que afecta la calidad de vida; la calidad de vida es multidimensional y está influida por factores personales y ambientales, así como su interacción (Maciel, 2016).

En el adulto mayor modifica la percepción por sus experiencias de vida, lo convierte en un sujeto vulnerable psicológicamente, social y espiritual, lo que se traduce en dificultad para realizar por sí mismo algunas actividades cotidianas, incrementando un efecto acumulativo del deterioro físico-funcional, convirtiéndose en un ser humano dependiente, por lo que su cuidado recae principalmente en sus seres cercanos, esposa, hijos o familiares, representando un trabajo adicional para los integrantes del hogar, o bien traducirse en un efecto social en donde el adulto sufre abandono familiar (Bruno & Acevedo Alemán, 2016).

Las nuevas dinámicas de la vida familiar interfieren con el cuidado del adulto mayor de ahí surge la necesidad de integrar al adulto mayor en una casa de reposo debiendo adaptarse a un nuevo espacio, con personas nuevas que pueden afectar su bienestar, perdida de su independencia y su rol social, dejar de tener contacto cercano

con sus vecinos, familiares y amigos (Quintero Echeverri, Villalmlil Gallego, Henao Villa, & Cardona Jimenez, 2018).

Esta investigación se fundamenta en la teoría de la Auto trascendencia de Pamela G. Reed, está basada en los principios de las teorías del ciclo vital desde la perspectiva de enfermería. Esta teoría se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecer. Sus conceptos fundamentales de la teoría de Reed son la vulnerabilidad, que parte de la conciencia de una persona y su mortalidad, misma que se incrementa durante el envejecimiento o en etapas del ciclo de vida cuando aparece una enfermedad, un traumatismo o una crisis.

La auto trascendencia que se refiere a las fluctuaciones que se presentan en la percepción de los límites; el bienestar que se traduce en la sensación de plenitud y de salud que las personas tienen de sí mismas (Oliva Ramos, 2015).

La Línea de generación y Aplicación Innovadora del Conocimiento (LGAC) a la que pertenece la investigación, alimenta e integra acciones a LGAC. UMSNH-CA- 274- Cuidado integral en condiciones crónicas enfermedades crónicas. La estructura considerada en esta investigación fue bajo los siguientes apartados: introducción donde se abordó la problemática a investigar, posteriormente la justificación para su desarrollo, en relación con el problema de la soledad en adultos mayores, ingresados en residencias de casa descanso privadas y su calidad de vida.

Seguidamente se realizó el planteamiento del problema que concluye con la pregunta de investigación. Consecutivamente se describe el marco teórico donde se integraron los argumentos bajo el sustento de la teoría de la Auto trascendencia de Pamela Reed; seguido se expusieron la hipótesis alternativa y nula, los objetivos del estudio general y específicos. Continuando con el material y métodos que definieron el tipo de estudio de la investigación, diseño, límites de tiempo y espacio y los instrumentos de medición empleados.

Se integran las referencias bibliográficas consultadas, que dan sustento teórico a la presente investigación, en el apartado de anexos se integran: el anexo 1 que contiene las variables demográficas establecidas para el desarrollo de la investigación; la escala Esta II de Soledad Social y Cuestionario WHOQOL-BREF.

El apartado de apéndices se hace referencia a la operacionalización de variables, se integra el cronograma de las actividades a desarrolladas en el presente y el consentimiento informado utilizado.

Capítulo I

I. Justificación

La presente investigación es de trascendencia internacional por ser un fenómeno social actual presente en la población de adultos mayores en términos de estilo de vida, valores y la insatisfacción social subjetiva que viven; diversos estudios han descrito esta problemática desde la perspectiva individual, familiar o social. Bail (2014) describe la cantidad de apoyo que reciba una persona es la calidad y la profundidad de las relaciones lo que producirá mayor bienestar, y, por lo tanto, menor sentimiento de soledad que perciben los adultos mayores chilenos.

Para Jijón y Ramón (2018) la imagen de incapacidad y soledad en el Ecuador debe abatirse con el fortalecimiento del rol del adulto mayor en la sociedad, impulsando a redescubrir nuevas capacidades y habilidades y sea percibida como una etapa de vida activa, saludable y digna de garantizar las condiciones de vida.

Rubio (2009), describe la soledad objetiva y subjetiva que vive la población adulta mayor en España, la primera se refiere a la falta de compañía y no como una vivencia negativa, sino como una experiencia enriquecedora; la dimensión objetiva es en la que las personas se sienten solas independientemente de que vivan o no con otras personas

En México la población de 60 años el índice nacional de envejecimiento nacional incremento a un de 47 % cifra publicada en el último censo de población presentado por el Instituto Nacional de Geografía (INEGI,2021) la población de personas mayores representó el 12% de la población, del cual el 54 % son mujeres y 46 % son hombres. En lo datos reportados se incluyeron la discapacidad y/o limitaciones de la población con un 16.5%, representando el 50% los adultos mayores; las tres limitaciones que presentaron son: disminución visual, auditiva y problemas para caminar (Sanchez & Jaguey, 2021).

En México la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENANDIS, 2017) presentó resultados sobre personas mayores en donde el 27.9% de las personas mayores de 60 años han sentido alguna vez que sus derechos no han sido respetados por su edad, 40.3% describe como sus problemas principales los económicos, 37.3% la enfermedad, el acceso a servicios de salud y medicamentos, y 25.9% los laborales (Instituto Nacional, 2011). Estas percepciones generan un cambio para el adulto mayor, dando origen a dos necesidades de cuidado por la propia vejez o por enfermedad, constituyendo el cuidado un recurso social para este grupo de edad, si el cual no se puede sobrevivir biológica ni socialmente en el mundo (Rojas Espinoza, García Hernández, Cárdenas Becerril, Vázquez Galindo, & Silveira Kempfer, 2018).

En el territorio nacional se cuenta con 22 611 albergues o estancias para AM con una población total de 13 963 personas, de los cuales 5541 son hombres y 8442 son mujeres. En Michoacán se encuentran identificados 568 albergues o estancias para adultos mayores, 422 son hombres, 265 son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

La prioridad de cuidado para el AM surge en situaciones de enfermedad, cuando se está postrado en cama deja de desempeñar algún rol social, al interior de la familia o en la comunidad, padece una enfermedad incurable en el estado en que se encuentra. Las especificidades (emociones, sentimientos, pensamientos, cultura) que distinguen entre la naturaleza de ser hombre o mujer, se ponen de manifiesto en la interrelación con los adultos mayores.

Las diversas dinámicas laborales de los miembros de la familia o la falta de tiempo para atender las necesidades vitales de los adultos mayores, son algunas de las causas para el ingreso en una estancia, percibiendo la incorporación en estas instituciones como una señal evidente de abandono por parte de la familia, la mayoría de ellos no son consultados al respecto, desencadenan inestabilidad y sentimientos de vulnerabilidad en el anciano, y tiene graves consecuencias negativas, como el generar sentimientos de soledad que pueden influir en la salud física, psicológica o social del AM (Quintero, et al., 2018).

En México para los adultos mayores el envejecimiento es un fenómeno que puede ser percibido como discriminatorio, las mujeres lo manifestaron en un 53.7 % y el 46.3 % de los hombres declararon haber experimentado discriminación en el año previo al levantamiento de la Encuesta Nacional sobre discriminación (Consejo Nacional de la Población, 2021), ya que se relaciona esta etapa de vida como un riesgo de experimentar un deterioro físico, cuyo impacto económico puede poner en riesgo su calidad de vida en función de su estado de salud y el acceso de a los servicios médicos (Consejo Nacional de la Población, 2021).

Las vulnerabilidades en los AM se pueden abatir con estrategias que prolonguen un estilo de vida saludable como una dieta adecuada a sus requerimientos, hábitos de vida o actividad física, para favorecer una mayor longevidad, si las necesidades vitales personales se encuentran satisfechas el proceso de envejecimiento beneficiara la salud de las personas, así como la atención en los aspectos psicológicos que tendrán más posibilidades de funcionar y mejorar la satisfacción existencial (Aponte Daza, 2015).

En México como parte de la Organización de Estados Americanos (OEA) de la Convención Interamericana, adopto la propuesta relacionada con la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2015, que integra tres dimensiones inherentes a toda persona: derechos civiles, políticos y sociales; caracterizado por ser integral, innovador, progresista y multidisciplinario y promover la visión de las personas mayores como sujetos de derechos y obligaciones(Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017).

La declaración en Puebla de Zaragoza en noviembre de 2017 propone socializar la enfermedad en los adultos mayores en México, retomando los parámetros de la Organización Mundial de la Salud para la concepción de una calidad de vida basada en la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales.

La ciencia de enfermería en la búsqueda de una atención humanizada de calidad que permita fomentar la salud del adulto mayor, ha desarrollado guías de práctica clínica con planes de cuidado estandarizados para satisfacer las demandas actuales de un envejecimiento saludable, intervenciones para la detección, atención y control de la depresión mayor, atención de síndrome de inmovilidad, infecciones respiratorias, prevención de caídas y cuidado con deterioro cognitivo en este grupo vulnerable; a través de la consecución de objetivos basados en la promoción de la salud, prevención y recuperación de las enfermedades, con estrategias de autocuidado desde una visión holística de enfermería, haciendo uso de los aportes teóricos que permitan el bienestar en la vejez (Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2016).

