

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 1 de 8

26.

FECHA jueves, 30 de noviembre de 2017

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad

UNIDAD REGIONAL	Seccional Girardot
TIPO DE DOCUMENTO	Trabajo De Grado
FACULTAD	Ciencias De la Salud
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
Mur Leyton	Jonathan Camilo	1070618689
Bonilla Barrios	Laura Alejandra	1105687731
Sandoval Pimiento	Rudy Paola	1115861772

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 2 de 8

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Melo Melo	Blanca Gregoria

TÍTULO DEL DOCUMENTO
Nivel de soledad social y emocional y su relación con las características personales del adulto mayor institucionalizado en la fundación del hogar del anciano desamparado de Girardot (IPA 2017)

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
Enfermero

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS
30/11/2017	102

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1. Adulto mayor	Older persons
2. Soledad	Loneliness
3. Familia	Family
4. Apoyo	Support
5. Emocional	Emotional
6. Social	Social

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 3 de 8

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

RESUMEN

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, según la Organización Mundial de la Salud “entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%”. Este crecimiento del envejecimiento demográfico, ha llevado a que se preste mayor atención al adulto mayor siendo una problemática de tipo social, en donde todos estamos inmersos y somos responsables.

Diferentes investigaciones han estudiado las problemáticas a las que se enfrenta el adulto mayor, una de ellas es la soledad, respecto a la cual el estudio llevado a cabo por la Universidad de Granada, España (2009), (La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala (ESTE)), logró evidenciar que el 48,8% de los adultos mayores afirman que la soledad es un “sentimiento de vacío y tristeza”; al indagar por las causas de este sentimiento, el 42,3% afirma que es “el haber perdido a las personas queridas”, 28,5% lo define como “no tener a nadie a quien acudir”, 26,8% a “no tener familia o tenerla lejos” y 17,3% a “no sentirse útil para nadie”.

Se debe tener en cuenta que “según el DANE, se evidencia un aumento progresivo de los ciudadanos adultos mayores en Colombia, la cual señala que la tasa de fecundidad ha disminuido, por tanto, la expectativa de vida de los colombianos creció, al pasar de 50,6 años en el año 1955 a 74 años en el 2015.

Los investigadores, como profesionales de enfermería en su labor cotidiana, identifican en un gran número de adultos mayores institucionalizados, posibles comportamientos característicos de la soledad, evidenciando la carencia de relaciones sociales y emocionales, por posibles causas como recibir pocas visitas por parte de los familiares y/o allegados, baja motivación para participar en actividades lúdicas, aislamiento y sentimiento de nostalgia al expresarse; estos factores se encuentran implicados en el riesgo de soledad que puede presentar el adulto mayor que lo hace vulnerable frente a la sociedad.

Por esta razón a enfermería le compete directamente brindar cuidados con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 4 de 8

institucionalizados, iniciando desde una caracterización de esta población, identificación de la relación entre las características personales y el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial), elaborando cuidados específicos de enfermería apoyados en la taxonomía NANDA que contribuyan a la disminución gradual de la soledad y sus implicaciones en la salud mental de los adultos mayores.

SUMMARY

The world's population is aging rapidly, according to the World Health Organization "between 2000 and 2050, the proportion of the planet's inhabitants over 60 years old will double from 11% to 22% ". This growth of population ageing, It has led to greater attention to the elderly being a problem of social type, where all we are engaged and are responsible for.

Various investigations have studied the problems facing the elderly, one of them is the loneliness, respect of which the study conducted by the University of Granada, Spain (2009), (loneliness in the elderly: An alternative to measuring through the scale (ESTE)), was able to demonstrate that 48.8% of older adults say that loneliness is a "feeling of vacuum and sadness"; to explore the causes of this feeling, 42.3% claimed to be "having lost beloved people", 28.5% defines it as "not have no one to turn to," 26.8% to "have no family or having it away" and 17.3% to "not feel useful to anyone".

Keep in mind that "according to the DANE, evidenced a progressive increase of adult citizens in Colombia, which points out that the fertility rate has declined, so the life expectancy of Colombians grew, over 50.6 years in 1955 to 74 years by 2015. The researchers, such as nurses in their daily work, They identified a large number of institutionalized older adults, possible behaviors characteristic of loneliness, demonstrating the lack of social and emotional relationships, for possible causes how to receive few visits by relatives and/or friends, low motivation to participate in recreational activities, isolation and sense of nostalgia to express themselves; these factors are involved in the risk of loneliness that can present the elderly which makes it vulnerable to society.

For this reason nursing is responsible for directly providing care in order to improve the quality of life of the institutionalized older adults, starting from a characterization of this population, identification of the relationship between the personal characteristics and the level of loneliness (Social, Family, marital and existential crisis), developing specific nursing care based on the NANDA taxonomy that will contribute to the gradual decline of the loneliness and its implications on the mental health of older adults.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 5 de 8

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son:

Marque con una "X":

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.		X
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*



MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
	PAGINA: 6 de 8

complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. **SI** **NO**

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 7 de 8

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

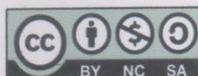
Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 8 de 8

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el "Manual del Repositorio Institucional AAAM003"

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



Nota:

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1.trabajo de grado.pdf	texto
2.presentacion trabajo de grado.pptx	diapositivas
3. intervenciones de enfermería según NANDA para la soledad. mp4	video
4.Base de datos características personales y el nivel de soledad.xlsx	Base de datos Excel

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
Mur Leyton Jonathan Camilo	Jonathan Camilo Mur
Bonilla Barrios Laura Alejandra	Laura Bonilla Barrios
Sandoval Pimiento Rudy Paola	Rudy Pimiento Sandoval

12.1.50

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN DEL HOGAR DEL ANCIANO
DESAMPARADO DE GIRARDOT (IPA 2017)**

LAURA ALEJANDRA BONILLA BARRIOS

RUDY PAOLA SANDOVAL PIMIENTO

JONATHAN CAMILO MUR LEYTON

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2017**

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN DEL HOGAR DEL ANCIANO
DESAMPARADO DE GIRARDOT (IPA 2017)**

LAURA ALEJANDRA BONILLA BARRIOS

RUDY PAOLA SANDOVAL PIMIENTO

JONATHAN CAMILO MUR LEYTON

Proyecto de Grado para optar al título de Enfermero Profesional

BLANCA MELO MELO

DOCENTE ASESORA

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2017**

CONTENIDO

	Pag.
1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. MARCOS DE REFERENCIA	27
5.1 MARCO TEORICO.....	27
5.2 MARCO CONCEPTUAL.....	30
5.3 MARCO ÉTICO	33
6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION	35
6.1 ENFOQUE.....	35
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
6.3 ALCANCE	35
6.4 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	36
6.4.1 universo.....	36
6.4.2 Población.....	36
6.4.3 Muestra:	36
6.4.4 Criterios De Inclusión.	36
6.4.5 Criterios De Exclusión.	36
6.4.6 Muestreo.	36

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
8. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
8.1 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
8.2 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	47
8.3 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS.....	47
9. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS.....	49
10. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOLEDAD CONYUGAL Y LA EDAD ...	50
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS	60
11.1 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO SPMSQ DE PFEIFFER Y DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS.....	60
11.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y ESCALA DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL	61
11.3 APLICACIÓN DE INSTRUMENTO ESCALA ESTE_R.....	71
11.4 ANÁLISIS CORRELACIONAL.....	74
12. CONCLUSIONES.....	95
13. RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de selección de la muestra para la investigación.....	61
Tabla 2. Análisis de correlación de Spearman entre las dimensiones de soledad percibida y la edad del adulto mayor institucionalizado.	74
Tabla 3. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad percibido por los adultos mayores según el género	79
Tabla 4. Comparación de promedio (t-Student) y mediana (Mann Whitney) del nivel de soledad familiar percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.	85
Tabla 5. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad social percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.	88
Tabla 6. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad conyugal percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.	91
Tabla 7. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de crisis existencial percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.	93

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de los adultos mayores según estado mental ..	60
Gráfica 2. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según el género.....	61
Gráfica 3. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según el rango de edad.....	62
Gráfica 4. Relación porcentual de los adultos mayores que cuentan con jubilación, y el número de adultos mayores según el género (femenino y masculino).	63
Gráfica 5. Relación porcentual de los adultos mayores que perdieron seres queridos (hijos, conyugue, amigos y hermanos), y el número de adultos mayores según su género (femenino y masculino).	63
Gráfica 6. Relación porcentual de los adultos mayores que presentan o no sentimiento de aislamiento según su género (femenino y masculino).	64
Gráfica 7. Relación porcentual de los adultos mayores que presentan o no falta de motivación según su género (femenino y masculino).	65
Gráfica 8. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según la presencia de enfermedades crónicas.	65
Gráfica 9. Relación porcentual de limitaciones físicas, respecto al número de adultos mayores según su capacidad de deambulaci3n.....	66
Gráfica 10. Relaci3n porcentual de los adultos mayores que presentan o no apoyo econ3mico, espiritual, f3sico y econ3mico.....	67
Gráfica 11. Relaci3n porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan apoyo asistencia, referente a frecuencia y satisfacci3n del mismo.	67
Gráfica 12. Relaci3n porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia espiritual, referente a frecuencia, duraci3n y satisfacci3n del mismo.	68
Gráfica 13. Relaci3n porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia f3sico, referente a frecuencia, duraci3n y satisfacci3n del mismo.	69

Gráfica 14. Relación porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia emocional, referente a frecuencia, duración y satisfacción del mismo.	70
Gráfica 15. Relación porcentual de soledad en los adultos mayores y la puntuación obtenida.	71
Gráfica 16. Relación porcentual de soledad familiar en los adultos mayores y la puntuación obtenida.....	72
Gráfica 17. Relación porcentual de soledad conyugal en los adultos mayores y la puntuación obtenida.....	72
Gráfica 18. Relación porcentual de soledad social en los adultos mayores y la puntuación obtenida.....	73
Gráfica 19. Relación porcentual de crisis existencial en los adultos mayores y la puntuación obtenida.....	73
Gráfica 19. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y soledad percibida por los adultos mayores institucionalizados	75
Gráfica 20. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad familiar percibido por los adultos mayores institucionalizados	76
Gráfica 21. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad social percibido por los adultos mayores institucionalizados	77
Gráfica 22. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad conyugal percibido por los adultos mayores institucionalizados.....	78
Gráfica 23. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y crisis existencial percibido por los adultos mayores institucionalizados.....	79
Gráfica 24. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	81
Gráfica 25. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	82
Gráfica 26. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y crisis existencial percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	83
Gráfica 27. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	84

Gráfica 28. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad conyugal percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	85
Gráfica 4. Comparación de promedio (t-Student) y mediana (Mann Whitney) del nivel de soledad familiar percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.	85
Gráfica 29. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo económico y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	87
Gráfica 30. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados..	88
Gráfica 31. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo espiritual y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados.	90
Gráfica 32. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados....	91
Gráfica 33. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo económico y la soledad conyugal percibida por los adultos mayores institucionalizados.....	92
Gráfica 34. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y crisis existencial percibida por los adultos mayores institucionalizados. ...	94

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Short portable mental status questionnaire o spmsq de pfeiffer (1975)	100
Anexo 2. Consentimiento informado	101
Anexo 3. Caracterización personal y nivel de soledad del adulto mayor institucionalizado.....	102
Anexo 4. Apoyo Familiar y social	103
Anexo 5. Escala de soledad en la tercera edad (ESTE-R)	104
Anexo 6. Propuesta de cuidados de enfermería para la prevención y manejo de la soledad en el adulto mayor institucionalizado.....	106

1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LA FUNDACIÓN DEL HOGAR DEL ANCIANO DESAMPARADO DE GIRARDOT (IPA 2017)

TEMA DE INVESTIGACIÓN

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, según la Organización Mundial de la Salud “entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%”¹. Este crecimiento del envejecimiento demográfico, ha llevado a que se preste mayor atención al adulto mayor siendo una problemática de tipo social, en donde todos estamos inmersos y somos responsables.

Diferentes investigaciones han estudiado las problemáticas a las que se enfrenta el adulto mayor, una de ellas es la soledad, respecto a la cual el estudio llevado a cabo por la Universidad de Granada, España (2009), (La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala (ESTE)), logró evidenciar que el 48,8% de los adultos mayores afirman que la soledad es un “sentimiento de vacío y tristeza”; al indagar por las causas de este sentimiento, el 42,3% afirma que es “el haber perdido a las personas queridas”, 28,5% lo define como “no tener a nadie a quien acudir”, 26,8% a “no tener familia o tenerla lejos” y 17,3% a “no sentirse útil para nadie”².

Otro estudio, realizado en Ecuador (Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga), indica “que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, por lo que la satisfacción en la vida del adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien”³ ya que este 81% vive acompañado por un familiar o conyugue, esto nos indica que el apoyo social y emocional son factores indispensables para una adecuada salud mental del adulto mayor.

En Colombia uno de los centros de trabajo de interés público, es la política nacional de envejecimiento y vejez, encargada de mantener a la población del

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016

² RUBIO HERRERA, Ramona (2004). “La soledad en las personas mayores españolas”. Madrid, Portal Mayores. [Fecha de publicación: 30/06/2009]. [En línea].

