

**CARACTERÍSTICAS DE SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS DE ALGUNOS  
CENTROS DE ADULTO MAYOR RISARALDA 2022**

**AUTORAS**

Tania Becerra González, Karen Estefany Bedoya Gómez, Dana Saharay Tobón Castro

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2022**

**CARACTERÍSTICAS DE SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS DE ALGUNOS  
CENTROS DE ADULTO MAYOR RISARALDA 2022**

**AUTORAS**

Tania Becerra González, Karen Estefany Bedoya Gómez, Dana Saharay Tobón Castro

**ASESORA**

Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2022**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a todas las personas que nos brindaron el apoyo durante todo el proceso de realización del estudio, principalmente a nuestros padres por estar pendientes en lo que necesitáramos y siempre estar con su apoyo para que alcancemos nuestras metas y sueños, a la profesora Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza quien fue nuestra asesora que nos instruyó, nos brindó la confianza y estuvo dispuesta a compartirnos su conocimiento para culminar satisfactoriamente con el proyecto, a los líderes de los hogares del adulto mayor por permitirnos entrar y darnos la confianza para aplicar nuestro instrumento, a los adultos mayores por permitirnos acercarnos a ellos y ser tan colaboradores, a las trabajadoras y practicantes de los hogares por darnos información, ser pacientes y darnos ánimo para que cada una de las personas adultas estuvieran dispuestas a acceder al estudio, por último, a la Fundación Universitaria del Área Andina por su autorización para la realización de este proyecto.

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN	12
1 EL PROBLEMA	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 JUSTIFICACIÓN	22
4 ALCANCES Y LIMITACIONES	25
5 MARCO REFERENCIAL	26
5.1 MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE	26
5.2 MARCO TEÓRICO	29
5.2.1 Contextualización y conceptualización del adulto mayor	29
5.2.2 Cambios morfofisiológicos	33
5.2.3 Soledad	36
5.3 MARCO CONCEPTUAL	40
5.3.1 Anciano (Adulto mayor)	40
5.3.2 Anciano de 80 o más años	41
5.3.3 Envejecimiento	41

	5
5.3.4 Soledad	41
5.3.5 Sarcopenia	41
5.3.6 Geriatría	42
5.3.7 Promoción de la salud	42
5.3.8 Calidad de vida	42
5.3.9 Soledad objetiva	42
5.3.10 Soledad subjetiva	42
5.3.11 Soledad crónica	43
5.3.12 Soledad emocional	43
5.3.13 Soledad social	43
5.3.14 Soledad situacional	43
5.3.15 Soledad permanente	43
5.3.16 Soledad puntual	44
5.3.17 Síndrome de la soledad	44
5.3.18 Soledad y salud	44
5.3.19 Fragilidad del adulto mayor	44
5.4 MARCO CONTEXTUAL	45
5.5 MARCO GEOGRÁFICO	50
5.6 MARCO EPIDEMIOLÓGICO	56
5.7 MARCO ÉTICO	61

	6
5.8 MARCO LEGAL	67
5.9 MARCO DISCIPLINAR	73
5.9.1 Hildegard E. Peplau: “Teoría de las relaciones interpersonales”	74
5.9.2 Jean Watson: “Teoría del cuidado humanizado”	75
6 METODOLOGÍA	77
6.1 Tipo de estudio	77
6.2 Población y muestra	77
6.2.1 Población	77
6.2.2 Muestra	77
6.3 Instrumento	77
6.4 Técnicas de recolección de información	78
6.5 Análisis de resultados	78
7 RESULTADOS	79
7.1 Caracterización sociodemográfica	79
7.2 Características biofísicas y sociales del adulto mayor	83
7.3 Características de soledad	88
8 DISCUSIÓN	101
9 CONCLUSIONES	108
10 RECOMENDACIONES	109
11 ANEXOS	111

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1: Porcentaje de la población mundial de 60 años y más respecto a la población total, 1950-2050.

Figura 2: Índice de Katz.

Figura 3: Índice de Barthel.

Figura 4: Hogar Fundación Edad de Oro.

Figura 5: Hogar del Adulto Mayor San Francisco de Asís.

Figura 6: Hogar del adulto mayor, San Sebastián.

Figura 7: Hogar de Bienestar del Adulto Mayor (CBA), San Francisco de Asís.

Figura 8: Mapa del departamento de Risaralda.

Figura 9: Mapa del municipio de Pereira.

Figura 10: Mapa del municipio de Dosquebradas.

Figura 11: Mapa del municipio de Mistrató.

Figura 12: Colombia: Calidad de vida de las personas mayores por condición étnico-racial, 2018 (en porcentajes).

Figura 13: Colombia: Calidad de vida de las personas mayores por estrato socioeconómico, 2018 (en porcentajes).

Figura 14: Colombia: Nivel educativo de las personas mayores, 2018 (en porcentajes).

Figura 15: Colombia: Calidad de vida por regiones o departamentos, 2018 (en porcentajes).

Figura 16: Población según tipo de soledad en hogares de adulto mayor.

Figura 17: Motivos de soledad emocional según género.

Figura 18: Tipos de soledad según género.

Figura 19: Tipo de soledad según morbilidad crónica preexistente.



Figura 20: Índice de Fragilidad según edad.

Figura 21: Limitación de la salud según tipo de soledad.

Figura 22: Riesgos emocionales asociados a la soledad según estado civil.

## **CONTENIDO DE TABLAS**

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica.

Tabla 2: Características biofísicas y sociales del adulto mayor.

Tabla 3: Características de soledad.

## **CONTENIDO DE ANEXOS**

Anexo 1: Encuesta sobre características de soledad en personas adultas de algunos centros del adulto mayor Risaralda 2022.

Anexo 2: Consentimiento informado.

Anexo 3: Cartas institucionales.

Anexo 4: Registro fotográfico de los hogares del adulto mayor.

## INTRODUCCIÓN

Según Reyes (2018) citando a la OMS define al adulto mayor como una persona que tiene más de 60 años, sub dividiéndose en cuatro categorías: edad avanzada de 60 a 74 años, viejos o ancianos de 75 a 89 años, grandes viejos o longevos de 90 a 99 años y centenarios con más de 100 años. Teniendo en cuenta las proyecciones de la OMS, entre el año 2000 y 2050 la población de los adultos mayores se va a duplicar aumentando del 11% al 22% generando así un crecimiento de 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2020).

El envejecimiento es una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia del paso del tiempo en los seres vivos (Biner, et al. 2021), además de que algunas enfermedades como el Alzheimer, cáncer, osteoporosis, HTA, diabetes mellitus o la artritis pueden causar limitación física o mental, siendo causantes de que el adulto mayor tenga un índice de fragilidad variable que va entre 0 a 11 puntos siendo la cifra mayor fragilidad severa y, por tanto, hace que el adulto mayor tenga un cuidado más dependiente con asistencias señaladas en el AVD y ABC.

Una de las manifestaciones que se está encontrando con bastante frecuencia es la soledad, siendo consecuencia de las morbilidades mencionadas, en la cual la persona puede presentar tristeza, sentimiento de abandono y una depresión, lo que conformaría soledad emocional, pero no ajeno a esto, la persona que tiene una morbilidad física de base, en su mayoría al utilizar una ayuda técnica como caminador, una bala de oxígeno o una bolsa de diálisis, puede indicar que puede desarrollar una soledad de tipo social, es decir que se aísla por sí mismo, porque puede sentirse incómodo frente a las demás personas. En mínima

cantidad en latino américa existe la soledad de tipo existencial generalmente relacionada con personas que se pensionan, y que, en algún momento dado, la inactividad laboral, los lleva a una crisis porque creen que no son útiles a la sociedad ni a su familia. Éstos tres tipos de soledad, hoy se encuentran en una frecuencia variable en todos los lugares donde todos los adultos mayores ingresan de manera permanente.

# **CARACTERÍSTICAS DE SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS DE ALGUNOS CENTROS DE ADULTO MAYOR RISARALDA 2022**

## **1 EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En las últimas décadas la cantidad de personas distinguidas como adultos mayores ha ido en aumento, considerando que muchos jóvenes o adultos en etapa fértil han tomado la decisión de no tener hijos e incluso muchas mujeres y hombres se han sometido a procedimientos tales como la ligadura de trompas y a la vasectomía; según la ley 1412 del Congreso de Colombia (2010), respalda y garantiza estos procedimientos en Colombia de forma gratuita, con el fin de fomentar una maternidad y paternidad responsable en el país.

Al momento de hablar de una persona que se encuentra en etapa de adulto mayor se hace referencia a alguien que ha cursado sobre sus 60 años y que presenta deterioro de sus diferentes funciones cognitivas, psicológicas, corporales, vitales, mentales, socio afectivas, etc. Al tener estos cambios se empiezan a evidenciar o presentar diferentes alteraciones en la salud física que conllevan a un envejecimiento, además de iniciar o presentar enfermedades crónicas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Hipertensión Arterial (HTA) o diabetes.

El ser humano al llegar a una etapa avanzada de la vida como lo es la adultez, todas sus funciones se van reduciendo, por lo tanto, se empiezan a reducir sus horas necesarias de

sueño y no tienen una buena alimentación, ya que se les dificulta la ingesta de alimentos sólidos como las carnes, verduras o frutas, además de no realizar su debida masticación. De igual manera, Rojas, et al (2019), en relación a las dificultades y cambios de cada persona, nos refiere que los adultos mayores pueden llegar a desarrollar una sarcopenia, es decir, pérdida de la fibra muscular, dificultando la estabilidad y la fuerza de gravedad, llevando así a tener una fragilidad física, generando caídas, golpes y fracturas, además de esto también se puede desarrollar una fragilidad emocional y psicoafectiva, que hace que el adulto mayor empiece a aislarse porque su red social de apoyo se reduce, de tal manera que se inicia un proceso de soledad.

En efecto, al momento de referirse a la fragilidad que se manifiesta de forma biológica en las personas se evidencia la relación a la disminución de la reserva fisiológica y el aumento de la resistencia a los factores estresantes como resultado de un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, por lo tanto, esto implica una afección importante que altera a un tanto por ciento de los adultos mayores en consecuencia por la edad, es así, como inicia una cadena de factores de riesgo generando caídas, reducción de la movilidad, discapacidad, hospitalización y muerte (Ramos, et al 2004).

Como se evidencia en el texto de Camargo, C et al (2019), la soledad en la población en general produce una disminución en la calidad de vida aumentando así los problemas de salud con enfermedades cardíacas y especialmente con la depresión; sin embargo, autores como Theeke consideran que la soledad está psicológicamente separada de la depresión, es decir, la depresión puede ser existencial cuando el adulto considera que no es una persona productiva, ni que es una persona rápida, y por eso se vuelve dependiente

de sus cuidadores, a tal punto de no poder realizar sus necesidades básicas como el baño, vestirse, amarrarse los zapatos y comer.

Por otra parte, Rubio (2004) expresa que la soledad se evidencia en los adultos mayores porque tienen obstáculos fuertes con relación a la soledad familiar, conyugal, social, existencial, además de atribuir como factores a la soledad a cualquier persona que desarrolle una soledad ya sea débil o fuerte, pasando a tener en cualquier momento de forma permanente, recordando principalmente algunos tipos de soledad como la social y la emocional.

Conforme a Buz, 2013 (Ferrari, 2015) entiende la soledad emocional cuándo se evidencia que en el ser humano existe una falta de relación particular y cercana con otra persona, además, evidenciando que aquellos que lo experimentan, por lo regular refieren sensaciones de miedo y vacío donde presentan síntomas análogos a una ansiedad infantil generada por el abandono de las personas de apego; Sentimiento de soledad que puede repetirse con aparición de nuevas relaciones por medio de una persona que le genere y desarrolle la sensación de apego (Pág. 6).

A su vez, Muchnik et al, 1998 (Clemente, 2003) es necesario relacionar la manifestación de que existen unos estudios efectuados por investigadores donde se implanta una estrecha relación entre sus teorías, es decir, se evidencia una relación entre el sentimiento de soledad del adulto mayor y el fracaso en la constitución de una afección segura en la infancia. El descontento ante la sociedad puede referirse a un problema cuantitativo ante la ausencia de lazos sociales relevantes.



Basados en lo dicho previamente, se entiende que el desarrollo de un cariño seguro durante la época de la infancia promueve una serie de vínculos interpersonales que aportan de forma positiva a lo largo de la vida. Este vínculo que inicialmente es integrado con los padres será suplantado por otras personas elocuentes en las que se buscará soporte de estabilidad, seguridad, confianza y apoyo. Por ende, se halla la necesidad de abordar las diferentes redes sociales evidenciando cómo la disminución o ausencia total con el contacto social influye en la apreciación de la relación con la soledad.

Teniendo en cuenta los aportes de Guzmán, et al (2002), no existe una definición concreta sobre redes sociales, pero se podría explicar cómo un hábito simbólico cultural asociado a las relaciones interpersonales constituye a una persona con su ambiente social, donde se le permitirá conservar o perfeccionar su bienestar emocional y físico, que previene un desmejoramiento progresivo que llevan al sujeto a consecuencias como las dificultades, disconformidades e inconvenientes.

A propósito, Buz, 2013 (Ferrari. 2015), señala que las relaciones interpersonales están establecidas por diferentes grupos y personas que a lo largo de la vida se constituyen entre sí, por lo tanto, éstos hacen referencia a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, entre otros. Cada uno de estos personajes son importantes e influyentes ya que cumplen en concreto con funciones y provocan diferentes niveles de satisfacción, el crédito suprime (Página 274).

Todas estas observaciones se relacionan con Díez, et al (2015), dado que la soledad

es una afección compleja que se enlaza con aspecto, causas, procesos y diferentes posturas, ya que se expresa de diferente manera de acuerdo al lugar, ambiente y contexto. La soledad es uno de los estados más comunes por el que puede pasar cualquier ser humano durante el trayecto de su vida y se caracteriza principalmente por la ausencia de acompañamiento, es decir, el aislamiento o falta de contacto con otras personas.

No obstante, en la apreciación del sentimiento de soledad que presentan las personas, éstas experimentan un retiro en relación con los demás. Esto se da de manera subjetiva y puede manifestarse incluso en situaciones donde la persona está en compañía. Diferentes autores plantean varios tipos de soledad basados en factores como el tiempo, la persona y la perspectiva. Refiere el mencionado, la soledad emocional es la carencia de relaciones interpersonales que aportan afectos, seguridad y amor duradero. La soledad social se comprende como la ausencia de pertenencia de una persona a un grupo social, llevándolo a la no realización de diferentes actividades dentro de un sector donde se compartan los mismos gustos (Bail, 2014).

De acuerdo con Egea, (2014), define la soledad objetiva como el acontecimiento real de soledad en un individuo; por lo contrario, está la soledad subjetiva definida como la sensación de estar sola, esto acontece incluso cuando se está rodeado de gente. Así mismo, es necesario tener en cuenta a Pinedo, et al (2015), que en efecto existen tres tipos de soledad referentes al tiempo señalado: Soledad crónica, en la cual ha estado presente a lo largo del tiempo con un adeudo en el momento de establecer diferentes relaciones interpersonales. Soledad situacional, la cual es notoria ante un momento, angustia y estrés en la vida del individuo como por ejemplo el duelo de un ser querido o una separación

amorosa y la soledad transitoria, que hace referencia a una relación con la sensación de sentirse solo.

Como se puede inferir, existe la soledad permanente, la cual trata a una soledad por un tiempo prolongado, ésta se debe a situaciones tales como la viudez, donde hay carencia de descendencia, por lo cual podemos deducir que la soledad permanente es una situación en que los adultos mayores vivirán el resto de sus días; la soledad puntual expone un momento situación determinado como, por ejemplo, cuando un familiar sale de vacaciones y se encuentra solo por determinados días (Pinazo et al, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) estima entre sus definiciones lo siguiente:

” Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo” (Párrafo 1).

Es necesario recalcar que para el año 2050 el número de adultos mayores se multiplicará y su índice de fragilidad puede demostrar la dependencia de éstos, en países en desarrollo. Por lo tanto, se ve reflejado la necesidad de un cuidador para suplir el condicionamiento físico y mental. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por

presión).

Si bien es cierto, para que el cuidador pueda brindar este gran servicio a las personas es indispensable que tenga conocimientos básicos y herramientas adecuadas que les confieran seguridad, además de estrategias que eviten la sobrecarga, así como la información de los recursos que se disponen para aliviar el esfuerzo, con lo cual se pretende articular mecanismos de apoyo a los cuidadores que brindan este servicio a la sociedad (Flores et al, 2012).

Conforme a Aponte (2015), la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Es importante tener en cuenta que los adultos mayores deben contar con todos los factores que implican tener una calidad de vida acompañada de una buena alimentación, salud mental y física, ejercicio físico y asistencia por parte de sus familiares y/o atenciones médicas. Con base en lo planteado es claro entender que el adulto mayor presenta ciertos cambios marcados que desencadenan factores de fragilidad y posteriormente un proceso de soledad, por lo cual es necesario preguntar:

### ***1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA***

¿Cuáles son las características de soledad en personas adultas de algunos centros de adulto mayor Risaralda 2022?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir características de soledad en personas de algunos centros de adulto mayor Risaralda.

#### 2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Caracterizar socio demográficamente la población de adultos mayores objeto de estudio.
  
- . Identificar el estado biofísico de los adultos mayores objeto del estudio.
  
- . Establecer características de la soledad en la población de adultos mayores objeto de estudio.

### 3 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta lo publicado por el Ministerio de Salud de Colombia en “Documento metodológico Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE Colombia). Dirección epidemiológica y demográfica (2018)” La cantidad de adultos mayores de 60 años edad en el mundo acrecentará de 900 a 2.000 millones entre 2015 y 2050, siendo igual a un aumento del 12 al 22% de la cantidad total de población mundial. Partiendo de los supuestos anteriores, tanto Colombia como los demás países de Latinoamérica, hacen frente a un fenómeno ocurrido por el envejecimiento poblacional y sus diferentes inferencias. El país está atravesando un periodo de transformación demográfica avanzada, esto de acuerdo a lo evidenciado por las proyecciones demográficas y se cree que existirá un aumento continuo en este grupo de población mayor.

Se observa también que los adultos mayores de 60 años, hoy por hoy trazan aproximadamente el 11% de la población colombiana, siendo así unos 5.2 millones de habitantes; se cree que este grupo aumentará alrededor de un 23%, unos 14.1 millones para el año 2050, siendo el mayor porcentaje de sexo femenino. Así mismo el indicativo de 1995 de adultos mayores en Colombia estaba en 13.7 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años, este indicativo aumentará a 42 mayores de 65 años por cada 100 personas entre 0 y 14 años para el año 2015.

En torno al presente estudio se tiene como objetivo identificar las características de soledad en el adulto mayor e indagar las condiciones y circunstancias que pueden ocasionar

este sentimiento en la vejez. Este sentimiento de soledad, es una condición a la que se le debe dar una suma importancia, ya que ésta, marca el inicio de diferentes sensaciones subjetivas como lo son el aislamiento social, nostalgia, tristeza y la disminución de afecto. De igual manera, es necesario investigar la soledad en el adulto mayor como un problema que trae consecuencias en las relaciones sociales de la persona que la experimenta, reflejando temor a sentirse solos y en efecto, experimentan un sentimiento doloroso. Este proyecto se enfoca en pro de la calidad de vida de los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento, además, de tener el cuidado que requieren con un apoyo significativo, ya que es una etapa de vida que todo ser humano debe afrontar naturalmente.

Otra de las dimensiones importantes a resaltar son los diferentes conceptos y tipos de soledad que suele experimentar el adulto mayor que pasa por esta condición, la cual muestra evidencias y vivencias entrelazadas con su propio ciclo de vida. Para tal efecto, se plantean diferentes sugerencias y teorías abordadas por varios autores. En su mayoría, tratar la soledad es un término bastante negativo, pues implica expresar cada una de sus causas de manera individual, en cuanto a la percepción y la vivencia de cada uno de los factores agregados a ella.

Al mismo tiempo, es oportuno el hecho de indagar la soledad en torno a la depresión y factores contribuyentes con respecto a una tristeza, nostalgia o melancolía que evidencian en el adulto mayor algún tipo de soledad que a veces es reflejado en su aspecto físico con decadencia y desmejoramiento continuo, que pueden agravar de cierto modo, las diferentes enfermedades de base. Por otra parte, es conveniente abordar este tema, porque si bien es cierto, en un futuro no muy lejano, habrá más adultos mayores que personas jóvenes

en el mundo, y cabría preguntarse, si las instituciones o gobiernos están preparados para asumir ese cambio y empezar a tener capacitaciones para el buen trato de todos los adultos mayores que viven una soledad.

La situación descrita anteriormente, es coadyuvante para que este estudio se enfoque en beneficiar a todos los adultos mayores de algunos centros de bienestar del adulto mayor en el departamento de Risaralda, contando con una excelente asistencia integral que brinde un mejoramiento continuo en su estancia y les ayude a tener una mejor visión de su situación actual como algo bueno para su vida. Si bien es cierto, es indispensable saber cómo se deben abordar las características de soledad encontradas para dar a conocer las posibles intervenciones como profesionales y realizar una prevención al detectar a tiempo todas las etapas de soledad, además, ciertas dependencias que implican el proceso de envejecimiento en el adulto mayor y centro en estudio, recibir los resultados como recomendaciones para una atención individual, dado que la fragilidad del adulto mayor lo lleva sin duda a tristeza, abandono de sí mismo, depresión, aislamiento y soledad.



#### **4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

Se espera que, dentro de los alcances, se reflejen las características de soledad que presentan los adultos mayores en los hogares del estudio, además de que los adultos estén dispuestos a brindar la información necesaria y confiable para analizar lo encontrado. Las limitaciones que se presentan se encaminan a la dificultad para que los adultos mayores accedan a responder y para que las investigadoras pertenecientes al estudio se desplacen y realicen presencialmente la encuesta en los diferentes centros gerontológicos.

## **5 MARCO REFERENCIAL**

### **5.1 MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE**

Un estudio realizado por López, et al (2018) en Granada España sobre viudedad, soledad y salud en la vejez, afirma que los adultos mayores son la población más vulnerable ante sufrir un sentimiento de soledad, específicamente los que no tienen una compañía permanente. El presente trabajo tiene por objetivo analizar su incidencia entre ellas, considerando la pérdida de la pareja como principal factor desencadenante. Para tal efecto, estas personas narran cómo viven día a día la soledad cuando su pareja muere, que en consecuencia les genera un bajón emocional. Su salud se ve afectada porque temen sufrir ante un accidente o una enfermedad y no tendrán quién los cuide, por lo tanto, la incertidumbre podría conllevar a trastornos depresivos y por consiguiente a una soledad permanente, difícil de remunerar.

Por otra parte, el estudio de López, et al (2019) en Madrid, España sobre soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores, cuyo objetivo fue examinar los factores relacionados con el bienestar de la población adulto mayor, de los cuales, las relaciones sociales y la familia influyen en la soledad, también el depender de la pareja sentimental, tener estereotipos o la autopercepción, además, si se presenta el aislamiento social podría significar múltiples causas, considerando que esto implica una enfermedad y sentimientos de tristeza y melancolía, por lo tanto, algunos factores beneficiosos radican en centros de servicios sociales y parroquias que ayudan a afrontar su situación y a sentirse más integrantes de la sociedad, dejando atrás un porcentaje

de fragilidad y recuperando capacidades funcionales así como las relaciones sociales.

Para describir uno de los ámbitos psicológicos y físicos de las personas mayores, se tomó como referencia un estudio de Palma Ayllón, et al de España sobre efectos de la soledad en la salud de las personas mayores (Palma, et al. 2021) cuya información se basó en identificar las consecuencias del sentimiento de soledad en la salud psicológica y física. Se considera que el sólo hecho de que una persona tenga trastornos psicológicos, podría desencadenar un sentimiento de soledad, evidenciando principalmente momentos de angustia, depresión o ansiedad, que generan una insatisfacción con la vida provocando desesperanza y nuevas enfermedades, por lo tanto, el sentimiento de soledad indicaría un riesgo significativo de mortalidad.

Teniendo en cuenta que la soledad es una condición que puede deteriorar a la persona que la sufre, se tomó como referencia un estudio de Puerto Rico de Espada Ortiz sobre factores de soledad y resiliencia en personas de edad avanzada (Espada, 2011) en el cual su objetivo fue conocer las experiencias asociadas con la soledad y resiliencia. Indica que todos sienten soledad, independiente del género, edad y si viven solos o acompañados, porque ésta se desencadena por pérdidas de apoyo, no estar con la familia, viudez, divorcio, bajas finanzas o tener un deterioro de la salud, dado lo anterior, es necesario tener diferentes alternativas como la religión, la música, escribir y comunicarse con otros, además de profundizar en la investigación de las relaciones sociales durante la niñez, ya que de allí podría surgir un factor más determinante para tener un sentimiento de soledad.

En cuanto a el comportamiento de la fragilidad en adultos mayores, un estudio

hecho por González, et al (2017) en Pinar del Río, Cuba, en el cual su objetivo fue caracterizar el comportamiento de la fragilidad en adultos mayores pertenecientes al Policlínico universitario Pedro Borrás Astorga, los resultados principales predominaron sobre el sexo femenino y 65 años y más la distribución de adultos mayores frágiles, además de que la mayoría eran enfermos o con alguna discapacidad. En este estudio tuvieron en cuenta la escala geriátrica de evaluación funcional y sexo, en la cual arrojó un resultado de aumento en la utilización de fármacos y en su mayoría el género era femenino, por último, es importante mencionar el funcionamiento familiar, ya que estos adultos mayores frágiles tenían familias funcionales y moderadamente funcionales.