Pamela Reed, considero que las acciones de enfermería deben a promover las conductas y los puntos de vistas basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en las personas vulnerables por estar asociadas a generar una mayor sensación de bienestar, en su teoría de la auto trascendencia expone la necesidad de ayudar a las personas mayores a hacer frente a todo lo relacionado con la etapa final de la vida.

El protocolo de atención del adulto mayor (PAM) en el sistema de salud facilita la valoración de riesgo de dependencia funcional en el ámbito ambulatorio y hospitalario, orientando la práctica de los profesionales de enfermería en una atención de calidad en el AM; sin embargo en el ámbito independiente o privado, el cuidado de los adultos mayores albergados en estancias públicas o privadas hace necesaria la capacitación del profesional de enfermería para atender los cambios en este grupo de edad, facilitar el afrontamiento en los AM ante nuevas experiencias de salud o enfermedad, situaciones sociales o culturales, atender los sentimientos de tristeza o miedo a la soledad, sentimientos de exclusión de la vida familiar al ingresar a estos espacios; para el profesional de enfermería se convierte en un reto propiciar la práctica responsable para otorgar un trato digno e incorporar el adulto mayor a la dinámica familiar y social.

La factibilidad para realizar la presente investigación se sustenta en la relación que existe en las características del cuidado de enfermería en estancias privadas con la calidad de vida de los residentes, las situaciones de soledad que viven adultos mayores en un medio ajeno a su contexto familiar, las experiencias subjetivas compartidas que contrastan con su evidencia física del aislamiento social, el sinnúmero de experiencias estresantes o de displicencia, los sentimientos de soledad, tristeza o miedo a la soledad que expresan en sus forma verbal o manifestaciones psicológicas.

II. Planteamiento del Problema

La soledad en adultos mayores es un problema por el incremento en la población adulta mayor que se ha considerado un fenómeno global, no solo serán más ancianos, sino que aumentarán sustancialmente el número de adultos mayores con una edad más avanzada con necesidades de atención en enfermedades crónicas degenerativas, cuidados de salud mental, atención a la demanda de necesidades personales, de las necesidades básicas de la vida instrumental; incrementando el ingreso en casas de descansos, como una opción para los familiares o responsables del AM en la búsqueda de una mejor calidad de vida (Berrío Valencia, 2012).

El sentimiento de soledad que experimentan las personas mayores en ocasiones es motivada por el temor de no reconocer que aunque se tiene familia, no se cuenta con ella en los momentos que se requiere, justifican la ausencia de los hijos o la falta de visitas en la casa de reposo por excesivas cargas de trabajo, compromisos laborales o la demanda de la atención de su familiar; otros muestran sentimientos de soledad al reconocer la falta de su conyugue, el poco interés que muestran los tutores legales como sobrinos o responsables, a quienes se les otorgo el poder legal de atender sus asuntos relacionados con el cobro de pensión, administración de bienes económicos o propiedades (Bail, 2014).

Ante esta problemática de soledad de los adultos mayores relacionado con la calidad de vida, desde el marco legal, en nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos materia de derechos humanos, publicada el 11 de junio de 2011 en el Diario Oficial de la Federación, trajo consigo un renovado y fortalecido paradigma de protección a la dignidad humana, en el que “todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos tanto en dicha Ley Suprema como en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es Parte, y en cuyo marco, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos de conformidad con los principios de universalidad y progresividad, así como de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos civiles, políticos y sociales” (Diario Oficial de la Federación, 2011).

Por lo que surge la siguiente pregunta como eje rector de este estudio:

¿Existe relación entre el nivel de soledad y la calidad de vida de los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán?

III. Objetivos

3.1. Objetivo General

Evaluar la relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores de casas de descanso en la ciudad de Morelia, Michoacán.

3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas que tienen los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán.
2. Identificar el nivel de soledad que tiene el adulto mayor en casas de descanso de Morelia, Michoacán.
3. Conocer el nivel de calidad de vida de los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán.
4. Relacionar la soledad con la calidad de vida del adulto mayor en las casas de descanso de Morelia, Michoacán.
5. Relacionar las variables de soledad y calidad de vida con las características sociodemográficas con de los adultos mayores de Morelia, Michoacán.
6. Identificar las diferencias de las variables soledad y calidad de vida con las variables sociodemográficas.

IV. Hipótesis

- H₀ No existe relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casas de descanso en la ciudad de Morelia.
- H₁ Existe relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casas de descanso en la ciudad de Morelia.

Capítulo II

V. Marco Teórico Conceptual

Este proyecto de investigación se fundamenta en la Teoría de la Auto trascendencia de Pamela G. Reed como sustento fundamental de esta investigación y para la disciplina de enfermería, se analizarán: los datos biográficos, principales conceptos, el metaparadigma y las afirmaciones teóricas o premisas y se concluye con una descripción de esta.

Consecutivamente se abordarán los conceptos de soledad, calidad de vida, adulto mayor, casa de descanso, así como el marco legal para alojar adultos mayores.

5.1. Teoría de la Auto Trascendencia Pamela G. Reed

5.1.1. Datos Biográficos

Pamela G. Reed nació en Detroit (Michigan) el 13 de junio de 1952. Se casó con Gary Reed en 1973. Tienen dos hijas. Obtuvo la diplomatura en enfermería en la Wayne State University de Detroit en 1974, y el título de enfermera especialista en psiquiatría y salud mental, materna infantil y en docencia de la enfermería en 1976. Empezó sus estudios de doctorado en esta misma universidad en 1979, y obtuvo el título de doctora en 1982 con una tesis sobre la teoría y la investigación en el campo de la enfermería. Durante sus estudios de doctorado Reed se interesó por el bienestar y la espiritualidad en todo lo que estuviera relacionado con la vida y la muerte, tanto de los enfermos terminales como de las personas sanas (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

5.1.2. Influencias Teóricas

Pamela G. Reed desarrolló su teoría de la auto trascendencia utilizando la estrategia de la “reformulación deductiva”. Reed reformuló los principios de las teorías del ciclo vital desde la perspectiva de la enfermería, utilizando para ello el modelo conceptual de Martha E. Roger, del ser humano unitario. La teoría de Reed se fundamenta en tres fuentes, la primera es la nueva conceptualización del desarrollo

humano, la segunda fuente de la teoría de Reed fueron los primeros trabajos sobre teoría de la enfermería realizados por M. Rogers, y la tercera fuente de la teoría fue la práctica clínica y la investigación (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

5.1.3. Conceptos Principales y Definiciones

Vulnerabilidad: para Reed la expresión “conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal” representa la madurez o desarrollo en las últimas fases de vida, más tarde amplió este concepto de tal forma que ahora incluye la conciencia de su situación que tienen las personas que se encuentran en una crisis vital.

Auto trascendencia: es la variación que las personas perciben y que hace que se extiendan más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que tenía anteriormente. Este cambio es multidimensional se da hacia adentro (mayor conciencia de los puntos de vista propios), hacia afuera (hacia los otros y el entorno) y temporalmente (integración del pasado y el futuro ampliando el presente y reforzándolo).

Bienestar: Es la sensación de plenitud y de salud según los criterios de cada persona, en uno de sus artículos la autora proponía que la enfermería es el estudio de los procesos enfermeros del bienestar, describiendo este bienestar con dos tipos de cambio: cambios en la complejidad de la vida que es el aumento en la fragilidad por la pérdida de un ser querido o a causa del envejecimiento y en segunda medida la capacidad para dar sentido a estos sucesos de la vida.

Factores moderadores- mediadores

Las variables personales y contextuales pueden influir en el proceso de autotranscendencia contribuyendo positiva o negativamente al bienestar.

Puntos de intervención

Las acciones de enfermería pueden centrarse directamente en la parte interna del paciente aquello relacionado con factores personales y contextuales que afectan las relaciones entre vulnerabilidad y auto trascendencia.

5.1.4. Conceptos Meta Paradigmáticos

Persona

Es el ser en desarrollo a lo largo del ciclo vital, este interactúa con otras personas y con el entorno contribuyendo positiva o negativamente a la salud y el bienestar.

Cuidado o enfermería

Tiene como función desarrollar las habilidades necesarias para promover la salud y el bienestar, su papel fundamental es brindar ayuda a las personas.

Salud

Es un proceso vital formado por experiencias tanto positivas como negativas que permiten crear los parámetros adecuados para mejorar el estado de bienestar.

Entorno:

Aspectos como la familia, relaciones sociales, entorno físico y recursos disponibles en la ciudad en la que vive la persona influyen significativamente en los procesos de salud ya que en muchas ocasiones estos aspectos mejoran o empeoran el estado de bienestar, las enfermeras deben intervenir en estos entornos a través de la gestión terapéutica y la interacción de enfermera- paciente. Este enfoque supuso una innovación para la formación enfermeras en las diferentes especialidades clínicas dando importancia a estos factores del entorno (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Por esta razón se considera en esta investigación, la teoría de la Auto Trascendencia de Pamela G. Reed, que se fundamenta en la nueva espiritualización del desarrollo humano, se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un cuidado continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

A partir de los tres conceptos básicos, la autora desarrolló tres proposiciones fundamentales.