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

³ PACHECO, Manuel. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de cariamanga. Universidad nacional de Loja. Área de la salud humana. Carrera de medicina humana. Ecuador, 2015. pag.4

adulto mayor en un escenario idóneo, por medio de cuatro ejes fundamentales: protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, protección social integral, envejecimiento activo, formación del talento humano e investigación. Esta política, es un punto de apoyo para brindar calidad de vida al adulto mayor, pero es necesario dar soluciones a las problemáticas propias del adulto mayor institucionalizado como la soledad, presente en la falta de relación tanto con su medio externo, que es su familia, como con el interno que son sus pares y personal de la respectiva institución.

Investigaciones realizadas sobre la soledad en Colombia indican que el adulto mayor de Bello (Antioquia), percibe la soledad como: “estar solo” (42,7%), “sentirse solo” (23%), “horrible” (13,5%) y “aislarse” (7,5%)⁴. En la ciudad de Ibagué se encontró que, antes de ingresar a la corporación jardín de los abuelos: el 54% vivían en compañía de algún familiar o conocido, el 41% solos y el 5% en otras condiciones como el hospital o la mendicidad”⁵, por ende, el mayor porcentaje antes de haber ingresado a esta institución vivían acompañados, para compensar este estado anterior a la institucionalización es importante proporcionar un cuidado integral, en el cual el adulto mayor se sienta satisfecho.

Es importante fortalecer el cuidado directo del adulto mayor institucionalizado, para que tenga redes de apoyo fuertes y estables, incluyendo entre estas a enfermería y vinculando a la familia y/o conyugue, ya que la soledad, es un factor de riesgo que puede llevar a que el adulto mayor presente depresión. Al respecto, realizaron un estudio (síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados) que tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, identificando que “una alta proporción de adultos mayores que fueron llevados por los familiares y/o que no se institucionalizaron de forma voluntaria presentaron síntomas depresivos, también se ha encontrado que periodos más largos de estadía en el hogar geriátrico se asocian con menos síntomas depresivos, situación que se ve favorecida por la formación de redes sociales al interior de la institución”⁶.

⁴ CARDONA J., JAIRO L. *et la*. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea] 2009, 27 (Mayo-Agosto) : [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015]

⁵ BURBANO, A. “Adulto mayor en la Corporación Jardín de los abuelos para el mejoramiento de la calidad de vida”. Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD. (2014) [en línea] [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015]

⁶ ESTRADA. Alejandro. CARDONA. Doris. SEGURA. Ángela. ORDOÑEZ. Jaime. OSORIO. Jorge. CHAVARRIAGA. Lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. Colombia. 2012. vol12.pág.12.

Por ello, es de vital importancia el acompañamiento no sólo físico, entendiéndose éste como: el contacto directo con abrazos y caricias sino también emocional, siendo esta la capacidad de brindar un beneficio que favorezca afrontar las dificultades al escuchar y sentir un apoyo, esto por medio de una conversación, llamada o carta. Por otra parte el apoyo espiritual que se puede fomentar realizando meditación u oración según la religión perteneciente desde la perspectiva de la relación del ser humano con un ser supremo.

“La vejez es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el estatus social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, entre otros, que facilitan la experiencia de la soledad”⁷. Siendo así un problema que compete al cuidado directamente de enfermería, iniciando desde una caracterización de esta población adulta mayor, realizando el respectivo diagnóstico e incorporando planes de cuidado específicos que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Para identificar si la soledad está o no presente en el adulto mayor institucionalizado, se encuentran dos dimensiones: la soledad social, la cual hace referencia a la carencia de redes de apoyo del adulto mayor (soledad social), incluyendo la familia, siendo el primer eslabón de cuidado (soledad familiar), por otra parte, la soledad emocional, hace alusión al valor sentimental que le da el adulto mayor dentro de un contexto de confianza e intimidad (soledad conyugal y crisis existencial). Weis entiende que este constructo (soledad), “está compuesto por dos dimensiones: soledad social y soledad emocional. La primera está referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el apoyo social, mientras que la soledad emocional indica una carencia de cercanía o intimidad con otro”⁸.

En la ciudad de Girardot, en la Fundación del hogar del anciano desamparado de Girardot, durante las actividades realizadas en las prácticas formativas, se evidenció que los adultos mayores reciben pocas visitas por parte de los familiares y allegados, baja motivación para participar en actividades lúdicas, aislamiento y sentimiento de nostalgia al expresar sus emociones. Por otro lado, la institución

⁷ BERMEJO, José. “La soledad en los mayores”. [En línea]. Vol. 8 No. 8 Chile: Universidad Católica, Revista de estudio médico humanístico. [Citado: 10-10-2015].

⁸ WEISS (1973): The experience of emotional and social isolation. Cambridge. MIT Press. Citado por: RUBIO HERRERA, R. “La soledad en las personas mayores españolas”. Madrid, Portal Mayores (30/06/2004). [En línea]. Univ. de Granada, España [Citado: 23-11-2015].

solo cuenta con enfermería en el periodo académico gracias al convenio docencia servicio por parte de la Universidad de Cundinamarca, lo cual impide la continuidad del cuidado de enfermería en esta institución. Además de ser una institución sin ánimo de lucro que cuenta solamente con 2 auxiliares que trabajan en este lugar en el horario diurno.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial) y su relación con las características personales del adulto mayor institucionalizado en la Fundación Hogar del Anciano Desamparado de Girardot durante el segundo periodo académico del 2017?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación que existe entre las características personales, el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial) en los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Hogar del Anciano Desamparado de Girardot, con el fin de elaborar cuidados específicos de Enfermería, para contribuir a una calidad de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características personales del adulto mayor institucionalizado.
- Identificar el Apoyo familiar y social percibido desde la asistencia económica, familiar, espiritual y física.
- Estimar la relación entre las características personales y el nivel de soledad del adulto mayor institucionalizado
- Interpretar las características personales, el nivel de soledad social y emocional del adulto mayor institucionalizado, con el fin de elaborar cuidados de enfermería apoyados en la taxonomía NANDA de acuerdo a los resultados obtenidos, en la Fundación Hogar del Anciano Desamparado de Girardot.

4. JUSTIFICACIÓN

“La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta la persona en alguna etapa de su vida, aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, es la población adulta mayor la que más lo sufre.”⁹ Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola, una de ellas es cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas; así mismo la viudez, ante la pérdida de la pareja de toda la vida; y otra más lamentable, es por abandono de la propia familia¹⁰. Esto lleva al adulto mayor a experimentar síntomas específicos (soledad) de la patología depresiva.

Se debe tener en cuenta que “según el DANE, se evidencia un aumento progresivo de los ciudadanos adultos mayores en Colombia, la cual señala que la tasa de fecundidad ha disminuido, por tanto la expectativa de vida de los colombianos creció, al pasar de 50,6 años en el año 1955 a 74 años en el 2015. Del total de la población hay 5,2 millones de personas mayores de 60 años, que equivale al 10,8 % de la población, pero según proyecciones para el año 2050 ese número llegará a 14,1 millones, lo que equivaldría al 23 % del total de habitantes”¹¹. Generando un gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales”.

En cuanto a la salud física y mental, se estima que de los “14 millones de personas mayores de 60 años que habrá en el país en el 2050, por lo menos el 32% sufrirá alguna enfermedad crónica, como hipertensión arterial, diabetes, artritis o depresión¹², siendo esta última la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afectando al 10% de los pacientes

⁹ IGLESIAS, Julio de Ussel. “La soledad en las Personas Mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo”. 2001, Madrid-España, pag. 144.

¹⁰ WEISS (1973): The experience of emotional and social isolation. Cambridge. MIT Press. Citado por: RUBIO HERRERA, R. “La soledad en las personas mayores españolas”. Madrid, Portal Mayores (30/06/2004). [En línea]. Univ. de Granada, España [Citado: 23-11-2015].

¹¹ Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. DIAN - [Citado: 23-03-2016].

¹² GONZALEZ, Lina maría. “Misión Colombia envejece”. [En línea]. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha, Revista El Tiempo, Casa Editorial. [Citado: 23-03-2016].

ambulatorios, de 15 a 35 % de los institucionalizados y 10 a 20% de los hospitalizados. Es un trastorno que se ha convertido en un evidente problema de salud pública a nivel mundial, considerado además uno de los principales problemas de salud mental de los adultos mayores.

La depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (65-80 años) y su prevalencia se distribuye entre depresión y demencia, en la segunda mitad (75-80 años)¹³. Para que se presente la depresión se determinan causas o factores entre ellos la soledad, siendo esta un factor de riesgo que puede llevar a que el adulto mayor presente depresión, ejemplo claro se evidencia en el artículo “Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados”, estudio que tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, identificando que: “Una alta proporción de adultos mayores que fueron llevados por los familiares y/o que no se institucionalizaron de forma voluntaria presentaron síntomas depresivos, también se ha encontrado que periodos más largos de estadía en el hogar geriátrico se asocian con menos síntomas depresivos, situación que se ve favorecida por la formación de redes sociales al interior de la institución”¹⁴.

Es de gran importancia identificar la percepción que el adulto mayor tiene de su situación social, que si bien “físicamente está rodeado de personas tales como sus hijos, nietos, amigos, vecinos, asistentes sociales, entre otros; su percepción de la realidad es de soledad y abandono”¹⁵. El estudio realizado por Estrada y colaboradores en Bucaramanga con 731 adultos mayores, indica que “la soledad se asocia con el abandono (24%), se encuentra ligada con la pérdida del cónyuge, la salida de los hijos del hogar, el distanciamiento de los amigos y la falta de valoración y preocupación por parte de los familiares e hijos”¹⁶. Lo anterior, contribuye considerablemente a que el adulto mayor, al presentar soledad, pueda experimentar síntomas específicos de depresión, convirtiéndose en enfoques de

¹³ ARANGO, Victoria Eugenia. RUIZ, Isabel Cristina. “Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia”. [En línea]. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha. [Citado: 23-03-2016].

¹⁴ ESTRADA. Alejandro. CARDONA. Doris. SEGURA. Ángela. ORDOÑEZ. Jaime. OSORIO. Jorge. CHAVARRIAGA. Lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. Colombia. 2012. vol12.pág.12.

¹⁵ Vidal, M. Á., & Clemente, M.” Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano”. Porto Alegre,[En línea] v.2, p.49-65, 1999 [Citado: 23-11-2015].

¹⁶ OVIEDO, Eliana. CERQUERA, Ara. Concepción de soledad en los adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. Universidad pontificia Bolivariana Bucaramanga (Colombia). Colombia.2011.pag.6.

investigación con intervenciones de carácter principal frente al cuidado con mayor atención en las necesidades según la percepción del adulto mayor.

Las cifras predichas y los resultados presentados por las investigaciones demuestran que Colombia requiere generar programas de promoción y prevención, que le permitan prepararse como país frente al tema de la soledad en el adulto mayor; por ello en este estudio se busca identificar el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial) en los adultos mayores institucionalizados, y la posible relación que existe entre este nivel y las características personales de estos adultos en la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot, con el fin de elaborar estrategias desde la perspectiva del cuidado de Enfermería con un impacto favorable en la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Los investigadores, como profesionales de enfermería en su labor cotidiana, identifican en un gran número de adultos mayores institucionalizados, posibles comportamientos característicos de la soledad, evidenciando la carencia de relaciones sociales y emocionales, por posibles causas como recibir pocas visitas por parte de los familiares y/o allegados, baja motivación para participar en actividades lúdicas, aislamiento y sentimiento de nostalgia al expresarse; estos factores se encuentran implicados en el riesgo de soledad que puede presentar el adulto mayor que lo hace vulnerable frente a la sociedad.

Por esta razón a enfermería le compete directamente brindar cuidados con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, iniciando desde una caracterización de esta población, identificación de la relación entre las características personales y el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial), elaborando cuidados específicos de enfermería apoyados en la taxonomía NANDA que contribuyan a la disminución gradual de la soledad y sus implicaciones en la salud mental de los adultos mayores.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEORICO

Dado que la mirada central de la investigación es fortalecer el cuidado directo del adulto mayor institucionalizado. A través de la práctica de la teoría de Hildegard Peplau, que se basa en el cuidado, estableciendo y manteniendo una relación Enfermera-Paciente que permite fortalecer y mantener las redes de apoyo, que vinculen e involucren al individuo y su familia.

Hildegard Peplau enfermera estadounidense, teorizadora estableció un modelo de cuidados. Modelo psicológico que permite desarrollar su teoría de las relaciones interpersonales, destacando la importancia de la enfermera en el proceso interpersonal definido como terapéutico.

La teoría de las relaciones interpersonales considera al paciente como un ser biopsicosocial en cualquier etapa de su ciclo vital, en donde la enfermera se aleja de la orientación hacia la enfermedad, se centra en el significado psicológico, teniendo en cuenta las cuatro fases de la relación enfermera- paciente (orientación, identificación, exploración, resolución), donde la personalidad de la enfermera es muy importante tanto, por la influencia que pueda provocar en sí misma como para el paciente.