Igualmente, se hace necesario analizar la depresión en torno a la soledad, por consiguiente, se tiene en cuenta un estudio de Quintero et al sobre cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados (Quintero, et al. 2015) hecho en Medellín Colombia, donde sus importantes resultados arrojaron que en su mayoría eran mujeres, edades entre 65 y 75 años pertenecientes a estratos dos con primaria completa y eran solteros o viudos. Cabe mencionar que se observó una mejoría en los participantes en torno a la depresión relacionado con todas las variables sociodemográficas, aunque hubo una notable mejoría en hombres que, en mujeres, además, no hubo un cambio significativo en el sentimiento de soledad antes o después de hacer el estudio según el grado de depresión, del mismo modo, con las variables sociodemográficas.

Acorde con Fonseca, et al (2016) sobre su estudio de la mirada del adulto mayor sobre la soledad hecho en Bogotá, Colombia, donde el objetivo fue identificar los factores que influyen en la soledad de los adultos mayores, tuvo como resultado edades entre 70 y

79 años, compuesto principalmente por mujeres, además se recalca el nivel de alfabetización. Basándose en el nivel educativo, la educación básica aproximadamente hasta el cuarto año tuvo la mayor proporción, así mismo, los adultos mayores vivían con las familias y, por lo tanto, referían no sentirse solos, excluidos de la sociedad y sólo un pequeño porcentaje demostraba el sentimiento de soledad. Acorde a lo anterior, podemos decir que la familia es el núcleo más importante para que un individuo se sienta acogido y no presente factores de riesgo que impliquen una soledad, de igual forma, la sociedad puede contribuir atención y cuidados en todo este proceso.

Con respecto a un estudio de López Suarez, et al (2019) en donde su objetivo fue proveer una comprensión detallada de los aspectos que influyen en los sentimientos de soledad en el adulto mayor, realizado en Bucaramanga, Colombia, donde se encontró que la edad de los adultos mayores estuvo entre los 60 a 90 años, además hay unos factores que determinan la soledad, de los cuales se incluyen los factores sociales y demográficos. Los adultos mayores reflejan aislamiento, dolor, tristeza que indican que les afecta lo psicológico y emocional que en consecuencia podría llevarlos a pensamientos suicidas.

## **5.2 MARCO TEÓRICO**

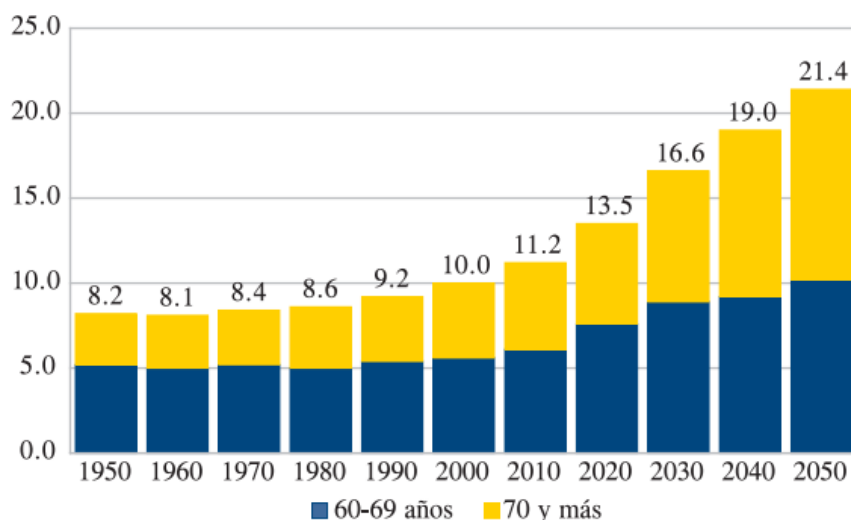
### ***5.2.1 Contextualización y conceptualización del adulto mayor***

En vista de las proyecciones de la OMS, entre el año 2000 y 2050 la población de los adultos mayores se va a duplicar aumentando del 11% al 22% generando así un crecimiento de 2000 millones en el transcurso de medio siglo, por lo tanto, se hará más

notorio en los países de ingresos bajos y medianos. Al aumentar la población de los adultos mayores es más probable que en las familias permanezcan más generaciones que en los años actuales (OMS, 2021). Es imprescindible entender que habrá mayor demanda en los servicios de salud para atender la morbilidad propia de todos los adultos mayores, su comorbilidad y sus cambios gerontológicos del proceso de envejecimiento relacionados con el deterioro cognitivo que comprometen la capacidad funcional, social y psicológica.

**Figura 1.**

*PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN MUNDIAL DE 60 AÑOS Y MÁS RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL, 1950 - 2050*



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

**Fuente:** El envejecimiento de la población mundial (S.f).  
[http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf)

En consecuencia, Ortega, et al (2019) si la población envejece más rápido habrá efectos sobre todos los sectores de la sociedad, incluyendo uno de los más importantes

como la salud porque la población mayor necesita más cuidados, por tanto, es imprescindible hacer cambios para identificar factores de riesgo y ajustar políticas públicas, además de planificar los servicios. Dado lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia desarrolló una Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) la cual investiga aspectos del envejecimiento y la vejez en sectores urbanos y rurales por medio de los determinantes sociales de la salud y políticas del envejecimiento activo.

Los aspectos epidemiológicos del adulto mayor resultan ser una parte fundamental para poder realizar un análisis significativo, por tanto, González, et al (2015) indican que el proceso socioeconómico generó una transición epidemiológica por el aumento en el número de los adultos mayores, sus necesidades, demandas sociales y salud que incrementan el costo de servicios de asistencia sanitaria como los fármacos porque la mayoría tienen trastornos crónicos de los cuales la hipertensión arterial (HTA), seguida de enfermedades cerebrovasculares y psiquiátricas tienen la mayor demanda. Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental se relacionan con factores socioambientales y asistenciales, de modo que, cualquier situación o circunstancia que afecte o vulnere notablemente al adulto mayor podría llevarlo sin duda a un sentimiento de soledad.

Respecto a lo anterior, si a futuro aumenta la tasa de adultos mayores en el mundo, los servicios de salud deben prepararse desde ahora para tener la mejor atención en el momento que se requiera, es decir, siempre hay que tener presente que el envejecimiento trae consigo múltiples cambios y entre estos se derivan las diferentes enfermedades que requieren en primera instancia el seguimiento y farmacoterapia, pero si ahora la atención en los servicios de salud en Colombia no son buenos, ¿Qué pasará cuando la atención de los

adultos mayores aumente su demanda?

Por otra parte, la Política Colombiana de Envejecimiento humano y vejez 2014 - 2024 (Minsalud, 2014), está dirigida a toda la población colombiana mayor de 60 años o más que tengan una desventaja ante la sociedad, en lo económico, cultural o de género, la cual tiene un propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez reconociendo la unidad y diversidad de la nación, a la familia como unidad básica en torno al cuidado y autocuidado de sus miembros, garantizar y proteger los derechos humanos con igualdad y equidad a todos los adultos mayores creando entornos económicos, políticos, sociales, culturales, espirituales y jurídicos para mejorar la calidad de vida teniendo en cuenta los indicadores que arroja la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015) promoviendo así, la Atención Primaria en Salud con humanización para la protección social.

En la conceptualización del adulto mayor, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) indica que un adulto mayor o anciano es alguien que cursa por encima de los 65 años de edad en países desarrollados, y mayores de 60 años en países en vía de desarrollo. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como una persona que ya tiene más de 60 años de edad o también llamados la tercera edad en la cual se subdivide en cuatro categorías: edad avanzada de 60 a 74 años, viejos o ancianos de 75 a 89 años, grandes viejos o longevos de 90 a 99 años y centenarios con más de 100 años (Reyes, 2018).



### 5.2.2 *Cambios morfofisiológicos*

En el envejecimiento influyen diferentes factores, como lo son genéticos que esto se da a nivel fisiológico y ambientales que son causados por alteraciones de nivel patológico, dependiendo del factor predominante, podemos determinar el deterioro de una persona, que puede ser entre una relación cronológica y biológica. Diferentes autores, hablan de que el envejecimiento viene acompañado de un deterioro del sistema inmunitario, lo que aumenta las posibilidades de enfermar, no todos los órganos envejecen de la misma manera, la piel es el órgano principal que presenta signos de envejecimiento, seguido del cerebro.

El envejecimiento según Alvarado, et al (2014) es una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo en los seres vivos, si hablamos de unas buenas condiciones, se esperaría que la especie humana tuviese una duración alrededor de 115-120 años, algunas enfermedades como el Alzheimer, cáncer, osteoporosis o la artritis, son algunas enfermedades que pueden ser causantes del envejecimiento.

Algunos de los cambios antropométricos más notorios es que se produce una pérdida de estatura, promediando 1 cm cada década, a partir de los 50 años, además de esto, se produce una pérdida de masa muscular, por lo que también se genera una disminución en la actividad física. En el sistema nervioso, se produce una disminución de neuronas, también se produce una disminución del sistema de conducción neuronal y cardiovascular. Las nefronas, disminuyen su número provocando una menor depuración del riñón, en el varón demuestra signos degenerativos, provocando problemas de micción o de

incontinencia, a nivel respiratorio, se produce menor elasticidad del tejido pulmonar y a nivel endocrino se pueden observar cambios como la menopausia, andropausia, pérdida de masa ósea. (Principios de Geriatria y Gerontología, Página 39).

**Actividades de la Vida Diaria (AVD).** Esta escala se realiza con el fin de evaluar la calidad de vida del adulto mayor, esta se basa con la medición de las actividades diarias que son propias del autocuidado, en esta etapa de la vida, la realización de estas se puede ver afectadas por los cambios presentados siendo normal en el ciclo vital, entre estas están las actividades básicas (ABVD) como lo son: Comer, bañarse, vestirse, ir al baño y poder limpiarse, la movilidad y el control de esfínteres. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que éstas se valoran con el fin de calificar la independencia del adulto mayor en la comunidad, por ejemplo: Realizar compras, limpieza doméstica, administrar sus finanzas, deporte o tener trabajo.

Por consiguiente, debemos tener en cuenta que existen otras escalas de valoración funcional del adulto mayor que nos indican cómo está su estado, tenemos el Índice de Katz y el Índice de Barthel, el Índice de Katz nos sirve para evaluar la funcionalidad del adulto mayor, que esta a su vez se divide en 6 categorías que son: Lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación, donde al final se divide en dos clasificaciones, que sería independiente o dependiente.

**Figura 2.**

*ÍNDICE DE KATZ*

- LAVADO**
- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)
  - Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)
  - Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera
- VESTIDO**
- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
  - Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
  - Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido
- USO DE RETRETE**
- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas)
  - Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
  - No va al retrete
- MOVILIZACION**
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
  - Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
  - No se levanta de la cama
- CONTINENCIA**
- Control completo de ambos esfínteres
  - Incontinencia ocasional
  - Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente
- ALIMENTACION**
- Sin ayuda
  - Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan
  - Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

**Fuente:** Galicia Clínica, Sociedad Galega de Medicina Interna. *Escalas de valoración funcional en el anciano* (2011). <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

En cuanto al Índice de Barthel, es una escala donde se valora la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, donde también tiene dos clasificaciones, independiente o dependiente y su clasificación depende del puntaje que va de 0 a 100, de acuerdo al puntaje, se divide en otras subcategorías donde nos indican el estado del adulto mayor en cuanto a su nivel de dependencia, este valora 10 aspectos claves, donde se ven incluidos el grado de continencia anal y vesical.

### Figura 3.

#### ÍNDICE DE BARTHEL

COMER	
10	INDEPENDIENTE Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
5	NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
0	DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda
DEPOSICION	
10	CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia
5	ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE
MISION (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
0	INCONTINENTE
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda
TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)	
15	INDEPENDIENTE No precisa ayuda
10	MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
0	DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
DEAMBULACION	
15	INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones
< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve	

**Fuente:** Galicia Clínica, Sociedad Galega de Medicina Interna. *Escalas de valoración funcional en el anciano* (2011). <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

### 5.2.3 Soledad

Con respecto a un escrito científico realizado por Chaparro, et al (2019) en Bucaramanga basado en la soledad en el adulto mayor, describe la soledad como una experiencia perjudicial, la cual está estrechamente vinculada con el sentimiento de aflicción o tristeza, que afecta la cotidianidad del individuo que la experimenta, las personas de avanzada edad suelen estar más expuestas a presentar vivencias relacionadas con la soledad ya que son faltantes de interrelación con amistades y familiares, el padecimiento de

diferentes enfermedades, la viudedad o el deterioro cognitivo.

Adicionalmente, Cardona, et al (2006) resalta que es imprescindible y apremiante conocer a fondo sobre el adulto mayor, no solo comprender las diferentes causales sociales que lo rodean, incluso también lo que esta persona siente y razona, por todos estos factores es inevitable hablar de soledad. Es así como la psicología argumenta que desde que una persona nace empieza a percibir diferentes momentos o situaciones de soledad, aventurándose en un papel notorio aquellas figuras importantes y aquellos ámbitos en que ningún individuo le es compañía. Por otra parte, la antropología y la sociología han argumentado que el ser humano es sumamente capaz de vivir en sociedad, el cuál durante su desarrollo de relación ha frecuentado diferentes equipos que le han posibilitado el fortalecimiento de su autenticidad.

Cabe considerar, que Cardona, et al (2006) menciona que el hombre es un ser en continua indagación del significado de la vida, éste se ha topado en diferentes ocasiones con su soledad y ha tratado de hacerle frente con el fin de adquirir seguridad y conciencia de sí mismo. Igualmente, es razonable la idea de que al hombre se le hace difícil estar sin compañía ya que existe el temor a la confrontación en sí mismo y a lo que puede representar estar solo en el aspecto social. Con respecto a la literatura, por medio de sus referencias demuestra que en la vivencia de cada sujeto se halla una emoción de negación o aceptación frente a su experiencia de vida durante el transcurso de construir su propio mundo.

En este orden de ideas, es necesario resaltar diferentes teorías que son de ayuda al

momento de comprender la soledad; la teoría de la actividad relata que los cambios sociales constantes y los diferentes requerimientos de rendimiento o productividad, desplazan al adulto mayor por ser estimado poco idóneo para el nivel de exigencia de la sociedad. Por otra parte, existe la teoría del retraimiento la cuál afirma que el adulto mayor suele aislarse, por lo tanto, involucra una posición subjetiva por parte de la persona mayor, asimismo de la sociedad ya que suele modelar los individuos, idealizando a algunos de ellos y por otro lado desestimando a todo aquel que está por fuera de sus estándares fructuosos (Cardona, et al. 2006).

Sobre este asunto, es necesario señalar diferentes tipos de soledad, esto según lo expresado por Álvarez (como se citó en Cardona, et al 2006) quien demuestra que el sentimiento de soledad que experimenta una persona forma parte esencial de su realidad y de las veces que huye de sí mismo, para este autor existe el tipo de soledad interior la cual se destaca por la relación con la intimidad del ser, por otra parte está la soledad exterior, indicando el manejo que se lleva a cabo con la sociedad. Sin embargo, John G. McGraw platica sobre diferentes tipos de soledad como: metafásica, la cual está enlazada con la deficiencia de cordialidad; epistemológica cuando la relación con otros individuos es insustancial; comunicativa, aquella que donde la plática con otra persona es mínima; ontológica, la falta de presencia del ser en uno mismo; étnica, se percibe según la raza; existencial, basada en la inherencia a la independencia y responsabilidad en los compromisos.

Sucedo, que para Weiss (como se citó en Cardona, et al 2006) hay dos tipos de soledad: la soledad emocional que es evidenciada por la ausencia de un núcleo afectuoso, y

la segunda es la soledad social, la cual está enlazada con la mínima interacción del sujeto con las demás personas. Este autor hace una diferencia entre las teorías situacionales y caracterológicas para así poder aclarar la soledad; la primera se acentúa en el punto de vista externo como factor propicio para que se viva el sentimiento de soledad; la segunda alude las diferencias unipersonales, donde algunos individuos están más propensos a vivenciar la soledad estando involucrada su personalidad.

A su vez, para Iglesias (como se citó en Cardona, et al 2006) existen dos tipos de soledad: la objetiva que habla de la ausencia de acompañamiento la cual no necesita tener una experiencia molesta o incómoda, y la subjetiva que adopta una afección de dolor y temor, en esta sobresalen sentimientos de aflicción y nostalgia. Como complemento, Ramona, et al (Cardona, et al 2006) exponen diferentes indagaciones para crear instrumentos que permitan adquirir una puntuación objetiva de la soledad que se experimenta. Los ítems que integran la herramienta son seguidas por unas escalas objetivas de gran efectividad como UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de satisfacción vital de Philadelphia, cada escala fue debidamente elegida gracias a su capacidad para interpretar desviaciones que puedan presentar los indicadores subjetivos de la soledad como captación del grado de soledad, la apreciación de amparo social y el nivel de agrado con el entorno.

No obstante, es necesario resaltar que los adultos mayores son propensos a experimentar diversos acontecimientos que traen como consecuencia una variación o modificación en sus relaciones sociales, haciéndolos más indefensos a la comunidad. En efecto, se pueden hallar diferentes factores asociados con dicha afección, como lo es: el género, la edad, la situación laboral, el nivel educativo, los recursos económicos, el estado

de salud, si habita en zona rural o urbana, sin embargo, existen dos factores fundamentales como el fallecimiento de la pareja y el continuo deterioro de la salud. Las diferentes discapacidades físicas y las muchas enfermedades mentales son causantes del sentimiento de soledad en los adultos mayores, esto conlleva a que la salud y la soledad estén unidas de forma perjudicial para el individuo que las padece (Palma, et al. 2021).

Evidentemente, hoy en día la soledad se ha convertido en una problemática de salud pública, donde no solo es un índice de sufrimiento por su predominio sobre la salud de la persona, sino que también por sus considerables efectos en los sistemas sanitarios. Es por eso, que la soledad se ha determinado como ese factor social que desliga mayores consultas médicas, hospitalizaciones e incrementos en la permanencia hospitalaria. En efecto, es debido no solo a la relación que existe entre soledad-deficiente salud, sino también a que los adultos mayores que experimenta el sentimiento de soledad aprovechan las consultas médicas no solo por motivos médicos, sino para saciar gran parte de sus necesidades de interrelación o interconexión social y personal (Palma, et al. 2021).

### **5.3 MARCO CONCEPTUAL**

A continuación, encontrará una serie de términos técnico-científicos, según los descriptores DeCS, MeSH, Tesauro y otros.

#### **5.3.1 *Anciano (Adulto mayor)***

Persona entre los 65 y 79 años de edad.



### **5.3.2 *Anciano de 80 o más años***

Una persona de 80 años o más vieja.

### **5.3.3 *Envejecimiento***

La senescencia de los eritrocitos. La falta de las organelas que posibilitan la síntesis de proteínas, hace que el eritrocito maduro sea incapaz de auto restauración, reproducción y realización de ciertas funciones que hacen otras células. Esto limita la vida media de un eritrocito a 120 días. Chaparro Diaz, et.al, (2020), hace referencia a la vejez como un ciclo de la vida que se caracteriza por el aumento de la probabilidad de sufrir limitaciones por deterioro del estado de salud. Collado, (1993), expresa que, para lograr un buen bienestar en el adulto mayor, habrá que tener en cuenta no sólo los aspectos biológicos del envejecimiento sino también los factores sociales y del entorno, así como los propios sentimientos de bienestar de las personas

### **5.3.4 *Soledad***

El estado de tristeza o desánimo resultante de la falta de compañía o de estar separado de los otros. Según Chaparro Díaz, et.al, (2020), la soledad es una vivencia desfavorable, relacionada con la sensación de tristeza, que afecta la cotidianidad de la persona.

### **5.3.5 *Sarcopenia***

Declinación progresiva en la masa muscular debida al envejecimiento y que se traduce en disminución de la capacidad funcional de los músculos.

### **5.3.6 Geriatría**

Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos fisiológicos y patológicos de los ancianos, incluyendo los problemas clínicos de la senescencia y la senilidad.

### **5.3.7 Promoción de la salud**

Estímulo al consumidor para perfeccionar el potencial de salud (física y psicosocial), a través de información, programas de prevención, y acceso a atención médica.

### **5.3.8 Calidad de vida**

Concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.

### **5.3.9 Soledad objetiva**

Según Cardona Jiménez, et.al, (2006), la soledad objetiva hace referencia a la falta de compañía permanente o temporal.

### **5.3.10 Soledad subjetiva**

Cardona Jiménez, et.al, (2006), expresa que la soledad subjetiva, es que las personas que se sienten solas, no es nunca una situación buscada, sino impuesta por la situación de la persona que la sufre.

### ***5.3.11 Soledad crónica***

Hawkey y Cacioppo (2009), definen que la soledad crónica es un rasgo del individuo que resulta de la interacción de sus circunstancias vitales y de una tendencia genética a experimentar sentimientos de aislamiento.

### ***5.3.12 Soledad emocional***

Buz, J. (2013), hace referencia sobre la soledad emocional en la que se habla de la falta de una relación particular y cercana con otra persona.

### ***5.3.13 Soledad social***

Según Quintero, et.al, (2015), la soledad social hace referencia al contacto con el otro, y la crisis de adaptación, referida a la percepción del individuo frente a sí mismo.

### ***5.3.14 Soledad situacional***

Weiss (1973), por tanto, la soledad no está sólo en función de la subjetividad de la persona, sino que también depende de factores situacionales, por lo que distingue dos tipos de experiencia de soledad: la soledad emocional y la soledad social.

### ***5.3.15 Soledad permanente***

Isidro, Vega y Garrido (1999), definen la soledad permanente como un sentimiento desagradable, vinculado a un desequilibrio en la percepción de las relaciones establecidas con los demás que está determinado por la falta de confianza del individuo en su capacidad

para afrontar las situaciones que potencialmente pueden llegar a generarle soledad.

### ***5.3.16 Soledad puntual***

Luanaigh y Lawlor (2008), expresan que la soledad puntual, es aquella vivida en situaciones puntuales cuando uno se queda solo en casa, pero sabe que pronto tendrá la compañía de su familia y el sentimiento será aliviado cuando se produzca el reencuentro.

### ***5.3.17 Síndrome de la soledad***

La OMS (2016), advierte que el síndrome de la soledad es uno de los problemas que amenaza la salud mental de las personas mayores y propone promocionar la salud de estas a través de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables, como el caso de las personas mayores que viven solas, para poder prevenir situaciones de aislamiento social o soledad.

### ***5.3.18 Soledad y salud***

Shaw y Gant, (2002), expresaron que se encontró que el uso de Internet reducía significativamente la soledad y la salud, mientras que el apoyo social percibido y la autoestima aumentaron significativamente.

### ***5.3.19 Fragilidad del adulto mayor***

Factores causales de la soledad (No es lo mismo sentirse solo que estar solo): Depresión, aislamiento, autopercepción, viudez, familia, relaciones sociales, estereotipos, cónyuge,

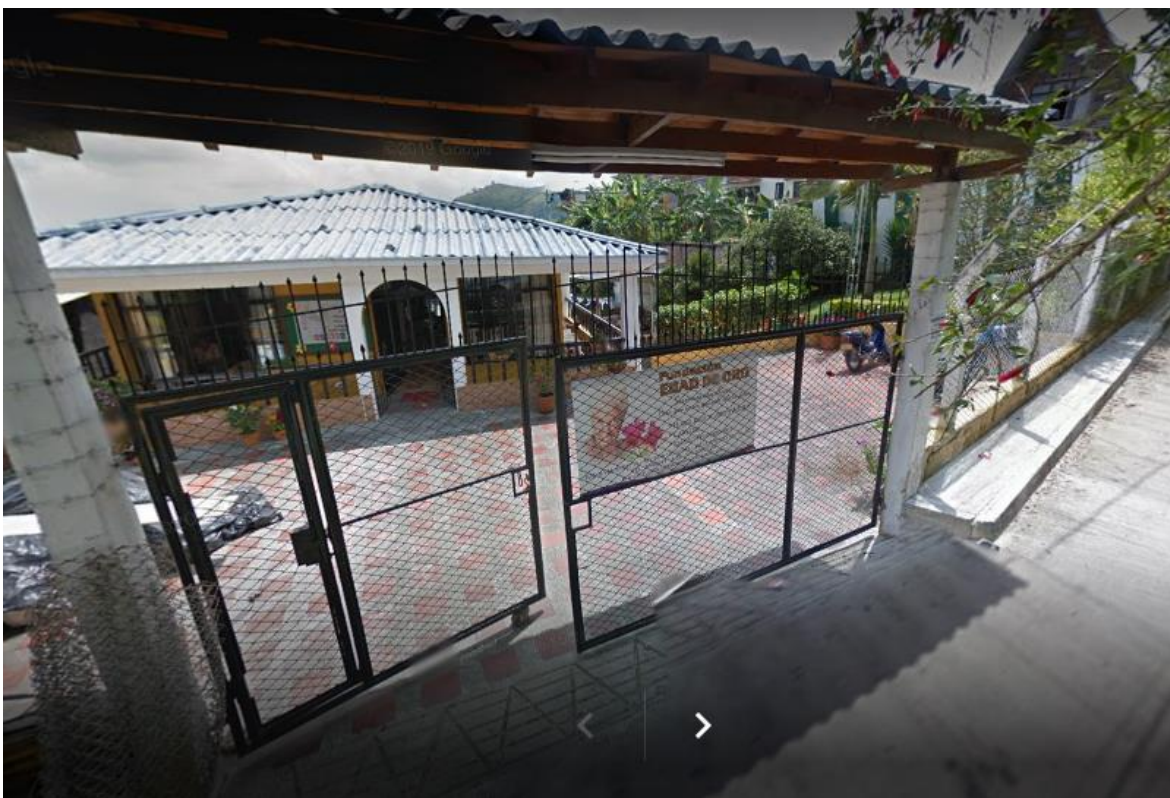
redes sociales.