La primera expone la auto trascendencia, es mayor en las personas que tienen que hacer frente a todo lo relacionado con el final de la vida. La segunda expone que los límites auto conceptuales están relacionados con el bienestar. Y la tercera, que, dependiendo de su naturaleza, las fluctuaciones que se producen en los límites autos conceptuales influyen de forma positiva o negativa en el bienestar a lo largo de todo el ciclo vital.

5.2. Adulto Mayor

Se considera como adulto mayor a "aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más. A criterio de los especialistas de los centros de vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen" (Abaunza Forero, y otros, 2014)

La vejez verdadera comprende a toda persona hombre o mujer de 60 años o más, en esta etapa de la vida se presentan enfermedades propias de la edad que tienen evolución particular (Becerra Martínez, Godoy Sierra, Perez Ríos, & Moreno Gómez, 2007)

Ya que la etapa de la vejez se relaciona con cambios y presiones, en la que se suceden una serie de pérdidas de tipo biológicas, familiares y sociales, estas pérdidas que aumentan significativamente después de los 75 años, contribuyen en forma significativa a aumentar los problemas de salud mental y le predispone a la aparición del sentimiento de soledad (Sequeira Daza, 2011).

5.3. Casa de Reposo para el Adulto Mayor

Establecimiento de asistencia social permanente, a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, otorga atención integral permanente para personas adultas y adultas mayores, que cuenten con características especiales de atención, donde se proporcionan servicios de prevención de riesgos, atención y rehabilitación, incluyen alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales (Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA 1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores., 1999)

Establecimiento de asistencia social temporal, todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, proporciona servicios y apoyos asistenciales durante periodos menores a 24 horas., continuas, a personas adultas y adultas mayores que incluyen: alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre y en su caso alimentación de acuerdo con el Modelo de Atención (Diario Oficial de la Federación, 2011)

Los asilos, en nuestro país, son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada, aparentemente no tienen otra finalidad que el agrupamiento, la reclusión y una supervisión médica elemental, y podrían convertirse en piedra angular del cuidado a corto y largo plazo, no sólo como una opción de estancia temporal sino también para brindar apoyo a la familia y sociedad (Becerra Martínez, Godoy Sierra, Perez Ríos, & Moreno Gómez, 2007)

Así mismo Ley General de Salud (art. 27), señala que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos colaborar al bienestar social de la población mediante

servicios de asistencia social, principalmente entre otros a ancianos desamparados para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social (art. 6). Se contempla como un servicio básico de salud la atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica (Camara de Diputados, 2017)

Ley de Asistencia Social, (art. 12) considera como uno de los sujetos de la asistencia social a las personas adultas mayores y contempla como servicios básicos de salud en materia de asistencia social la promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud (Camara de Diputados, 2017).

Por lo que resulta evidente que las residencias para la tercera edad, como nuevo movimiento social emergente implica una serie de particularidades, que si bien generan un beneficio para la sociedad, en ocasiones se presentan como realidades poco deseadas para los propios protagonistas. Los adultos mayores, igual que todas las personas, también tienen apremiantes necesidades emocionales y es importante atenderlas, el entorno donde se ingresa al adulto mayor en muchas de las ocasiones tiene su origen o relación con el proceso de alguna pérdida del conyugue, fragilidad por enfermedad, perdida de su casa, falta de tiempo del responsable para su cuidado, que le afectan y en ocasiones le hacen entrar en crisis (Becerra Martínez, Godoy Sierra, Perez Ríos, & Moreno Gómez, 2007).

Esta realidad social daña severamente la autoestima de la persona en casa de descanso o institucionalizadas e influye en el deterioro físico y emocional, requiere un cuidado de enfermería adecuado para alcanzar las mejores condiciones de vida y garantizar el bienestar no sólo físico y psicológico, sino social y afectivo para otorgar al individuo su condición de ser social y evitar el aislamiento o la soledad, la cercanía frecuente del familiar en estos centros es fundamental para brindarle apoyo emocional y humanitario.

5.4. Soledad en Adulto Mayor

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; relacionada con la sensación de tristeza, que afecta la cotidianidad de la persona, el adulto mayor es mas propensa a tener sentimientos de soledad debido a la falta de interacción con amigos, la enfermedad, a viudez o el deterioro cognitivo (Chaparro Díaz, Carreño Moreno, & Arias Rojas , 2019).

El sentimiento de soledad es una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social. Además, es un acontecimiento amargo que nuestra cultura no ha asimilado. Hay mucha soledad en nuestros mayores porque existen en ellos paredes muy fuertes que impiden abrir una ventana a la luz de la esperanza, paredes de soledad familiar, conyugal, social, existencial” (Cardona Jiménez, Villamil Gallego, Henao Villa, & Quintero Echeverri, 2013).

La soledad es una sensación intensa, unas sensaciones de estar solo sean cuales sean las condiciones del entorno, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. El origen de este estado de soledad interno perfecto proviene de ansiedades paranoides y depresivas (Sequeira Daza, 2011).

5.4.1. Tipos de Soledad

Sequeira en 2011 en su investigación “*La soledad en las personas mayores factores protectores de riesgo*”, presentó la siguiente clasificación:

Soledad Negativa

Las personas pueden elegir estar solas, retirarse temporalmente de las actividades en que participan otras personas y que habitualmente se producen en el desarrollo de la vida social, pero cuando se está solo sin quererlo, cuando se está

separado de los demás cuando se quiere ser parte de ellos, entonces la soledad se percibe como una experiencia negativa (Sequeira Daza, 2011)

Soledad Positiva

Es considerada cuando se permite reservarse ciertos tiempos de soledad, para estar en comunión consigo mismo, para vivir el propio ser con calma, con serenidad, conforme al ritmo propio.

Soledad Crónica

Es el resultado de la interacción entre la predisposición genética de la persona y las circunstancias que están fuera del propio control, es la soledad que se perpetúa más allá de las circunstancias interpersonales que la iniciaron, la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias.

Soledad Situacional

Se vincula usualmente a eventos estresantes como una separación, la pérdida de una relación, el divorcio o la muerte de la pareja, de los padres o los hijos, son episodios breves, agudos y dolorosos.

Soledad Transitoria

Se asocia con brotes breves del sentimiento de la soledad, por ejemplo, al volver después del trabajo a casa vacía, durante un fin de semana o en fiestas especiales. La duración de la soledad se relaciona con nivel de educación, del status marital, la historia del divorcio parental y de la utilización de las estrategias de afrontamiento elegidas.

5.5. Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los

que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Aponte Daza, 2015).

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida "Estado de bienestar" (Teyssier Larios, 2015).

Garantizar una calidad de vida en personas de la tercera edad, siempre es un reto en la actualidad para los profesionales de la salud, personal que atiende adultos mayores en estancias o casa de descanso, buscar suplir las necesidades del adulto mayor en esta etapa de vida representa todo un compromiso profesional y social en la búsqueda de la calidad de vida, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Aponte Daza, 2015).

La calidad de vida en la vejez está fuertemente relacionada a factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, Osorio lo relaciona con el sentido de coherencia a resistir todas las eventualidades que surgen al afrontar el sin número de cambios que se presentan en esta etapa de la vida, como lo son las enfermedades, la integración social, el papel en el ocio y la tecnología actual (Osorio Parraguez, Torrejón, & Anigstein, 2011)

La Soledad y su relación con la calidad de Vida en el Adulto Mayor que vive en Casa de Reposo.

El ingreso a una estancia o casa de reposo es de forma voluntaria o involuntaria, favorece su calidad de vida, se convierte en un lugar seguro para el adulto

mayor , ahí no es juzgado, no se considera un individuo que obstruye el avance de los miembros de familia, es libre de no controlar sus esfínteres, derramar la comida, mojar sus ropas, sentirse completo por pertenecer a un grupo de personas igual a él o ella que por diversas situaciones han ingresado al mismo espacio, donde disfruta de sus momentos prolongados de silencio sin ser cuestionado ¿si se encuentra bien? solo por remontarse al mundo de sus recuerdos, de sus amores vividos, reviviendo momentos felices o no con su familia, esperando trascender o morir en estado de plenitud en el intento (Toribio Ferrer & Franco Barcenas, 2018).

El apoyo social en el envejecimiento óptimo, influye de manera significativa en la calidad de vida en el anciano, ya que el internamiento en casa de reposo o descanso satisface las relaciones de la red personal, independientemente del tamaño de esta; los adultos institucionalizados cuentan con vínculos al interior que les permite salir y atender estado de salud, cuenta con permisos y recursos (Quintero Echeverri, Villalmlil Gallego, Henao Villa, & Cardona Jimenez, 2018).