Esto permite al profesional de enfermería el brindar una atención personalizada y de sentido humanizado al adulto mayor, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su soledad en energía positiva que les deberá permitir responder a sus necesidades. "Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera- paciente:

Orientación: En esta fase se marca la relación de la enfermera-paciente, a través de entrevistas personalizadas y valoración del individuo desde la escala características personales del adulto mayor institucionalizado, identificando la exposición a factores de riesgo (pocas visitas por parte de los familiares y/o allegados, baja motivación para participar en actividades lúdicas, aislamiento y sentimiento de nostalgia al expresarse) que contribuyen a la soledad. Allí el profesional de enfermería reconoce estos factores en el adulto mayor, al cual ayudará a reconocer y comprender su soledad e identificar las causas.

Identificación: En esta fase el adulto mayor se identifica con la enfermera que le brinda ayuda y establece una relación. La enfermera facilita la exploración de preguntas, dudas, emociones a través de instrumentos (Escala de apoyo familiar y social y Escala ESTE-R) que permiten ayudar al adulto mayor institucionalizado a sobrellevar y modificar su soledad, reforzando sus mecanismos de adaptación, aceptación y le proporciona satisfacción.

Aprovechamiento: En esta fase el adulto mayor trata de extraer el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación enfermera- paciente. La enfermera ya logró la confianza del individuo institucionalizado, quién sabe cuáles son los factores que contribuyen a su soledad. La enfermera usa la confianza para incentivar la independencia del adulto mayor institucionalizado buscando soluciones y fomentando las redes de apoyo, en esta fase se incluyen los roles del enfermero como lo son: 1) extraño, 2) persona con recursos, 3) maestra, 4) líder, 5) sustituta y 6) consejero.

Resolución: Esta fase se caracteriza por abandonar en forma gradual los antiguos objetivos y se producen nuevos objetivos. En este proceso, el adulto mayor se libera de la identificación con la enfermera. El adulto mayor es autosuficiente, tiene conocimientos de la soledad y presenta redes de apoyo familiares e institucionales.”¹⁷

Por lo anterior, se establece que la posible presencia de soledad identificada a través de la relación enfermera- paciente. Se toma desde la perspectiva de Weiss, quien fue el primer autor en observar la naturaleza multidimensional de la soledad. Tomando como base una taxonomía de las relaciones que distingue entre relaciones de apego y relaciones afiliativas.

Weiss distingue la soledad entre dos tipos: “soledad social y soledad emocional. La soledad social es una carencia de relaciones afiliativas, y cuando existe, produce un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento. Se desea fervientemente tener un lugar dentro de un grupo de personas con las que se puedan compartir intereses y preocupaciones.

La soledad emocional, en cambio, es una ausencia de relaciones de apego, es decir, relaciones especialmente significativas para la persona y que proporcionan

¹⁷ YESSY.Ballon.YANET.Escalante.MARIA.Huerta. relacion enfermera-paciente según la teoría de hildegard peplau en el servicio de centro quirúrgico de un hospital nacional.Universidad peruana Cayetano Heredia.facultad de enfermería.Lima.Peru.2016.pag15.

una base segura, la ausencia de este tipo de relaciones está asociada con sensaciones de vacío, y el deseo de alguien especial con quien compartir la vida”¹⁸.

Basado en esta contextualización se elabora la escala (ESTE) en 1999 por Ramona Rubio y Aleixandre quienes estudiaron las concepciones y autopercepción de la soledad de los mayores españoles en cuanto a estar solo y sentirse solo, encontrando que a pesar de presentarse teorías implícitas de la soledad como un sentimiento subjetivo, los sujetos que viven solos generan más índices de soledad que los que viven acompañados, es decir, que el 74% de los que viven solos perciben la soledad.

Rubio en el 2004 a través de la Escala ESTE, midió la soledad en personas mayores españolas, de la ciudad de Granada, relacionando con la edad, el género, la escolaridad y el estado civil, encontrando un” incremento de la soledad percibida a los 94 años, puntuaciones más elevadas en sujetos sin pareja e índices de soledad superiores en mujeres; de la misma manera la escala permitió analizar la soledad desde los siguientes factores familiar, conyugal, social y existencial”¹⁹.

Rubio abordó la soledad en la población del adulto mayor español, en relación con la percepción del apoyo, el índice de participación subjetiva y el uso de nuevas tecnologías. De esta manera define la soledad como “la experiencia subjetiva de insatisfacción frente al distanciamiento respecto a la sociedad en la que vive el adulto mayor, ocasionando la pérdida de ritmo en los cambios sociales de la nueva era digital y provocando la falta de adaptación a las nuevas tecnologías”²⁰.

En el 2009 Rubio en diversos estudios indago la soledad de las personas mayores españolas relacionándolas con variables sociodemográficas y experiencia subjetiva de insatisfacción frente a la sociedad actual, a través de la revisión de la Escala ESTE [ESTE- R], el instrumento fue modificado en el año 2009, ha sido planteado para evaluar principalmente los déficit existentes en el apoyo social del sujeto (tanto familiar, conyugal y social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

¹⁸ YARNOZ.Sagrario. Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. International Journal of Psychology and Psychological Therapy.España.2008.vol8.pag2.

¹⁹ RUBIO.Ramona. CERQUERA.Ara. PINZON.Erika. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. Universidad Pontificia Bolivaria.España.Colombia.2011.pag5.

²⁰ Ibid, pag5.

Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia que fueron seleccionados con base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la autopercepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.

La investigación evalúa la relación que existe entre las características personales, el nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial), ya que, la teoría de las relaciones interpersonales enfermera-paciente, en este caso permite valorar al adulto mayor desde una perspectiva de las necesidades humanas y psicodinámicas, la enfermera cumple el rol de brindar un cuidado eficaz donde es indispensable conocer los sentimientos, las necesidades y actitudes para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, así la investigación se enfoca en la pirámide de Maslow (Nivel de soledad, apoyo familiar y social) y la etapa del ciclo vital del envejecimiento (Edad, genero, apoyo familiar y social), siendo este un gran aporte para enfermería.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

En el transcurso de las etapas del ciclo vital, se debe considerar de gran importancia el adulto mayor, al ser una población vulnerable y susceptible a grandes cambios, además del aumento progresivo de esta población en especial, ya que, la Organización Mundial de la Salud indica que “entre el año 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”.²¹

Teniendo en cuenta que en la ancianidad se presentan, unas características propias y específicas, siendo un conjunto de condiciones asociadas a la etapa final del proceso de envejecimiento, demarcado por cambios físicos, mentales y psicológicos.

Es por ello, este grupo etario, vive la última etapa de la vida, desde un rango de edad mayor de 60 años hasta el fallecimiento. Considerado desde un punto de vista biológico, el envejecimiento, como resultado del paso del tiempo,

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016.

desencadena un cambio gradual del descenso de las funciones moleculares y celulares.

Además se caracteriza por la pérdida del cónyuge, amigos e hijos, jubilación, disminución gradual del interés por las actividades sociales, limitaciones físicas, enfermedades crónicas y aislamiento; por este motivo es de gran importancia brindar asistencia económica, física, emocional y espiritual.

Es la jubilación un acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, tras haber alcanzado la edad máxima, o por enfermedad crónica grave o incapacidad²², éste puede recibir una remuneración o no. Además de la jubilación también se encuentra la transición de perder seres queridos, ya sea fallecimiento o abandono de hijos, padres, tíos, amigos, pareja o en su efecto irse de casa a una institución u hogar, presentando así una falta de motivación en actividades sociales en las cuales no hay interés por participar ni interactuar con su medio, adicional a esto las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta, limitándolos físicamente a causa del propio exceso o disminución de peso, problemas osteoarticulares, fracturas, debilitamiento óseo, entre otras.

La familia es el primer agente de relación y recursos durante cada una de las etapas de nuestras vidas, incluyendo cuando se es adulto mayor, el apoyo es indiscutiblemente importante en esta etapa y más si se encuentra internado en una institución u hogar geriátrico.

El aislamiento se entiende cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria, y puede que el anciano por varias ocasiones se sienta de esta forma, es ahí donde el apoyo familiar entra jugar un papel primordial, que el objetivo de las visitas es identificar la asistencia económica, con una frecuencia: quincenal, mensual, anual; además espiritual, siendo el acercamiento por medio de la espiritualidad y asistencia física como lo son cuidados en el baño, ejercicios, higiene y alimentación; por ultimo una asistencia emocional, haciendo referencia a realizar intervención o generar un bienestar y estabilidad emocional contribuyendo a que el adulto mayor se sienta bien, en armonía y con tranquilidad.

²² JACOME, G. Regimen financiero de Seguro social, Copyright © 2007-2014 iSpring Solutions, Inc.

Según la enfermería gerontológica, “el envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.”²³

Se evidencian una “serie de crisis y tensiones acumuladas, al disminuir su capacidad de ajuste al medio y por ende sus recursos emocionales, éstas crisis pueden ser: vivir con una enfermedad crónico-degenerativa, la pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia, aislamiento y soledad, escaso ingreso económico, modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor, vive en la incertidumbre del futuro, vive una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida, deja de saber quién es y para qué sirve, temor a perder el control de su vida, incertidumbre nacida de un sentimiento de inutilidad y la llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada”²⁴.

Es por esto que la vejez surgen cambios no sólo biológicos o fisiológicos, sino también de tipo psicológico y emocional, como lo dice la Organización Mundial de la Salud, la cual asegura que en “la vejez se pasa por otras transiciones como lo son la jubilación, el traslado a viviendas adecuadas y la pérdida de amigos, familiares o pareja.”²⁵

En relación a lo anterior, la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, es un “proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la ruptura o disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro”.²⁶

Sumado a esto, la pérdida de familiares, amigos o pareja, tiene consigo un interés inevitable en el adulto mayor, porque puede interrumpir el curso de las

²³ ANZOLA, Elías. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: conceptos para la práctica. Organización Panamericana de la Salud. Washington, abril 1993 Pag.7

²⁴ ²⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016.

²⁶ Citado por: MERCHÁN, Esteban y CIFUENTES, Raúl. “Teorías psicosociales del Envejecimiento”. Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Pag.2.

necesidades a satisfacer en la etapa de ancianidad según Maslow, las cuales son 5: “1) Fisiológicas (son vitalmente prioritarias) 2) De seguridad y confianza en los demás 3) De pertenencia o integración (ante vivencia de aislamiento y soledad) 4) De reconocimiento y estima (ante la progresiva auto desvalorización y pérdida de autoestima). 5) De superación y confianza en sí mismo (para recuperar lo que tiene)”²⁷.

Así mismo, dentro de los factores que pueden disminuir estas necesidades, puede ser la soledad, ya que la soledad en el adulto mayor se ve marcada por la falta de pertenencia o integración a grupo, Weiss distingue “la soledad emocional (Basado en la ausencia de una relación personal, íntima) de lo social la soledad (basado en la falta de "conexión" social o sentido de comunidad), además Weiss, cree que “la soledad emocional es una forma más dolorosa y aguda de aislamiento; y la soledad social, se experimenta como una mezcla de sentirse rechazado o no aceptado, junto con una sensación de aburrimiento, son variables que les hizo a los investigadores pensar, que la soledad se puede relacionar con la etapa de ancianidad”,²⁸ debido a que es un período donde se experimentan cambios físicos, sociales, emocionales, psicológicos, mentales incluyendo pérdida de seres queridos.

5.3 MARCO ÉTICO

El presente marco ético toma como base la estructura de la ley 911 del 2004 y la ley 266 de 1996, las cuales generan directrices que permiten establecer pautas de obligatorio cumplimiento deontológico en el ser, saber y quehacer de la profesión, destacando la importancia del geronte en la sociedad y priorizando el cuidado integral y holístico de esta población que se presenta un estado de soledad social y emocional, para ello se incluyen artículos específicos que encierran la investigación:

“Ley 911 del 2004

²⁷ Citado por:HERNANDEZ, María. “El Adulto Mayor ante la Muerte: Análisis del Discurso en el Estado de México”. Revista de psicología GEPU ISSN-2145-6569. Vol. 2 N° 1 2011 Pag.67. ABRAHAM MASLOW.

²⁸ Weiss en 1978, Citado por: Perlman D. and Peplau A., “Toward a Social Psychology of Loneliness”. [En línea] London: Academic Press, 1981 (Citado el 2-04-2016) Disponible en http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2081.pdf

Artículo 10: el profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía

Artículo 12: el profesional de enfermería no deberá participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminantes hacia los pacientes

Artículo 17: el profesional de enfermería protegerá los derechos de la persona a la comunicación ya mantener los lazos afectivos con su familia y amigos aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos.

Artículo 18: el profesional de enfermería guardara el secreto profesional en todos los momentos del cuidado.

Artículo 29: el profesional de enfermería en los profesos de investigación deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental.

Artículo 30: el profesional de enfermería no deberá realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privados de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas.”²⁹

“Ley 266 de 1996

Artículo 2: se encamina los principios y valores de la enfermería profesional los cuales son: la integralidad, la individualidad, la dialogicidad, la calidad y la continuidad

Artículo 3: la enfermería es una profesión de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, y sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y bienestar.”³⁰

Teniendo presente la consideración ética se tiene en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. La cual “establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”³¹, por este motivo se postula el Título II investigación en los seres humanos Capítulo I aspectos éticos

²⁹ TRIBUNAL NACIONAL ETICO DE ENFERMERIA, 2004

³⁰ Ministerio de Educación, 1996.