#### **5.4 MARCO CONTEXTUAL**

Los hogares seleccionados para la realización de la investigación son del Departamento de Risaralda, en los municipios de Pereira, Dosquebradas y Mistrató. Estos hogares cuentan con personas adultos mayores entre 60 y 90 años de edad.

La fundación Edad de Oro, se encuentra ubicado en el sector de Tribunales, Pereira, Risaralda, éste fue fundado en Septiembre de 2011, al comienzo no contaban con ningún adulto mayor, a los 4 meses llegó la primera, es una fundación privada, aunque el gobierno si realiza algunas ayudas como mercados, al ser privado, los adultos mayores llegan con su respectiva historia clínica y deben estar afiliados al régimen contributivo, si se observa algún tipo de deterioro físico o emocional se les pide la cita en la EPS correspondiente, por lo general tienen buen apoyo familiar y cada uno tiene su horario de visita establecido.

La fundación cuenta con 27 adultos mayores, personal de la cocina, de aseo, varios cuidadores, enfermera, terapeuta respiratoria y estos son los encargados de realizarles las actividades físicas diarias, es un espacio amplio y algunos adultos mayores cuentan con un cuidado personalizado que se encarga de todas las necesidades de el/ella, además de que los familiares algunas veces van por ellos y se los llevan a pasear o todo el fin de semana a compartir con ellos y vuelven a la fundación, también se reciben donaciones de mercados, medicamentos, ropa o artículos de aseo (Ver figura 4).

**Figura 4.***HOGAR FUNDACIÓN EDAD DE ORO*

**Fuente:** Google maps. Municipio de Pereira. Corregimiento de Tribunales Córcega, sector Villa Amparo. Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [fundación edad de oro - Buscar con Google](#)

El hogar San Francisco de Asís se encuentra ubicado en Dosquebradas, Risaralda, en el barrio La Pradera, éste tiene como capital a Pereira, fue fundado el 6 de diciembre de 1972, donde anteriormente era habitado por los Quimbaya, se comunica con la capital del eje cafetero por medio del Viaducto César Gaviria Trujillo. El hogar San Francisco de Asís fue fundado el 12 de junio de 2011, se inició con 8 adultos mayores, con una capacidad máxima de 16, es una entidad sin ánimo de lucro y todos son residentes.

El hogar recibe caridad de la alcaldía y gobernación, de familiares de los adultos

mayores y de personas colaboradoras que quieran ayudar con donaciones, además de que los adultos mayores que reciben su media pensión se destinan para el mantenimiento en el hogar. Se cuenta con una enfermera, enfermero, personal de la cocina, representante legal, personal para servicios generales, estudiantes que realizan sus prácticas como auxiliares de enfermería y psicólogo. Las visitas se realizan todos los días de 2 a 4 de la tarde, para el ingreso del adulto, se realiza una valoración inicial que consta de la valoración psicológica, este está encargado de valorar su estado de salud mental, enfermería valora su estado de salud en general, el hogar cuenta con 14 adultos mayores en el momento donde en su mayoría son mujeres (Ver figura 5).

**Figura 5.**

*HOGAR DEL ADULTO MAYOR, SAN FRANCISCO DE ASÍS*



**Fuente:** Google maps. Municipio de Dosquebradas. Sector la Pradera. Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [fundación san francisco de asís - Buscar con Google](#)

Risaralda, como capital Pereira, esta fue fundada en el año 2019, por los dueños Weymar Castañeda, técnico en sistemas y Yamile Rengifo, Terapeuta Respiratoria, quien día a día atiende un 70% pacientes adultos mayores y siempre ha tenido mucha química con

ellos, una bonita atención y una fundación hogareña, este cuenta con 11 adultos mayores y 1 de guardería, es una fundación semiprivada, donde por cada adulto mayor se paga una mensualidad y de acuerdo a su pago, tienen habitación privada o no, además de que algunos tienen colaboración de la alcaldía en este hogar, se realizan varias actividades, por ejemplo, los viernes son días de actividad física, este hogar cuenta con personal capacitado para el cuidado del adulto mayor, como enfermera, cuidadora, personal del aseo, de cocina, terapeuta respiratoria, psicólogo y fisioterapeuta.

En este hogar, no hay mucho acompañamiento por parte de familiares, ya que muchos se encuentran por fuera del país, aunque están al tanto de su familiar, las visitas que se reciben son más por tíos o primos y son muy eventuales. Se cuenta con todo lo necesario para suplir sus necesidades, para el ingreso al hogar, se realiza todo el protocolo previo, como el chequeo por parte de enfermería y psicología para atender cada necesidad, además de que se realiza con un cuidado humanizado por parte de todo el personal, aunque por parte del adulto mayor, se tienen ciertas diferencias, por lo que a veces se generan conflictos (Ver figura 6).

**Figura 6.**

*HOGAR DEL ADULTO MAYOR, SAN SEBASTIÁN*





**Fuente:** Google maps. Municipio de Dosquebradas. Sector la Pradera. Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [fundación san Sebastián Dosquebradas - Buscar con Google](#)

El Hogar San Francisco de Asís, Mistrató Risaralda, Risaralda tiene como capital a Pereira, consta de 14 municipios, dentro de estos, hace parte Mistrató, este municipio fue fundado el 18 de marzo de 1925, por poblaciones provenientes de Caldas, Antioquia y Quindío, el Hogar San Francisco de Asís, fue fundado el 22 de diciembre del 2000, este es un CBA (centro básico de acogida), público y no privado, este recibe ingresos del programa estampilla de gobierno en pro del adulto mayor, este recibe el 30% que es destinado al mantenimiento y dotación del hogar (alimentación, artículos de aseo, saneamiento, personal, entre otras cosas básicas), el hogar cuenta con el apoyo de una enfermera, un enfermero, una auxiliar, psicólogo, trabajadora social, cocineras y cuidadoras.

Para el ingreso del adulto, se realiza una valoración inicial que consta de la valoración psicológica, este está encargado de valorar su estado de salud mental, de la

trabajadora social que es la encargada de conocer la situación económica de la familia y de su acompañamiento y enfermería valora su estado de salud en general, todo adulto mayor, debe estar a responsabilidad de un familiar que es quien debe aportar al hogar un valor entre 200.000 y 300.000, si no se tiene un familiar responsable, entonces este pasa a ser responsabilidad del gobierno, el hogar puede hacerse cargo de albergar hasta 20 adultos mayores, ya que es con los bienes que se cuentan hasta el momento debido a que sus instalaciones son un poco antiguas (Ver figura 7).

**Figura 7.**

*HOGAR CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR (CBA), SAN FRANCISCO DE ASÍS*



**Fuente:** Google maps. Municipio de Misstrató. Sector centro. Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [hogar san francisco de asís Misstrató Risaralda - Buscar con Google](#)

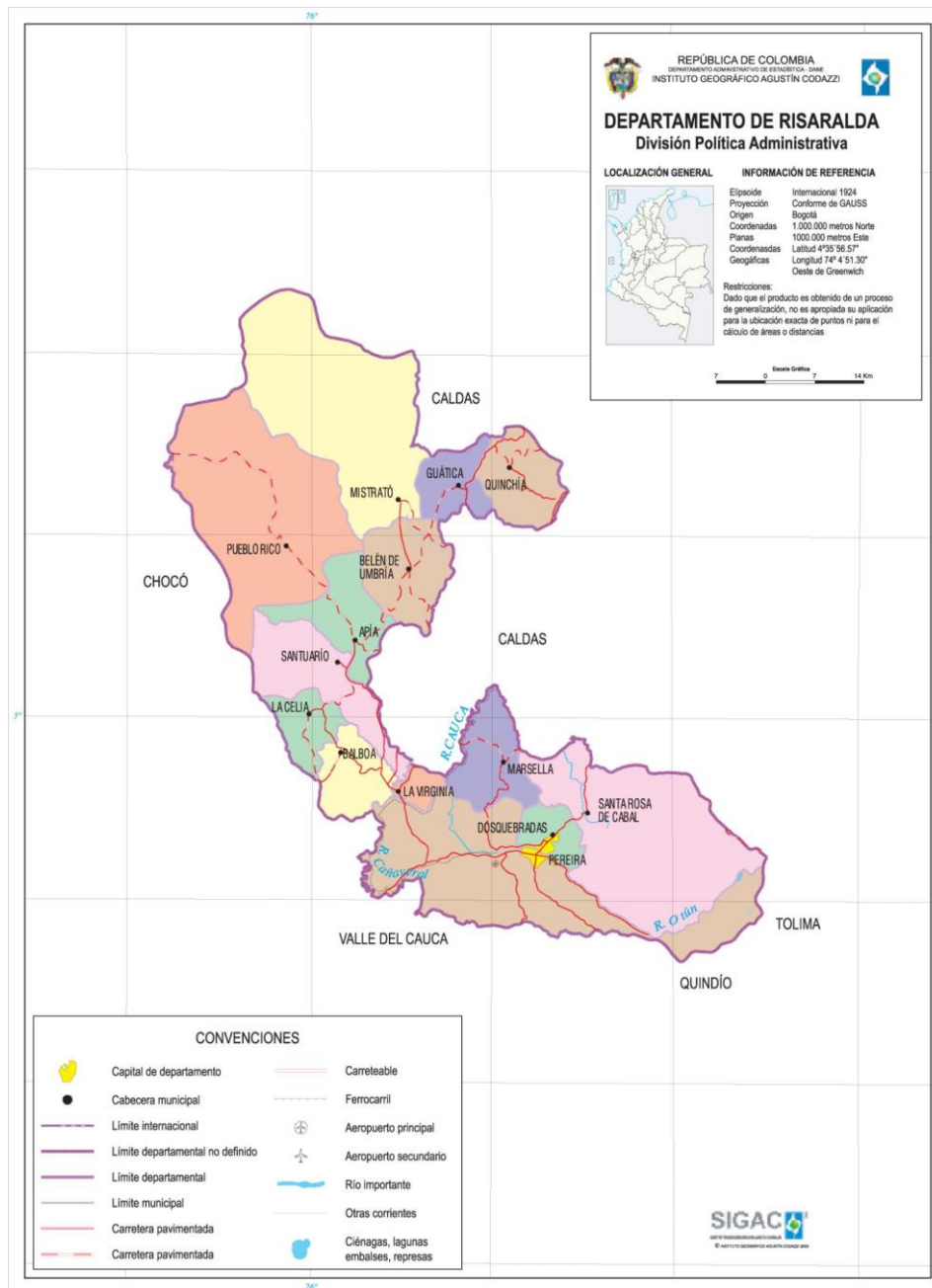
## 5.5 MARCO GEOGRÁFICO

El área geográfica donde se va a desarrollar la investigación es en el Departamento

de Risaralda que hace parte de los 32 departamentos que conforman la República de Colombia, en los municipios de Dosquebradas, Mistrató y Pereira. Risaralda pertenece a la región Andina y hace parte del eje cafetero y la región paisa; se ubica en el centro-oeste del país y limita al norte con Antioquia y al sur con Quindío y Valle del Cauca. Fue fundada el 1 de febrero de 1966 con una población de 967.780 (2018) y una superficie de 4.140 km<sup>2</sup>. De acuerdo con el boletín poblacional de personas adultas mayores de 60 años (Cubillos, et al. 2020), el registro hasta el año 2019 por el DANE fue de 6.509.512 personas mayores, representando el 13,2% de toda la población colombiana, así mismo, en el censo del 2019, para Risaralda la cantidad de adultos mayores era alrededor de 164.189 con un porcentaje de la población total colombiana del 17,2 (Ver figura 8).

**Figura 8.**

*MAPA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA*



**Fuente:** Mapas del Departamento del Risaralda.  
<http://www.colombiamania.com/mapas/departamentos/risaralda.html>

Pereira se encuentra ubicado sobre la cordillera Central a unos 344 km al occidente de Bogotá y fue fundado el 30 de agosto de 1863 por Guillermo Pereira, Jesús María Ormaza, Remigio Antonio Cañarte, Elías Recio y otros, cuenta con una superficie de 702

km<sup>2</sup>, su actual alcalde es Carlos Alberto Maya López con candidatura de 2020 a 2023, cuenta con 12 corregimientos y 19 comunas, además de una población de 477.027 habitantes (2020) y limita al norte con Balboa, la Virginia, Marsella y Dosquebradas, al este con Tolima, al noroeste con Santa Rosa de Cabal, al sur con Quindío y Valle del Cauca (Gobernación Risaralda, 2016) (Ver figura 9).

**Figura 9.**

*MAPA DEL MUNICIPIO DE PEREIRA*



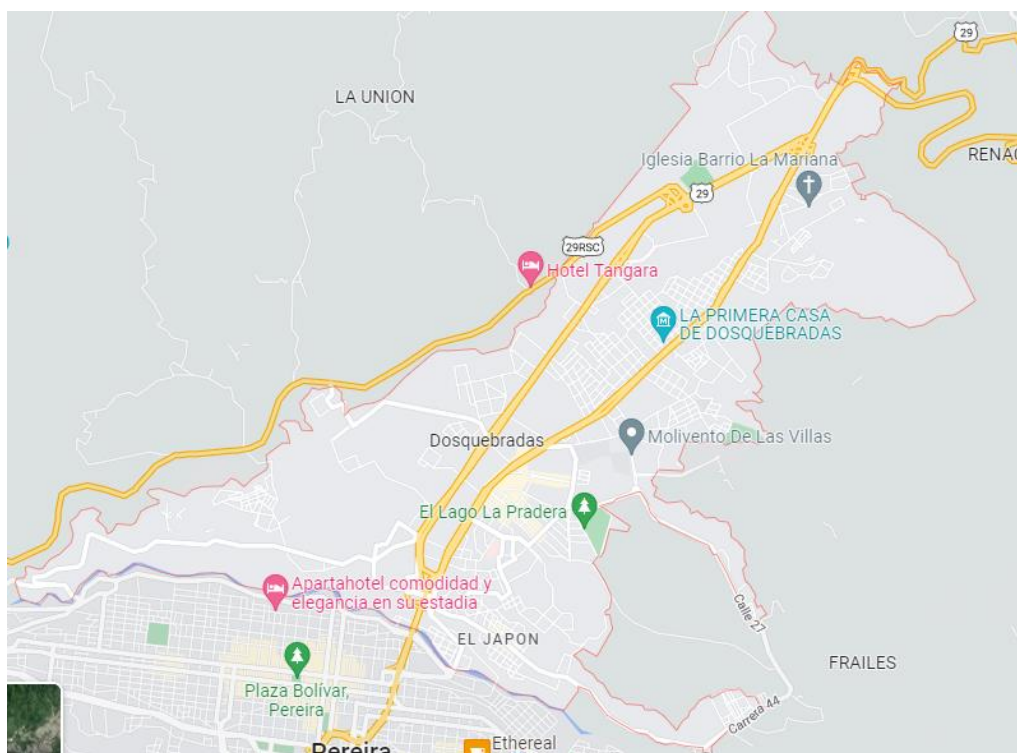
**Fuente:** Propuesta de la planificación ambiental territorial de suelo suburbano del municipio del Pereira (Risaralda) estudio de caso. <https://docplayer.es/64795170-Propuesta-de-planificacion-ambiental-territorial-del-suelo-suburbano-del-municipio-de-pereira-risaralda-estudio-de-caso.html>

Según la Gobernación de Risaralda (2016) Dosquebradas fue creado el 6 de

diciembre de 1972, está ubicado en la vertiente occidental de la cordillera central, a cinco kilómetros al noroeste de Pereira, su alcalde actual es Jorge Diego Ramos Castaño con candidatura de 2020 a 2023, tiene una superficie de 70.8 km<sup>2</sup> y cuenta con una población total de 204.737 habitantes y su nombre surge de las dos quebradas que la atraviesan, como lo son la Santa Teresita y las Garzas, posee dos corregimientos: Las Marcadas y Serranía del alto del Nudo. Limita al norte con Marsella, Santa Rosa de Cabal Y al sur con Pereira, además, cuenta con 250 barrios, 12 comunas y 25 veredas (Ver figura 10).

### Figura 10.

#### MAPA DEL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS



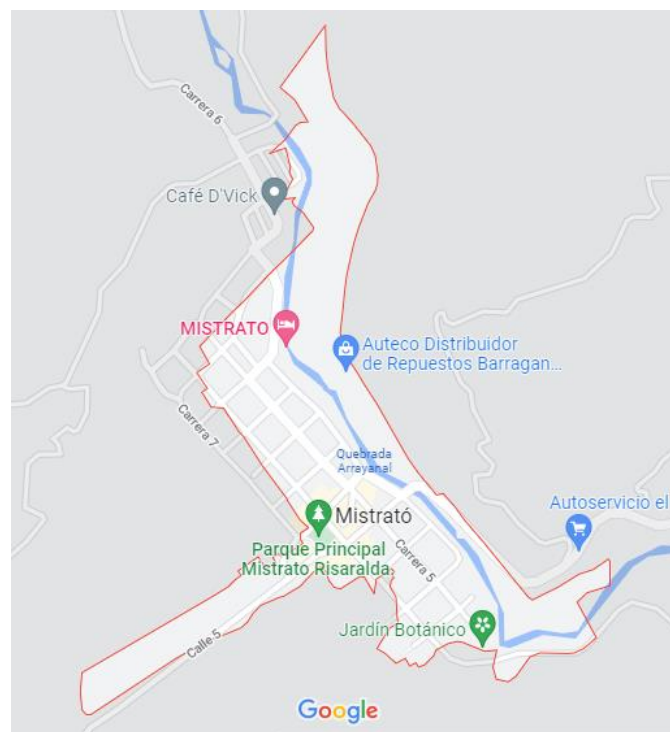
**Fuente:** Google maps. Municipio de Dosquebradas (Risaralda). Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [Dosquebradas - Google Maps](#)

Mistrató es uno de los municipios localizados en el Departamento de Risaralda, se

sitúa sobre la Cordillera Occidental a unos 86 kilómetros del Noroccidente de Pereira. Está delimitado por el río Risaralda, las quebradas Lava Pié y La Ceba, los cerros noroccidentales y una prolongación a lo largo de la quebrada Arrayanal en el sector de quebrada arriba, cuenta con una extensión total de 570,79 Km<sup>2</sup>, área urbana de 1.2 Km<sup>2</sup>, área rural con 569,59 Km<sup>2</sup> y población de 16.454 en 2017. Se fundó en el año 1600 con el nombre de Arrayanes, el cual luego pasó a llamarse San Clemente y fue un corregimiento de Anserma (Caldas) hasta 1925 ya que en este año el 18 de marzo se denominó como lo conocemos actualmente, además, cuenta con 2 corregimientos en la zona rural, Corregimiento de San Antonio del Chamí y Corregimiento de Puerto de Oro (Gobernación Risaralda, 2016) (Ver figura 11).

### Figura 11.

#### MAPA DEL MUNICIPIO DE MISTRATÓ



**Fuente:** Google maps. Municipio de Mistrató (Risaralda). Recuperado el 29 de julio de 2022, desde [Mistrató - Google Maps](#)

## 5.6 MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Teniendo en cuenta la información por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), en el tema “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” hoy en día, la gran mayoría de las personas pueden desear vivir más de 60 años. En los países de bajos y medianos recursos, esto se da en gran porcentaje el importante decrecimiento de la mortalidad en las primeras fases de la vida, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En países de altos ingresos, el aumento de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo a la decadencia de la mortalidad entre las personas mayores.

De manera semejante, existen diferentes cambios tanto demográficamente como en la forma de vida que ocasionan sin duda alguna diferentes consecuencias para cada uno de los seres humanos y para la sociedad en general. Atendiendo estas consideraciones, surgen diferentes oportunidades, y es factible que surjan diferentes resultados fundamentales en el estilo en que vivimos cada una de nuestras vidas, los propósitos o anhelos y las diferentes maneras de relación con los demás. De igual manera, a diferencia de la gran parte de los cambios que se perciben en las sociedades a lo largo de los próximos 50 años, estas predisposiciones insustituibles son, en gran parte, predecibles. Está claro que se elaborará una transformación demográfica hacia los adultos de mayor edad, y será posible hacer diferentes proyectos para sacar el mayor provecho de la situación.

En este caso se considera necesario resaltar, que los adultos mayores son personas



que realizan diferentes aportes importantes de diferentes maneras, ya sea en el círculo familiar, en la comunidad cercana o en la sociedad en general. No obstante, el poder obtener un alcance a recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer está sujeto en gran manera por algo esencial: la salud. Si las personas viven esos años complementarias de vida en óptimas condiciones de salud, su posibilidad de realizar lo que tiene valor apenas tendrá limitantes. Por lo contrario, si esos años adicionales se distinguen por el decrecimiento de la capacidad física y mental, las inferencias para los adultos mayores y para la comunidad en general serán mucho más desfavorables (Boletín informativo, cap.1, pág.3, 2015).

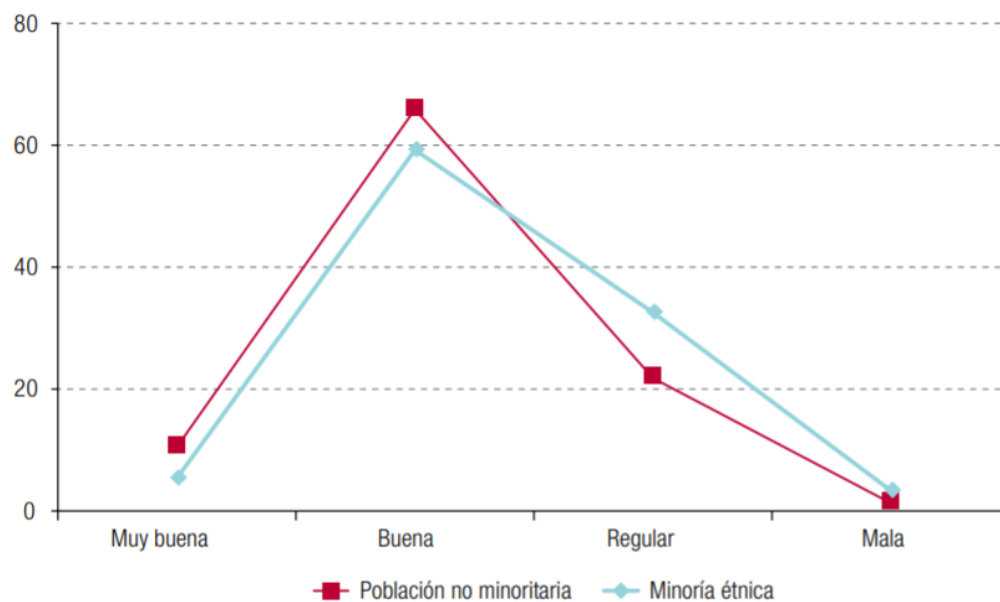
En Colombia, según Astorquiza, B y Chingal, O (2019) Como resultado de los avances tecnológicos, de las políticas desarrolladas por los gobiernos el progreso de las condiciones de vida de la población y de la detección pronta de enfermedades que comprometen significativamente la salud humana y para las cuales anteriormente no se disponía con procedimientos eficaces, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años.

Continuando con el informe de proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2017) indica que el país reportaba aproximadamente 5.970.956 personas de 60 años o más (el 12,4% de la población) en 2017; de estas personas, cerca del 54,87% eran mujeres. Igualmente, las cifras del Banco Mundial para Colombia sustentan la posibilidad de reversión, puesto que la esperanza de vida cambió de 56 años en 1960 a 74 años en 2017, el número de personas mayores (de 60 años o más) presentó un incremento del 56,5% (DANE, 2017).

Por otro lado, al examinar las características de la persona en su índole étnico-racial, se concluye que durante la vejez la calidad de vida no difiere entre las minorías étnicas, pero el signo encontrado prueba ser positivo para las categorías buena y muy buena. Por lo tanto, confirma que es necesario iniciar estrategias y estudios que se centren en dicha población, pues su proporción no presenta una disminución precipitada a la hora de analizar la calidad de vida en términos estadísticos en las categorías regular y mala, como sí sucede en el caso del grupo poblacional no minoritario.