En su estudio Becerra-Martínez, El adulto mayor y su estancia en asilo, los adultos mayores reconocieron los beneficios de encontrarse en un asilo con un sentido de pertenencia a la realidad y la sociedad, situación que favorece su calidad de vida, realizando actividades cotidianas, mas sin embargo la mayoría externa no estar satisfechos por no considerarse su opinión en la programación de las mismas (Becerra Martínez, Godoy Sierra, Perez Ríos, & Moreno Gómez, 2007).

Capítulo III

VI. Materiales y Métodos

6.1. Tipo de Estudio

Fue una investigación cuantitativa, correlacional y no experimental debido a que se busca establecer la relación de las dos variables de estudio (Hernández Sampiere, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

6.2. Definición del Universo de Estudio

El universo de la población fueron adultos mayores de sesenta y cinco años que actualmente residen en 4 casas de reposo para adultos mayores: Las Américas, Las Flores, Balcones y La Casa de Los abuelos en la ciudad de Morelia.

6.3. Unidad de Observación

Adultos mayores que vivan en estancias o asilos.

6.4. Muestra y Muestreo

Muestra no probabilística por conveniencia un total de 100 personas adultas mayores, ingresadas en casa de reposo, estancia o asilo.

6.5. Límites de Tiempo y Espacio

La investigación se realizó de septiembre de 2019 a julio de 2020 en las instalaciones de la Casa de Reposo Las Flores, Balcones, Bosques y Las Américas, así como el Asilo Municipal Miguel Hidalgo.

6.6. Criterios de Selección

6.6.1. Inclusión

- Mujeres y Hombres con edad de 60 años y más
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento

- Adultos mayores con ingreso mínimo de un mes en la casa de descanso.

6.6.2. Exclusión

- Adultos mayores con discapacidad mental.
- Adultos mayores que no acepten participar en el estudio

6.6.3. Eliminación

- Adultos mayores que no respondan completo el cuestionario

6.7. Definición de Variables y Unidades de Medida

6.7.1. Variables

La variable independiente fue la soledad, conceptualizada como una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social (Cardona Jiménez, Villamil Gallego, Henao Villa, & Quintero Echeverri, 2013).

6.8. Selección de las Fuentes, de Métodos, Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información

6.8.1. Instrumentos

Para medir la Soledad se utilizó la Escala Este II de soledad social de Rubio (2012). Esta escala tiene una fiabilidad de alfa de Cron Bach de 0.72 para los 15 ítems que presenta. Los tres componentes extraídos, contienen, en resumen: percepción del apoyo social Uso de nuevas tecnologías, Índice de participación social subjetiva (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Puntajes de la Escala Este II por categorías

Categoría	Puntaje
Factor 1 percepción del apoyo social	0-2
Factor 2 Uso de nuevas tecnologías	0-2
Factor 3 participación social subjetiva	0-2

Nota: elaborado por Rubio, 2012

Para fines de esta investigación, se definieron los siguientes puntos de corte, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2.

Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor en la Escala ESTE II

Clasificación	Soledad			
	Familiar	Conyugal	Social	Crisis Existencial
Baja	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
Media	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
Alta	52 a 70	27 a 35	27 a 35	36 a 45

El cuestionario El WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1993) tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Los coeficientes de las facetas variaban entre 0,43 (la faceta “seguridad física”) y 0,90; y los coeficientes de las áreas variaban entre 0,69 y 0,90 (según información personal de los autores de la adaptación).

Tabla 3.

Áreas por evaluar

Subescala	Media	Desviación típica	Varianza	Mínimo	Máximo	No. Ítems
Salud Física	21.58	4.40	19.41	13	32	7
Salud Psicológica	20.60	3.91	15.35	12	42	6
Medio Ambiente	25.21	5.93	35.22	11	36	8
Relaciones Sociales	7.35	2.30	5.33	3	12	3

6.8.2. Procedimiento

Una vez formulado y delimitado el problema a investigar, se realizó una revisión bibliográfica para elaborar marco teórico. Se determinaron los objetivos e hipótesis y se elaboró el protocolo, seleccionando el diseño de la investigación, identificando la población y el plan de muestreo. Se especificaron los métodos para medir las variables de investigación y se realizó la prueba piloto.

Se realizó la colecta de datos, se abordó a las personas del grupo de estudio, informándoles sobre los objetivos del estudio, firmaron la hoja de consentimiento informado (ver anexo 1) contestando el cuestionario y/o se realizó lectura en el caso de aquellas personas con defectos visuales. (Ver anexo2)

Con los datos obtenidos se elaboró una matriz en el programa SPSS y realizó un análisis e interpretación de los resultados, con los que se elaborarán tablas o cuadros correspondientes.

Se elaboró la discusión, conclusiones y sugerencias, comunicando los hallazgos.

6.9. Recursos

6.9.1. Recursos Humanos

Responsable: L.E. María Teresa Espinoza Mosqueda

Directora: Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora: ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

6.9.2. Recursos Materiales

Para esta investigación se utilizó lo siguiente: pago para transporte, internet, laptop, copias impresiones, unidad de almacenamiento extraíble (USB); también se requiere el manual de intervención para el investigador, proyector multimedia (cañón), extensión, trípticos, rota folio y plumones.

6.9.3. Recursos Financieros

Esta investigación fue financiada de manera exclusiva por el investigador principal.

6.10. Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos se trabajó con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25 y Microsoft Excel 2021 para la elaboración de los gráficos. Primero, se realizó un análisis descriptivo utilizando porcentajes (%), medias (\bar{x}) y desviación estándar con la finalidad de presentar las características principales de la muestra de estudio y de los instrumentos utilizados.

Tabla 4.

Equipo y material para la investigación

Equipo y material	Cantidad	Valor	Total
Transporte	15	\$170	\$2550.00
Uso de internet	6 meses	\$40	\$240.00
Hojas	1 paquete	\$100	\$100.00
Alimentos	1 mes y medio	\$950	\$950
Copias	100	\$0.50	\$50.00
Lapiceros	5	\$5	\$25.00
Impresiones	100 impresiones	\$2	\$200.00
Dispositivo USB 1	-	\$120	\$120.00
Folders	5	\$2	\$10.00
Lápiz	15	\$2.5	\$37.50
Engargolado	3	\$25	\$75.00
Total			\$4357.50

Con el objetivo de cumplir con la pregunta de investigación se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman. El nivel de significancia se fijó en una $p \leq .05$.

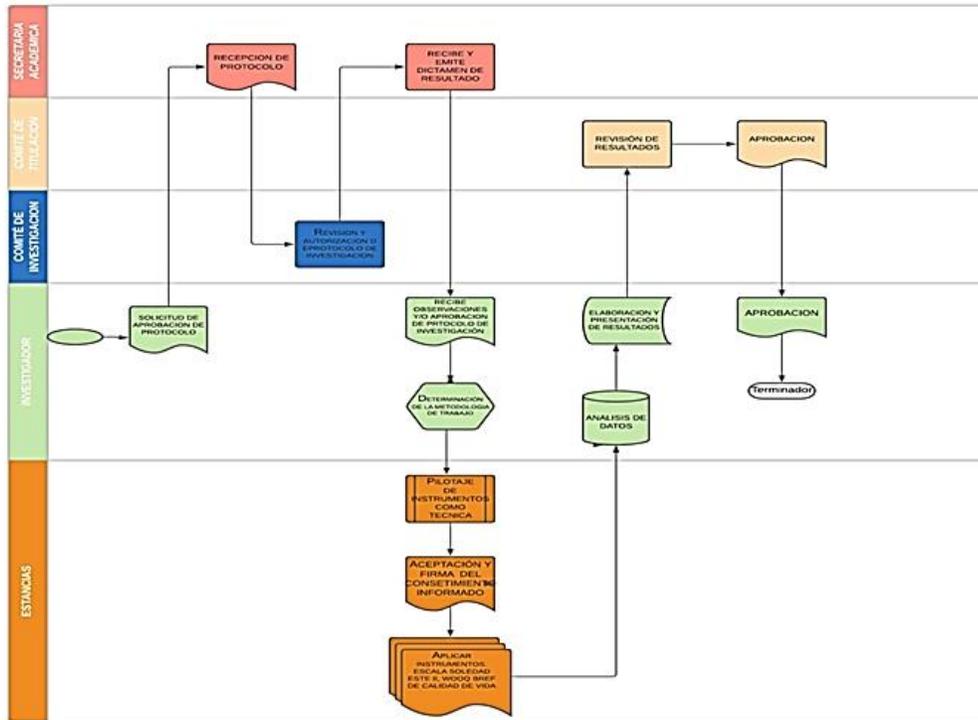
Para cumplir con los objetivos específicos se realizó una prueba U de Mann-Whitney y ANOVA de una vía.

6.11. Organización

El procedimiento del desarrollo del protocolo de investigación se describe en la Figura 2.

Figura 2.

Diagrama de flujo del procedimiento



VII. Aspectos Éticos

Los aspectos éticos del presente protocolo e Investigación que se han considerado se mencionan a continuación.

Con base a lo establecidos en La Ley General de Salud en su apartado de aspectos Éticos de la Investigación en Salud en Seres Humanos, en sus disposiciones Comunes en el artículo 13. Donde se establece que 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, así como manteniéndose la confiabilidad y la privacidad de la información relacionada al artículo 21 fracciones: I, II, IV, V, VI, VII y todos los apartados señalados en el mismo.