³¹ Ministerio de Salud, 1993.

de la investigación en seres humanos, Artículo 11 donde se clasifica la investigación con riesgo mínimo.

6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION

6.1 ENFOQUE

La investigación se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, ya que se tiene una idea preconcebida sobre el tema respecto a la relación entre las características personales del adulto mayor y su nivel de soledad (Social, Familiar, Conyugal y Crisis existencial), basado no sólo en experiencia sino también en teoría y artículos con evidencia confiable. Además, la recolección de los datos se realiza por medio de un instrumento estructurado que permite la caracterización de los individuos de la muestra, identificación del Apoyo familiar y social percibido desde la asistencia económica, familiar, espiritual y física. Así como la estimación del nivel de soledad que perciben; posterior a la recolección y organización de los datos, se analizarán utilizando herramientas de estadística descriptiva e inferencial.

6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: No se modifican o manipulan los factores y variables

Corte Transversal: La variable y factores, son medidos en una sola ocasión.

6.3 ALCANCE

Descriptivo y Correlacional: Gracias al sustento teórico se conoce que la soledad en el adulto mayor institucionalizado existe, es decir hay evidencia acerca el fenómeno y se quiere determinar la frecuencia y nivel de la misma en la población objeto de estudio, así como identificar si los factores edad, género,

apoyo familiar y social están relacionados con el nivel de soledad percibido por el adulto mayor usando herramientas de análisis estadístico inferencial.

6.4 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

6.4.1 universo. El universo de la investigación son todos los adultos mayores institucionalizados en los ancianatos u hogares para el adulto mayor, de la ciudad de Girardot.

6.4.2 Población. 64 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot en Noviembre de 2016.

6.4.3 Muestra: La muestra es de tipo no probabilística, ya que los individuos participantes no fueron seleccionados aleatoriamente (al azar) sino de acuerdo al cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión. La muestra corresponde entonces a 30 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot en marzo de 2017, los cuales cumplen con los criterios.

6.4.4 Criterios De Inclusión. Adultos mayores de 60 años, que se encuentren institucionalizados en el Hogar del Anciano Desamparado del Barrio San Antonio de Girardot.

6.4.5 Criterios De Exclusión. Pacientes con alteraciones del estado mental.

6.4.6 Muestreo. No probalístico o dirigido.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Variable independiente Características personales del adulto mayor institucionalizado: ancianato	Conjunto de condiciones asociadas a la etapa final del proceso de envejecimiento, demarcado por cambios físicos, mentales y psicológicos; que se caracterizan en el adulto mayor por la pérdida del cónyuge, amigos e hijos, jubilación, disminución gradual del interés por las actividades sociales, limitaciones físicas, enfermedades crónicas y aislamiento; además de que se	Características de identidad	Edad	Cuantitativo continuo	60-71 años 72-83 años 84- 94 años
			Genero	Cualitativo nominal	Femenino Masculino Otro_____
		Apoyo familiar y social	Asistencia económica	Cualitativo nominal	Si No
				Cualitativo ordinal	Frecuencia: Semanal Mensual Anual Nunca

	encuentran dentro de una institución, por tal motivo es de gran importancia que la familia participe en la asistencia económica, física, emocional y espiritual.				Satisfacción: Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
					Cualitativo nominal Si No
					Frecuencia: Diario Semanal Mensual Nunca Duración: Menos de 1 hora De 1-2 horas De 2-3 horas De 3-4 horas
			Asistencia espiritual	Cualitativo ordinal Cualitativo ordinal	

					Satisfacción: Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
				Cualitativo nominal	Si No
			Asistencia física	Cualitativo ordinal	Frecuencia: Diario Semanal Mensual Nunca Duración: Menos de 1 hora De 1-2 horas De 2-3 horas De 3-4 horas

					Satisfacción: Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
			Asistencia emocional	Cualitativo nominal	Si No
				Cualitativo ordinal	Frecuencia: Diario Semanal Mensual Nunca Duración: Menos de 1 hora De 1-2 horas De 2-3 horas De 3-4 horas

					Satisfacción: Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
Variable Dependiente Nivel de soledad social y emocional en el adulto mayor.	El nivel de soledad, es la jerarquización y posición que se le asigna a la variable de soledad, siendo ésta baja cuando hay un déficit de relaciones ya sean emocionales o sociales y alta	Soledad social y familiar	Tenencia de amigos Sentimientos de pertenencia a la familia	Cualitativo ordinal	1- 17 pregunta 1=Nunca 2=Rara vez 3=Alguna vez

	<p>cuando el adulto mayor tiene muy buenas relaciones con su entorno, familiar, personal y social. Evaluando la experiencia subjetiva de la soledad en sus distintos aspectos: la soledad social, la familiar y la de pareja. (Weiss, 1987; 1998), define: la soledad social como una carencia de relaciones afiliativas, y cuando existe, produce un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento. La soledad emocional, en cambio, es una ausencia de relaciones de apego, es decir, relaciones</p>	<p>Soledad emocional</p>	<p>Amor por el cónyuge</p>		<p>4=A menudo 5=Siempre.</p> <p>18- 80 pregunta</p> <p>5=Nunca 4=Rara vez 3=Alguna vez 2=A menudo 1=Siempre.</p>
			<p>Crisis existencial</p>		

	especialmente significativas para la persona y que proporcionan una base segura ¹				
--	--	--	--	--	--

8. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fase I (tamizaje): En esta primera parte se aplica un cuestionario: “Short Portable Mental State Questionnaire de PFEIFFER” en sus siglas (SPMSQ)(Anexo 1.), que traduce “Cuestionario corto portátil del estado mental”, en el cual se responden a 10 preguntas, en donde por cada error se adjunta un punto, el adulto mayor con una puntuación de 0-2 presenta un estado mental normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado (patológico), 8-10 deterioro cognitivo importante. Por ende si el resultado es menor a 5 se le podrá realizar la siguiente fase, caracterización personal y nivel de soledad, ya que se considera que la persona no cumple con el criterio de exclusión planteado anteriormente.

Fase II (caracterización personal y nivel de soledad del adulto mayor institucionalizado): se tiene en cuenta en primer lugar, la escala de valoración de características personales del adulto mayor institucionalizado (Anexo 3.), que describe: edad, género, jubilación, aislamiento, limitaciones físicas, enfermedades crónicas, falta de motivación en actividades sociales y pérdida de seres queridos. En segundo lugar, la escala de apoyo familiar y social (Anexo 4.), que busca identificar si el adulto mayor institucionalizado recibe o no un apoyo familiar y social, evaluando específicamente el apoyo económico, físico, emocional y espiritual, especificando su frecuencia (diario, semanal, mensual y anual), duración (menos de 1 hora, 1-2 horas, 2-3 horas, 3-4 horas) y la satisfacción (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfechos).

Los dos instrumentos anteriormente nombrados se crearon para la investigación, guiados por la anamnesis y valoración integral de enfermería, además de los cambios graduales que se presentan en la etapa de vejez y la importancia de las redes de apoyo familiar y social.

Por último, se aplicará la escala de ESTE “la escala ESTE fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficit existentes en el apoyo social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial)”³². Su respectiva revisión en 2009 y en 2010 fue su última versión ESTE-R (Anexo 5.).

³² HERRERA, Ramona. La soledad en los mayores Una alternativa de medición a través de la escala Este, Granada España

“La escala ESTE consta de 30 preguntas. Las primeras 17 tienen un puntaje de uno a cinco para las opciones siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca. Las 13 restantes tienen un puntaje de cinco a uno para las mismas opciones. La soledad familiar es examinada con 4 ítems: la conyugal con 5, la social con 8 y la crisis de adaptación (soledad existencial) con 13, para un total de 30. Mientras menos puntaje, menor es la soledad. Aún no hay puntos de corte definidos para su clasificación”³³.

8.1 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El plan de recolección de información, se realizó en primera medida en el segundo periodo académico del año 2016, en donde se emplea el cuestionario: “Short Portable Mental State Questionnaire de PFEIFFER”, de modo que el enfermero en formación diligencia el instrumento, (NO será de autollenado), debido a que el adulto mayor por sus cambios fisiológicos normales no está en la capacidad total de ejecutarlo. Durante la valoración y recolección de la información se empleó un tiempo de 20 minutos, identificando de esta manera, si el estado mental del adulto mayor institucionalizado permite la inclusión en la siguiente fase.

Durante el primer periodo académico del año 2017, se da inicio a la recolección de información, a través del diligenciamiento de los instrumentos (caracterización del adulto mayor institucionalizado, escala de apoyo familiar y social y escala ESTE-R) por parte del enfermero en formación, para el cual se empleó un tiempo de 30 minutos por cada entrevista individual a los adultos mayores, el cual se calculó con base al promedio que se tardaron los enfermeros en formación durante la ejecución de la prueba piloto. Teniendo en cuenta lo anterior, la recolección del 100% de los datos se realizó en un total de cuatro semanas, tomando dos horas al día, siendo esta información la que se relaciona en este informe.

³³ CARDONA, Jairo, *et al.* El sentimiento de soledad en adultos. MEDICINA U.P.B. 32(1):9-19. Medellín, 2013. pg.4

8.2 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectada la información en los instrumentos aplicados a la muestra se procedió a organizarlos y agruparlos, de manera que al final se logró realizar un análisis integral y comparativo. La organización y clasificación de estos datos se realizó en una base de datos diseñada en EXCEL, en la cual se consignó la información original, las preguntas se clasificaron de acuerdo a la operacionalización de variables, agrupadas por cada uno de los instrumentos.

Posteriormente se realiza una descripción de los datos obtenidos y organizados de los instrumentos (características personales del adulto mayor, escala de apoyo familiar y social, escala ESTE-R) generando una visión global de las variables. Seguidamente se genera una correlación de los datos utilizando herramientas estadísticas que se usaron para el análisis de los datos de acuerdo a sus criterios.

8.3 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

Se identificaron los factores y las variables, dentro lo de cuales se encontró: la edad como factor no modificable, y es de tipo cuantitativo continuo, se realizó la correlación con las variables nivel de soledad social, familiar, conyugal y crisis existencial que es de tipo ordinal, se realizó a través del estadístico de prueba de Spearman, se tomaron los puntajes obtenidos y se organizaron de menor a mayor, asignando rangos de 1 (para el menor puntaje) y así sucesivamente hasta el mayor puntaje. Una vez construidos los rangos para variable (soledad) y factor (edad), se procedió al análisis de correlación usando el Software PAST.

Cuando el factor es de tipo nominal como el género, se realizaron pruebas de normalidad (Shapiro Wilk) para decidir si se usaba un estadístico paramétrico (t de Student) o no paramétrico (U de Mann Whitney) para someter a prueba la diferencia en el nivel de soledad entre los grupos hombre y mujeres, y si recibe o no apoyo emocional, familiar, social y espiritual, se usó de igual manera el software PAST.

Se realiza la diferencia de promedio entre la soledad: total, social y crisis existencia con el género mediante una prueba paramétrica (t de Student). Se pone también a prueba la diferencia de promedio entre el nivel de soledad y el apoyo familiar y social utilizando una prueba estadística paramétrica (t de Student)

sometiendo a prueba la: soledad familiar y si recibe apoyo económico, emocional, espiritual, Soledad social y si presenta apoyo económico, emocional y físico, Crisis existencial y si adquiere apoyo económico, espiritual, físico y emocional.

De igual manera se somete a prueba la diferencia de mediana la soledad: familiar y conyugal con genero mediante prueba no paramétrica (U de Mann Whitney). Seguido a ellos también se coloca a prueba la diferencia de mediana entre el nivel de soledad y el apoyo familiar y social utilizando la prueba estadística no paramétrica (U de Mann Whitney), cruzando la soledad familiar y si presenta apoyo físico, soledad social y si presenta apoyo espiritual.

9. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

Se identificaron los factores y las variables, dentro lo de cuales se encontró: la edad como factor no modificable, y es de tipo cuantitativo continuo, se realizó la correlación con las variables nivel de soledad social, familiar, conyugal y crisis existencial que es de tipo ordinal, se realizó a través del estadístico de prueba de Spearman, se tomaron los puntajes obtenidos y se organizaron de menor a mayor, asignando rangos de 1 (para el menor puntaje) y así sucesivamente hasta el mayor puntaje. Una vez construidos los rangos para variable (soledad) y factor (edad), se procedió al análisis de correlación usando el Software PAST.

Cuando el factor es de tipo nominal como el género, se realizaron pruebas de normalidad (Shapiro Wilk) para decidir si se usaba un estadístico paramétrico (t de Student) o no paramétrico (U de Mann Whitney) para someter a prueba la diferencia en el nivel de soledad entre los grupos hombre y mujeres, y si recibe o no apoyo emocional, familiar, social y espiritual, se usó de igual manera el software PAST.

Se realiza la diferencia de promedio entre la soledad: total, social y crisis existencia con el género mediante una prueba paramétrica (t de Student). Se pone también a prueba la diferencia de promedio entre el nivel de soledad y el apoyo familiar y social utilizando una prueba estadística paramétrica (t de Student) sometiendo a prueba la: soledad familiar y si recibe apoyo económico, emocional, espiritual, Soledad social y si presenta apoyo económico, emocional y físico, Crisis existencial y si adquiere apoyo económico, espiritual, físico y emocional.