**Figura 12.**

*COLOMBIA: CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES POR CONDICIÓN ÉTNICO- RACIAL, 2018 (EN PORCENTAJES)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

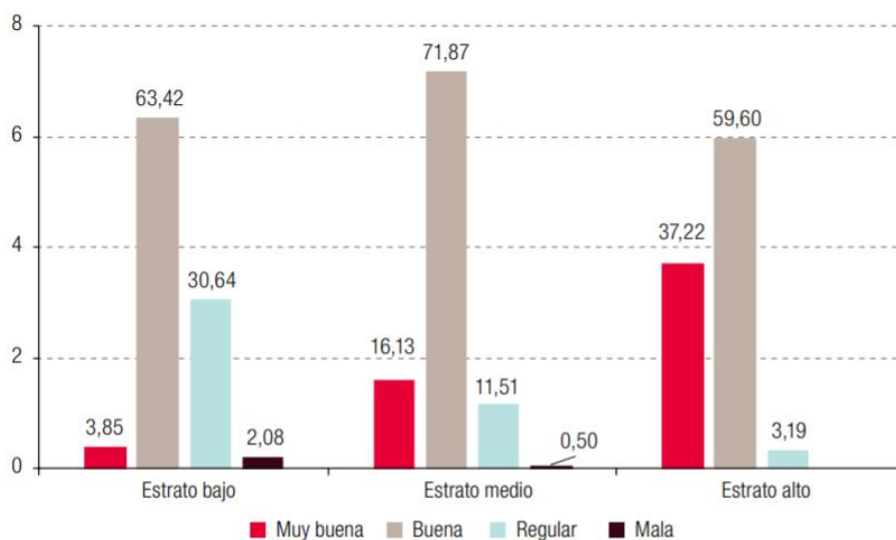
**Fuente:** Astorquiza, B y Chingal, O. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129\\_Astorquiza.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf)

Conforme al elemento socioeconómico se evalúa la relación entre la calidad de vida

y el nivel social de las personas que concluye de los hábitos realizados a lo largo de la vida y que trasciende sobre su bienestar. El pertenecer a estratos sociales medios y altos reduce entre 4,40 y 8,86 puntos porcentuales la posibilidad de exponer una calidad de vida regular si está relacionado con los estratos bajos. Es posible observar que ninguna de las personas mayores del estrato alto distingue condiciones de vida malas en su hogar; por el contrario, el 96,81% declara que sus condiciones son muy buenas o buenas, y solo el 3,19% indica que su calidad de vida es regular. Por el contrario, el 32,73% de las personas mayores de estrato bajo expresa que sus condiciones de vida son regulares o malas. Por lo tanto, se perfila que una buena calidad de vida viene por consiguiente del estrato socioeconómico, siendo este resultado de acopio de riqueza desde una edad temprana.

**Figura 13.**

*COLOMBIA: CALIDAD DE VIDA DEL LAS PERSONAS MAYORES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2018 (EN PORCENTAJES)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

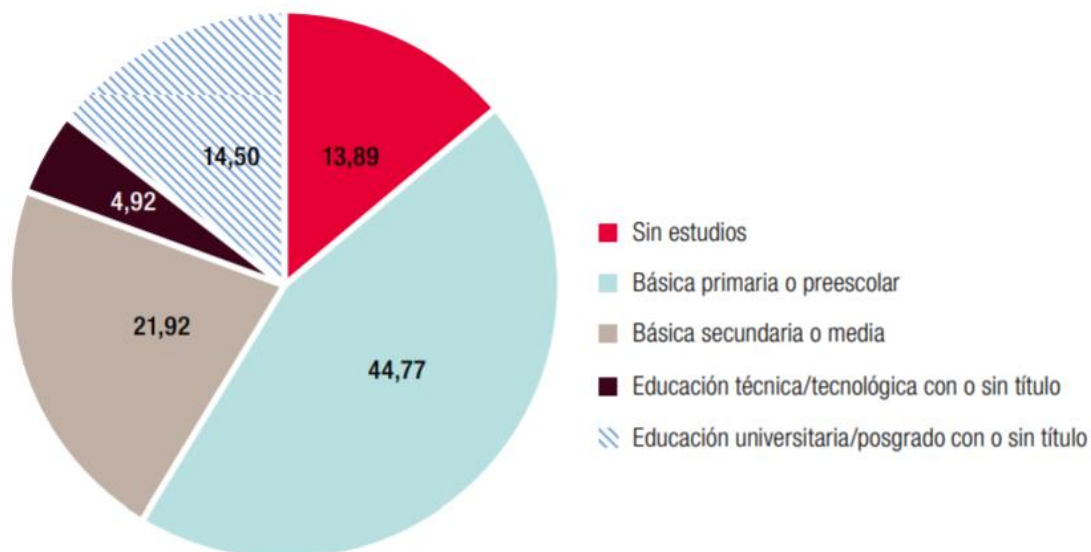
**Fuente:** Astorquiza, B y Chingal, O. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia.

[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129\\_Astorquiza.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf)

Se observa también a nivel descriptivo que una gran proporción de la población mayor tiene un nivel educativo solo de básica primaria o preescolar (58,7%), por otra parte, el 14,5% cuenta con una educación universitaria, la cual es posible agrupar de forma positiva con la posibilidad de contar con una calidad de vida buena o muy buena por medio del capital humano en beneficio de conservar unas condiciones de vida pertinentes durante la vejez.

**Figura 14.**

*COLOMBIA: NIVEL EDUCATIVO DE LAS PERSONAS MAYORES, 2018 (EN PORCENTAJES)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

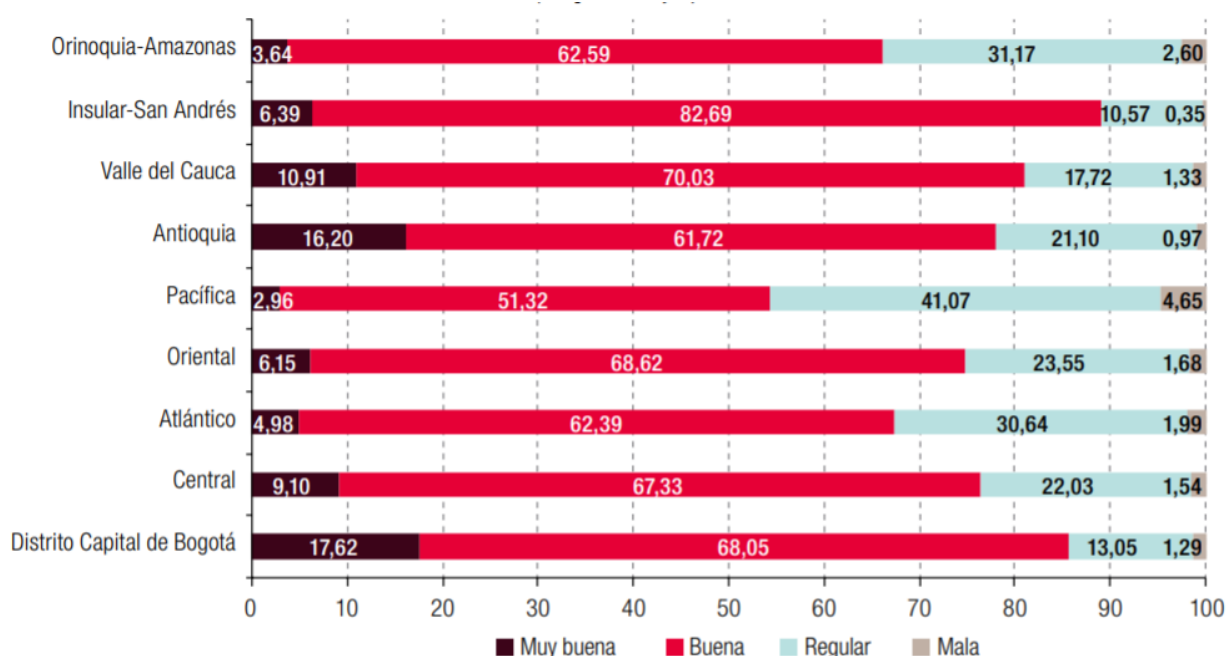
**Fuente:** Astorquiza, B y Chingal, O. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129\\_Astorquiza.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf)

Finalmente, se expone la conexión entre la calidad de vida y las diferentes regiones;

es evidente que la región Pacífica cuenta con la más alta proporción de personas mayores con una calidad de vida regular y mala (45.72%).

**Figura 15.**

*COLOMBIA: CALIDAD DE VIDA POR REGIONES O DEPARTAMENTOS (EN PORCENTAJES)*



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2018.

**Fuente:** Astorquiza, B y Chingal, O. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129\\_Astorquiza.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf)

## 5.7 MARCO ÉTICO

Al momento de referirnos a la ética asistencial en el ámbito geriátrico se considera la necesidad de una asistencia de calidad. El conjunto de valores y hechos objetivos hacen que la asistencia persevere en pro de la dignidad y el bienestar de los adultos mayores que día a día son asistidos en los diferentes ámbitos institucionales o sociales, además, se debe

resaltar que en la actualidad existe un concepto de situación de pluralismo moral el cual hace que sea difícil llegar a acuerdos sobre qué se debe y que no se debe hacer en la asistencia de los adultos mayores (Goikoetxea, s.f).

A su vez, Goikoetxea menciona que la bioética ha preparado una metodología en busca de una ayuda para determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles para cualquier ser humano en la asistencia a las personas mayores, la cual fue desarrollada por Diego García Guillen y consta Primero del principio formal universal y absoluto en la cual indica que todo ser humano debe ser tratado con igual consideración y respeto, determinando que la dignidad no tiene precio, ya que esta es una obligación moral absoluta. Así mismo, los principios materiales universales y no absolutos conllevan a tener presente diferentes ítems importantes para cualquier acción que realice la persona como lo son:

- No maleficencia: Tener compromiso a la hora de no lastimar con nuestras acciones asistenciales la integridad del usuario.
- Justicia: Deber de no discriminar a una persona sin importar sus recursos económicos.
- Autonomía: Siempre respetar los valores, creencias o ideas de las personas.
- Beneficencia: Hacer el bien a la persona según su proyecto de vida individual.

Por último, está el realizar valoración de las consecuencias esperadas, es decir, se puede realizar alguna práctica que ponga en riesgo a la persona adulta mayor, si así es su consideración, por tanto, se le trata con total dignidad y se le genera respeto.

*Dificultades éticas más frecuentes en la asistencia a los adultos mayores (Goikoetxea, s.f):*

**Relacionado con el principio de justicia.**

- Discriminación social y sanitaria hacia el adulto mayor.
- Disposición de los recursos existentes.
- Limitación de derechos en algunos tratamientos

**Relacionado con el principio de no maleficencia.**

- Maltrato o abuso al adulto mayor.
- Medidas desproporcionadas en la acción terapéutica.
- Eutanasia y suicidio asistido.
- Cuidados paliativos como la alimentación artificial o la sedación.

**Relacionado con el principio de autonomía.**

- Prestar la información acompañada de veracidad y consentimiento.
- Mantener la confidencialidad, intimidad y privacidad.
- Si es necesario, dar la posibilidad de tener voluntad para ejecutar un testamento.
- Evaluar las capacidades del adulto mayor a la hora de tomar decisiones sanitarias.
- Respetar la decisión de no recibir tratamientos e ingresos.

**Abusos y Maltratos al Adulto Mayor.** En los últimos años, la sociedad se ha dado cuenta de que el adulto mayor puede ser víctima de abusos y malos tratos por parte de las personas que conviven con ellos, con esto se ha planteado la necesidad de abordar el

problema, en busca de medidas preventivas que disminuyan las consecuencias, y de acuerdo con la Asociación Médica Americana, se puede clasificar los tipos de abuso en maltrato físico, abuso psicológico, abuso económico y negligencia física (Goikoetxea, s.f).

Con base a lo anterior, resulta importante dar al adulto mayor los cuidados pertinentes y la posibilidad de tener su última etapa de vida de una manera digna, que posibilite su bienestar y su calidad de vida. Por lo tanto, es necesario que se aplique la ética profesional y el esquema de los 4 principios más importantes para enfermería. De esta manera, los profesionales en salud aplicarían sus conocimientos, empatía, y amor por lo que realizan a los adultos mayores en cualquier ámbito en el que se encuentren.

Así mismo, el estudio a realizar implica una encuesta que generará datos importantes sobre los adultos mayores, es necesario tener presente que el consentimiento informado hace parte de una decisión con total autonomía, así, por ejemplo, debe haber unos elementos esenciales como lo indica Goikoetxea, para que este consentimiento tenga una transparencia absoluta. En pocas palabras, se debe tener una comunicación constante entre profesional- usuario para explicar y dar recomendaciones, así mismo el usuario debe expresar sus inconformidades o decisiones a tomar con voluntariedad, y por consiguiente, el usuario debe de tener presente los riesgos beneficios que conlleva realizar el estudio y por último, el profesional debe ser claro y comunicarle al adulto mayor para que entienda y tenga la capacidad de procesar la información para posteriormente acceder o no a lo propuesto.

En relación con la declaración de Helsinki mencionada por la Asamblea Médica



Mundial (AMM, 2017), se ha considerado como una propuesta para principios éticos en la investigación médica en seres humanos, por tanto se deben de seguir unos principios generales que incluyen velar ante todo por la salud del paciente y sus derechos, además, se debe de comprender todo aquello relacionado con las enfermedades para prevenir y tratar de manera adecuada y oportuna, considerando que el profesional debe atender a las normas y patrones éticos, legales y jurídicos, asistiendo a la privacidad y confidencialidad como ya se había mencionado, para resguardar la intimidad de la persona por medio del consentimiento informado, así mismo, llevar a cabo la investigación con transparencia para que al momento de la publicación se refleje la integridad y exactitud de los resultados.

En otras palabras, la Resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, aclara ciertos puntos mencionados anteriormente en donde las investigaciones deben seguir reglas para no perjudicar al individuo, se de respeto y protección a sus derechos para su bienestar como indica el artículo 5. Entre sus artículos señala:

**Artículo 11.** Las investigaciones se dividen en unas categorías, como lo son la investigación sin riesgo, la cual aplica técnicas y métodos en la investigación retrospectiva y no cambia o altera variables relacionadas con lo biológico, fisiológico o social de las personas que entran al estudio a participar, ya sea por historias clínicas, entrevistas o encuestas. La segunda clasificación es con riesgo mínimo, en ésta se realizan exámenes físicos o psicológicos para un diagnóstico o tratamiento como lo son electrocardiogramas, pruebas de secreciones, extracción de sangre venosa, obtener saliva, retirar cálculos o pruebas de medicamentos que estén autenticados por el Ministerio y cumplan los correctos

o pruebas psicológicas en las que no se manipula el comportamiento de la persona. El riesgo mayor que el mínimo implican estudios que emerjan ondas radiológicas, ensayos nuevos, aplicar procedimientos quirúrgicos, y todas las demás técnicas invasoras.

**Artículo 14.** El consentimiento informado es un acuerdo que se hace por escrito, en el que el acudiente o el individuo autoriza o da paso para entrar a participar en una investigación teniendo claro cuáles son los parámetros, procedimientos, beneficios o riesgos a los que se va someter, siendo su decisión de libre elección (Pág. 3). Por tanto, el consentimiento deberá tener una información explícita para que el sujeto o representante entienda de forma clara:

**Artículo 15.** El consentimiento informado deberá tener una justificación y objetivos de la investigación, además, todo aquel procedimiento que se va a realizar y sus riesgos o beneficios, así como la alternativa de que la persona pueda preguntar y aclarar sus dudas, tener la garantía de que en cualquier momento se pueda retirar del estudio y que en todo momento se dé la absoluta confidencialidad y la disponibilidad de indemnización en caso de que el estudio genere daños al sujeto (Pág. 4).

**Artículo 16.** Para que un consentimiento informado sea válido deberá ser elaborado por el investigador principal con la información anteriormente mencionada, debe ser revisada por el comité de ética de toda institución donde se va a aplicar el estudio, debe considerar dos testigos con nombres y direcciones y la relación que tienen con la persona que ingresa a la investigación, además, contiene firmas o huella digital y copia para el sujeto o representante que accede a la investigación (Pág. 4).

En correspondencia con el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), es una organización internacional no gubernamental que tiene un vínculo oficial con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fue fundado en 1949 por la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). A fines de los años setenta empezó su colaboración con la OMS con el objetivo de proporcionar principios éticos de manera universal para investigaciones en zonas de bajos recursos y ante esta relación estrecha de la CIOMS y la OMS se pasó a llamar la Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos. En el 2016 se cambió “investigación biomédica” a “investigación relacionada con la salud” y surgió la idea de un mejoramiento en la atención en salud, aunque se limita a investigación de observación, ensayos clínicos, biobancos y estudios epidemiológicos (OPS, CIOMS. 2017).

## **5.8 MARCO LEGAL**

Desde el punto de vista macro o internacional y micro o nacional este estudio aborda la siguiente normatividad relacionada con el adulto mayor.

En efecto, un aporte de suma importancia ha sido realizado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de la cual se ha establecido la política de envejecimiento activo, esta ha sido acogida en el año 2002, a través de ésta se realizan diferentes operativos con relación a los derechos humanos elementales establecidos en los Principios de las Naciones Unidas en beneficio de las Personas de Edad avanzada en el

entorno de las políticas de salud públicas y privadas (OMS, 2002). Dicho modelo fue seguido el mismo año por su organización homóloga a nivel interamericano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002). Ambas entidades han cooperado en la preparación de diferentes pautas sobre temas de interés para la salud de los adultos mayores desde el criterio de los derechos humanos.

Acorde con la ley 2055/2020, de 10 de septiembre, por medio de la cual se admite la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en donde se tiene como objetivo el promover, proteger y asegurar las condiciones de igualdad de cada uno de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor, con el fin de aportar a su completa inclusión, integración y participación en la sociedad. De igual manera se ratifica el valor de la solidaridad y complementariedad de la cooperación internacional y regional en pro de la promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor, acentuando así en la importancia de facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor.

Mientras tanto, la ley 27360 de 2017, de 09 de mayo, dada en la sala del congreso Argentino, por la cual es considerada la persona mayor a partir de los 60 años o más; esta convención cuenta con unos principios a favor de los adultos mayores como la promoción y la defensa de los derechos humanos y libertades principales de la persona mayor, la valorización de la persona mayor en su papel dentro de la sociedad y su aportación al desarrollo, la igualdad y no exclusión, el bienestar y el cuidado, el buen trato y la atención preferencial, entre otros principios fundamentales. Así mismo, el estado tiene unos deberes

los cuales se cumplen a través de diferentes actos de prevención, por medio de las cuáles prevenir, sancionar y eliminar las prácticas de aislamiento, desamparo, sumisión física, hacinamiento, expulsión de la comunidad, negación de la alimentación, procedimientos médicos inapropiados y todos los malos tratos inhumanos en el adulto.

Por otro lado, la ley 6 de 1999, del 7 de julio, atención y protección de las personas mayores, tiene como objetivo regular y asegurar un sistema de atención y amparo a los adultos mayores que cuente con la cooperación y contribución de los regímenes públicos de Andalucía así como de los sectores sociales a la que va dirigida y cuya acción argumente cada una de las acciones planteadas y coordinadas, donde se consideren prevenciones en todas las áreas que afectan a estas personas, con el fin de proporcionar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proveer un cuidado preventivo, gradual, integral y sucesivo, en orden a la obtención del máximo bienestar en su calidad de vida, brindando adecuado cuidado a aquellos con mayor nivel de dependencia; velar por la idoneidad económica, facilitar la integración de las personas mayores en ámbitos de la vida social por medio de actividades en su entorno, entre otros.

Con respecto al decreto 163 del 2021, de 16 de febrero, por el cual se crea el Consejo Nacional de personas mayores y se dictan otras disposiciones con funciones como fomentar labores de unión interinstitucional constituido por ministerios de salud y protección social, educación, transporte, comercio, industria y turismo, comunicaciones, hacienda y crédito público con el fin de impulsar la creación, persistencia los adultos mayores, disponer las opiniones técnicas para dividir los recursos económicos públicos empleados a programas y servicios para los adultos mayores, promocionar la creación de

bases de apoyo con el fin de fortalecer la unión, compañía y el sostén del núcleo familiar del adulto, eludiendo la institucionalización y la penalización, ya que es imprescindible implicar de manera directa a la familia quien es la encargada de sustituir la necesidades biológicas y afectivas del adulto.

De acuerdo con la resolución número 055/2018, de 12 de enero, el Ministerio de salud y protección social, decide instaurar condiciones mínimas indispensables que acrediten los Centros Vida y las condiciones para la suscripción de compromisos entre instructor y beneficiario. Por su parte, los centros vida y los centros de día del adulto mayor para conseguir su aprobación de funcionamiento deben presentar la petición ante la secretaría de salud a través de su delegado legal, dar cumplimiento con diferentes documentos como: Documento en el que declare que ejecuta las disposiciones de prevención y protección contra conflagraciones, y condiciones sanitarias y ambientales fundamentales que establece la Ley 9 de 1979, reglamentación interna de la institución en el que se pactan los derechos y deberes de ambas partes y los motivos de suspensión del usuario, así como formulario donde se constituye que cada beneficiario conoce sus derechos y deberes (Minsalud, 2018).

Inclusive, en Minsalud (2018), que los centros deben contar con un grupo de talento humano el cuál debe estar constituido por un director u organizador, quien debe ser consciente de dar cumplimiento a cada una de las actividades ofrecidas por los Centros. Deberá contar mínimo con un estudio tecnológico o profesional en ciencias humanas, ciencias sociales o ciencias de la salud. No obstante, en Centros con hasta 60 usuarios registrados cuenten con un dirigente o coordinador con disposición de al menos cuatro

horas diarias por cada día que el centro preste servicios. En Centros con 61 o más usuarios registrados deberán contar con un directivo o encargado con disponibilidad de ocho horas diarias por cada día que el centro realice sus actividades.

Debe señalarse, que es necesario contar con al menos un responsable de la formación nutricional y dietética, así los usuarios reciben alimentación de calidad conforme a sus necesidades, al menos un encargado de la limpieza de la infraestructura física, un manipulador de alimentos que esté debidamente instruido, contar con al menos un técnico laboral auxiliar en enfermería o en salud pública, en centros con al menos quince usuarios se deberá contar con una persona con experiencia en actividad física e integración social, entre otros, según la demanda del centro. Todo el personal del centro debe contar con una capacitación en atención de emergencias y manejo óptimo de elementos relacionado a la emergencia que se presente, cada una de las capacidades basadas en el enfoque de derecho y modelo de atención integral según las necesidades, orientadas y fortalecidas en cada prestador de servicios de cada Centro (Minsalud, 2018).

De igual manera, la ley 1850/2017, del 19 de julio, por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, donde se decreta que los centros de protección social de día, así como los organismos de atención deberán cobijar a los adultos afectados por sucesos de dureza intrafamiliar como medida de apoyo y precaución. Así mismo, el Consejo Nacional del adulto mayor debe asesorar y evaluar el manejo de los proyectos planificados en defensa y lucha contra la violencia que se le realiza a los adultos mayores, impulsar la creación de redes de apoyo con el fin de consolidar enlaces, compañía y soporte por parte del vínculo familiar del adulto y así eludir la

institucionalización y la penalización en la cual si un individuo agrede física o psicológicamente a algún integrante de su núcleo familiar, incurrirá, siempre que el comportamiento no constituya crimen sancionado con pena mayor, en reclusión de cuatro a ocho años.

Se indica así mismo, en la ley 1251/2008, de 27 de noviembre, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, donde se tiene como objetivo principal el proteger, promover, restablecer y defender los derechos de las personas mayores, dirigir políticas que tengan en cuenta el periodo de envejecimiento, proyectos y planificaciones por parte del Estado, la sociedad civil y la familia, regularizando así el funcionamiento de los diferentes organismos que prestan servicios de vigilancia, cuidado y desarrollo integral de las personas en etapa de vejez, esto acorde al artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de Derechos Humanos de 1948 Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

De hecho, esta ley tiene como fin conseguir que los adultos mayores puedan participar activamente en el progreso de la sociedad, considerando las experiencias vividas, todo esto con ayuda de la promoción, respeto, mejoría, ayuda y ejercicio de cada uno de sus derechos. Así mismo, existen unos objetivos encaminados al desarrollo del adulto mayor, tales como aumentar la calidad de vida de cada adulto teniendo en cuenta que es un integrante más de la sociedad, siempre velando principalmente por aquellos en situación de pobreza y vulnerabilidad; componer y desarrollar herramientas culturales que estimen la



contribución del adulto mayor siendo posibilitadores de sus habilidades y destrezas a las descendencias.

Por otra parte, la ley 1171/2007, de 07 de diciembre, por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores, la cual tiene como objeto otorgar a los adultos mayores de 62 años beneficios para asegurar sus derechos a la educación, al entretenimiento, a la salud y motivar una mejora en sus condiciones adecuadas de vida. Tanto los colombianos como los extranjeros residentes en Colombia que hayan cumplidos sus 62 años de edad podrán ser partícipes de todas las actividades constatadas en esta ley, sólo será necesario presentar su cédula de ciudadanía o documento legal para acceder a dichos servicios. Así mismo, estas personas podrán disfrutar de un descuento del cincuenta por ciento en boletería para espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos celebrados en escenarios pertenecientes a la Nación o entidades territoriales, este descuento también aplica en costo de matrícula en educación superior.

De igual importancia, el artículo 46 de 1991, del 4 de julio, en la Constitución Política de Colombia se refiere al estado, la sociedad y la familia los cuales deberán cooperar en la defensa y la asistencia de las personas de la tercera edad y fomentar su integración a la vida activa y colectiva dentro de la comunidad. Igualmente, el estado les asegurará los servicios de la seguridad social integral y el auxilio alimenticio en caso de pobreza e indigencia.

## **5.9 MARCO DISCIPLINAR**

Entre las diferentes teoristas de enfermería, se encontró oportuno para la realización

de la investigación, teorías que, a lo largo de la profesión de enfermería, sirven como guías para la realización de un trabajo humanizado. Alrededor del mundo, las enfermeras/os han comenzado a tener el reconocimiento de la motivación en su labor, identificando así teorías utilizadas en diferentes escenarios, para desarrollar acciones adecuadas y con apoyo científico.

### **5.9.1 Hildegard E. Peplau: “Teoría de las relaciones interpersonales”**

Según Peplau, se analizan cuatro experiencias psicobiológicas que lo que hace es que los pacientes desarrollen respuestas, tanto destructivas como constructivas de acuerdo a la necesidad, frustración, conflicto y ansiedad, que estas a su vez se dividen en cuatro fases, que serán explicadas a continuación.