Norma Oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en sus disposiciones en el artículo 6. De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación.

6.1 A efecto de solicitar la autorización de una investigación para la salud en seres humanos, de conformidad con el objetivo y campo de aplicación de esta norma, los interesados deberán realizar el trámite ante la Secretaría, utilizando el formato correspondiente.

Del seguimiento de la investigación y de los informes técnico-descriptivos en su artículo 7:

7.1 Se consideran labores de seguimiento: la elaboración y entrega a la Secretaría de un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respecto del avance de la investigación de que se trate y al término de ésta, uno de carácter final, que describa los resultados obtenidos.

Contempla los lineamientos para la investigación en Seres Humanos de tipo internacional, como lo es el código de Núremberg (1947) que a la letra define:

1. El consentimiento voluntario de los sujetos de investigación humanos es absolutamente esencial.
2. El experimento debe reportar resultados útiles a la sociedad inalcanzables por otros procedimientos de estudio.
3. El experimento debe tener base científica.
4. El experimento debe llevarse a cabo evitando sufrimiento físicos o mentales innecesarios.

Declaración de Helsinki 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, (octubre, 2008) considera sus principios básicos como:

Principios Básicos

1. Experimentación básica suficiente
2. Protocolo y revisión por un Comité
3. Competencia de los investigadores
4. La importancia del objetivo debe ser proporcional al riesgo
5. Evaluación de riesgos y beneficios.

El protocolo de investigación garantizó en todo momento el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación en Seres humanos la privacidad y protección de datos del adulto mayor, así como respecto al anonimato., prevalecerá en todo momento el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar en todo momento, de acuerdo con el artículo 13. En materia de investigación para la salud (Diario Oficial, 1993)

La investigación se desarrolló de acuerdo con las bases establecidas en el artículo 14, apartados V. Se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Capítulo IV

VIII. Resultados

Con la finalidad de cumplir con el objetivo de la investigación que fue analizar la relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores de casas de descanso en la ciudad de Morelia, Michoacán. Se presentan los resultados de la siguiente manera, primero se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra; segundo se identificó el nivel de soledad y la calidad de vida en las cuatro subdimensiones de la escala (salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales); tercero, se realizó la relación de las variables soledad y calidad de vida con las características sociodemográficas; y, por último, se presenta el análisis de correlación entre la soledad y la calidad de vida.

El objetivo uno fue identificar las características sociodemográficas que tienen los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán y los resultados se muestran en las tablas 5 y 6.

La muestra quedó constituida de 56 participantes de cinco estancias para adultos mayores de la ciudad de Morelia, Michoacán, la mayoría fueron mujeres (62.5%), residentes de Morelia (51.8%), viudos (39.3%), de religión católica (89.3%), con rango de edad entre 65 – 70 años (19.6%), 46.4% recibe pensión económica y de ellos la pensión es de \$6,500.00 a \$8,500.00 (46.2%), el tutor responsable es el hijo (42.9%) y cuentan con seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social (44.6%).

Los adultos mayores cuentan con varios servicios en las estancias, 47% con servicio médico, 92.9% de enfermería, y 58.9% de rehabilitación; por otra parte, 57.1% no cuentan con servicio de servicio de psicología y 58.9% no tienen nutriólogo (tabla 6).

Tabla 5.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (n=56)

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujer	35	62.5
Hombres	21	37.5
Lugar de procedencia		
Morelia	29	51.8
Fuera de Morelia	27	48.2
Estado civil		
Soltero	11	19.6
Casado	14	25.0
Divorciado	6	10.7
Unión Libre	3	5.4
Viudo	22	39.3
Religión		
Católica	50	89.3
Cristiana	1	1.8
Testigos de Jehová	3	5.4
Otra	2	3.6
Edad		
65-70	11	19.6
71-75	9	16.1
76-80	8	14.3
>81	28	50.0
Pensión*		
\$6,500 a \$8,500	12	46.2
\$8600 a \$ 11,600	2	7.7
\$11,700 a\$ 14,600	3	11.5
\$ 14, 7000 y más	2	7.7
otra	7	26.9
Tutor		
Hijo	24	42.9
Hermano	15	26.8
Sobrino	5	8.9
Otros	12	21.4
Asistencia médica		
IMSS	25	44.6
ISSSTE	8	14.3
SSM	14	25.0
Otro	9	16.1

Tabla 6.

Servicios con los que cuentan los adultos mayores en las estancias (n=56)

Tipo de servicio		<i>f</i>	%
Médico	Sí	47	83.9
	No	9	16.1
Enfermería	Sí	52	92.9
	No	4	7.1
Psicología	Sí	24	42.9
	No	32	57.1
Rehabilitación	Sí	33	58.9
	No	23	41.1
Nutriólogo	Sí	23	41.1
	No	33	58.9

El objetivo específico dos fue identificar el nivel de soledad que tiene el adulto mayor en casas de descanso de Morelia, Michoacán. Los resultados se aprecian en la tabla 7, donde 71.4% de los adultos mayores presentan nivel de soledad medio.

Tabla 7.

Nivel de soledad (n=56)

Soledad	<i>f</i>	%
Bajo	8	14.3
Medio	40	71.4
Alto	8	14.3
Total	56	100.0

El objetivo específico tres fue conocer el nivel de calidad de vida de los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán y los resultados se presentan en las tablas 8 y 9.

El instrumento de calidad de vida cuenta con dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud. Respecto a la pregunta ¿cómo puntuaría su calidad de vida?, 50% de los participantes respondieron que lo normal y en cuanto a la pregunta ¿cuán satisfecho está con su salud?, 46.4% de los adultos mayores consideran que bastante bien, como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8.

¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (n=56)

Preguntas	f	%
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?		
Muy mal	6	10.7
Poco	4	7.1
Lo normal	28	50.0
Bastante bien	13	23.2
Muy bien	5	8.9
¿Cuán satisfecho está con su salud?		
Muy mal	4	7.1
Poco	11	19.6
Lo normal	11	19.6
Bastante bien	26	46.4
Muy bien	4	7.1

Las 24 preguntas restantes del instrumento WHOQoL Bref se agrupan en las cuatro dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (1998a, 1998b), que generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física (7 reactivos), psicológica (6 reactivos), relaciones sociales (3 reactivos) y medio ambiente (8 reactivos).

En la tabla 9 se observa que la dimensión de salud psicológico tuvo una $\bar{x} = 20.6$ ($DE=3.91$) y la dimensión relaciones sociales tuvo una $\bar{x} = 7.35$ ($DE=2.30$).

Tabla 9.

Estadísticos descriptivos de calidad de vida (n=56)

Dimensión	\bar{x}	DE	Varianza	Mínimo	Máximo
Salud Física (7)	21.58	4.40	19.41	13	32
Salud Psicológica (6)	20.60	3.91	15.35	12	42
Medio Ambiente (8)	25.21	5.93	35.22	11	36
Relaciones sociales (3)	7.35	2.30	5.33	3	12

Nota: \bar{x} =media

El objetivo específico cuatro fue relacionar la soledad con la calidad de vida del adulto mayor en las casas de descanso de Morelia, Michoacán. Se encontró normalidad en la distribución de los datos ($p>.05$) y se utilizó la prueba estadística paramétrica bivariada r de Pearson y se encontró relación estadísticamente significativa, negativa y moderada entre soledad y Salud Física ($r=-.365$, $p=.006$), entre soledad y Salud Psicológica ($r=-.484$, $p=.000$) y entre soledad y Medio Ambiente ($r=-.451$, $p=.000$); y una relación estadísticamente significativa, negativa y fuerte entre soledad y Relaciones Sociales ($r=-.505$, $p=.000$).

Esto se interpreta como que, a menor Salud Física, Salud Psicológica, Medio Ambiente y Relaciones Sociales es mayor el nivel de soledad de los adultos mayores en las estancias. Por lo anterior, hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna que señala que existe relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casas de descanso en la ciudad de Morelia.

Tabla 10.

Correlación de soledad con la calidad de vida del adulto mayor

		S	SF	SPs	MA	RS
S	<i>r</i>	1				
	<i>p</i>					
SF	<i>r</i>	-.365**	1			
	<i>p</i>	.006				
SPs	<i>r</i>	-.484**	.432**	1		
	<i>P</i>	.000	.001			
MA	<i>r</i>	-.451**	.412**	.640**	1	
	<i>p</i>	.000	.002	.000		
RS	<i>r</i>	-.505**	.222	.577**	.651**	1
	<i>P</i>	.000	.099	.000	.000	

Nota: r= Pearson, p=<.05, S= Soledad, SF= Salud Física, SPs= Salud Psicológica, Ma= Medio ambiente, RS= Relaciones Sociales

El objetivo específico cinco fue relacionar las variables de soledad y calidad de vida con las características sociodemográficas de los adultos mayores de Morelia, Michoacán.