De igual manera se somete a prueba la diferencia de mediana la soledad: familiar y conyugal con genero mediante prueba no paramétrica (U de Mann Whitney). Seguido a ellos también se coloca a prueba la diferencia de mediana entre el nivel de soledad y el apoyo familiar y social utilizando la prueba estadística no paramétrica (U de Mann Whitney).cruzando la soledad familiar y si presenta apoyo físico, soledad social y si presenta apoyo espiritual.

10. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOLEDAD CONYUGAL Y LA EDAD

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existe relación entre el nivel de soledad conyugal y la edad del adulto mayor institucionalizado.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe relación entre el nivel de soledad conyugal y la edad del adulto mayor institucionalizado.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe relación entre el nivel de soledad conyugal y la edad del adulto mayor institucionalizado

Estadístico de prueba: Spearman.

SOLEDAD SOCIAL POR EDAD

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen relación del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por edad.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe relación del nivel de soledad social den el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe relación del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por edad.

- ❖ **Estadístico de prueba:** Spearman.

SOLEDAD FAMILIAR POR EDAD

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen relación del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por edad.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe relación del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por edad.

- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe relación del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Estadístico de prueba:** Spearman.

CRISIS EXISTENCIAL POR EDAD

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen relación del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por edad.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe relación del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe relación del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Estadístico de prueba:** Spearman.

SOLEDAD SOCIAL POR GÉNERO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por género.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por género.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD TOTAL POR GÉNERO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad total en el adulto mayor institucionalizado por género.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad total en el adulto mayor institucionalizado por género.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad total en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

CRISIS EXISTENCIAL POR GÉNERO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por género.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por género.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por edad.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD CONYUGAL POR GÉNERO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por género.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por genero

- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por género

- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney

SOLEDAD FAMILIAR POR GÉNERO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por género.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por género

- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por género

- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

SOLEDAD FAMILIAR POR APOYO ECONOMICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD FAMILIAR POR APOYO EMOCIONAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.

- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD FAMILIAR POR APOYO ESPIRITUAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.

- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD FAMILIAR POR APOYO FISICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad familiar en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico

- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

SOLEDAD SOCIAL POR APOYO ECONOMICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD SOCIAL POR APOYO EMOCIONAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD SOCIAL POR APOYO FISICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.

- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

SOLEDAD SOCIAL POR APOYO ESPIRITUAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad social en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual
- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

SOLEDAD CONYUGAL POR APOYO ECONOMICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico
- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

SOLEDAD CONYUGAL POR APOYO ESPIRITUAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual
- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney

SOLEDAD CONYUGAL POR APOYO FISICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.
- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

SOLEDAD CONYUGAL POR APOYO EMOCIONAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en la mediana del nivel de soledad conyugal en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Estadístico de prueba:** U de Mann Whitney.

CRISIS EXISTENCIAL POR APOYO ECONOMICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo económico.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

CRISIS EXISTENCIAL POR APOYO ESPIRITUAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo espiritual.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

CRISIS EXISTENCIAL POR APOYO FISICO

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo físico.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

CRISIS EXISTENCIAL POR APOYO EMOCIONAL

- ❖ **Síntesis de estudio:** Se desea conocer si existen diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.

Formulación de hipótesis

- ❖ **Hipótesis Nula:** no existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Hipótesis Alternativa:** existe diferencia en el promedio del nivel de crisis existencial en el adulto mayor institucionalizado por apoyo emocional.
- ❖ **Estadístico de prueba:** t de Student

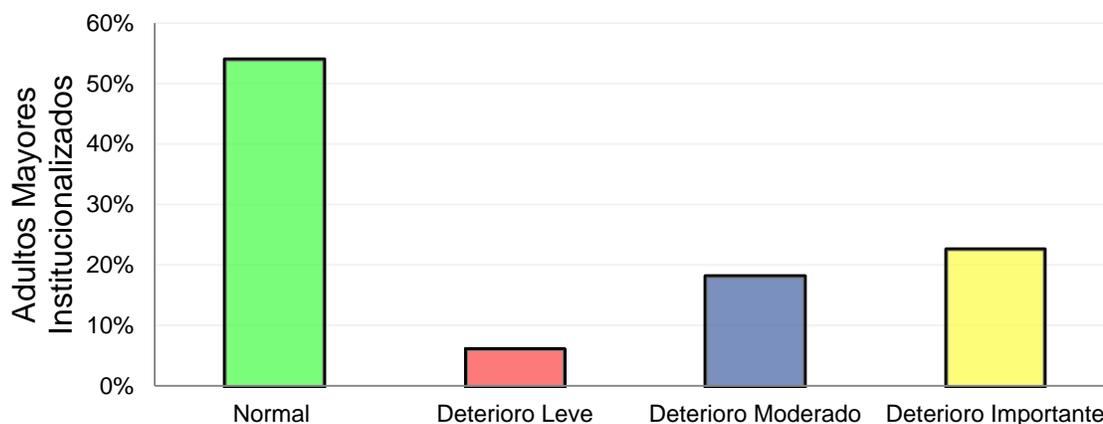
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS

11.1 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO SPMSQ DE PFEIFFER Y DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

De acuerdo a lo planteado en el diseño metodológico, durante el segundo periodo académico del año 2016 se inicia el abordaje de la población adulta mayor institucionalizada, identificando en primera medida el estado mental de los individuos, a través de un Cuestionario portátil corto de estado mental (SPMSQ DE PFEIFFER), que permite determinar la población objeto del estudio, basado en la no presencia de alteraciones del estado mental.

Es por ello, que se reconoce que del total de los adultos mayores institucionalizados de la fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot, el 53,7% presenta un estado mental normal, el 5,97% un deterioro leve, el 17,91% un deterioro moderado y el 22,38% un deterioro importante. (Gráfica 1.)

Gráfica 1. Distribución porcentual de los adultos mayores según el estado mental



Con relación en lo anterior, durante el primer periodo académico del año 2017, se toma como muestra para la investigación el 53,7% de adultos mayores institucionalizados que presentan un estado mental normal; de los cuales el 0,24% es menor de 60 años, el 0,47% ha fallecido a la fecha y el 0,71% expresa “no querer participar en la investigación” (Tabla 1.).

Por tal motivo se ejecuta la investigación con una muestra del 52,28% del total de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Hogar anciano desamparado de Girardot (30 adultos mayores).

Tabla 1. Porcentaje de selección de la muestra para la investigación

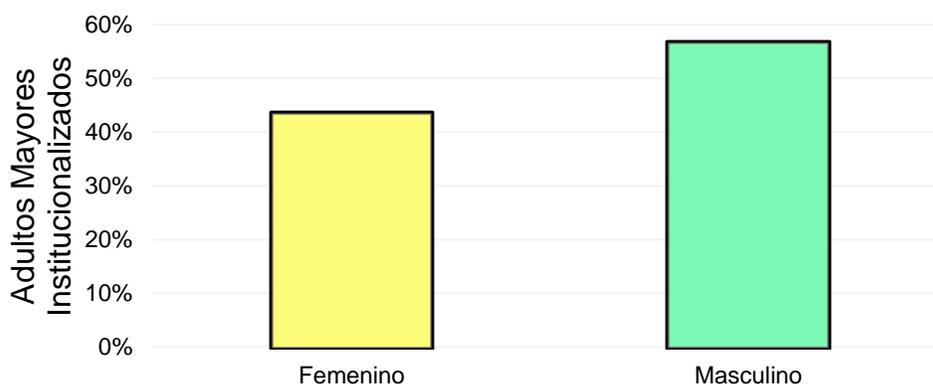
SELECCIÓN DE MUESTRA	
Total adultos mayores institucionalizados con estado mental normal	53,70%
<60 años	0,24%
Fallecidos	0,47%
Decidió no participar en la investigación	0,71%
Total participantes en la investigación	52,28%

Fuente: Datos de esta investigación

11.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y ESCALA DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

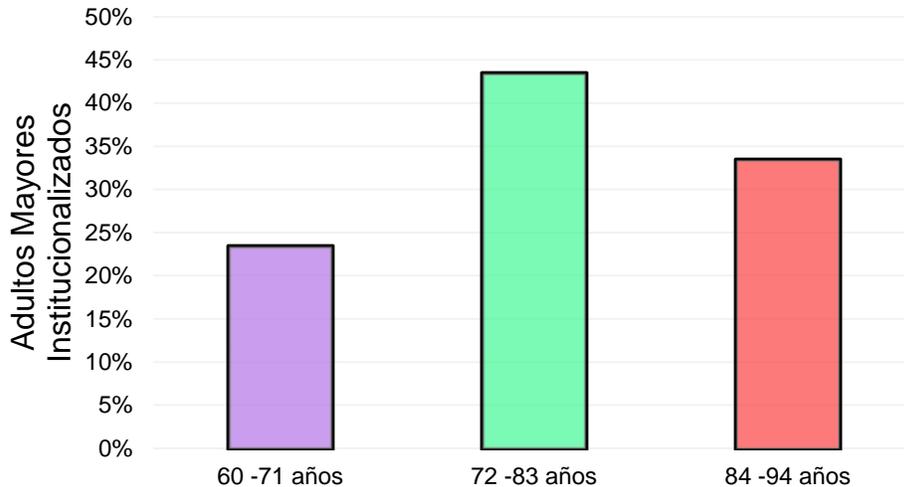
Se procede a la adquisición de datos, a través de entrevistas personalizadas, empleando en primer lugar la escala de caracterización del adulto mayor institucionalizado. En donde se identifica que del 100% de la muestra, el 43,3% son de género femenino y el 56,6% es de género masculino (Gráfica 2.).

Gráfica 2. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según el género.



Se construyeron rangos de edad, identificando que el rango más frecuente en la muestra es de 72- 83 años con un 43,33%, seguido por 84 -94 años con un 33,33% y por último el rango de edad de 60 -71 años con un 23,30%. (Gráfica 3.)

Gráfica 3. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según el rango de edad.



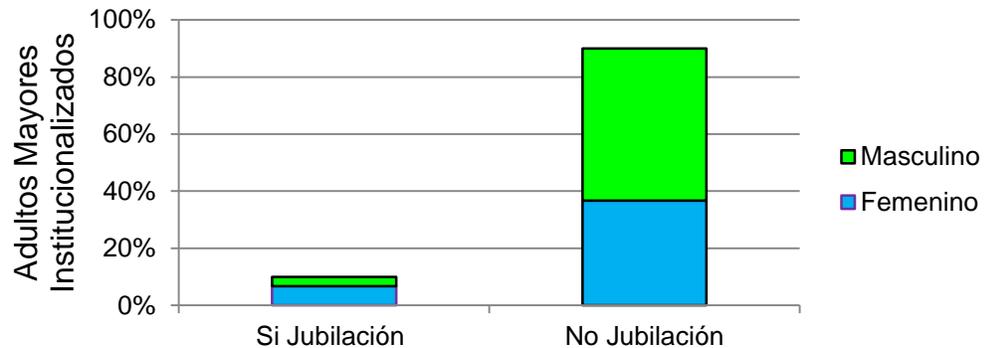
Al determinar la jubilación desde una perspectiva de pérdida del rol laboral, por el paso de una situación activa a una inactividad, tras haber alcanzado la edad máxima. Se identifica que el 100% de la muestra presenta jubilación. De la cual solo el 10% recibir una remuneración económica, perteneciendo el 6,66% al género femenino y el 3,33% al masculino. Del mismo modo el 90% de la muestra cuenta con una jubilación no remunerada económicamente, de los cuales el 36,66% pertenece al género femenino y el 53,33% al masculino. (Gráfica 4.).

La teoría de la actividad postula la pérdida del rol del anciano dentro de la familia como transmisores de la tradición y el abandono de funciones, que sobreviene con la jubilación, y que requiere de actividades compensatorias que alineen con el resto de la soledad³⁴, por ello, Akerman menciona que dentro del envejecimiento social surgen ciertos aspectos que influyen en el bienestar emocional del adulto mayor siendo la jubilación remunerada un gran factor³⁵.

³⁴ FERRARI.valentina. Soledad en la vejez El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Universidad de la república. Facultad de psicología.Uruguay.Montevideo.2015.pag.15

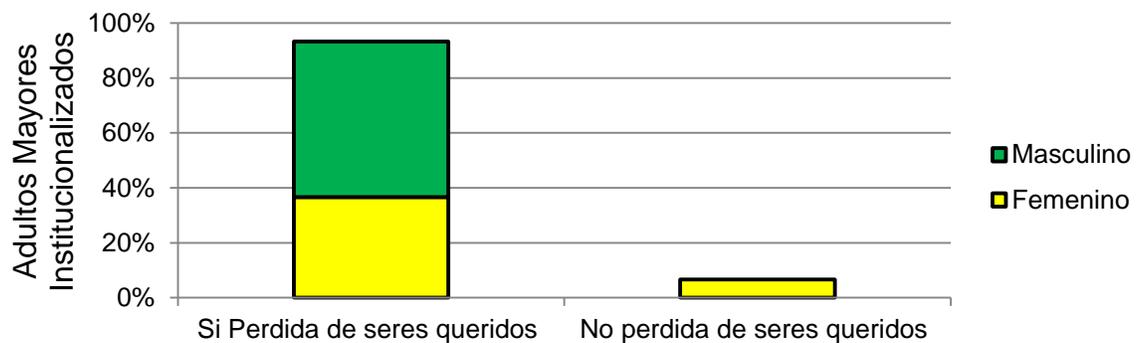
³⁵ AKERMAN, J (2010). Jubilación y tercera edad: ¿Principio del Fin? Vejez y Vida. Recuperado de: <http://www.vejezyvida.com/jubilacion-y-tercera-edad-%C2%BFprincipio-del-fin/>, Citado por: BAIZA, Juan. "Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono". Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2015, p. 32.