La orientación se definiría como la primera de las fases donde se necesita de la atención, el papel que cumple la enfermera es la de hacer entrar al individuo en entendimiento de su determinación de cuidado y la identificación sería la segunda fase, en este punto se tienen en cuenta las personas encargadas de brindar cuidado, el rol de la enfermera sería la de hacer que el individuo pase por distintas etapas, donde éste expresa sus sentimientos para comprender su enfermedad y cómo debe llevarla. En la última etapa del proceso es donde el paciente tiene una nueva visualización y empieza a independizarse de las anteriores fases, creando así un nuevo comienzo para él y de ambas partes, tanto como de enfermera como paciente, es necesario tener una buena comunicación y una buena capacidad de escuchar, ya que acá se hace el uso de los diferentes roles donde la necesidad de solucionar los problemas se vuelve el único objetivo.

Entre los diferentes roles, se tienen seis, que sería el rol de extraño donde a pesar de no conocerse, se debe tratar con respeto y no hacer prejuicios; rol de la persona recurso, que en este punto se dan respuestas y se explica el tratamiento; rol docente que es una combinación de todos los roles y de acuerdo al conocimiento del paciente se hace el uso de la información; rol de liderazgo, este se puede dar por medio de la cooperación y participación activa pudiéndose lograr la satisfacción de sus necesidades; rol de sustituto, la función de enfermería sería hacer entender al paciente cuál es realmente su función, partiendo de que el individuo ve el personal de salud como alguien cercano y por último tenemos al rol de asesoramiento, según Peplau este aplica más en situaciones psiquiátricas ya que en este es donde se debe hacer entender lo que está ocurriendo.

Se puede decir que, de acuerdo a la actitud de la enfermera, el paciente puede o no identificar de manera más fácil por lo que está cursando y teniendo una mejor respuesta para la solución del problema.

### **5.9.2 Jean Watson: “Teoría del cuidado humanizado”**

Los adultos mayores, presentan un deterioro de su salud, lo que hace que estos requieran de mayor cuidado y dependan de otras personas, es aquí donde el personal de la salud presenta la mayor parte de intervenciones, donde se hacen partícipes del proceso incluyendo al individuo y a su familia. Es por esto que el cuidado humanizado se convierte en una parte fundamental porque se vuelve un compromiso donde se quiere conservar la

calidad de vida del adulto mayor. Jean Watson describe unos “quehacer de enfermería”, que estos son: Gestión, asistencia, formación, docencia e investigación, debido a que este conjunto de conceptos nos lleva a respetar en su totalidad la dignidad humana (Guerrero, et al. 2016).

Así mismo, según Guerrero, et al (2016) hay que mencionar que en esta etapa de la vida, se presenta una mayor fragilidad no solo a nivel físico sino a nivel emocional, por lo que se requiere más de la relación cuidando-sanando, de manera que se debe tener en cuenta la armonía entre la ayuda y la confianza, no obstante, Watson nos describe su teoría como un “Compromiso moral” donde se debe proteger y demostrar el respeto a la persona, como también se debe demostrar el mayor interés, pudiendo observar las necesidades de cada persona, para poder brindar el mejor tratamiento basado en los valores.

En contraste con lo anterior, existe una escala llamada “Escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson” que esta va conformada por 6 subcategorías: Satisfacer las necesidades, habilidades técnicas de la enfermera, relación enfermera-paciente, autocuidado del profesional de enfermería, aspectos espirituales del cuidado enfermero y aspectos éticos del cuidado, que esto lo que nos indica es que si tenemos todas estas características, podemos brindar un buen cuidado humanizado (Guerrero, et al. 2016).

## **6 METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo y transversal. Observacional porque se hizo observación directa de los adultos mayores durante la aplicación del instrumento, descriptivo porque se describió variables sociodemográficas, variables de tipos de soledad y formas de expresión de la soledad relacionadas con las variables sociodemográficas de análisis Univariado y Bivariado, además de transversal, porque se recogió la información en un momento dado del proceso investigativo.

### **6.2 Población y muestra**

#### ***6.2.1 Población***

Estuvo conformado por 74 personas de algunos centros de adulto mayor en Risaralda.

#### ***6.2.2 Muestra***

La muestra fue de 43 adultos mayores de 60 años quienes cumplieron los criterios de elegibilidad acorde a criterios de inclusión y exclusión, que se encuentran en algunos centros gerontológicos de Risaralda, quienes aceptaron voluntariamente acceder a la encuesta para brindar información necesaria para la realización del estudio.

### **6.3 Instrumento**

Se elaboró un cuestionario tipo encuesta con preguntas dicotómicas y politómicas relacionadas con las variables del estudio, el cual tuvo validación facial como de contenido por expertos, para realizar ajustes al cuestionario, luego, se hizo prueba piloto con algunos

personas de otros centros del adulto que según criterios del estudio dieron confiabilidad al instrumento, posteriormente se realizó el trabajo de campo para recoger la información y se tabuló en Excel versión 2016, lo que se representó en tablas y gráficos para resignificar los hallazgos.

#### **6.4 Técnicas de recolección de información**

Se solicitó permiso institucional con presentación de estudio y se pidió consentimiento informado a aquellas personas que según la escala de Yesavage no cursaban depresión, en el ABC instrumental, el AVD y que tenían un nivel cognitivo adecuado para responder el instrumento, por tanto, se aplicó la encuesta a los sujetos del estudio de manera presencial, en los hogares seleccionados en Risaralda, con una duración de 30 a 40 minutos.

#### **6.5 Análisis de resultados**

Con base a los resultados arrojados por el instrumento, se procede a realizar el análisis con 43 adultos mayores de los hogares o Centros del Bienestar de Adulto Mayor (CBA) de los municipios Pereira, Dosquebradas y Mistrató sobre las características de la soledad, posteriormente se compararon diferentes variables para establecer porcentajes y sacar conclusiones contemplados en los hallazgos.

## 7 RESULTADOS

Con base a los resultados arrojados por el instrumento, se presenta el análisis con 43 adultos mayores de los hogares o Centros del Bienestar de Adulto Mayor (CBA) de los municipios Pereira, Dosquebradas y Mistrató sobre las características de la soledad.

### 7.1 Caracterización sociodemográfica

**Tabla 1.**

#### *CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA*

<b>1.1 Edad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Más de 80	29	67,4%
De 71 a 80	10	23,3%
De 60 a 70	4	9,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.2 Género</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Masculino	25	58,1%
Femenino	18	41,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.3 Estado civil</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Soltero/a	21	48,8%
Casado/a	9	20,9%
Viudo/a	7	16,3%
Unión libre	3	7,0%
Separado	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.4 Tipo de convivencia</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Pareja	8	18,6%
Hijos	9	20,9%

Familiar	18	41,9%
Amigos	2	4,7%
Solo/a	6	14,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.5 Etnia</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Mestizo	42	97,7%
Indígena	1	2,3%
Afrodescendiente	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.6 Nivel educativo</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Primaria	25	58,1%
Secundaria	7	16,3%
Técnico/ Tecnológico	1	2,3%
Educación superior	2	4,7%
Ninguno	8	18,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.7 Ocupación</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Independiente	17	39,5%
Pensionado	0	0,0%
Empleado	6	14,0%
Ama de casa	6	14,0%
Jubilado/a	2	4,7%
Agricultor	5	11,6%
Servidora doméstica y niñera	1	2,3%
Ninguna	6	14,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.8 Ingreso económico</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Esporádico / ocasional	14	32,6%
≤ 1 SMMLV	3	7,0%



1 a 2 SMMLV	1	2,3%
≥ 2 SMMLV	0	0,0%
Media pensión	17	39,5%
Ninguno	8	18,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.9 Estrato socioeconómico</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Estrato 1	17	39,5%
Estrato 2	16	37,2%
Estrato 3	10	23,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.10 Procedencia</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Urbano	32	74,4%
Rural	11	25,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.11 Residencia</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Dosquebradas	20	46,5%
Mistrató	15	34,9%
Pereira	8	18,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.12 Seguridad social en salud</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Subsidiado	32	74,4%
Contributivo	11	25,6%
Servicios especiales	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.13 Práctica religiosa</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Católico	40	93,0%
Evangélico	1	2,3%
Cristiano	0	0,0%
Adventista	1	2,3%

Ninguna	1	2,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>1.14 Apoyo sociofamiliar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Familia	29	67,4%
Amigos	5	11,6%
Ninguno	9	20,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos del estudio.

*Nota:* La tabla N° 1 muestra que la población conformada por 43 adultos mayores se encontró 29 casos (67,4%) mayores de 80 años seguido con 10 casos (23,3%) de 71 a 80 años, hubo prevalencia de los hombres con 25 casos (58,1%) y las mujeres fueron 18 casos (41,9%), en cuanto al estado civil la mayoría era soltero/a con 21 casos (48,8) seguido de casado/a con 9 casos (20,9%), en la etnia se puede evidenciar que en su mayoría es mestizo 42 casos (97,7%) y solo 1 caso (2,3%) es indígena, el ingreso económico los casos en su mayoría cuentan con media pensión con 17 casos (39,5%), a su vez también se observó que 14 de los casos (32,6%) tienen un ingreso esporádico/ocasional, por último, la mayoría se encontraba en estrato 1 con 17 casos (39,5%) le sigue el estrato 2 con 16 casos (37,2%).

## 7.2 Características biofísicas y sociales del adulto mayor

**Tabla 2**

### *CARACTERÍSTICAS BIOFÍSICAS Y SOCIALES DEL ADULTO MAYOR*

<b>2.2 Índice de fragilidad, Escala de Edmonton Frail</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
0 - 4 puntos: No presenta fragilidad.	6	14,0%
5- 6 puntos: Aparentemente vulnerable.	3	7,0%
7- 8 puntos: Fragilidad ligera.	15	34,9%
9- 10 puntos: Fragilidad moderada.	9	20,9%
11 o más puntos: Fragilidad severa.	10	23,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.3 índice de Katz</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Independiente en todas las funciones.	19	44,2%
Independiente en todas salvo en una de ellas.	5	11,6%
Independiente en todas salvo lavado y otra más.	1	2,3%
Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más.	4	9,3%
Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso del retrete y otra más.	2	4,7%
Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otra más.	9	20,9%
Dependiente en las seis funciones.	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.4 Morbilidad crónica preexistente</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial	11	25,6%
Diabetes Mellitus	3	7,0%
Dislipidemia	3	7,0%
EPOC	5	11,6%
Artritis	1	2,3%
Artrosis	1	2,3%
Cáncer	1	2,3%

VIH	1	2,3%
Cardiopatía Isquémica	2	4,7%
Sarcopenia	5	11,6%
Gastritis	2	4,7%
Osteoporosis	2	4,7%
SD depresivo-ansioso	1	2,3%
ACV	1	2,3%
Hiperplasia prostática	1	2,3%
Osteomielitis	1	2,3%
Enfermedad pélvica inflamatoria	1	2,3%
Ataxia cerebral	1	2,3%

---

<b>Total</b>	43	100%
--------------	----	------

---

<b>2.5 Morbilidad actual</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
------------------------------	-----------	----------

---

Demencia senil	4	9,3%
Parkinson	3	7,0%
Epilepsia	1	2,3%
Dislipidemia	1	2,3%
Ceguera	1	2,3%
Hipoacusia	1	2,3%
Glaucoma	1	2,3%
Insomnio	1	2,3%
Deterioro cognitivo	1	2,3%
Ninguna	29	67,4%

---

<b>Total</b>	43	100%
--------------	----	------

---

<b>2.6 Condición de salud</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
-------------------------------	-----------	----------

---

Limitación física o funcional	25	58,1%
Limitación mental - Cognitiva	10	23,3%
Ninguna	8	18,6%

---

<b>Total</b>	43	100%
--------------	----	------

---

<b>2.7 Motivo de ingreso al hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Ausencia de pareja	2	4,7%
Decisión familiar	28	65,1%
Voluntad propia	10	23,3%
Nieto	1	2,3%
Abandono	1	2,3%
Desconocido	1	2,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.8 Tiempo de permanencia en el hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	13	30,2%
1 a 2 años	8	18,6%
2 a 3 años	7	16,3%
Más de 3 años	15	34,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.9 Estado de bienestar en el hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Personal que lo asiste o cuida	19	44,2%
Espacios del hogar	8	18,6%
Actividades del hogar	16	37,2%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.10 Visitas que recibe en el hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Pareja	2	4,7%
Hijos	10	23,3%
Familiar	13	30,2%
Ninguna	18	41,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>2.11 Salidas del hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Con el personal del hogar	22	51,2%
Con un familiar	13	30,2%
Solo/a	3	7,0%

Ninguna	5	11,6%
<b>Total</b>	43	100%
<b>2.12 Actividades que le gusta realizar en el hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Leer y escribir	4	9,3%
Ver TV	8	18,6%
Manualidades	10	23,3%
Juegos de mesa	9	20,9%
Aseo en el hogar	1	2,3%
Doblar ropa	1	2,3%
Bailar y recreación	1	2,3%
Ir a la iglesia	1	2,3%
Sopas de letras	1	2,3%
Pintar	1	2,3%
Ninguna	6	14,0%
<b>Total</b>	43	100%
<b>2.13 Actitud frente al envejecimiento</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Autonomía	12	27,9%
Autoaceptación	24	55,8%
Aceptación social	7	16,3%
<b>Total</b>	43	100%

**Fuente:** Base de datos del estudio.

*Nota:* En la tabla N°2 se observa que el 34,9% de los adultos mayores presentan una fragilidad ligera, seguido de la fragilidad severa, demostrando que entre más edad mayor es la disminución de la reserva fisiológica y el aumento de la resistencia a los factores estresantes como resultado de un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, sin embargo, 19 de los adultos mayores (44,2%) son independientes en todas las funciones o requieren supervisión para las actividades de la vida diaria (AVD). Por otra parte, la de

hipertensión arterial sigue siendo la enfermedad crónica preexistente que está presente en esta población con un 25,6%, aunque la mayoría no presentan morbilidad actual, la demencia senil es una de las que más se evidencian, además un 58,1% presenta alguna limitación física o funcional.

El 65,1% de los adultos mayores ingresaron por motivo familiar y 15 de ellos llevan más de 3 años en el hogar (34,9%), siendo para 19 (44,2%) de ellos agradable estar allí por el personal que lo asiste o cuida en el transcurso del día. Es importante mencionar que el 41,9% no recibe visitas, siendo consecuente en las salidas porque lo hacen son el personal, más no con la familia. Las actividades que realizan les ayuda a fortalecerse de manera física y mental, principalmente a 10 les llama la atención las manualidades (23,3%) seguido de la televisión (18,6%). Debido a las situaciones que viven diariamente, los adultos mayores se diferencian por tener actitudes del envejecimiento, por tanto, el auto aceptarse (55,8%) puede reflejar su decadencia o bienestar significativo.

### 7.3 Características de soledad

**Tabla 3**

*CARACTERÍSTICAS DE SOLEDAD.*

<b>3.1. Costumbres que extraña</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Compartir con su pareja e hijos	12	27,9%
Relaciones de amistad	7	16,3%
Convivencia familiar	19	44,2%
Ninguna	2	4,7%
No refiere	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>3.2. Relación con sus compañeros del hogar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Siente que está acompañado	15	34,9%
Se siente acogido	10	23,3%
Se siente escuchado	8	18,6%
Siente que no tiene amigos	1	2,3%
Siente que es importante	5	11,6%
Siente que es comprendido	1	33,3%
Ninguna	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>3.3. Percepción de sí mismo</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Siente que es un estorbo para los demás	3	7,0%
Deterioro físico y psicológico	20	46,5%
Aumento en el grado dependencia	8	18,6%
Poco participativo en las actividades	3	7,0%
Abandonado	4	9,3%
Ninguno	5	11,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>
<b>3.4. Actitud frente a la convivencia</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>



Sentimiento de carga	7	16,3%
Creciente languidez para las actividades intelectuales	13	30,2%
Estigmatización por familiares o amigos	6	14,0%
Rechazo para asumir las situaciones del presente	4	9,3%
Mayor incredulidad	8	18,6%
Ninguna	5	11,6%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.5. Cuando se siente solo o está solo, tiene sentimientos como:</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Melancolía	4	9,3%
Nostalgia	9	20,9%
Añoranza	7	16,3%
Tristeza	10	23,3%
Soledad	8	18,6%
Tranquilidad	2	4,7%
Ninguno	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.6. Motivos de aislamiento</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Muerte de la pareja o amigo	5	11,6%
Dificultades para relacionarse	10	23,3%
Falta de visitas	12	27,9%
Pérdida del círculo social	7	16,3%
Ninguno	9	20,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.7. Motivos de soledad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Sentimientos negativos	6	14,0%
Aislamiento social	10	23,3%
Insatisfacción de relaciones humanas	4	9,3%
Rechazo sociofamiliar	4	9,3%
Fragilidad psico-funcional	12	27,9%

Carece de razones para vivir	1	2,3%
Ninguno	5	11,6%
No refiere	1	2,3%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.8. Factores epidemiológicos de la soledad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Edad (>Edad, mayor riesgo)	17	39,5%
Género (Femenino, mayor riesgo)	19	44,2%
Enfermedades crónicas (Limitación física o funcional)	7	16,3%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.9. Riesgos emocionales asociados a la soledad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Inseguridad	4	9,3%
Tristeza-Depresión	26	60,5%
Sin motivación para vivir	2	4,7%
Negatividad	1	2,3%
Proximidad a la muerte	1	2,3%
Ansiedad	4	9,3%
Agresividad	1	2,3%
Ninguno	4	9,3%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.10. Riesgos de autopercepción de soledad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Autopercepción de mala salud	14	32,6%
Salud mental y física débil	16	37,2%
Escasa participación social	5	11,6%
Escaso sentido de la vida	1	2,3%
Ninguno	7	16,3%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.11. Soledad objetiva</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Falta de compañía permanente o temporal	7	16,3%
Relaciones con otros son débiles	12	27,9%

No siempre implica una vivencia desagradable	11	25,6%
Pasa cierto tiempo solo/a por deseo	7	16,3%
Experiencia buscada y enriquecedora	1	2,3%
Ninguna	5	11,6%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.12. Soledad subjetiva</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Sentirse solo/a	9	20,9%
Sentimiento doloroso	5	11,6%
Teme al dolor	1	2,3%
Nunca buscan la situación, es impuesta por la situación que la persona sufre	7	16,3%
Insatisfacción de las relaciones (No son como esperan que lo sea)	6	14,0%
Ninguna	15	34,9%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.13. Soledad emocional</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Depresión	6	14,0%
Angustia	5	11,6%
Malinterpreta la hostilidad o intención afectiva de otros	5	11,6%
Deficiencia de apego o figuras significativas	4	9,3%
Carencia de cercanía o intimidad con otros	6	14,0%
Falta de vínculo afectivo fuerte	7	16,3%
Pesimismo	3	7,0%
Indiferencia	3	7,0%
Negación a los cambios normales del envejecimiento	1	2,3%
Autoestima	1	2,3%
Estrés	1	2,3%
Ignorancia	1	2,3%
<b>Total</b>	43	100%

<b>3.14. Soledad social</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
-----------------------------	-----------	----------

Carece de sentido de pertenencia social	7	16,3%
Disminución de contacto con grupos sociales	11	25,6%
Relaciones deficientes o insatisfactorias	10	23,3%
Desadaptación social	3	7,0%
Ninguno	12	27,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.15. Soledad existencial</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Experiencia íntima y personal de cada persona	10	23,3%
Inherente a la libertad	2	4,7%
Selección y responsabilidad de la formación de valores	1	2,3%
Duda existencial	1	2,3%
Ninguna	29	67,4%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.16. Soledad aguda</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Estado pasajero de soledad	24	55,8%
Autorregulación de soledad	3	7,0%
Ninguna	16	37,2%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.17. Soledad crónica</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Estado permanente de soledad	3	7,0%
Superación difícil	3	7,0%
Ninguna	37	86,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.18. ¿Con qué tipo de soledad se identifica más?</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Soledad objetiva	5	11,6%
Soledad emocional	15	34,9%
Soledad social	9	20,9%
Soledad existencial	1	2,3%
Soledad subjetiva	4	9,3%

Ausencia de soledad	9	20,9%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.19. ¿Qué tipo de percepción tiene de su entorno social?</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
--	-----------	----------

Integración social, entendida como la calidad de las relaciones mantenidas con la sociedad y la comunidad	6	14,0%
Aceptación social, relacionada con atribuir honestidad, bondad, y amabilidad a otros miembros de la sociedad.	12	27,9%
Contribución social, en el sentido de que se tiene algo útil que ofrecer al mundo.	9	20,9%
Actualización social, referida a la confianza en el progreso y el desarrollo.	4	9,3%
Coherencia social, referida al nivel de entendimiento de la dinámica social y la preocupación por saber lo que ocurre en el mundo.	8	18,6%
No refiere	1	2,3%
Ninguna	3	7,0%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.20. Factores protectores de la soledad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
---	-----------	----------

Actividades de reuniones de adultos mayores	10	23,3%
Grupos con intereses particulares y centros comunitarios	4	9,3%
Grupos religiosos o espirituales	5	11,6%
Vivir en pueblo pequeño	3	7,0%
Autocuidado	8	18,6%
Responsabilidad personal	6	14,0%
Red familiar y social	5	11,6%
Baila	1	2,3%
Ninguna	1	2,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

<b>3.21. Acompañamiento de la soledad en el adulto mayor</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
--	-----------	----------

Dirección a grupos de apoyo	10	23,3%
-----------------------------	----	-------

Visitas domiciliarias	7	16,3%
Llamadas telefónicas	6	14,0%
Fomento de actividad física	20	46,5%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Base de datos del estudio.

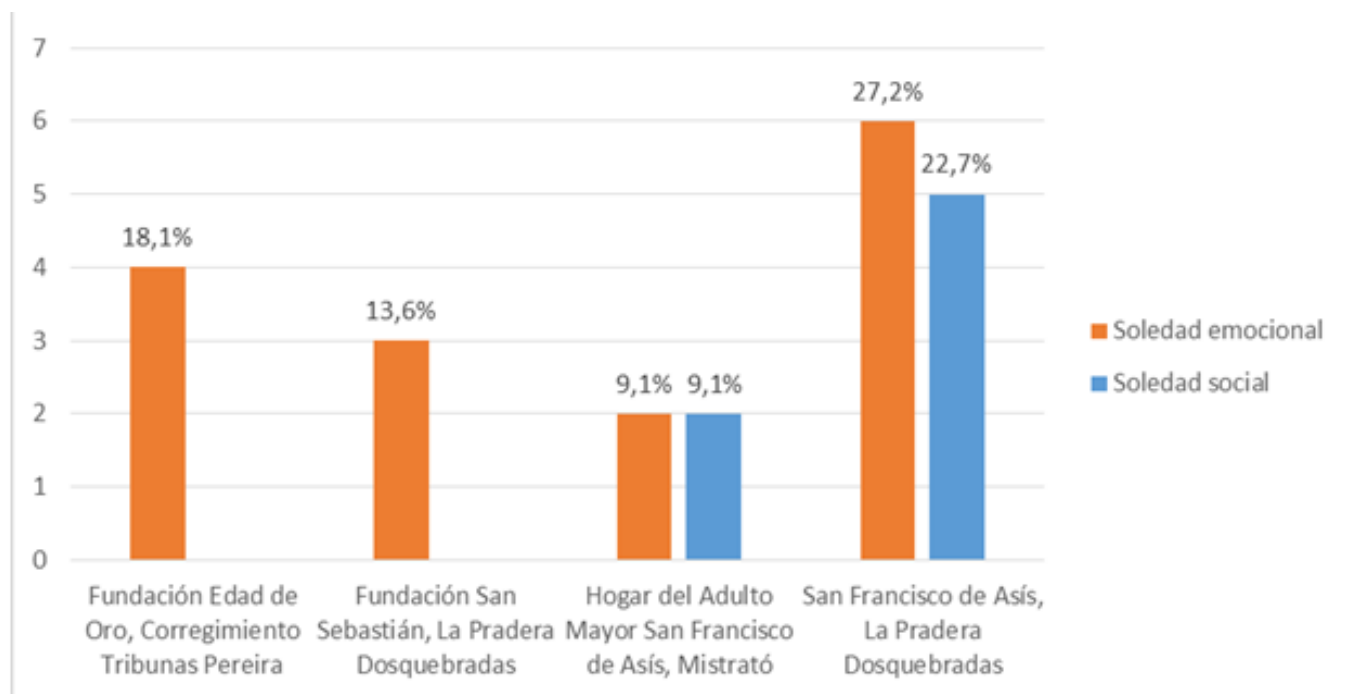
*Nota:* En la tabla N°3 se observa que 19 (44,2%) de los adultos mayores las costumbres que más extrañan es la convivencia familiar, seguido de compartir con su pareja e hijos, esto demostrando que el valor emocional puede incrementar sentimientos negativos, si lo asociamos con la soledad emocional, podemos demostrar que (16,3%) los adultos mayores presentan una falta de vínculo afectivo fuerte siendo la característica más importante de este tipo de soledad.

En relación con los compañeros del hogar se ve reflejado en 15 de los adultos mayores (34,9%) se sienten acompañados y mejorando el sentimiento de soledad con el fomento de la actividad física en un (46,5%), además que de la mano con los factores protectores de la soledad evidenciamos que las actividades de reuniones con los adultos mayores, mejora la integración y evita el aislamiento con un (23,3%); teniendo en cuenta la percepción de sí mismo, la mayoría de los adultos (46,5%) coinciden en que se tiene un deterioro físico y psicológico lo que genera un impacto para ellos, generando un riesgo de autopercepción de soledad, que mayormente lo vemos reflejado en la salud mental y física débil en un (37,2%), también corresponde con los riesgos emocionales asociados a la soledad, teniendo una mayor relevancia la tristeza-depresión en un (60,5%), epidemiológicamente el número de este sentimiento puede ser mayor debido a que el género femenino en un (44,2%) presenta un mayor riesgo de tener soledad por diversos factores como lo son los cambios hormonales.