Para la variable soledad, la tabla 11 señala que el valor de la significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza H_0 : Las medias de los grupos son iguales. Entonces las medias de soledad son diferentes entre las estancias.

Tabla 11.

Resultados de la prueba ANOVA de un factor para soledad

Soledad		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	f
Soledad	Inter-grupos	184.929	4	46.232	2.588	.048
	Intra-grupos	910.910	51	17.861		

Tabla 12.

Resultados de la prueba ANOVA de un factor para las dimensiones de calidad de vida

Dimensión de calidad de vida		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	f
Salud Física	Inter-grupos	238.512	4	59.628	3.66	.011
	Intra-grupos	829.041	51	16.256		
Salud Psicológica	Inter-grupos	248.789	4	62.197	5.324	.001
	Intra-grupos	595.795	51	11.68		
Salud del Medio ambiente	Inter-grupos	604.567	4	151.142	5.783	.001
	Intra-grupos	1332.861	51	26.135		
Relaciones Sociales	Inter-grupos	20.904	4	5.226	.979	.427
	Intra-grupos	272.298	51	5.339		

En la relación de la variable de calidad de vida con las variables sociodemográficas, se procedió a correr un análisis F de la varianza (ANOVA), para conocer diferencias en las dimensiones de la calidad de vida según el tipo de estancia. Los resultados se encuentran en la tabla 12 que muestran que el valor de la significancia es menor a 0.05 por lo que se rechaza H_0 : Las medias de los grupos son iguales. Entonces las medias de las dimensiones de Salud Física, Psicológica y Medio ambiente son diferentes entre las estancias, pero no en la dimensión de relaciones sociales.

El objetivo específico seis fue identificar las diferencias de las variables soledad y calidad de vida con las variables sociodemográficas. En la tabla 13 se muestran las diferencias de la soledad con las variables sexo, edad, estado civil y tipo de estancia y no se encontraron diferencias entre ellos ($p < .05$).

En cuanto a la variable calidad de vida con las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias entre la dimensión Salud Física y edad ($H=8.881$, $p=.031$) y estancia ($H=11.212$, $p=.024$); en la dimensión Salud Psicológica se encontraron

diferencias con estancia ($H=15.524$, $p=.004$); y, finalmente, en la dimensión Medio Ambiente hubo diferencias con estancia ($H=17.510$, $p=.002$). En la dimensión Relaciones Sociales no hubo diferencias ($p>.05$).

Tabla 13.

Diferencias de soledad y variables sociodemográficas (n=56)

Variable	\bar{x}	Mdn	p	U & H
Sexo				
Mujer	14.94	15	.309	U=307.500
Hombre	16.57	16		
Estado civil				
Soltero	16.18	15	.973*	H=.502
Casado	15.07	15		
Divorciado	15	15.50		
Unión libre	14.67	15		
Viudo	15.82	15		
Edad				
65 – 70	16	16	.889	H=.630
71 – 75	14.67	15		
76 – 80	15.50	16		
> 80	15.68	14.50		
Estancia				
A	15.50	15	.070	H=8.661
B	12.75	13.50		
C	13.67	13		
D	18.33	18.50		
E	17.38	17		

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, U=U de Mann-Whitney y *H= H de Kruskal-Wallis.

Tabla 14.

Dimensión Salud Física y variables sociodemográficas (n=56)

Variables	\bar{x}	Mdn	p	U & H
Sexo				
Mujer	22.22	22	.101	U=271.000
Hombre	20.53	20		
Estado civil				
Soltero	24	24		
Casado	19.71	20	.124	H=7.239
Divorciado	19.50	19		
Unión libre	20.33	21		
Viudo	22.31	22		
Edad				
65 – 70	20	20	.031	H=8.881
71 – 75	23.88	23		
76 – 80	24.37	25.50		
> 80	20.67	22		
Estancia				
A	19.35	19.50		
B	24.50	24.50		
C	21.88	22	.024	H=11.212
D	20.16	21		
E	23.69	23		

*Nota: X=Media, Mdn=Mediana, U=U de Mann-Whitney y *H= H de Kruskal-Wallis.*

Tabla 15.

Dimensión Salud Psicológica y variables sociodemográficas (n=56)

Variables	\bar{x}	Mdn	p	U & H
Sexo				
Mujer	20.26	20	.610	U=337.500
Hombre	20.90	21		
Estado civil				
Soltero	22.81	23	.265	U=5.221
Casado	20.28	20		
Divorciado	19.16	18		
Unión libre	18.66	20		
Viudo	20.25	21		
Edad				
65 – 70	18.36	18	.071	H=7.038
71 – 75	21.33	22		
76 – 80	19.45	18.81		
> 80	21.50	21.50		
Estancia				
A	19.50	20	.004	H=15.524
B	24	23		
C	22.11	22		
D	16.43	16.81		
E	20.93	21		

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, U=U de Mann-Whitney y *H= H de Kruskal-Wallis.

Tabla 16.

Dimensión Medio Ambiente y variables sociodemográficas (n=56)

Variables	\bar{x}	Mdn	p	U & H
Sexo				
Mujer	24.57	25	.338	U=311.00
Hombre	26.28	27		
Estado civil				
Soltero	26.09	24		
Casado	23.85	24	.503	U=3.339
Divorciado	23.66	24		
Unión libre	21.66	25		
Viudo	26.54	27		
Edad				
65 – 70	22.90	24	.495	H=2.394
71 – 75	25.55	24		
76 – 80	26.37	25.50		
> 80	25.67	27		
Estancia				
A	23.20	24		
B	31.12	31		
C	26.55	26	.002	H=17.510
D	19.33	20		
E	26.46	27		

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, U=U de Mann-Whitney y *H= H de Kruskal-Wallis.

Tabla 17.

Dimensión Relaciones Sociales y variables sociodemográficas (n=56)

Variables	\bar{x}	Mdn	p	U & H
Sexo				
Mujer	7.27	7	.608	U=337.500
Hombre	7.47	8		
Estado civil				
Soltero	8	9		
Casado	7.19	7	.774	U=1.792
Divorciado	7.66	8		
Unión libre	6	5		
Viudo	7.22	7.50		
Edad				
65 – 70	6.52	6	.496	H=2.386
71 – 75	8	8		
76 – 80	7.37	7.50		
> 80	7.46	8.50		
Estancia				
A	6.83	7		
B	8.50	8.50		
C	7.77	8	.497	H=3.846
D	6.66	6.50		
E	7.46	9		

*Nota: X=Media, Mdn=Mediana, U=U de Mann-Whitney y *H= H de Kruskal-Wallis.*

IX. Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la relación que tiene la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casas de descanso y/o reposo en la ciudad de Morelia, Michoacán; en este capítulo se muestra el análisis de resultados encontrados, en el que se aplicaron de una forma empírica los conceptos teóricos de la Teoría de la Auto trascendencia de Pamela G. Reed. A continuación, se discuten los resultados a partir del propósito de la investigación.

Se Inicia con las características de las variables sociodemográficas que tienen los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán; se encontró que el género femenino es el mayor en la muestra, tal como lo reporta el INEGI (2018) en relación con los adultos albergados por sexo en estancias o albergues para adultos mayores. En cuanto a la edad el mayor número de personas corresponde al rango de 81 años y más.

Respecto a la variable estado civil se reportó que la mayor parte de los participantes son viudos para ambos grupos respectivamente; tal como lo informan en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENANDIS, 2017) si bien el estado conyugal que predomina entre las personas mayores es la pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre, la viudez ocupa un lugar importante, y el porcentaje de viudas casi triplica al de viudos. En referencia al estado civil, algunos autores lo asocian con la soledad ya que el contar con alguna pareja se convierte en un factor protector contra la soledad,

En relación con si reciben una pensión económica, más de la mitad refiere no recibir pensión, dato que se constata con el panorama presentado a nivel nacional en donde únicamente dos de cada diez personas de 60 años y más tiene pensión o jubilación, y la mayoría corresponde a hombres (ENANDIS, 2017).

La variable religión reveló que el mayor porcentaje de los participantes refieren ser católicos, este resultado es similar al presentado por la Encuesta Nacional sobre

Discriminación en México (ENANDIS, 2017). Para muchas personas mayores la práctica religiosa tiene una importancia fundamental, que les permite hacer frente a los problemas de salud física y las tensiones de la vida, a pesar de que el panorama religioso en el país se ha modificado sigue siendo superior la influencia de la religión católica antes que alguna otra religión o sin religión.

La asistencia social para los adultos mayores que cuenta con un servicio para el grupo muestra con garantía a un acceso a los servicios de salud públicos, refleja el beneficio de atención a su salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dato que es acorde a lo presentado en ENANDIS 2017, en la población de 60 años y más que busca su atención a su salud.

En relación con el nivel de soledad que tiene el adulto mayor en casas de descanso de Morelia, Michoacán fue medio para toda la muestra, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo, estado civil, edad y estancia. Esto fue diferente a lo que reportó Quintero (2018). quien en su estudio encontró diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. Cabe señalar que Bail (2015) reportó que las personas que se sienten solas no se diferencian de las que se sienten solas en cuanto a la frecuencia de interacciones con otros, sino más bien en el grado de intimidad de esas interacciones en el sentido de pertinencia, de modo que es más importante la cantidad de apoyo que reciba de una persona, es la calidad y la profundidad de las relaciones lo que produce mayor bienestar y sentimiento de soledad.