Gráfica 4. Relación porcentual de los adultos mayores que cuentan con jubilación, y el número de adultos mayores según el género (femenino y masculino).



La etapa de vejez se caracteriza por la pérdida de seres queridos, donde el 93,3% de la muestra ha experimentado la pérdida de seres queridos expresado por abandono o fallecimiento de hijos, conyugue, amigos y hermanos, siendo el 36,66% de género femenino y el 56,66% masculino. En cambio el 6,66% refiere no haber perdido seres queridos al no haber formado o establecido una familia en el transcurso de su vida. (Gráfica 5.). Por esta razón los adultos mayores que se sienten solos insisten más en la falta de compañía, ya que han perdido a seres queridos o no tienen a alguien a quien acudir³⁶.

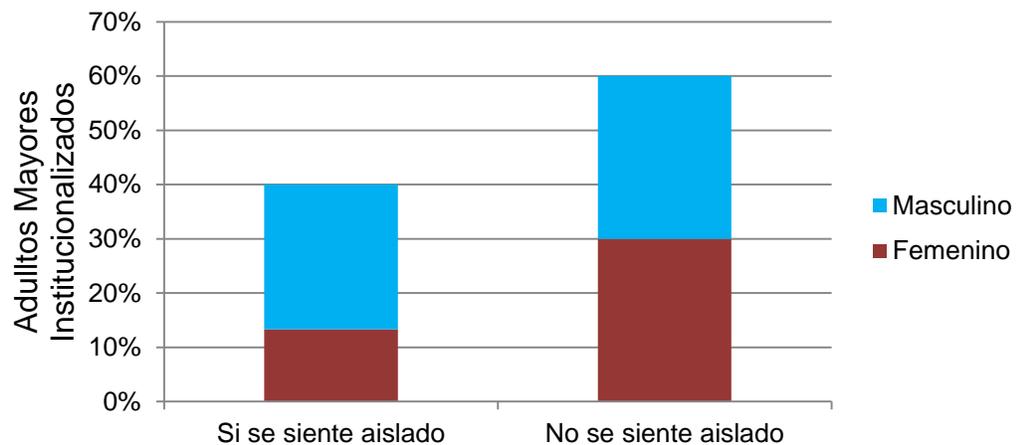
Gráfica 5. Relación porcentual de los adultos mayores que perdieron seres queridos (hijos, conyugue, amigos y hermanos), y el número de adultos mayores según su género (femenino y masculino).



³⁶ BERMEJO. José. la soledad en los mayores. [en línea]. http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_La_soledad_en_los_mayores.pdf. [citado en 25 de agosto del 2017]

El 60% de la muestra expresa no sentirse aislado, de los cuales el 30% son de género masculino y el otro 30% femenino. Así mismo el 40% expresa aislamiento siendo 13,33% del género femenino y el 26,66% masculino. (Gráfica 6.). Puesto que se evidencia que periodos más largos de estadía en el hogar geriátrico se asocian con menos síntomas de aislamiento, situación que se ve favorecida por la formación de redes sociales al interior de la institución³⁷.

Gráfica 6. Relación porcentual de los adultos mayores que presentan o no sentimiento de aislamiento según su género (femenino y masculino).

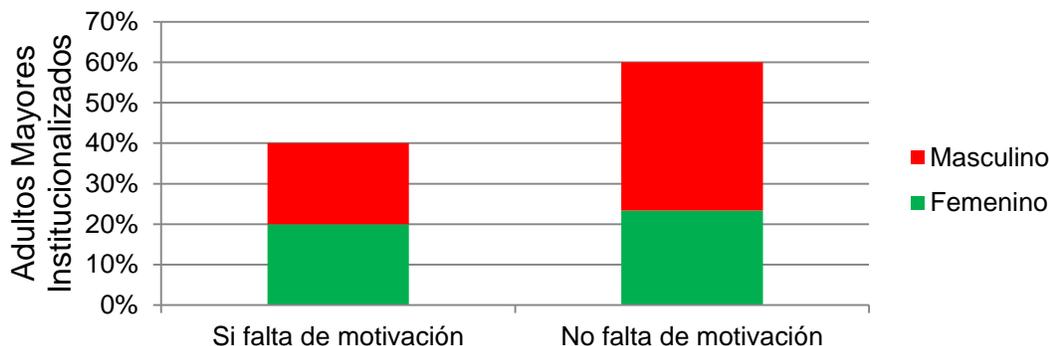


El 40% de la muestra expresa sentir falta de motivación en actividades sociales de los cuales el 20% es de género femenino y el 20% masculino. De igual forma el 60% no expresa falta de motivación, siendo el 23,33% de género femenino y el 36,66% masculino. (Gráfica 7.). Esto se ve reflejado en la motivación y actitud positiva que haya experimentado el adulto mayor a lo largo de la vida, ya que esta actitud positiva genera un clima flexible, tendente a la comunicación y a la cooperación en las actividades que realicen los cuidadores³⁸.

³⁷ ESTRADA. Alejandro. CARDONA. Doris. SEGURA. Ángela. ORDOÑEZ. Jaime. OSORIO. Jorge. CHAVARRIAGA. Lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. Colombia. 2012. vol12.pág.12.

³⁸ GARCÍA LÓPEZ, María; RODRÍGUEZ PONCE, Catalina, et. Enfermería geriátrica: Enfermería del anciano. Barcelona: Ediciones DAE, 2012, vol. 1. 84 p. (Biblioteca Universidad de Cundinamarca; no.618.97) ISBN: 978-8495-62-680-6

Gráfica 7. Relación porcentual de los adultos mayores que presentan o no falta de motivación según su género (femenino y masculino).



El 53,3% de la muestra refiere no presentar ninguna enfermedad crónica, mientras que el 46,6% refiere presentar Diabetes con un 16,6%, Hipertensión arterial con un 20%, otras enfermedades como Artrosis el 10% (Gráfica 8.). Misión Colombia estima que de “14 millones de personas mayores de 60 años que habrá en el país en el 2050, por lo menos el 32% sufrirá alguna enfermedad crónica, como hipertensión arterial, diabetes, artritis o depresión³⁹, ya que los cambios fisiológicos asociados con la edad pueden determinar una mayor susceptibilidad a las enfermedades.⁴⁰

Gráfica 8. Distribución porcentual de los adultos mayores de la muestra según la presencia de enfermedades crónicas.



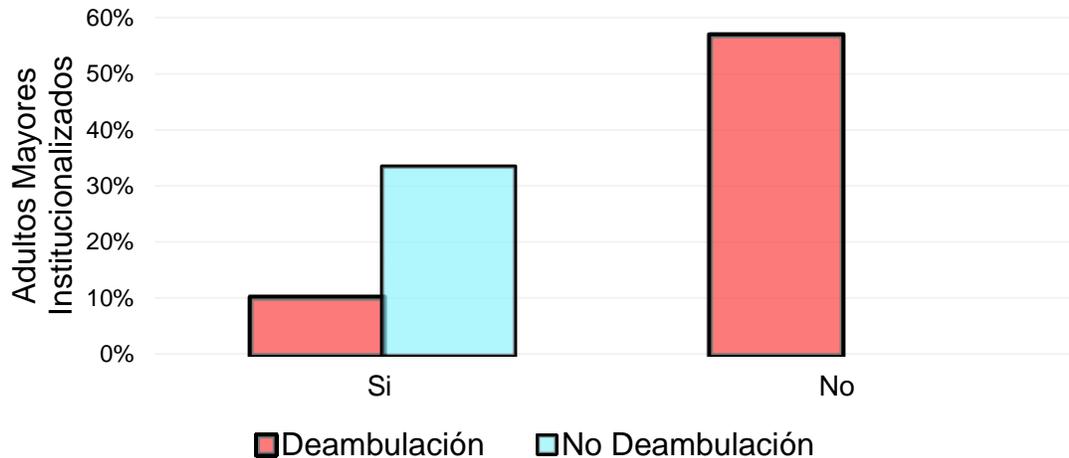
El 56,6% de la muestra no presenta ningún tipo de limitación que afecte su capacidad de deambulación, mientras el 43,3% restante sí presenta algún tipo de limitación física que afecta su estilo de vida. Se observa que del 43,3% que

³⁹ GONZALEZ, Lina maría. “Misión Colombia envejece”. [En línea]. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha, Revista El Tiempo, Casa Editorial. [Citado: 23-03-2016].l

⁴⁰ ABIZANDA SOLER, Pedro; ROMERO RIZO, Luis, *et. Medicina geriátrica: Una aproximación basada en problemas*. Barcelona: Ediciones Elsevier Masson, 2012, 31 p. (Biblioteca Universidad de Cundinamarca; no.618.97) ISBN: 978-84-458-2184-8

presenta una limitación física, tan solo el 10% conserva su capacidad de deambulaci3n, a diferencia del 33,3% quienes la han perdido. (Gráfica 9.). Esto a causa del deterioro de los sistemas orgánicos como consecuencia del uso continuo a lo largo de la vida, afectando todas las células corporales modificando la capacidad funcional de los 3rganos y sistemas⁴¹.

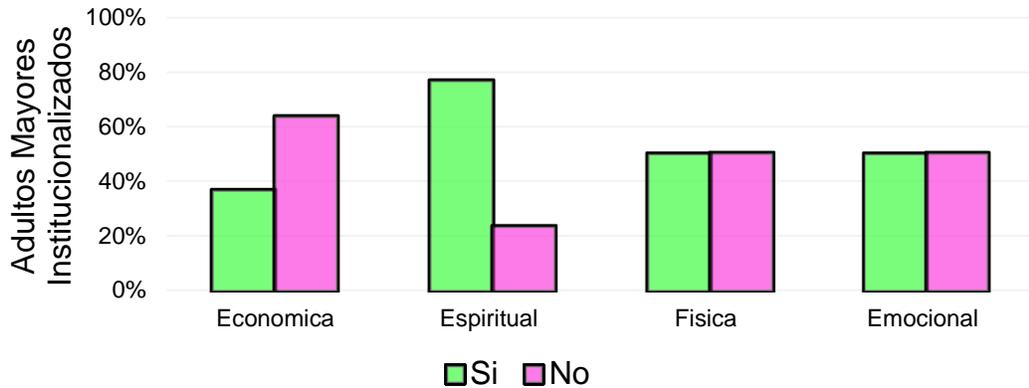
Gráfica 9. Relaci3n porcentual de limitaciones físicas, respecto al n3mero de adultos mayores seg3n su capacidad de deambulaci3n.



En segundo lugar, se emplea la escala de Apoyo Familiar y Social, identificando en gran medida cuatro asistencias fundamentales en el ciclo vital del adulto mayor institucionalizado. Observando que el 36,6% presenta una asistencia econ3mica, el 73,60% presenta una asistencia espiritual, el 50% asistencia f3sica y 50% asistencia emocional. (Gráfica 10.)

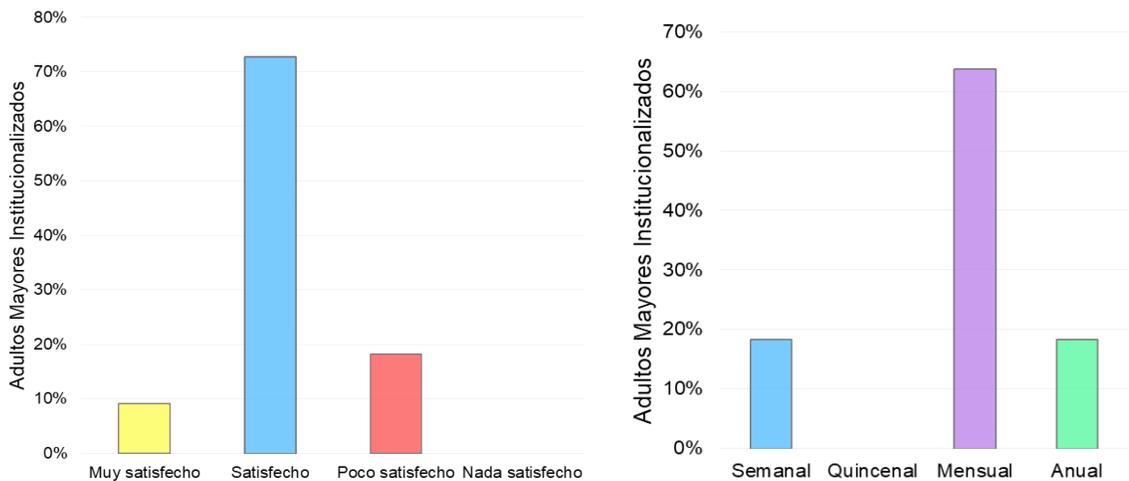
⁴¹ GARCÍA L3PEZ, Mar3a; RODR3GUEZ PONCE, Catalina, *et. Enfermer3a geriátrica: Enfermer3a del anciano*. Barcelona: Ediciones DAE, 2012, vol. 1. 65 p. (Biblioteca Universidad de Cundinamarca; no.618.97) ISBN: 978-8495-62-680-6

Gráfica 10. Relación porcentual de los adultos mayores que presentan o no apoyo económico, espiritual, físico y económico.