Por otra parte, el motivo principal de aislamiento en los adultos mayores es la falta de visitas (27,9%), a pesar de que en su entorno social ellos se sienten aceptados, honestos, bondadosos y amables en un (27,9%). Según las características y los tipos de soledad se identificaron en nuestro estudio en el siguiente orden: Soledad emocional (34,9%), soledad social (20,9%), ausencia de soledad (20,9%) y soledad objetiva (11,9%).

**Figura 16.**

*POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE SOLEDAD EN HOGARES DE ADULTO MAYOR*



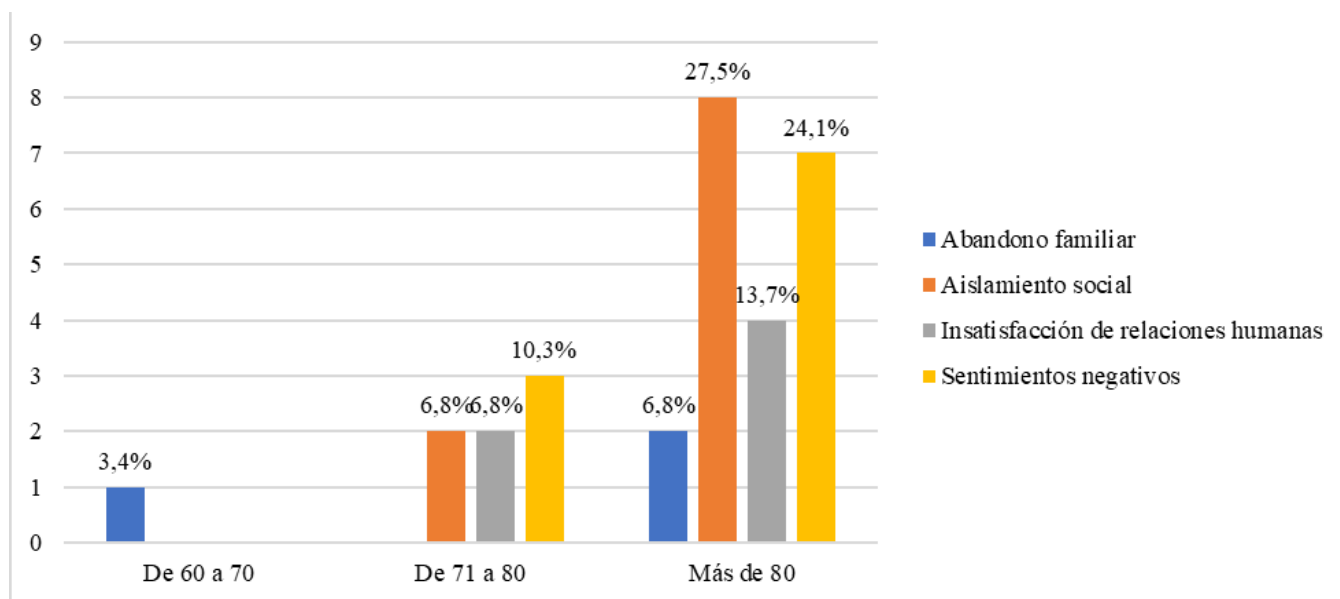
**Fuente:** Este estudio.

La figura 16 muestra población según tipo de soledad indica que la soledad emocional fue la más representativa en San Francisco de Asís, La Pradera 6 casos (27,2%) y, Fundación Edad de Oro en el Corregimiento de Tribunas Córcega con 5 casos (18,1%),

luego se encontró la soledad social en dos lugares, en San Francisco de Asís, Mistrató 2 casos (9,1%) y San Francisco de Asís, La Pradera con 5 casos (22,7%). Al analizar los hallazgos más relevantes es preciso señalar que, la muestra de 43 adultos mayores se categoriza en los tipos de soledad que presentan, existiendo un mínimo porcentaje de ausencia de soledad con 9 casos (29%), es decir, que, al observar el total, serán menores al porcentaje final al individualizar los resultados (Ver figura 16).

**Figura 17.**

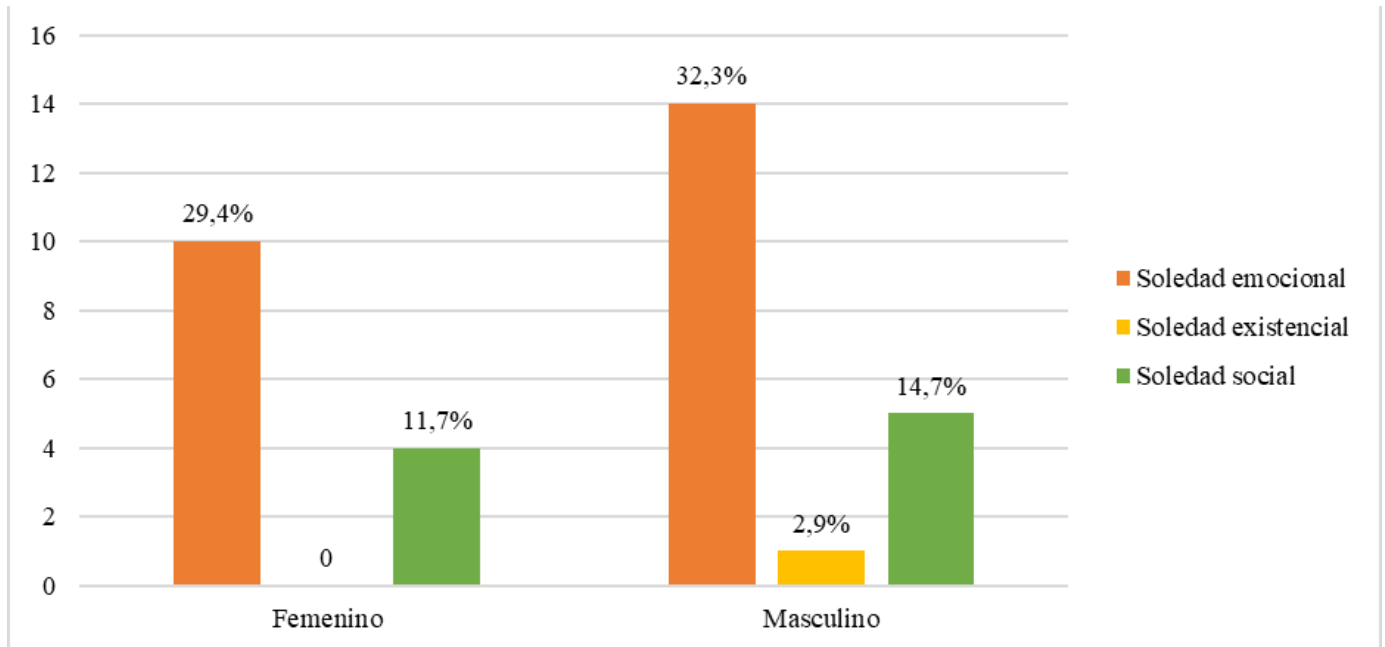
*MOTIVOS DE SOLEDAD SEGÚN GÉNERO*



**Fuente:** Este estudio.

Siguiendo con la figura 17 de motivos de soledad según edad, se puede evidenciar que los adultos mayores de 80 años presentan un aislamiento social con 8 casos (27,5%) seguido de los sentimientos negativos con 7 casos (24,1%); En tercer lugar, está la insatisfacción de las relaciones humanas con 4 casos (13,7%) y, por último, adultos mayores de 71 a 80 años prevaleciendo los sentimientos negativos con 3 casos (10,3%) (Ver figura 17).

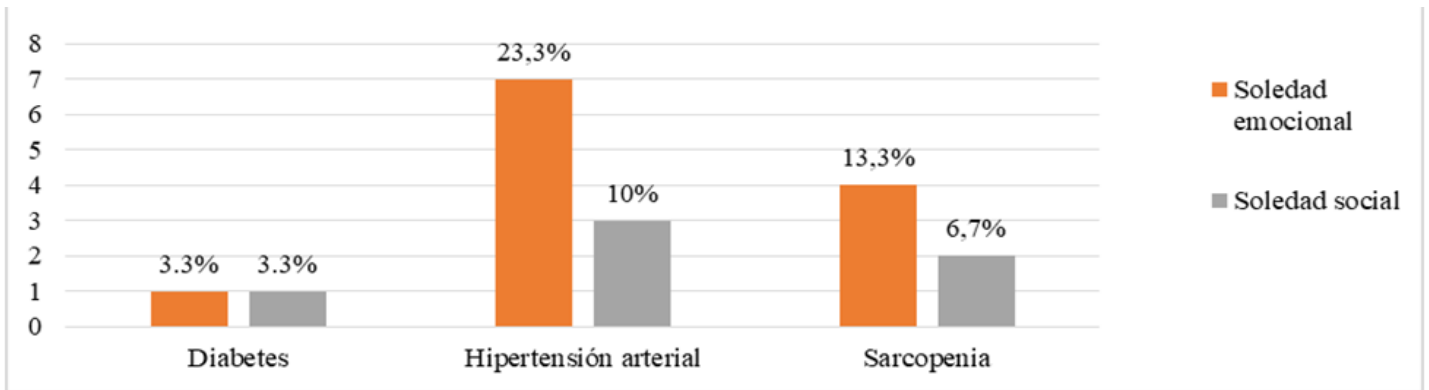


**Figura 18.***TIPOS DE SOLEDAD SEGÚN GÉNERO*

**Fuente:** Este estudio.

De acuerdo a la figura cruzada 18 de tipos de soledad según género se evidenció que el sexo masculino presentó mayor soledad emocional 14 casos con (32,3%) frente al sexo femenino 10 casos (29,4%), para soledad social fue 5 (14,7%) casos en género masculino frente al femenino de 4 casos (11,7%) (Ver figura 18).

**Figura 19.***TIPOS DE SOLEDAD SEGÚN MORBILIDAD CRÓNICA PREEXISTENTE*

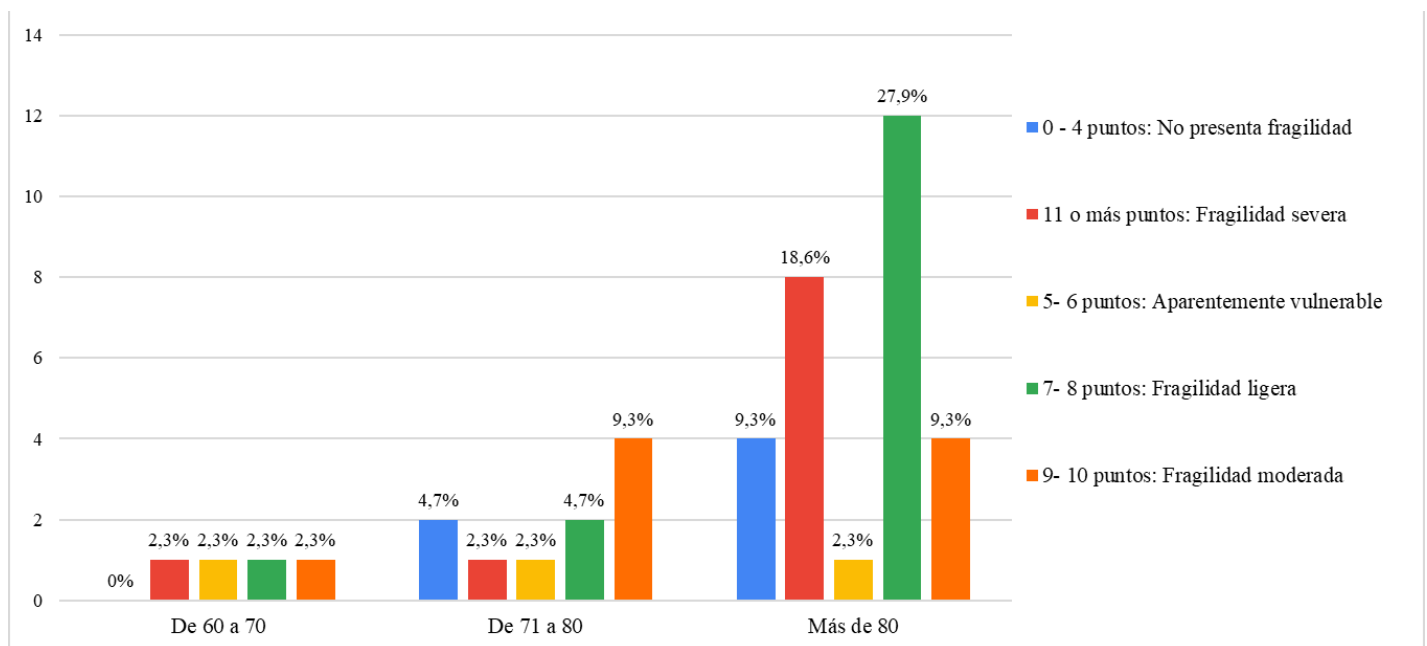


**Fuente:** Este estudio.

En la figura 19 tipo de soledad según morbilidad, se observó una mayor prevalencia en soledad emocional con Hipertensión Arterial, 7 casos (23,3%), seguida de Sarcopenia con 4 casos para un (13,3%) y luego, Diabetes con 1 caso (3.3%) (Ver figura 19).

**Figura 20.**

*ÍNDICE DE FRAGILIDAD SEGÚN EDAD*



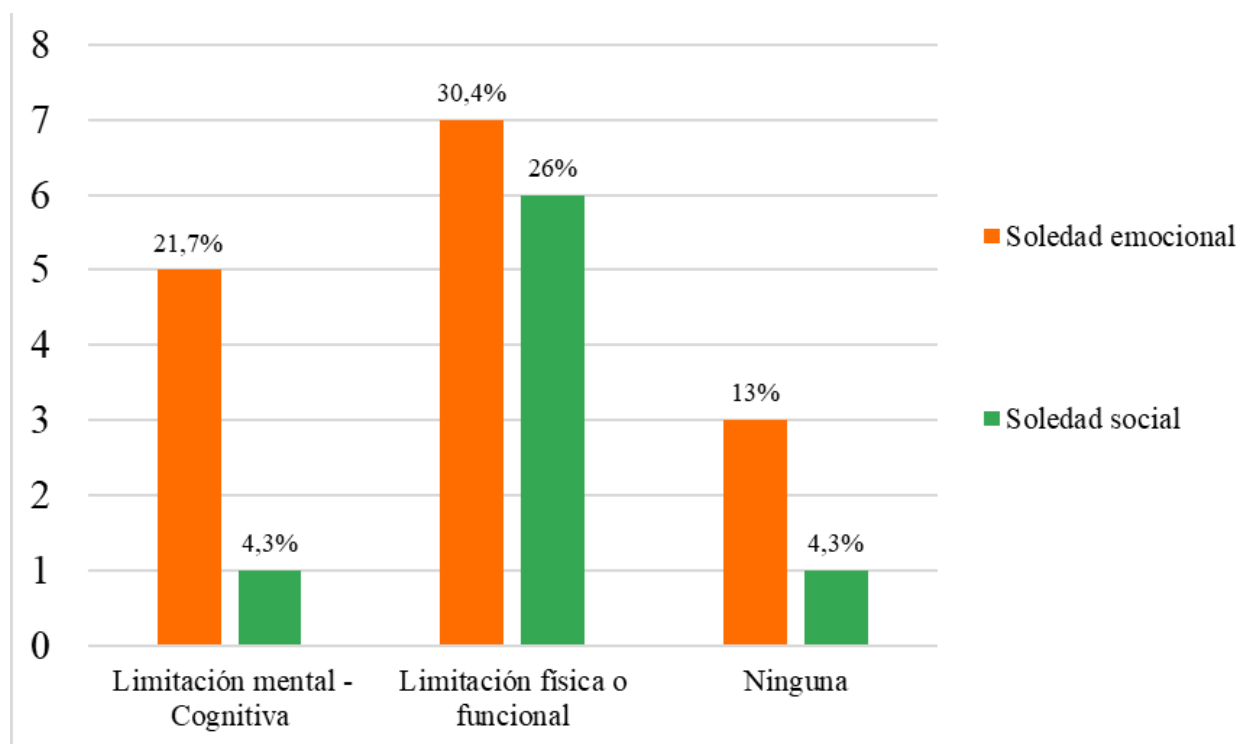
**Fuente:** Este estudio.

Según la figura 20 de Índice de Fragilidad según edad se evidencia que los mayores

de 80 años 12 casos (27,9%) presentan fragilidad ligera, seguido de fragilidad severa con 8 casos (18,6%), además de las edades entre 71 a 80 años prevalece la fragilidad moderada 4 casos (9,3%), (Ver figura 20).

**Figura 21.**

*LIMITACIÓN DE LA SALUD SEGÚN TIPO DE SOLEDAD*



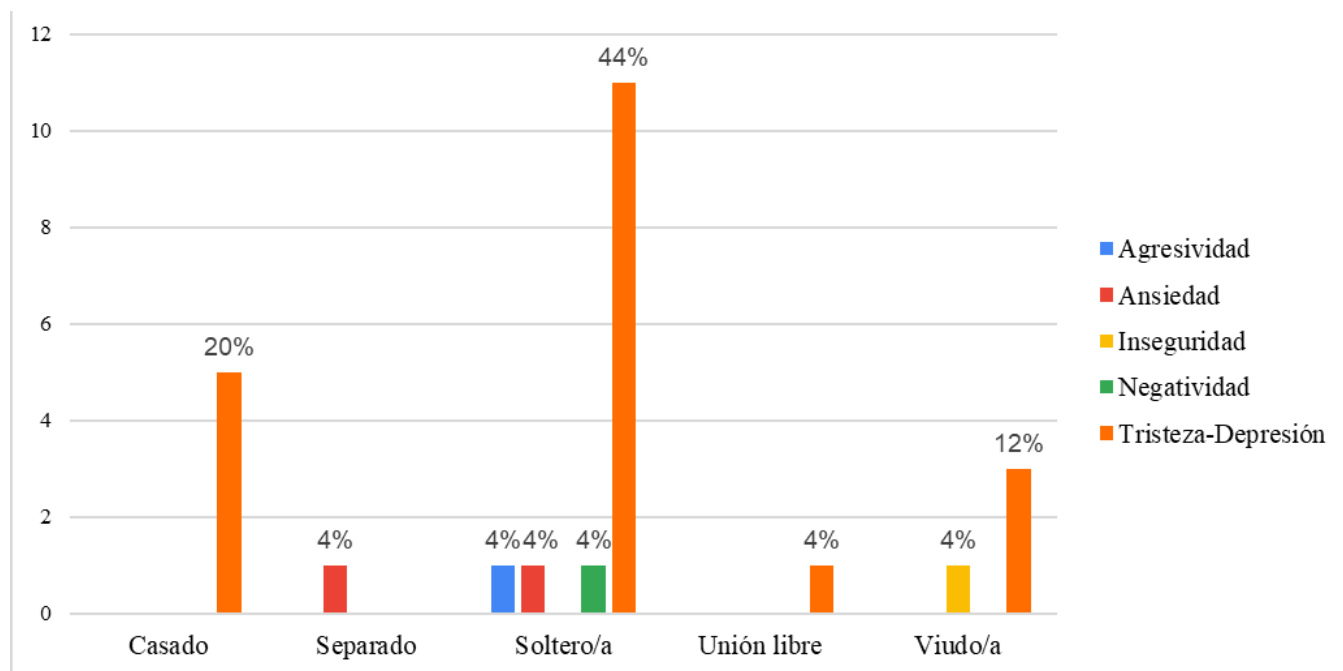
**Fuente:** Este estudio.

Respecto a la figura 21 limitación de la salud según tipo de soledad indica que en la soledad emocional existe prevalencia en limitación física o funcional con 7 casos (30,4%), frente a la limitación mental -cognitiva con 5 casos (21,7%). Aquellos adultos mayores que no presentaron ninguna limitación según soledad emocional fueron 3 casos (13%) y en segundo lugar se halló que la soledad social fue significativamente en la limitación física o

funcional con 6 casos (26%) (Ver figura 21).

**Figura 22.**

*RIESGOS EMOCIONALES ASOCIADOS A LA SOLEDAD SEGÚN ESTADO CIVIL*



**Fuente:** Este estudio.

De acuerdo a la figura cruzada 22 de riesgos emocionales asociados a la soledad según estado civil, se evidenció que los adultos mayores en su mayoría presentan tristeza-depresión, los adultos que están solteros/as reflejan tristeza-depresión con 11 casos (44%), seguido de los adultos que están casados con 5 casos (20%), luego se evidencia que las personas viudas/os presentan tristeza-depresión con 3 casos (12%) (Ver figura 22).

## 8 DISCUSIÓN

La soledad y los tipos de soledad es un tema relevante para abordar en el adulto mayor considerando que entre los cambios involutivos de carácter biofísico son bastantes los estudios que hablan de la morbilidad de base del adulto mayor, como enfermedades crónicas no transmisibles en Diabetes, Hipertensión arterial y las neurocognitivas como la Demencia senil, Alzheimer, Párkinson y enfermedades crónicas infecciones como EPOC, Asma, Tuberculosis, entre otras; Sin embargo, son escasos los estudios colombianos que se encuentran con relación a las características y tipos del soledad, en particular en el eje cafetero son mucho más escasos. En este orden de ideas, caracterizar la soledad en algunos centros de adultos mayores constituye un aporte al tema en estudio con relación a esta población en la zona.

Con relación a las características sociodemográficas prevaleció la edad en adulto sobre 80 años, en género el masculino (58,1%), nivel educativo primaria (58,1%) y estado civil soltero (48,8%). Al respecto, Chaparro, et al (2019) en cuanto a los factores biológicos, a mayor edad de la persona, mayor será el riesgo de presentar soledad. Las evidencias muestran que la soledad es más común en las mujeres que en los hombres, ya que ejecutan menos actividades de relación social fuera de su entorno hogar, lo cual está encadenado a la dependencia financiera que se desarrolla por el desempleo.

Por otro lado, se muestra que tanto hombres como mujeres de 60 a 75 años de edad suelen presentar en menor medida soledad a diferencia de las personas más mayores (Acosta et al., 2017); inclusive, se ha contemplado que existe una disminución de la soledad relacionada con la edad; Así mismo, el estudio compara los datos expuestos con los

arrojados por el instrumento y se relacionan similarmente en la disminución de la soledad con edades más bajas.

También Chaparro, agrega que entre los factores psicosociales se encuentra el estado civil, en el que se evidencia que estar viudo o separado aumenta de manera significativa los niveles de soledad en los adultos mayores, diferente a las personas que, sí están casados, los cuales pueden experimentar menos sentimientos de soledad y/o abandono. En cuanto al nivel educativo, si es superior refieren menos sentimientos relacionados a la soledad y para los ingresos socioeconómicos, las personas de estratos medios y altos presentan menos soledad en relación a las personas de bajos ingresos.

Es preciso señalar que, el género es un factor importante al momento de referirse qué tanto afecta la soledad a una persona, según Pizano, et al (2018) sin hacer referencia a las patologías, las mujeres no envejecen igual que los hombres, existen diferencias de género al momento de alcanzar una edad avanzada que son notorias en cuanto al nivel demográfico y socioeconómico gracias a que existe un mayor número de mujeres adultas. En efecto, frecuentemente las mujeres tienen menos ingresos económicos y pensiones más bajas que los hombres y como resultado de esto, condiciones de vida más deplorables.

Se hace importante mencionar que, este estudio halló resultados distintos a la literatura de Pizano, et al (2018) y como sostiene Cardona, et al (2013), donde predominó la soledad emocional para el género femenino. Sin embargo, en el presente estudio la población participante en su mayoría fue de género masculino, por lo cual no coincide con la literatura revisada.

Reanudando con Chaparro, et al (2019), expresa que el factor psicosocial del estado civil en el que se encuentra el adulto mayor afecta de manera significativa el estado de soledad de la persona. La investigación mostró en los resultados que hay mayor porcentaje de adultos mayores solteros/as, seguido de un porcentaje menor de personas casadas/os las cuáles pueden contar con un factor protector al tener compañía, el estudio halló mayor frecuencia de estado civil soltero, lo cual es correspondiente con lo que señala este autor. Además, indica que la viudez se relaciona con la soledad emocional o social como resultado de la pérdida de un ser querido o por experimentar el sentimiento de sentirse solo; estas dos variables se demostraron también en este estudio.

Según Vicencina, et al (2020) la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares es uno de los problemas de salud pública más importantes en el adulto mayor. Entre las enfermedades cardiovasculares, resalta por su alta incidencia la Hipertensión Arterial, relacionándose al avanzar la edad. Cabe destacar, que existen factores asociados para que la Hipertensión Arterial aparezca como los genéticos, la alimentación, estrés ambiental, obesidad, estrés psicosocial y la soledad. Con respecto a soledad, algunas investigaciones muestran la analogía entre la soledad, el cortisol y el estrés, porque activan lo neuroendocrino donde se ve implicado el aumento de la presión arterial sistólica, dislipidemias e índice de masa corporal. También el autor, colige, que, en el año 2017, se pudo demostrar que la soledad puede ser peligrosa por los criterios fisiopatológicos mencionados, porque indudablemente la soledad aumenta el cortisol, y, por tanto, puede traer consigo daño en el endotelio de los vasos sanguíneos, liberando proteínas en los procesos inflamatorios conllevando a enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer.