Es importante que a pesar de que la mayoría de los adultos mayores pertenecen a instituciones privadas y sólo una de ellas fue institución pública; es decir, el medio ambiente, así como la infraestructura del lugar pueden influir en el sentimiento de soledad del adulto mayor, lo que puede incrementarse con los motivos de ingreso. Además, pueden existir diferencias al habitar una residencia de tipo privado o pública, ya que, si se dispone de recursos económicos, se está en posibilidades de pagar una casa de reposo de tipo privado o no hacerlo y seleccionar una estancia pública. Aunado

a lo anterior el medio ambiente puede ser positivo o negativo para los adultos mayores que presentan limitaciones, discapacidades físicas o problemas de salud; cabe señalar que la decisión de ingresar a las estancias privadas la toma el familiar o tutor, responsable legal del AM considerando la capacidad económica para el pago de la estancia, situación contraria a los señalado por Quevedo (2016), quien manifiesta la necesidad de solicitar la aceptación del AM para su ingreso debido a que si éste no está de acuerdo, el medio ambiente se convierte en un factor negativo para la presencia de soledad, Cabe señalar que este estudio no se identificaron diferencias entre soledad y el tipo de estancia.

Un dato interesante se pudo observar en las diferencias que existen en calidad de vida que fueron Salud física, Salud Psicológica y Medio Ambiente, con la variable tipo de estancia, excepto en la dimensión Relaciones Sociales, lo que coincide con lo señalado por Vasallo (2019), quien reportó que la satisfacción con los ambientes y la residencia en el centro de reposo contribuyen al desarrollo de la calidad de vida de los adultos mayores.

Finalmente, se pudo comprobar la hipótesis que señala que existe relación de la soledad y la calidad de vida en adultos mayores en casas de descanso en la ciudad de Morelia. Estos resultados coinciden con Acosta et al (2017), quien refiere que las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar influyen en el deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores.

X. Conclusiones

Los resultados de la investigación realizada mostraron que los adultos mayores refieran un nivel de soledad medio y una calidad de vida buena, por lo que se concluye que existe relación entre el nivel de soledad y la calidad de vida de los adultos mayores en casas de descanso de Morelia, Michoacán.

En su teoría de la auto trascendencia, Pamela Reed observó el desarrollo de las personas mayores, no como un proceso lineal de ganancia y pérdida, sino de transformación de los viejos comportamientos e ideas y de integración de nuevos puntos de vista, conductas y actividades que al no ser aceptados con conciencia por las personas adultas mayores ante su naturaleza mortal, coloca a la persona en un estado de vulnerabilidad, generando una crisis vital, como, por ejemplo al ingresar a un nuevo entorno, como es la estancia o casa de reposo; se comprueba la integración y modificación de comportamientos en el grupo de estudio, en su mayoría mujeres y en el grupo de edad entre los 75 y 81 años de edad.

Los factores personales y contextuales pueden influir en la relación existente entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia; el proceso de la auto trascendencia y bienestar es positiva en el grupo de estudio y ambos están relacionados con el entorno social y económico, en donde más de la mitad cuenta con un tutor o responsable en línea directa (hijo o hija); también se resalta que más del cincuenta por ciento de los residentes cuenta con un servicio social en salud y reciben un servicio de atención médica y de enfermería, psicología y nutrición en la estancia donde residen, lo que favorece la calidad de vida de los adultos mayores.

Los factores representan una influencia positiva entre auto trascendencia y bienestar, en relación con la capacidad cognitiva, las experiencias de vida y la espiritualidad de cada uno de los adultos para adaptarse a sus nuevos entornos.

En cuanto a la comprobación de los objetivos específicos se identificó que existe una relación entre las características sociodemográficas con las variables de soledad

y calidad de vida y para el nivel de soledad según el sexo, los hombres presentaron un mayor nivel de soledad; en cuanto al medio ambiente la estancia donde los adultos presentaron un nivel de soledad significativo fue la Casa de Los Abuelos al ser comparadas con las otras.

En relación al concepto de bienestar de la Teoría de la auto trascendencia, como una sensación de plenitud y de salud, según los criterios “que tenga cada uno de lo que significan plenitud y salud”, se relaciona los resultados obtenidos con el medio ambiente en el que se desarrolla la investigación con el grupo de estudio, benefició el nivel de calidad de vida ya que la percepción en relación con su estado de salud es de un nivel normal y se encuentran bastantes satisfechos con su salud.

Los conceptos meta paradigmáticos de la Teoría de la Auto trascendencia contribuyen en la orientación del cuidado en el grupo de adultos mayores, y constituyen un nuevo un marco en materia de salud en el municipio de Morelia, reflejados en los resultados medio ambiente y las estancias donde residen los adultos mayores, en donde el trabajo de enfermería permita mejorar los procesos de salud en las estancias o casa de reposo de los AM.

El facilitar el afrontamiento en los AM ante nuevas experiencias de salud o enfermedad, en situaciones sociales o culturales, fundamenta el proceso de bienestar de la Teoría de Pamela Reed, donde el AM acepta los cambios de la complejidad de la vida al ingresar a entornos nuevos o desconocidos por él, como son las casa de reposo, disminuyendo el riesgo de fragilidad, al encontrar un resultado de calidad de vida normal.

El aumento de la vulnerabilidad está relacionado con un incremento de la auto trascendencia; en relación al grupo de estudio la vulnerabilidad ayuda en el afrontamiento a la soledad, así como enfrentar la percepción del AM ante la exclusión de la vida familiar al ingresar a una casa de reposo, favoreciendo el aumento sin detrimento de la calidad de vida.

XI. Sugerencias

Los resultados obtenidos en la presente investigación marcan una línea futura de investigaciones, en relación con la soledad y la calidad de vida en los adultos mayores, se recomienda integrar profesionales de enfermería en los grupos interdisciplinarios de las casas de reposo, con el propósito de promover cuidados integrales sustentados en la teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed para garantizar la calidad de vida del adulto mayor como un derecho a la salud.

Las casa de reposo o estancias para adultos mayores en la ciudad y en el estado de Michoacán, representan una oportunidad para familiares y tutores de los adultos mayores para garantizar una calidad de vida, sin afectar su salud psicológica, al contribuir y generar un ambiente de soledad positiva, para estar en comunión consigo mismo, vivir el propio ser con calma, con serenidad y conforme a su propio ritmo; logrando la autotrascendencia al producirse un cambio continuado para mantener su salud mental y la sensación de bienestar en el proceso de envejecer.

Para el profesional de enfermería se convierte en un reto integrarse en estos espacios y propiciar acciones de cambios en la hacia práctica integral con calidad, responsable de otorgar un trato digno e incorporar el adulto mayor a la dinámica familiar y social, atender los cambios en este grupo de edad y facilitar el afrontamiento en los AM ante nuevas experiencias de salud o enfermedad, en situaciones sociales o culturales, ayudar en el afrontamiento a la soledad y exclusión de la vida familiar al ingresar a las casas de reposo sin detrimento de la calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, p., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). Concepción del adulto mayor. *Scielo Kooks*, 60-98. Recuperado el 16 de 09 de 2019, de <http://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>
- Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, B., Vales García, J. J., & Rubio Rubio, L. (s.f.).(2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*. Vol.31(2). Obtenidode <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>
- Aponte Daza, V. (08 de 2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Red de revistas Científicas de América Latina, el Caribe*, 13(2), 152-182. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- Bail. (2014). *Práctica Profesional 632 Familia y enfermedad crónica*. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf
- Becerra Martínez, D., Godoy Sierra, Z. L., Perez Ríos, N. S., & Moreno Gómez, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Medigraphic Artemisa*, 15(1), 33-37. Recuperado el 03 de 10 de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>
- Berrío Valencia, M. I. (26 de 06 de 2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 192-194. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a05.pdf>

Bruno, F., & Acevedo Alemán, J. (31 de 12 de 2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Open Edtition Journals.Forum Sociológico*, 7-20. doi:DOI: 10.4000/sociologico.1453

Camara de Diputados. (07 de 2017). *Dirección General de Servicios Documentacion , Información y Análisis*. Recuperado el 6 de 12 de 2019, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-11-17.pdf>

Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Redalyc.org*, 9-19. Recuperado el 23 de 10 de 2019, 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. *Cuidarte*. Recuperado el 26 de 10 de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/332922010_Soledad_en_el_adulto_mayor_implicaciones_para_el_profesional_de_enfermeria

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (29 de 11 de 2017). *Organismo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Recuperado el 12 de 08 de 2019, de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-12/Declaracion_envejecer_con_dignidad.pdf

Diario Oficial de la Federación. (2011). DECRETO por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaria de Gobernación, México. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011&print=true

Diario Oficial de la Federación. (13 de 07 de 2011). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social. 4. México. Recuperado el 18 de 10 de 2019, de

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/35896/NOM-031-SSA3-2012.pdf>