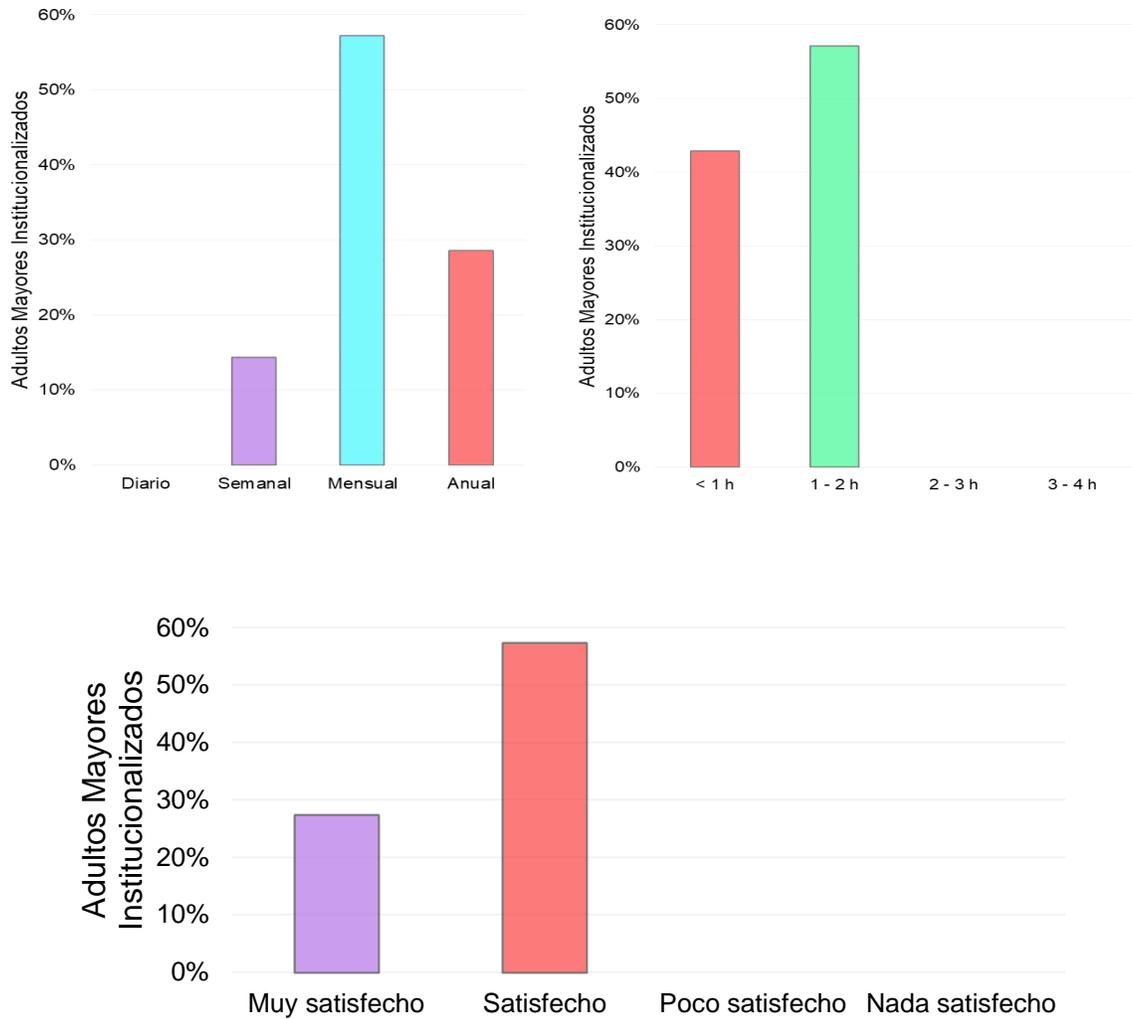
La asistencia económica se mide desde la perspectiva de los niveles de frecuencia y satisfacción. Donde la frecuencia percibida por la muestra se da en un 18,18% semanal, 63,63% mensual y 18,18% anual. Del mismo modo el 9,09% expresa sentirse “muy satisfecho”, el 72,72 “satisfecho” y el 18,18% poco satisfecho. (Gráfica 11.).

Gráfica 11. Relación porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan apoyo asistencia, referente a frecuencia y satisfacción del mismo.



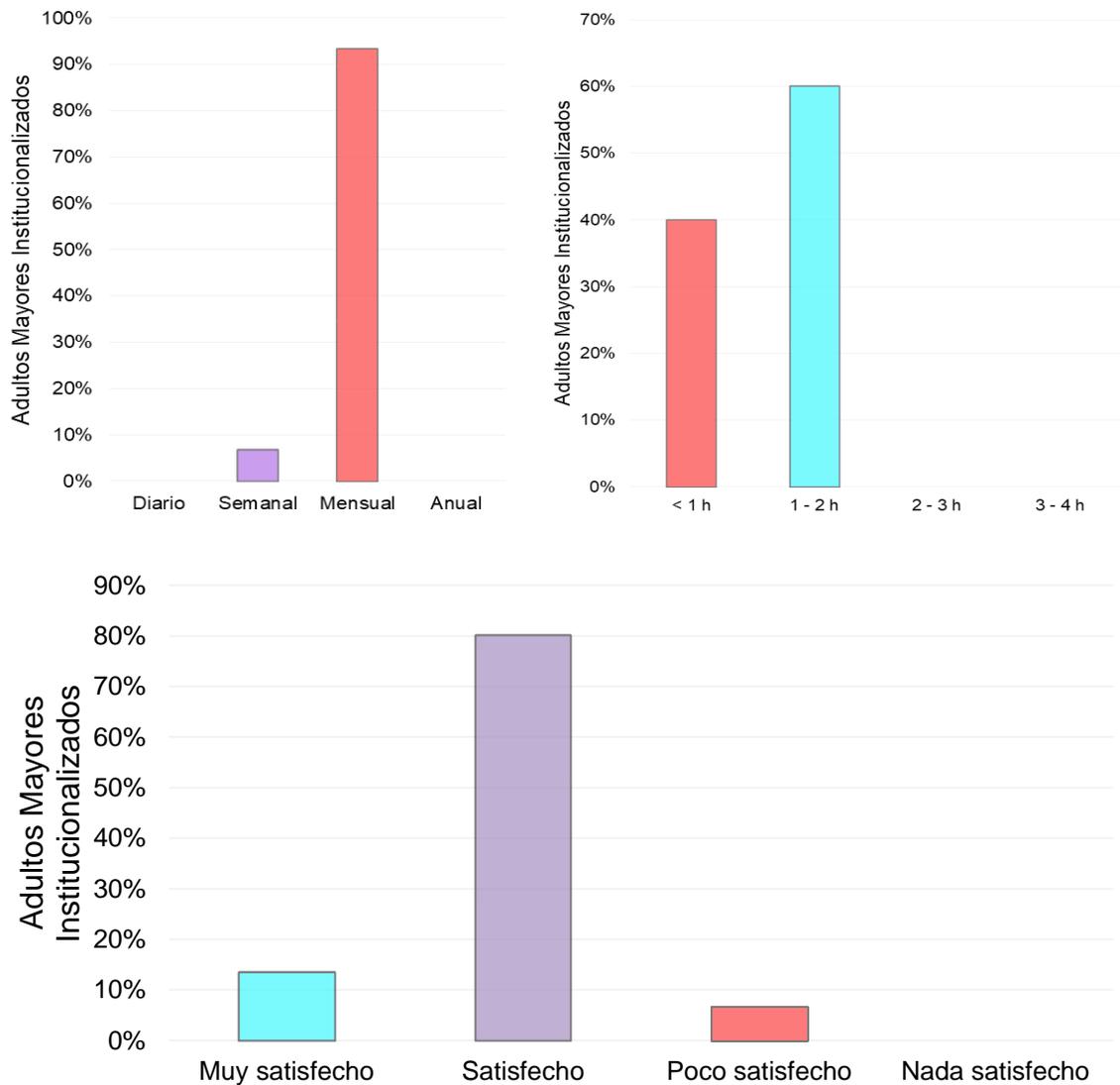
La asistencia espiritual se interpreta desde niveles de frecuencia, duración y satisfacción. Los adultos mayores reciben una frecuencia de este apoyo, en un 14% semanal, 57,14% mensual y 28,57% anual. Donde la duración se da en un 42,85% menor a una hora, y el 57,14% de 1-2 horas, con un nivel de satisfacción del 27,27% “muy satisfecho” y 57,14% “satisfecho”. (Gráfica 12.)

Gráfica 12. Relación porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia espiritual, referente a frecuencia, duración y satisfacción del mismo.



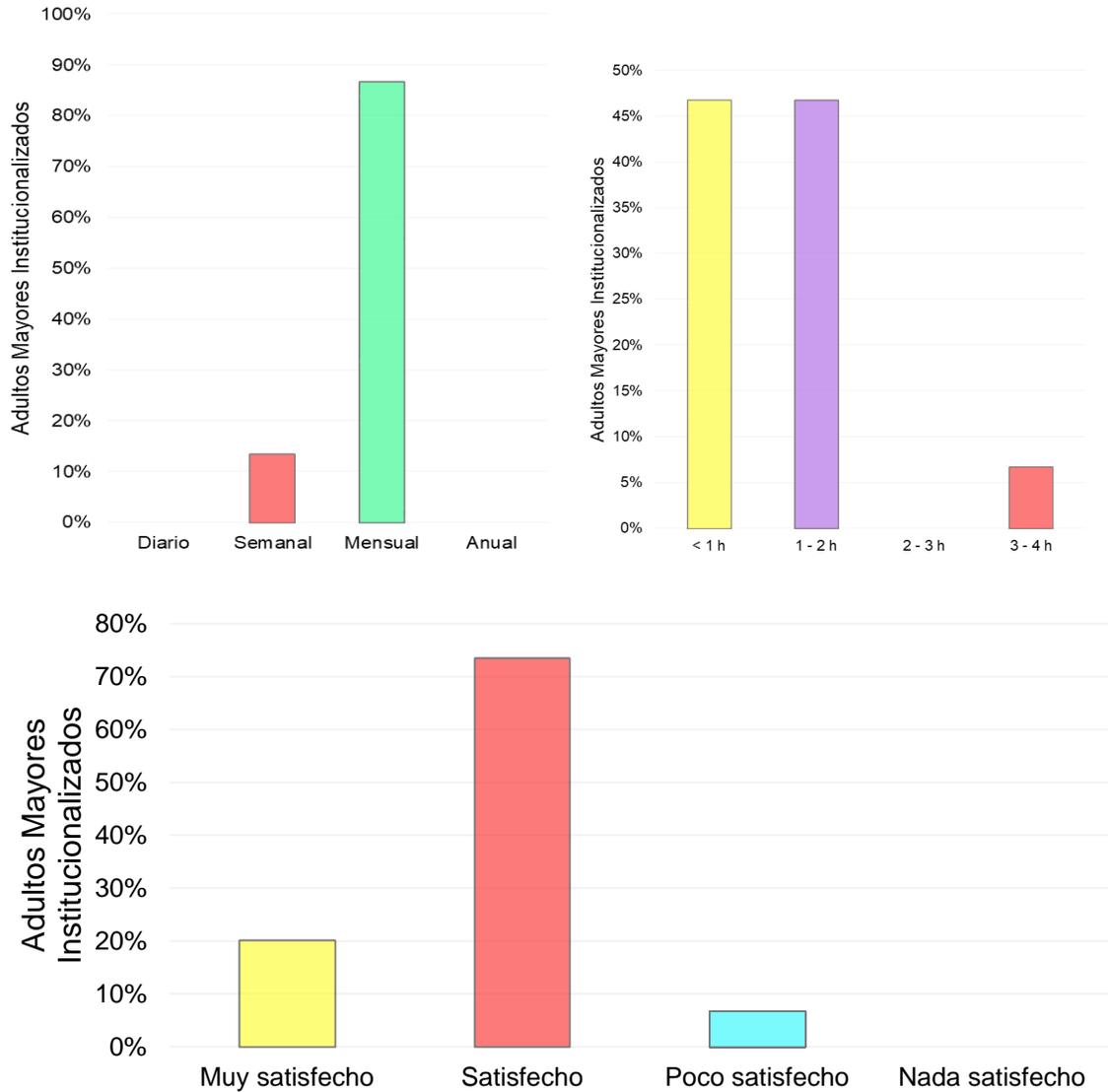
La asistencia física se identifica desde niveles de frecuencia, duración y satisfacción. De esta manera el apoyo físico de la muestra se da en un 6,66% semanal y 93,33% mensual con un nivel de duración de 40% menor a una hora, y 60% de 1-2 horas, mientras que el nivel de satisfacción es de 13,33% “muy satisfecho”, 80% “satisfecho” y 6,66% “poco satisfecho”. (Gráfica 13.)