Para este estudio la Hipertensión Arterial, fue la morbilidad prevalente en la población estudiada, en efecto la soledad deriva a múltiples enfermedades en donde también se presenta, el EPOC, la sarcopenia, la diabetes, la dislipidemia, entre otras, que en conjunto disminuyen la calidad de vida del adulto mayor.

Por otra parte, autores como Gale et al. y Gerino et al (citado en Palma, et al. 2021) relacionan la soledad con el riesgo de padecer una depresión, pero se añade que al presentarse esto, existe mayor riesgo de generar fragilidad física y, por otro lado, la ansiedad y la disminución de la calidad de vida. Por otra parte, entre los indicadores que menciona la OMS en fragilidad señala el EPOC, caídas, incapacidad funcional, depresión, ser mayor de 80 años y vivir solo, es decir, a través de las pérdidas y morbilidades que se producen en la vejez es más probable que experimenten la soledad, por tanto, es indispensable saber si los adultos mayores pueden ser independientes o dependientes en sus actividades y así mismo, si perciben el sentimiento de soledad.

Para González, et al (2017) el envejecimiento lleva a consecuencias inevitables, aunque la fragilidad no se presenta en muchos adultos mayores, ha sido considerada como síndrome geriátrico de forma independiente en la población adulta mayor vulnerable. Es así cómo se produce la disminución de la reserva fisiológica llevando a un deterioro progresivo de todos los sistemas fisiológicos con alta prevalencia al aumentar la edad, conllevando a caídas, disminuciones de movilidad, discapacidad, en su mayoría hospitalizaciones, son más dependientes de sus familiares y a veces la muerte.

Teniendo en cuenta este estudio, se ve reflejada la fragilidad ligera, seguido de la



fragilidad severa, dado que muchos de estos son adultos mayores independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo, los que cursan una fragilidad se relacionan principalmente a edades superiores de 80 años, morbilidades crónicas como las cardiovasculares y la sarcopenia. El hecho de presentar fragilidad, deriva a múltiples efectos adversos, pero es indispensable que todos aquellos adultos mayores que aún están en una etapa inicial de fragilidad, tengan la posibilidad de intervenciones de prevención para mantener su adecuada autonomía en las actividades básicas del día a día para contribuir en su calidad de vida.

Retomando a Chaparro, et al (2020) menciona que la soledad genera un factor que predispone vivir con enfermedades crónicas, que en consecuencia, en muchas ocasiones el adulto mayor resulta con limitación física o funcional, en donde los familiares a veces restringen la relación o interacción con la persona enferma, por tanto, tienen un sentimiento de carga, porque no son independientes en sus actividades por su limitación de movilidad, requiriendo supervisión, ayuda de elementos de apoyo o soporte. En este orden, Herrera (2004) indica que un adulto mayor que haya perdido su actividad y esté aislado socialmente, terminará presentando en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, llevando a deterioro cognitivo y de la salud en general.

La condición de salud de los adultos mayores de este estudio, presentan en su mayoría limitación física y funcional, sin embargo, no quiere decir que ésta población sea del todo dependiente para sus cuidadores, es decir, necesitan supervisión para algunas actividades, soportes como bastón y caminador, apoyo para sentarse o pararse, pero para alimentarse, amarrarse los zapatos, caminar y participar en actividades lúdicas son

independientes y por lo tanto, suelen ser un factor protector para su bienestar y autonomía en sus acciones y decisiones.

El tiempo de permanencia en el hogar ha sido un factor determinante para mejorar o desarrollar la soledad en los adultos mayores; Los datos del estudio hallaron que la mayoría de los adultos llevaban más de tres años institucionalizados en un hogar gerontológico; Y en este sentido, Quintero, et al (2018) agrega, que la soledad aumenta significativamente en los adultos mayores no institucionalizados, a medida que se incrementa la edad. En contraste, en los adultos mayores institucionalizados aumenta de manera leve la soledad a medida que incrementa la edad, sin presentarse diferencias significativas; Al comparar los grupos de edad según los adultos que residen en hogares, se observa que el nivel de soledad predomina en los institucionalizados. Esto afirma, que los resultados arrojados por el estudio apoyan que los adultos mayores con más tiempo de permanencia en los hogares, pueden desarrollar soledad, sin embargo, en ocasiones al no tener a nadie en sus casas, convivir con otras personas y realizar actividades ha sido significativo para la disminución del sentimiento de soledad.

Seligman (1975) (Como se cita en Rubio, 2004) analiza la soledad como un mecanismo de defensa que se da como consecuencia de vivir en instituciones, de acuerdo a sus sentimientos e indagaciones realizadas en este estudio, se pudieron identificar diferentes características que generan una respuesta al planteamiento del problema, para Weis (1973) la soledad cuenta con dos dimensiones principales, que estas se dividen en soledad social y emocional, basado en los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir, que ambos tipos son los de mayor prevalencia en el adulto mayor. La soledad social, se evidencia en la

carencia de las relaciones sociales y la soledad emocional en la falta de intimidad con otros, en el sentimiento que este genera.

Debido a que la autopercepción es una de las características más importantes en la soledad, de acuerdo a la edad y el deterioro físico-cognitivo se va perdiendo la capacidad de realización de actividades generando que el adulto mayor tenga sentimientos de incapacidad y aislamiento, provocando otros sentimientos negativos como la tristeza, depresión, añoranza, nostalgia, entre otros, como se menciona anteriormente. Demostrando esto, existen unos factores protectores de la soledad Ferreira, et al (2014) menciona entre ellos: reuniones entre los adultos mayores, grupos sociales o espirituales, fomentar las visitas, manualidades; En este sentido, los centros de adultos mayores de esta investigación hallaron que existen diferentes actividades, para el fomento de la actividad física, entre otras, con el fin de hacerlos sentir útiles.

Luego de lo analizado en los centros donde se realizó la investigación, se encontró, que las visitas familiares no son muy comunes en los centros visitados, las personas encargadas dicen que no se cuenta con mucho apoyo familiar. En un estudio realizado en Medellín por Cardona, et al (2009), se encontró que más del 50% de los adultos encuestados recibían visitas por parte de sus familiares, en especial el género femenino, las visitas recibidas en su mayoría son de hijos, hermanos, amigos, sin embargo, en el caso masculino, se reciben visitas de hijos, nietos, nueras o yernos, por lo menos una vez al mes.

## 9 CONCLUSIONES

Concluyendo este estudio, respondió al problema planteado sobre caracterización de soledad en los adultos mayores de acuerdo a los objetivos del estudio, sin embargo, se recomienda realizar otros estudios que reevalúen estos hallazgos, lo cual llevará a ampliar los conocimientos relacionados con esta temática que es relevante en la salud de los adultos mayores.

Tras el análisis se puede deducir que, a mayor edad tenga una persona, el riesgo de presentar soledad aumentará, de igual modo, el estado biofísico de los adultos mayores evidenció decaimiento continuo siendo concurrente con enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial y la sarcopenia, relacionado a la etapa de vida que están cursando, de acuerdo a los resultados obtenidos por instrumentos como: Actividades de la Vida Diaria (AVD), índice de Katz, índice de Barthel y la escala de depresión de Yasavage, con el objetivo de evidenciar los riesgos y tipos de soledad más relevantes dando lugar a la soledad emocional y la soledad social, como las más significativas dentro de este estudio.

Finalmente, el estudio es válido en el contexto que se desarrolló porque configuran un aporte al conocimiento desde el punto de vista social, entendido como el beneficio que implica para las instituciones donde se realizó la investigación, a quienes los llevará a una toma de decisiones frente a la atención y cuidado que demanda este grupo poblacional; agregando que también es un aporte a las políticas públicas de vejez y envejecimiento para fortalecer guías de atención que se requieren para el adulto mayor.

## 10 RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones este estudio sugiere:

- Procurar realizar otros estudios que reevalúan estos hallazgos para afirmar los resultados, o demostrando resultados diferentes lo cual permite ampliar el conocimiento en este tema de la soledad.
- Aunque existen estudios relacionados con la HTA y la soledad, sería importante generar una investigación más profunda para establecer criterios y expandir el conocimiento acerca de éstas dos variables.
- Recomendar a profesionales de salud y familiares de los adultos mayores, tratar a esta población con respeto y dignidad, puesto que al sentirse acogidos se disminuye el sentimiento de soledad.
- Seguir estudios que permitan generar estrategias en la que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida y mejores condiciones en su última etapa de la vida.
- Hacer convenios con centros de atención terapéutica respiratorio o centros de atención en cuidado físico, instructores de recreación y deporte además de colegios para realizar diferentes actividades y se haga un acompañamiento continuo generando así relaciones interpersonales.
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención para un envejecimiento activo y evitar o controlar riesgos de soledad.
- Mantener una comunicación asertiva con los familiares de los adultos mayores

institucionalizados, como apoyo fundamental en pro del bienestar mental y emocional de cada adulto.

- Gestionar con diferentes entidades relacionadas con la adultez para que se realicen diferentes estrategias con objetivos claros de acuerdo al porcentaje significativo de adultos mayores que se prevén para los próximos años, de manera que tanto los adultos mayores que son institucionalizados como los que no lo estarán, puedan tener calidad de vida digna.
- Fomentar la participación de actividades familiares en cada uno de los centros, con el fin de que los adultos mayores sientan que no se han perdido las costumbres familiares y que aún tienen un puesto en el núcleo familiar.
- Promover la realización de actividades lúdicas y recreativas donde puedan ser vinculados los familiares.

## **11 ANEXOS**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA****FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD****PROGRAMA DE ENFERMERÍA****ANEXO N°1****CARACTERÍSTICAS DEL SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS DEL ALGUNOS****CENTROS DE ADULTO MAYOR RISARALDA 2022**

**OBJETIVO:** Recoger información sobre características de soledad en personas adultas de algunos Centros del Adulto Mayor en Risaralda 2022.

**ORIENTACIÓN:** A continuación, se realizará una serie de preguntas que usted deberá contestar, previa aceptación de consentimiento informado específico sobre el firmado.

**1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS****1.1. Edad**

Menos de 60

De 60 a 70

De 71 a 80

Más de 80

**1.2. Género**

Masculino

Femenino



**1.3. Estado civil**

Soltero/a

Casado/a

Unión libre

Separado

Viudo/a

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.4. Tipo de convivencia**

Pareja

Hijos

Familiar

Amigos

Solo/a

Otro: \_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**1.5. Etnia**

Mestizo

Indígena

Afrodescendiente

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.6. Nivel educativo**

Primaria

Secundaria

Técnico/tecnológico

Educación superior

### **1.7. Ocupación**

Independiente

Pensionado

Empleado

Ama de casa

Jubilado/a

Otro: \_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### **1.8. Ingreso económico**

Esporádico/ ocasional

$\leq 1$  SMMLV

1 a 2 SMMLV

$\geq 2$  SMMLV

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **1.9. Estrato socioeconómico**

Estrato 1

Estrato 2

Estrato 3

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.10. Procedencia**

Urbano

Rural

**1.11. Residencia**

Mistrató

Dosquebradas

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.12. Seguridad Social en Salud:**

Subsidiado

Contributivo

Servicios especiales

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.13. Práctica religiosa**

Católico

Evangélico

Cristiano

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**1.14. Apoyo socio familiar**

Familia

Amigos

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

## 2. CARACTERÍSTICAS BIOFÍSICAS Y SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

**2.1. Estado biofísico:** T/A: \_\_\_\_\_ FP: \_\_\_\_\_ T<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

### 2.2. Índice de fragilidad, Escala de Edmonton Frail (EFS) en Vargas, Javiera, et al (2020).

**2.2.1. Cognitivo:** Por favor imagine que este círculo pre-dibujado es un reloj. Me gustaría que pusiera los números en las posiciones correctas y luego poner las manillas (o manecillas) para indicar la hora “Las once con diez minutos”

- . **0 puntos:** Sin errores.
- . **1 punto:** Errores mínimos de espaciado.
- . **2 puntos:** Otros errores

**2.2.2. Estado de salud general:** En el último año, ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado?

- . **0 puntos:** 0 veces
- . **1 punto:** 1 - 2 veces
- . **2 puntos:**  $\geq$  3 veces

En general, ¿Cómo describiría su salud?

. **0 puntos:** Excelente

. **1 punto:** Razonable

. **2 puntos:** Mala

**2.2.3 Independencia funcional:** ¿Con cuántas de las siguientes actividades necesita ayuda? (preparar la comida, compras, transporte, comunicación telefónica, cuidado del hogar, lavado de ropa, manejo de dinero, tomar medicamentos)

. **0 puntos:** 0-1

. **1 puntos:** 2-4

. **2 puntos:**  $\geq 4$

**2.2.4. Soporte social:** ¿Cuándo usted necesita ayuda, puede contar con alguien que esté dispuesto y disponible para atender sus necesidades o problemas?

. **0 puntos:** Siempre

. **1 punto:** A veces

. **2 puntos:** Nunca

**2.2.5. Uso de medicamentos:** ¿Usa 5 o más medicamentos en el día a día?

. **0 puntos:** No

. **1 puntos:** Si

En ocasiones, ¿Se le olvida tomarse los medicamentos?

**. 0 puntos:** No

**. 1 puntos:** Si

**2.2.6. Nutrición:** Recientemente, ¿ha perdido peso como para que su ropa le quede suelta?

**. 0 puntos:** No

**. 1 puntos:** Si

**2.2.7. Ánimo:** ¿Se siente con frecuencia triste o deprimido?

**. 0 puntos:** No

**. 1 puntos:** Si

**2.2.8. Continencia:** ¿Tiene algún problema con el control para orinar, es decir, puede contener la orina si así lo desea?

**. 0 puntos:** No

**. 1 puntos:** Si

**2.2.9. Rendimiento funcional:** Me gustaría que se sentara en esta silla con su espalda y brazos relajados. Luego, cuando yo diga “YA”, por favor párese y camina a un ritmo cómodo y seguro a la marca del suelo (aproximadamente a 3 metros de distancia), regrese a su silla y se sienta

. **0 puntos:** 0 - 10 segundos

. **1 punto:** 11 - 20 segundos

. **2 puntos:** Uno de: >20 seg, **paciente no quiere** o requiere asistencia.

**Totales:** El puntaje final es la suma de los puntos totales.

Su puntuación máxima es 17 y representa el nivel más elevado de fragilidad. Los puntajes para análisis de la fragilidad son: 0-4, no presenta fragilidad; 5-6, aparentemente vulnerable; 7-8, fragilidad ligera; 9-10, fragilidad moderada; 11 o más, fragilidad severa.

### **2.3. Índice de Katz por Trigás, María, et al (2011).**

#### **2.3.1. Lavado**

No Recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)

Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas, por ejemplo)

Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar

o salir de la bañera

#### **2.3.2. Vestido**

Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda

Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos

Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido

#### **2.3.3. Uso del retrete**

Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas)

Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal

No va al retrete

#### **2.3.4. Movilización**

Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)

Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda

No se levanta de la cama

#### **2.3.5. Continencia**

Control completo de ambos esfínteres Incontinencia ocasional

Necesita supervisión.

Usa sonda vesical o es incontinente

#### **2.3.6. Alimentación**

Sin ayuda

Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan

Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

#### **Valoración**

- . Independiente en todas las funciones
- . Independiente en todas salvo en una de ellas
- . Independiente en todas salvo lavado y otra más
- . Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más



- . Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
- . Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más.
- . Dependiente en las seis funciones

#### **2.4. Morbilidad crónica preexistente**

Diabetes

Hipertensión Arterial

Cáncer

Sarcopenia

EPOC

Artritis

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

#### **2.5. Morbilidad actual**

Demencia senil

Alzheimer

Parkinson

Enfermedad crónica: \_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

#### **2.6. Condición de salud**

Limitación física o funcional

Limitación mental - Cognitiva

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**2.7. Motivo de ingreso al hogar**

Voluntad propia

Ausencia de pareja

Decisión Familiar

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**2.8. Tiempo de permanencia en el hogar**

Menos de 1 año

1 año a 2 años

2 años a 3 años

Más de 3 años

**2.9. Estado de bienestar en el hogar**

Personal que lo asiste o cuida

Espacios del hogar

Actividades del hogar

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**2.10. Visitas que recibe en el hogar**

Pareja

Hijos

Familiar

Amigos

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **2.11. Salidas del hogar**

Con el personal del hogar

Con un familiar

Con amistad

Solo/a

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **2.12. Actividades que le gusta realizar**

Leer y escribir

Ver TV

Manualidades

Juegos de mesa

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **2.13. Actitud frente al envejecimiento**

Autonomía

Auto aceptación

Aceptación social

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

## **3. CARACTERÍSTICAS DE LA SOLEDAD**

### **3.1. Costumbres que extraña**

Compartir con su pareja e hijos

Relaciones de amistad

Convivencia familiar

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.2. Relación con sus compañeros del hogar**

Siente que es escuchado

Siente que está acompañado

Se siente acogido

Siente que es importante

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.3. Percepción de sí mismo**

Siente que es un estorbo para los demás

Deterioro físico y psicológico

Aumento en el grado de dependencia

Poco participativos en las actividades

Abandonado

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.4. Actitud frente a la convivencia**

Sentimiento de carga

Creciente languidez para las actividades intelectuales

Rechazo para asumir las situaciones del presente

Inclinación a exagerar las situaciones más sencillas

Mayor incredulidad

Estigmatización por familiares o amigos

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.5. Cuando se siente solo o está solo, tiene sentimientos como:**

Melancolía

Nostalgia

Añoranza

Tristeza

Soledad

Desarraigo

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.6. Motivos del aislamiento**

Muerte de la pareja o amigo

Dificultades para relacionarse

Pérdida del círculo social

Falta de visitas

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.7. Motivos de soledad**

Sentimientos negativos

Aislamiento social

Insatisfacción de relaciones humanas

Rechazo sociofamiliar

Fragilidad psico- funcional

Carecer de razones para vivir

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.8. Factores epidemiológicos de la soledad**

Edad (>edad, mayor riesgo)

Género (femenino, mayor riesgo)

Enfermedades crónicas (limitación física o funcional)

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.9. Riesgos emocionales asociados a la soledad**

Ansiedad

Inseguridad

Tristeza- Depresión

Proximidad a la muerte

Ideación suicida

Sin motivación para vivir

Negatividad

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.10. Riesgos de autopercepción en soledad**

Autopercepción de mala salud

Salud mental y física débil

Escasa participación social

Escaso sentido de vida

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.11. Soledad objetiva**

Falta de compañía permanente o temporal

Mecanismo de defensa

Relaciones con otros son débiles

No siempre implica una vivencia desagradable

Experiencia buscada y enriquecedora

Pasa cierto tiempo solo/a por deseo

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.12. Soledad subjetiva**

Sentirse solo

Sentimiento doloroso

Teme al dolor

Nunca buscan la situación, es impuesta por la situación que la  
persona sufre

Insatisfacción de las relaciones (No son como lo esperan que fuera)

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.13. Soledad emocional**

Estrés

Pesimismo

Ansiedad

Autoestima

Depresión

Angustia

Indiferencia

Ignorancia

Negación a los cambios normales del envejecimiento

Malinterpreta la hostilidad o intención afectiva de otros

Deficiencia de apego a figuras significativas

Carencia de cercanía o intimidad con otro

Falta de vínculo afectivo fuerte

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.14. Soledad social**

Carece de sentido de pertenencia social

Disminución de contactos con grupos sociales

Relaciones deficientes e insatisfactorias

Desadaptación social

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.15. Soledad existencial**

Experiencia íntima y personal de cada persona.

Duda existencial

Inherente a la libertad



Selección y responsabilidad de la formación de valores

Selección y responsabilidad de decretos

Selección y responsabilidad de compromisos

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.16. Soledad aguda**

Estado pasajero de soledad

Autorregulación de la soledad

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.17. Soledad crónica**

Estado permanente soledad

Superación difícil

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.18. ¿Con qué tipo de soledad se identifica más?**

Soledad familiar

Soledad conyugal

Soledad social

Soledad existencial

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.19. ¿Qué tipo de percepción tiene de su entorno social?**

- Integración social, entendida como la calidad de las relaciones mantenidas con la

sociedad y la comunidad.

- Aceptación social, relacionada con atribuir honestidad, bondad, y amabilidad a otros miembros de la sociedad.
- Contribución social, en el sentido de que se tiene algo útil que ofrecer al mundo.
- Actualización social, referida a la confianza en el progreso y el desarrollo.
- Coherencia social, referida al nivel de entendimiento de la dinámica social y la preocupación por saber lo que ocurre en el mundo.
- Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.20. Factores protectores de soledad**

Actividades de reuniones de adultos mayores

Grupos con intereses particulares y centros comunitarios

Grupos religiosos o espirituales

Vivir en pueblo pequeño

Autocuidado

Responsabilidad personal

Red familiar y social

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### **3.21. Acompañamiento de la soledad en el adulto mayor**

Dirección a grupos de apoyo

Visitas domiciliarias

Llamadas telefónicas

Fomento de la actividad física

Otro: \_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

## ANEXO N°2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO

Yo \_\_\_\_\_ identificada/o con C.C N° \_\_\_\_\_ expedida en la ciudad de \_\_\_\_\_ declaro a través de este documento que he sido invitada a participar en una investigación, cuyo objetivo es Recoger información sobre Características de Soledad en Personas Adultas de Algunos Centros del Adulto Mayor en Risaralda 2022.

La información será recogida a través de la aplicación de instrumentos de valoración; teniendo en cuenta que su diligenciamiento se realizará en un lugar privado del hogar gerontológico y tendrá una duración aproximada por cada adulto de 45 minutos.

La información obtenida será confidencial, mi nombre no aparecerá en la investigación, seré identificada con un código o número consecutivo, y se respetarán las respuestas a las preguntas que me realicen. Me han explicado que el proyecto solo tiene fines investigativos y que busca en un futuro mejorar las características de soledad en personas adultas de algunos centros de Adulto Mayor Risaralda 2022.

Por la participación no recibiré ningún beneficio económico, pero podré tener acceso a la información que derive del proyecto.

Durante el tiempo en que participe del proyecto, tengo libertad de negarme a contestar

alguna pregunta que me cause incomodidad o puedo retirarme del estudio sin que afecte la prestación del servicio. Cuando no entienda una pregunta, tengo la posibilidad de solicitar aclaración y despejar dudas si surgen y de recibir orientación si durante el proceso sufriera alguna dificultad relacionada con mi salud.

Por lo anterior de forma voluntaria acepto participar en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste.

En caso de que se requiera aclarar dudas relacionadas con este proyecto usted puede comunicarse con Bárbara Mora Espinoza (315 256 0747) Profesora Fundación Universitaria del Área Andina. Teléfono 3402282 extensión 2104 Programa de Enfermería.

**FIRMA ENCUESTADOR**

**Cédula:**

**Fecha:**

**FIRMA ENCUESTADO**

**Cédula:**

## ANEXO N°3

## CARTAS INSTITUCIONALES

Pereira, 11 febrero de 2022.

Señora

**Mercedes Peláez Gomez**

Representante Legal hogar San Francisco de Asís

Sector La Pradera, Dosquebradas

Cordial saludo,

**Asunto: Solicitud permiso aplicación de instrumento proyecto de grado**

Amablemente, me dirijo a usted, con el fin de solicitar su autorización para la aplicación de la entrevista del proyecto de investigación: "**Características de soledad en el adulto mayor en algunos Centros de Adulto Mayor Risaralda 2022**" de las estudiantes: **Tania Becerra Gonzáles. Cédula: 1193263590, Karen Estefany Bedoya Gómez. Cédula: 1004702250 y Dana Saharay Tobón Castro. Cédula: 1092916823** de séptimo semestre.

La solicitud se hace, porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de adultos mayores, va en aumento, esperándose así que para el año 2050, habrá mayor población de adultos mayores, situación que exige pensar en prácticas de cuidado que visibilicen y aseguren la atención de salud de este grupo curso de vida, donde el tema de soledad es de gran importancia al reconocer el índice de fragilidad que se presenta en este grupo etario y es un reto para el cuidado enfermero como para las instituciones de salud, que atiende a esta población de adultos.

Además, se requiere de una población que cumpla los requisitos del estudio, en este caso personas mayores de 60 años que se encuentren en hogares de Risaralda.

Es importante señalar, que este estudio no ofrece riesgo para los participantes, porque no se interviene sobre ellos (**Resolución 8430 de 1993, Art.11**), y se clasifica como sin riesgo, y se solicita consentimiento informado específico (**Art.14**).

El grupo de investigación entregará a la institución: Resultados de la investigación y un taller de cuidado de enfermería en población que sea reconocido con algún tipo de soledad e Índice de Fragilidad.

Espero contar con su valiosa colaboración, considerando que es un tema de importancia para las instituciones de salud donde se encuentra esta población.

Atentamente,



**Liliana Palomeque Tabares**

Directora Programa de Enfermería

Fundación Universitaria del Área Andina

Seccional Pereira

Pereira, 11 febrero de 2022.

Señora

**Tatiana Andrea Sánchez Osorio**

Enfermera Coordinadora CBA San Francisco de Asís  
Mistrató, Risaralda

Cordial saludo,

**Asunto: Solicitud permiso aplicación de instrumento proyecto de grado**

Amablemente, me dirijo a usted, con el fin de solicitar su autorización para la aplicación de la entrevista del proyecto de investigación: "**Características de soledad en el adulto mayor en algunos Centros de Adulto Mayor Risaralda 2022**" de las estudiantes: **Tania Becerra Gonzáles. Cédula: 1193263590, Karen Estefany Bedoya Gómez. Cédula: 1004702250 y Dana Saharay Tobón Castro. Cédula: 1092916823** de séptimo semestre.