Diario Oficial, d. (1993). *Reglamento de la Ley General de Salud en Matreria de Investigación para la Salud*. Mexico: Diario oficial d ela federación. Recuperado el 12 de 02 de 2021, de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10._NAL._R_eglamento_de_Investigacion.pdf

González, K. D. (2015). *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. Quintana Roo: COESPO. Recuperado el 12 de 10 de 2019, de <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%C3%81FICO%20EN%20M%C3%89XICO.pdf>

Hernández, Sampiere, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. En *Metodología de la Investigación* (Vol. 6a. Edición, págs. 90-111). Mexico: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado el 16 de 08 de 2019

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Censos y conteros de población y vivienda*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html>

Instituto Nacional de Salud Pública. (02 de 2021). *Encuesta Nacional sobre la Discriminación 2017. Resultados sobre personas mayores*. Resultados Nacionales, México. Recuperado el 18 de 08 de 2021, de <https://www.gob.mx/conapo/documentos/encuesta-nacional-sobre-discriminacion-2017-resultados-sobre-personas-mayores>

Instituto Nacional, P. M. (2011). *Encuesta Nacional Sobre la Discriminación en México- ENANDIS 2010. Resultados sobre personas adultas mayores*. Consejo

Nacional para Prevenir la Discriminación, México. Recuperado el 06 de 11 de 2020

Jacinto Jijón, R., & Ramón Blanco, M. (04 de 2018). Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica. *Enfermería investiga*, 3(1), 16-20. doi: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.04>

Maciel, C. (2016). *Facultad de Psicología Universidad dela República*. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21031/1/Maciel.pdf>

MSH, A. Y. (2012). Maltrato en el adulto institucionalizado. *Revsta Medica CONDES*, 84-90.

Naciones Unidas, F. d. (2018). *El envejecimiento en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en México*. México. Recuperado el 18 de 08 de 2021, de https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/el_envejecimiento_en_poblaciones_en_condiciones_de_vulnerabilidad_en_mexico.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA 1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. (17 de 11 de 1999). Diario Oficial d ela Federación. (13), 3. México: Secretaria de Gobernación. Obtenido de https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=54555&p_lang=

Oliva Ramos, J. F. (08 de 2015). *Repositotio UDEC*. Obtenido de http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/1873/1/TESIS_Nivel_de_autotrascendencia_y_factores_moderadores_en_adultos_mayores.pdf

Osorio Parraguez, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. d. (2011). *Revista Mad*, 61-75. Recuperado el 16 de 11 de 2019, de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>

- Quintero Echeverri, A., Villalml Gallego, M., Henao Villa, E., & Cardona Jimenez, L. C. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 49-57. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n2/0120-386X-rfnsp-36-02-00049.pdf>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Vol. 7a edición). España: Elsevier.
- Rojas Espinoza, J. B., García Hernández, M. L., Cárdenas Becerril, L., Vázquez Galindo, L., & Silveira Kempfer, S. (2018). Adaptación del Modelo de Kristen Swanson para el Cuidado de enfermería en adultas mayores. *Scielo*, 27(4). Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e0660017.pdf>
- Rubio Herrera, R. (2009). Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Sanchez, A., & Jaguey, I. y. (2021). *¿Qué nos reporta el Censo 2020 sobre el Envejecimiento en México?* Boletín. Obtenido de https://sdi.unam.mx/suiev/wp-content/uploads/2021/03/BOLETIN-2_CENSO-2020_UNAM-SUIEV_V6.pdf
- Sequeira Daza, D. (11 de 2011). La soledad en las personas mayores: factores protectores de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos. Recuperado el 06 de 10 de 2019, de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/21617>
- Teyssier Larios, M. (2015). *Estudio de la Calidad de Vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México*. Recuperado el 23 de 12 de 2019, de file:///C:/Users/Galio/Documents/SOLEDAD2020/rep_1036.pdf
- Toribio Ferrer, C., & Franco Barcenas, S. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano*

del Seguro Social, 16-22. Recuperado el 18 de 12 de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181c.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139-141. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316300239>

Vasallo Cáceres, RM. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica*. Tesis. Pag-26. Obtenido de http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019_Vasallo-Caceres.pdf

Anexos

Anexo 1. Escala Este II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus ¿Problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	2	1	0
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2. Uso de Nueva Tecnologías	Siempre	A veces	Nunca
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)			
11. ¿Utiliza Ud. Internet?			
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva	Siempre	A veces	Nunca
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
Puntuación en soledad social:			

Anexo 2. Cuestionario WHOQoL BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5

¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que					

Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de variables

Variable Independiente	Definición conceptual	Indicador y dominio	Instrumento de medición	Clasificación
Soledad	El sentimiento de soledad es una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social.	Factor 1 Percepción de apoyo social. 1,2,3,4,5,6,7,8 Factor3.indice de Participación Social subjetiva: 12,13, 14, 15.	Escala Soledad Este II	Niveles de puntuación: Bajo 0 a 10 puntos Medio 11 a 20 puntos Alto 21 a 30 puntos
Dependiente Calidad de Vida	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	1,8,15, 22,26	Cuestionario WHOQOL-BREF	El instrumento integra número de escalas: Muy mal 1 Poco 2 Lo normal 3 Bastante bien 4 Muy bien 5

Apéndice 2. Cronograma de Actividades

Actividades programadas	2019				2020		2021					
	A	S	O	N	A	M	M	M	J	J	S	
Selección del tema y delimitación de problema	X											
Elaboración del protocolo de estudio	X	X	X	X	X							
Aprobación del Protocolo de estudio por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería						X	X					
Determinación de la Metodología							X					
Pilotaje de instrumentos como técnica							X					
Aplicación de las cédulas: Demográfica, Escala de Soledad Este II, Wooq Bref de Calidad de Vida, a los adultos residentes en las casas de reposo “ <i>Las Flores, Las Américas, Balcones, Bosques y Miguel Hidalgo</i> ”							X	X				
Preparación de los datos								X	X			
Análisis estadísticos								X	X			
Elaboración de resultados (tablas), discusión, conclusiones y sugerencias								X	X			
Pre defensa de Tesis										X		
Atención de observaciones												X

Apéndice 3. Cédula de colecta de datos

Este cuestionario es confidencial todas las respuestas serán utilizadas, con el fin de identificar el nivel de soledad relacionado con la calidad de vida de los adultos mayores en casa de descanso, las respuestas serán utilizadas solo para la investigación.

Marque con un X si acepta que se le realice la encuesta o no acepta.

Acepto_____ No acepto_____

Indicaciones: A continuación, marque con una X la respuesta correspondiente:

1.- Género

1. Mujer_____

2. Hombre _____

2.- ¿Cuáles es su edad (años cumplidos)? _____

3.- ¿Cuál es su estado civil actual?

a) Soltero _____

b) Casado _____

c) Divorciado _____

d) Unión libre _____

e) Viudo _____

4.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

a) Dentro de Morelia_____

b) Fuera de Morelia_____

c) Otro: _____

5.- ¿Usted cuenta con pensión económica?

1. Si _____

2. No _____

6.- Cuenta con un tutor o responsable de usted:

1. Hijo (a) _____
2. Hermano (a) _____
- 3.-Sobrino (a) _____
- 4.- Otros: _____

7.- ¿Cuenta con seguridad social en salud?:

1. Si
2. No

8. Usted atiende su salud en:

1. IMSS: _____
2. ISSSTE: _____
3. SSA: _____
4. Otra: _____

9. En la estancia cuenta con servicio de:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. Médico | 1. Si _____ 2. No _____ |
| 2. Enfermería | 1. Si _____ 2. No _____ |
| 3. Psicología | 1. Si _____ 2. No _____ |
| 4. Rehabilitación | 1. Si _____ 2. No _____ |
| 5.- Nutriólogo | 1. Si _____ 2. No _____ |

10. Usted pertenece alguna congregación religión, como:

1. católica _____
2. cristiana _____
3. mormón _____
4. Testigos de Jehová _____
5. Otra _____

Apéndice 4. Consentimiento Informado

Al firmar el presente documento otorgo mi autorización a la L.E. María Teresa Espinoza Mosqueda para que me aplique dos encuestas, la primera la Escala Este II de Soledad Social y el Cuestionario WHOQOL-BREF que mide la Calidad de Vida, relacionados con su proyecto de investigación denominado: “Soledad relacionada con calidad de vida en el adulto mayor en casas de descanso de Morelia, Michoacán”.

He recibido información que en este estudio se cuidará el respeto a mi dignidad y protegerá mis derechos y mi bienestar, así como mantendrá la confidencialidad y mi privacidad. De igual forma se me ha informado que no estaré expuesto a ningún riesgo, al igual en caso de estar en riesgo se suspenderá la investigación y/o retirarme en el momento que así lo decida; si alguna de las preguntas durante la entrevista me parece incomoda puedo hacerlo saber a la investigadora o no estar obligado a responder.

Se me ha explicado que el objetivo es mejorar la calidad de vida en adultos mayores residentes en casas de descanso, estancia y asilos.

Morelia, Mich; a _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Testigo 1

Testigo 2