La solicitud se hace, porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de adultos mayores, va en aumento, esperándose así que para el año 2050, habrá mayor población de adultos mayores, situación que exige pensar en prácticas de cuidado que visibilicen y aseguren la atención de salud de este grupo curso de vida, donde el tema de soledad es de gran importancia al reconocer el índice de fragilidad que se presenta en este grupo etario y es un reto para el cuidado enfermero como para las instituciones de salud, que atiende a esta población de adultos.

Además, se requiere de una población que cumpla los requisitos del estudio, en este caso personas mayores de 60 años que se encuentren en hogares de Risaralda.

Es importante señalar, que este estudio no ofrece riesgo para los participantes, porque no se interviene sobre ellos (**Resolución 8430 de 1993, Art.11**), y se clasifica como sin riesgo, y se solicita consentimiento informado específico (**Art.14**).

El grupo de investigación entregará a la institución: Resultados de la investigación y un taller de cuidado de enfermería en población que sea reconocido con algún tipo de soledad e Índice de Fragilidad.

Espero contar con su valiosa colaboración, considerando que es un tema de importancia para las instituciones de salud donde se encuentra esta población.

Atentamente,



**Liliana Palomeque Tabares**

Directora Programa de Enfermería  
Fundación Universitaria del Área Andina  
Seccional Pereira

Pereira, 11 febrero de 2022.

Señora  
**Yamile Rengifo**  
Representante Legal hogar San Sebastián  
Sector La Pradera, Dosquebradas

Cordial saludo,

**Asunto: Solicitud permiso aplicación de instrumento proyecto de grado**

Amablemente, me dirijo a usted, con el fin de solicitar su autorización para la aplicación de la entrevista del proyecto de investigación: "**Características de soledad en el adulto mayor en algunos Centros de Adulto Mayor Risaralda 2022**" de las estudiantes: **Tania Becerra Gonzáles. Cédula: 1193263590, Karen Estefany Bedoya Gómez. Cédula: 1004702250 y Dana Saharay Tobón Castro. Cédula: 1092916823** de séptimo semestre.

La solicitud se hace, porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de adultos mayores, va en aumento, esperándose así que para el año 2050, habrá mayor población de adultos mayores, situación que exige pensar en prácticas de cuidado que visibilicen y aseguren la atención de salud de este grupo curso de vida, donde el tema de soledad es de gran importancia al reconocer el índice de fragilidad que se presenta en este grupo etario y es un reto para el cuidado enfermero como para las instituciones de salud, que atiende a esta población de adultos.

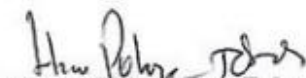
Además, se requiere de una población que cumpla los requisitos del estudio, en este caso personas mayores de 60 años que se encuentren en hogares de Risaralda.

Es importante señalar, que este estudio no ofrece riesgo para los participantes, porque no se interviene sobre ellos (**Resolución 8430 de 1993, Art.11**), y se clasifica como sin riesgo, y se solicita consentimiento informado específico (**Art.14**).

El grupo de investigación entregará a la institución: Resultados de la investigación y un taller de cuidado de enfermería en población que sea reconocido con algún tipo de soledad e Índice de Fragilidad.

Espero contar con su valiosa colaboración, considerando que es un tema de importancia para las instituciones de salud donde se encuentra esta población.

Atentamente,



**Liliana Palomeque Tabares**  
Directora Programa de Enfermería  
Fundación Universitaria del Área Andina  
Seccional Pereira

Pereira, 20 marzo de 2022.

Señora

**Francy Elena Giraldo**

Representante Fundación Edad de Oro

Sector Tribunales, Pereira

Cordial saludo,

**Asunto: Solicitud permiso aplicación de instrumento proyecto de grado**

Amablemente, me dirijo a usted, con el fin de solicitar su autorización para la aplicación de la entrevista del proyecto de investigación: "**Características de soledad en el adulto mayor en algunos Centros de Adulto Mayor Risaralda 2022**" de las estudiantes: **Tania Becerra Gonzáles. Cédula: 1193263590, Karen Estefany Bedoya Gómez. Cédula: 1004702250 y Dana Saharay Tobón Castro. Cédula: 1092916823** de séptimo semestre.

La solicitud se hace, porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de adultos mayores, va en aumento, esperándose así que para el año 2050, habrá mayor población de adultos mayores, situación que exige pensar en prácticas de cuidado que visibilicen y aseguren la atención de salud de este grupo curso de vida, donde el tema de soledad es de gran importancia al reconocer el índice de fragilidad que se presenta en este grupo etario y es un reto para el cuidado enfermero como para las instituciones de salud, que atiende a esta población de adultos.

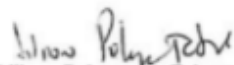
Además, se requiere de una población que cumpla los requisitos del estudio, en este caso personas mayores de 60 años que se encuentren en hogares de Risaralda.

Es importante señalar, que este estudio no ofrece riesgo para los participantes, porque no se interviene sobre ellos (**Resolución 8430 de 1993, Art.11**), y se clasifica como sin riesgo, y se solicita consentimiento informado específico (**Art.14**).

El grupo de investigación entregará a la institución: Resultados de la investigación y un taller de cuidado de enfermería en población que sea reconocido con algún tipo de soledad e Índice de Fragilidad.

Espero contar con su valiosa colaboración, considerando que es un tema de importancia para las instituciones de salud donde se encuentra esta población.

Atentamente,



**Liliana Palomeque Tabares**

Directora Programa de Enfermería

Fundación Universitaria del Área Andina

Seccional Pereira



## ANEXO N°4 REGISTRO FOTOGRÁFICO

### Fundación Edad de Oro, Pereira





### Hogar San Francisco de Asís, Dosquebradas









**Fundación San Sebastián, Dosquebradas**









### Hogar San Francisco de Asís, Mistrató





## 12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales

García, J. J., Rubio Tanora, L. (2017). *Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*. Psicología y Salud.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>

Clemente, M. A. (2003). *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano*. Revista de Psicología y Ciencias Afines, 20, 31–60.

<https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

Alvarado García, A. M., Salazar Maya, Á. M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Gerokomos, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Álvarez Rodríguez, A. (1999, agosto). *Adulto mayor y depresión*. Criterios a través de grupos focales. Revista Archivo Médico de Camagüey.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02551999000400002&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000400002&lang=es)

Aponte Daza, V. C. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es)

Aranaz, J. M., Moya, C. (2011). *Seguridad del paciente y calidad asistencial*. Revista de Calidad Asistencial, 26(6), 331–332. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2011.10.001>

- Congreso de la República de Colombia. (S.f.). *Artículo 46 de la Constitución Política de Colombia*. Constitución Política de Colombia. Recuperado el 19, 2022.  
<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>
- Astorquiza Bustos, Bilver, A., Chingal, Ó. A. (2019, diciembre). *¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia*. Revista de La CEPAL N° 129.  
[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129\\_Astorquiza.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45010/RVE129_Astorquiza.pdf)
- Bermeja, A. I., Ausín, B. (2017, septiembre 1). *Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X17301282>
- Betancourt, D. P., Acosta, C. B. E., Helfer Vogel, S., Suarez, M. G. (2008). *Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores*.  
<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W. (2021). *Envejecimiento y aislamiento social: una revisión integradora*. Acta Paul Enferm, 34, 2661. <https://doi.org/10.37689/acta>
- Binet, Bourliere. (2021). *Envejecimiento Físico*. StuDocu. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-la-vera-cruz/geriatria/envejecimiento-fisiologico/8206909>
- Calderón M., D. (2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto mayor*. Revista Médica Herediana, 29(3), 182. <https://doi.org/10.20453/RMH.V29I3.3408>

Camargo Rojas, C. M., Chavarro Carvajal, D. A. (2020, Junio). *El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna*. Pontificia Universidad Javeriana. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>

Cardona J, J. L., Villamil G, M. M., Henao V, E., Quintero E, Á. (2009, Julio 16). *Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007*. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 153-163. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a06.pdf>

Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Villa Henao, E., Quintero Echeverry, Á. (2013). *El sentimiento de soledad en adultos*. Medicina U.P.B; Medellín Tomo 32, N.º 1, 32(1), 9–19. <https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/healthcomplete/docview/1492535598/fulltextPDF/EE5E47A83B7D493BPQ/1>

Cardona Jiménez, J., Villamil Gallego, M. M. (2006). *El sentimiento de soledad en el adulto mayor*. Revista de la Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología. (Vol. 20, Issue 2). [https://acgg.org.co/pdf/pdf\\_revista\\_06/20-2-articulo4.pdf](https://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf)

Cardona Arango, D., Estrada Restrepo, A., Chavarriaga Maya, L. M., Segura Cardona, Á. M., Ordoñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J. (2009). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellín, 2008. Salud Pública, 12(3), 414–424. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42217801007.pdf>

- Cerquera Córdoba, A. M., Cala Rueda, M. L. (2013). *Validación de constructos de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia*. Diversitas: Perspectivas En Psicología. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67926246007.pdf>
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S., Arias Rojas, M. (2019). *Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería*. Revista Cuidarte, 10(2).  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Chaves González, M. (2016, diciembre 29). *Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores*. Boletín Oficial Del Estado.  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-19448-consolidado.pdf>
- Coll Planas, L., Monteserín, R., Cob, E., Blancafort, S. (2017). *¿Qué se está haciendo ya desde los equipos de atención primaria contra la soledad?* Atención Primaria, 49(8), 501–502.  
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2016.12.004>
- Congreso de Colombia. (2007, diciembre 7). *Ley 1171 de 2007 - Gestor Normativo - Función Pública*. Función Pública.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27907>
- Congreso de Colombia. (2008, noviembre 27). *Ley 1251 de 2008 Derecho del Bienestar Familiar*. Diario Oficial. [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1251\\_2008.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm)
- Congreso de Colombia. (2017, Julio 19). *Ley 1850 del 19 de julio de 2017*. Bogotá.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1850-de-2017.pdf>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Organización Panamericana de La Salud (OPS), Cuarta, 1–136. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)

Convención Interamericana. (2020, septiembre 10). *Ley 2055 de 2020 - Gestor Normativo - Función Pública*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981>

Crewdson, J. A. (2016). *El efecto de la soledad en la población anciana: una revisión*. *Healthy Aging by Clinical Care in the Elderly*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>

Cubillos Álzate, J. C., Cárdenas, M., Perea Caro, S. A. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social*. Ministerio de Salud (Minsalud), 1–10. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>

Cuellar Segura, C. M. (2018, abril). *Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento*. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/doc-metodologia-sabe.pdf>

Cuello, M. I., Grasso, L. (2021, mayo 27). *Intervención en psicología positiva en adultos mayores que asisten a centros de jubilados de la ciudad de Buenos Aires*. *Revista*



Argentina de Salud Pública. <http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v13/1853-810X-rasp-13-171.pdf>

Díez, J., María, N., Páez, M. (S.f.). *La soledad en España*. Recuperado en abril 30, 2021. <https://www.fundacionseres.org/Lists/Informes/Attachments/995/151127%20La%20Soledad%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>

Cervera Estrada I, L., Hernández Riera, R., Pereira Jiménez, I., Montes de Oca, O. S. (2008). *Caracterización de la atención familiar al adulto mayor*. AMC v.12 n.6 Camagüey Noviembre. -diciembre. 2008. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1025-02552008000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-02552008000600006)

Duque Márquez, I. (2021, febrero 16). *Decreto 163 de 2021 - Gestor Normativo - Función Pública*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=158706>

Echeverri Castro, D. (2015, julio 30). *Cómo la soledad afecta la salud de los adultos mayores*. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. <https://mejorconsalud.as.com/como-afecta-soledad-salud-adultos-mayores/>

Egea Olivas, J. (2014). *La soledad en el proceso de envejecimiento*. Universidad de Granada, 3–21. [https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/36497/EgeaOlivas\\_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/36497/EgeaOlivas_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

*El envejecimiento de la población mundial.* (S.f.). Recuperado el 2, 2022.

[http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf)

Elers Mastrapa, Y., Gibert Lamadrid, M. P. (2016). *Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales.* Revista Cubana de Enfermería, 32(4), 126–136. <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>

Flores, E., Rivas, E., Seguel, F. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa.* Ciencia y Enfermería, 18(1), 29–41. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100004>

Espada Ortiz, Y. (2011). *Factores de soledad y resiliencia en personas de edad avanzada: Estudio de casos - ProQuest.* University of Puerto Rico, Rio Piedras (Puerto Rico). <https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1009735385/fulltextPDF/F6570540B0C541D3PQ/1?accountid=50441>

Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., Enciso Luna, J. E. (2016, diciembre). *Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo.* Comunidad y Salud. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932016000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200005)

Ferrari Borba, V. (2015). *Soledad en la Vejez.* Universidad de La República, 1–31. [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_valentina\\_ferrari\\_1.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_valentina_ferrari_1.pdf)

Ferreira Alves, J., Magalhães, P., Viola, L., Simoes, R. (2014). *Soledad en la mediana edad y la vejez: demografía, salud percibida y satisfacción social como predictores*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 59(3), 613–623.

<https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2014.06.010>

Gajardo Jauregui, J. (2015). *Vejez y soledad: Implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo*. Acta Bioethica, 21(2), 199–205.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art06.pdf>

Giraldo Valdés, E. A., Osorio Salgado, L. F., Tobón Zapata, M. M. (2013). *Propuesta de planificación ambiental territorial de suelo suburbano del municipio del Pereira (Risaralda) estudio de caso*. Universidad Autónoma de Manizales.

<https://docplayer.es/64795170-Propuesta-de-planificacion-ambiental-territorial-del-suelo-suburbano-del-municipio-de-pereira-risaralda-estudio-de-caso.html>

*Gobernación de Risaralda, Dosquebradas*. (2016, septiembre 28). Gobernación de Risaralda.

<https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100234/dosquebradas/>

*Gobernación de Risaralda, Mistrató*. (2016, septiembre 28). Gobernación de Risaralda.

<https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100239/mistrato/>

*Gobernación de Risaralda, Pereira*. (2016, septiembre 28). Gobernación de Risaralda

Sentimiento de Todos. <https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100240/pereira/>

Goikoetxea Iturregui, M. (S.f.). *Aspectos éticos en la atención a las personas mayores*.

Recuperado en April 30, 2021.

[https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro\\_MA\\_Goikoetxea.pdf](https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Goikoetxea.pdf)

González Rodríguez, R., Cardentey García, J., Hernández Díaz, D. de la C., Rosales Álvarez, G., Jeres Castillo, C. M. (2017). *Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores*. Revista Archivo Médico de Camagüey.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es&tlng=es)

Guerrero Ramírez, R., Meneses Riva, M. E., Ruiz de la Cruz, M. (2016). *Cuidado Humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. Enfermería Herediana, 9(2), 127–136.

Guido Ramos, L. E., Llibre Rodríguez, J. de J. (2004, agosto). *Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento*. Revista Cubana de Medicina General Integral.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009)

Guzmán, J. M., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual*. CEPAL, 7–263.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hernández Falcón, N., Pierrez Martínez, M., Martínez González, B. M., Morejón Milera, A., Arencibia Márquez, F., Álvarez Escobar, M. del C. (2020). *Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriátrica*. Hospital “Comandante Faustino Pérez.” Revista Médica Electrónica, 42(3). <https://orcid.org/0000-0001-8321-9857>

Higuera, J. C. B. (2016). *La soledad en los mayores*. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 13(3), 126–144. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>

Humanos, D. (S.f.). *Marco normativo, jurisprudencial y de recomendaciones de órganos internacionales e internos de protección de derechos humanos: Insumos y directrices para la elaboración de la Política Pública en*. Recuperado en April 30, 2021.  
<http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Documents/2014/131213-Soporte-Normativo-Politica-DDHH-2014-2034.pdf>

Iglesias de Ussel, J., López Doblas, J., Díaz Conde, M. del P., Alemán Bracho, C., Trinidad Requena, A., Castón Boyer, P. (2014). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/La-soledad-en-las-personas-mayores.pdf>

Cavalcanti, F. K., Macêdo, J., Mendes, S., Ferraz, F., Freitas, Q., Kaisy, Martins, P., De Lima, R. J., Kelly, P., Macêdo, G. (2016). *La mirada del adulto mayor sobre la soledad*. *Avances En Enfermería*; Bogotá Tomo 34, N.º 3, 259–267.  
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.60248>

Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. del C., Campo Torregroza, E. Martín Carbonell, M. de la C. (2017, septiembre). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar*. *Gerokomos* Vol.28 No.3 Barcelona Sep. 2017. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000300135](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135)

Lasagni Colombo, V. X., Bernal Angarita, R., Tuzzo Gatto, M. del R., Rodríguez Bessolo, M. S., Heredia Calderón, D., Muñoz Miranda, L. M., Palermo Guiñazu, N., Torrealba Gutiérrez, L. M., Crespo Tarifa, E., Gaviria, G., Palacios, M., Villarroel Campos, C. I.,

Fahmy Makin, W., Charamelo Baietti, A., Díaz Veiga, P. (2013). *Vista de estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica*. Revista Kairós Gerontologia, 16(4), Pp.09-23.

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19627/14502>

León Latorre, M. I., Martos Enrique, M., Galiana Camacho, T. (2020). *Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad*. Revista Española de comunicación en salud. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4870/4180>

Ministerio de salud y protección social (Minsalud). (2010). *Ley 1412 de 2010 - EVA*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40604>

López Doblas, J., Díaz Conde, M. del P. (2018). *Viudedad, soledad y salud en la vejez*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 53(3), 128–133.  
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>

López, L. (2014). *La Soledad en los mayores*.  
[https://www.researchgate.net/publication/305987462\\_La\\_soledad\\_en\\_los\\_mayores](https://www.researchgate.net/publication/305987462_La_soledad_en_los_mayores)

López Suarez, A., Mora Caramelo, L. L., Adita Ortega, C., Sepúlveda Niño, G. (2019). *La soledad en el adulto mayor*. Universidad Cooperativa de Colombia.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14666/1/2019\\_La\\_soledad\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14666/1/2019_La_soledad_en_el_adulto_mayor.pdf)

*Mapas del Departamento de Risaralda*. (2022). Colombiamania.  
<http://www.colombiamania.com/mapas/departamentos/risaralda.html>

- Martín Roncero, U., González Rábago, Y. (2021). *Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital*. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432–437.  
<https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2020.07.010>
- Martínez Pérez, T. de J., González Aragón, C. M., Castellón León, G., González Aguiar, B. (2018, marzo). *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?* Finlay.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007)
- Michetti, M., Monzó, E., Inchausti, E., Tunessi, J. P. (2017, mayo 31). *Ley 27360 de 2017 Poder Legislativo Nacional (P.L.N.)*. Atlas Federal de Legislación Sanitaria de La República de Argentina. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/28856.html>
- Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid. <https://elibro-net.proxy.bidig.areandina.edu.co/es/ereader/areandina/50074?page=8>
- Ministerio de salud y protección social (Minsalud). (1993, octubre 4). *Resolución 8434 de 1993. Establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de salud y protección social (Minsalud). (2014, diciembre). *Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez*. Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2018, enero 12). *Resolución 024 de 2017*.

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-055-de-2018.pdf>

Montes, H., Vargas, O., Jaciel, B., Arce, M., Cuahutemoc Gaxiola, S., Linares, R. (2013).

*Envejecimiento y cambios en los hogares mexiquenses*. *Estud.Fam*, 5, 11–28.

[http://190.15.17.25/revlatinofamilia/downloads/Rlef5\\_2.pdf](http://190.15.17.25/revlatinofamilia/downloads/Rlef5_2.pdf)

Navarro, S. H., Latinoamericano, C., de Demografía, C. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*.

[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7193/S044281\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7193/S044281_es.pdf)

Organización Mundial de la salud (OMS). (2021, octubre 4). *Envejecimiento y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre envejecimiento y la salud*. Biblioteca de La OMS.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, octubre 26). *Envejecimiento y ciclo de vida*.

Mundo Mayor. <https://mundomayorpr.com/oms/envejecimiento-y-ciclo-de-vida/>

Ortega Lenis, D., Méndez, F., Ortega Lenis, D., Méndez, F. (2019). *Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento sabe Colombia 2015: Reporte técnico*. *Colombia Médica*, 50(2), 128–138.

<https://doi.org/10.25100/CM.V50I2.4557>



- Palma Ayllón, E., Escarabajal Arrieta, M. D., Palma Ayllón, E., Escarabajal Arrieta, M. D. (2021). *Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores*. Gerokomos, 32(1), 22–25. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2021000100006>
- Peláez, M., Palloni, A., Pinto, G., Arias, E. (2001, julio). *Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. Investigaciones En Salud Pública. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>
- Pinazo, S., Mónica, H., Nunes, D. B. (2018). *La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención*. Universidad de Valencia. [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_soledad\\_mayores/eu\\_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf)
- Pinedo González, R, López Sánchez, F. (2015). *Soledad social y emocional, factores de riesgo asociados en personas que ejercen la prostitución*. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidenta. <https://core.ac.uk/download/pdf/190375756.pdf>
- Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T., Rodríguez Ávila, N. (2009, marzo). *Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo*. Gerokomos Vol.20 No.1 Barcelona Mar. 2009. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002)
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., León, J. (2015). *Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados*. Biomédica, 35(1), 90–100. <https://doi.org/10.7705/BIOMEDICA.V35I1.2316>

Quintero Echeverry, A., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., Cardona Jiménez, J. L.

(2018, May). *Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados*. Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín Tomo 36, N.º 2. <https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/2138067089/7C74658F2BAD44C7PQ/1?accountid=50441>

Rapalino Carroll, O. J., Anaya Durán, L. Y. (S.f.). *La política de gestión del riesgo de desastres en el contexto colombiano: Marco socio-jurídico a nivel histórico, necesidades y desarrollos actuales*. Capítulo 3, 71–100.

Reyes, R. (2018, abril 20). *Adulto mayor significado*. Adulto Mayor Inteligente.

<http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>

Rodríguez López, E., Concepción Castro, C. (2019, julio). *Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores en España*. Ehquidad; Madrid N.º 12. <https://www.proquest.com/openview/4d0bb3ebe15193f24f67efb3f9370f83/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2050632>

Rodríguez Martín, M. (2009). *La soledad en el anciano*. EUI Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de La Santa Creu i Sant Pau (UAB).

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es)

Rodríguez, R. G., García, J. C., Arteaga, A. O., González, R. P. (2015). *Aspectos*

*epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud*. Revista

Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40(12), 12.

[http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/356/html\\_123](http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/356/html_123)

Rojas BC, Buckcanan VA, Benavides JG. (2019). *Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor*. Revista Médica Sinergia. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86828>

Rubio Herrera, R. (2009). *La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala Este*. Catedrática Universidad de Granada.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>

Rubio Herrera, R. (2004, junio 30). *La soledad en las personas mayores españolas*.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

Russo, V., Aparicio, J., Becerra, C., Castillo, C., Depablos, N., Díaz, E., Estraño, M., Fernández, J., Galeno Leryosca, Nieves, H., Rodríguez, R., Sánchez, P. (2020). *Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela*. Revista Venezolana de Salud Pública.

<https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2874/1795>

Sánchez Ferrer, R. (2015). *La soledad del anciano: Un desafío del cuidado enfermero*.

Universidad de Zaragoza Facultad de Ciencias de la Salud.

<https://zaguan.unizar.es/record/47588/files/TAZ-TFG-2015-1909.pdf>

Sánchez, R. I. G., Tovar, J. G., Rubio, L. R., Dumitrache, C. G. D. (2020). *Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo*. Acta Colombiana de Psicología, 23(1), 106–127. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>

Sequeira Daza, D. (2011). *La soledad en las personas mayores: factores protectores y de riesgo*. Universidad de Granada. <https://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>

Soria Romero, Z., Montoya Arce, B. J., Soria Romero, Z., Montoya Arce, B. J. (2017). *Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México*. *Papeles de Población*, 23(93), 59–93.  
<https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>

Tinco Cruzatt, M. F. (2017). *La soledad social en adultos mayores de la región ICA en el 2017*. Universidad Autónoma de ICA.  
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/226/3/MARIBEL%20TINCO%20CRUZATT-LA%20SOLELADAD%20SOCIAL%20EN%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>

Varela Pinedo, L. F. (2005). *Principios de geriatría y gerontología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://elibro-net.proxy.bidig.areandina.edu.co/es/ereader/areandina/104108?page=28>

Varela Pinedo, L. F. (2016). *Salud y calidad de vida en el adulto mayor*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199–201.  
<https://doi.org/10.17843/RPMESP.2016.332.2196>

Vargas, J., de Los Ángeles Gálvez, M., Rojas, M., Honorato, M., Andrade, M., Leyton, P., Mardones, G., Morales, J., Pérsico, D., Rojas, F., Moreno, D., Becker, E., Cavada, G., Carvajal, C. (2020). *Fragilidad: en busca de herramientas de evaluación preoperatoria*.

Revista Médica Chile, 148, 311–319. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n3/0717-6163-rmc-148-03-0311.pdf>

Vera Bail, D., Páquina, P. (2014). *Crisis, soledad y apego*.

[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/632\\_ambito\\_comunitario/material/crisis\\_soledad\\_apego.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf)

Vera, M. (2007, septiembre). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Anales de La Facultad de Medicina.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext)

Yanguas, J., Pinazo Henandis, S., Tarazona Santabalbina, F. J. (2018). *La complejidad de la soledad*. Acta Biomed.

<https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/7404/73>