Gráfica 13. Relación porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia física, referente a frecuencia, duración y satisfacción del mismo.



La asistencia emocional se percibe desde niveles de frecuencia, duración y satisfacción. Al respecto el nivel de frecuencia es de un 13,33% semanal y 86,66% mensual con un nivel de duración de 46,66% menor a una hora, 46,6% de 1-2 horas, y 6,66% de 3- 4 horas, mientras que el nivel de satisfacción es de 20% “muy satisfecho”, 73,33% “satisfecho” y 6,66% “poco satisfecho”. (Gráfica 14.)

Gráfica 14. Relación porcentual de los adultos mayores institucionalizados que presentan asistencia emocional, referente a frecuencia, duración y satisfacción del mismo.

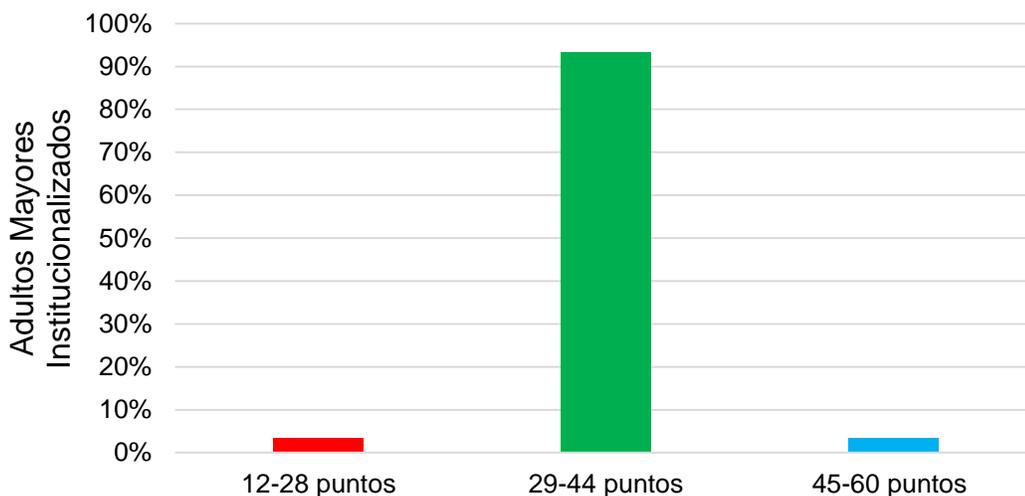


11.3 APLICACIÓN DE INSTRUMENTO ESCALA ESTE_R

Por último se ejecuta la escala ESTE-R la cual calcula el nivel de soledad de acuerdo a los puntos obtenidos por el adulto mayor, de allí que a menor puntuación menor nivel de soledad⁴².

En primer lugar en la escala se estipula un total de 30 preguntas donde el mínimo es 30 puntos y el máximo es 150 puntos, identificando que del total de la muestra, el 23,33% consigue de 30- 60puntos, el 73,33% de 71-110 puntos y el 3,33% de 111 - 150 puntos (Gráfica 15).

Gráfica 15. Relación porcentual de soledad en los adultos mayores y la puntuación obtenida.

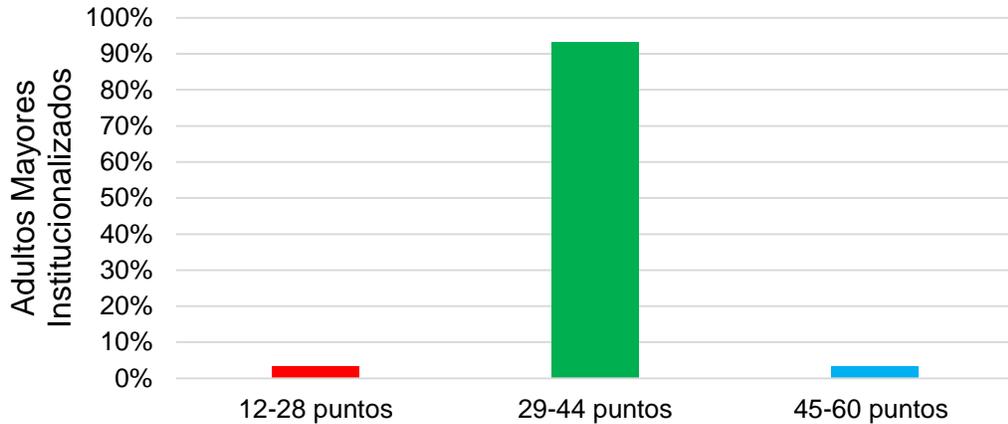


La escala ESTE-R consta de 4 grupos.

- 1) Soledad familiar la cual consta de 12 preguntas donde su mínimo de puntuación es de 12 y su máximo de 60, identificándose en la muestra que el 3% obtiene de 12 -28 puntos, el 93,33% de 29 -44 puntos y el 3,33% de 45-60 puntos. (Gráfica 16)

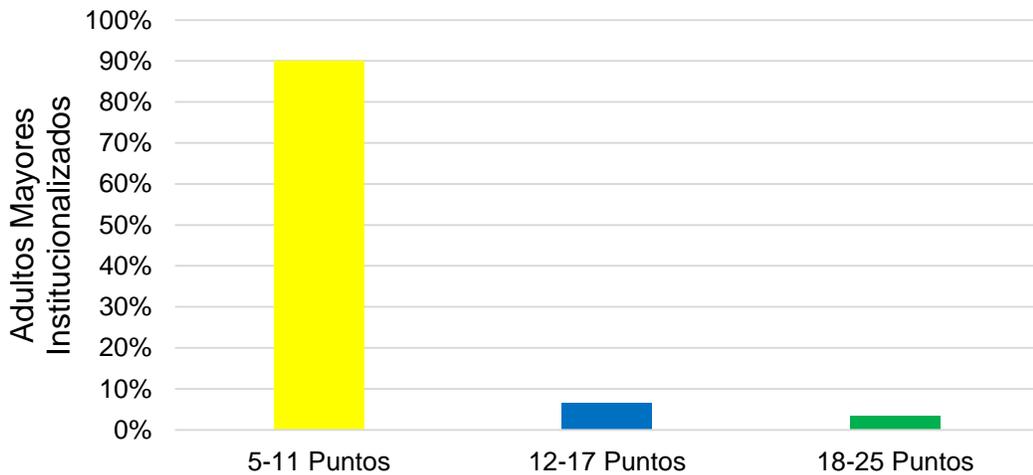
⁴² JIMENEZ,Jairo.VILLAMIL,Maria.ENAO,Eucaris.QUINTERO,Angela.el sentimiento de soledad en adultos.2012.colombia.pag.4.

Gráfica 16. Relación porcentual de soledad familiar en los adultos mayores y la puntuación obtenida.



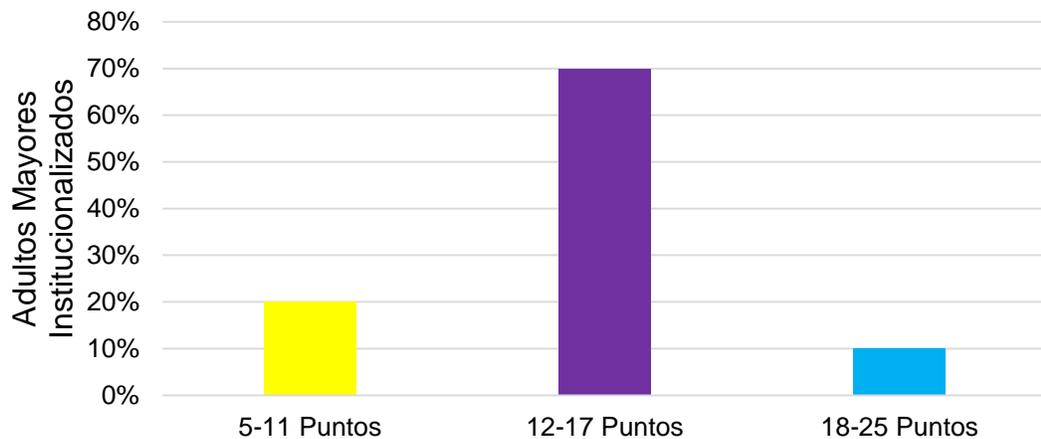
2) Soledad conyugal incluye 5 preguntas donde su mínimo de 5 puntos y su máximo de 25, determinando en la muestra que el 90% obtiene de 5 -11 puntos, el 6,66% de 12 -17 puntos y el 3,33% de 18-25 puntos. (Gráfica 17).

Gráfica 17. Relación porcentual de soledad conyugal en los adultos mayores y la puntuación obtenida.



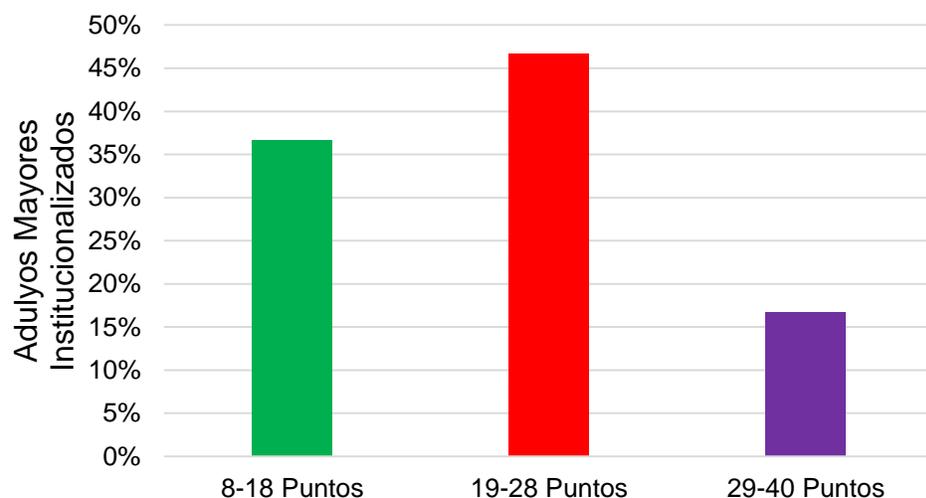
3) Soledad social comprende 5 preguntas con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 25, donde el 20% logra un puntaje de 5 -11, el 70% de 12 -17 puntos y el 10% de 18-25 puntos. (Gráfica 18).

Gráfica 18. Relación porcentual de soledad social en los adultos mayores y la puntuación obtenida.



4) Crisis existencial establece 8 preguntas donde su mínimo es de 8 puntos y su máximo de 40, determinando que el 36,66% presenta un puntaje de 8 -18, el 46,66% de 19 -28 puntos y el 16,66% de 29-40 puntos. (Gráfica 19).

Gráfica 18. Relación porcentual de crisis existencial en los adultos mayores y la puntuación obtenida.



11.4 ANALISIS CORRELACIONAL

Tabla 2. Análisis de correlación de Spearman entre las dimensiones de soledad percibida y la edad del adulto mayor institucionalizado.

Soledad	Estadístico de prueba r de Spearman	Valor de <i>p</i> (Significancia estadística)
Familiar	-0,28	0,12
Social	-0,15	0,42
Conyugal	-0,06	0,71
Existencial	-0,19	0,31
Total	-0,18	0,32

Fuente: Datos de esta investigación

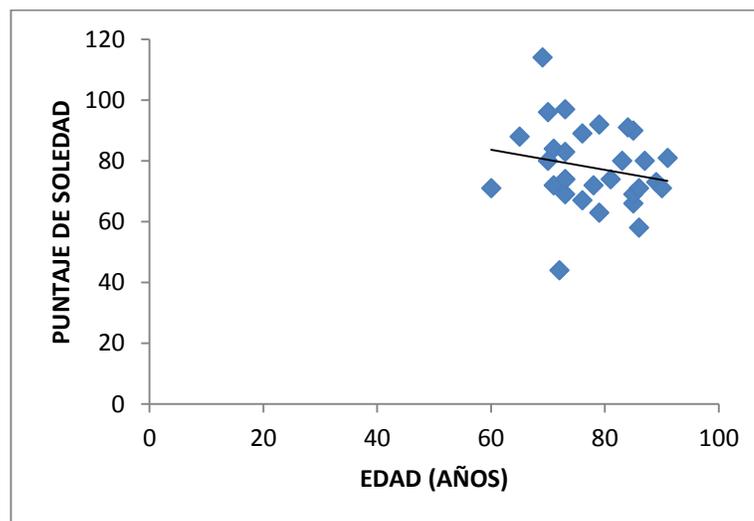
Al observar los resultados obtenidos es posible identificar que entre el nivel de soledad, en todas sus dimensiones, y la edad del adulto mayor existe una relación inversa, determinada a partir del valor negativo del estadístico de prueba. Esto quiere decir que a medida que se incrementa la edad del adulto mayor, su nivel de soledad percibida disminuye. Sin embargo, esta relación inversa no es estadísticamente significativa, ya que el valor de *p* obtenido en todos los casos es mayor a 0,05.

En el periodo de vejez se considera un imaginario social, que los adultos mayores experimenten numerosos cambios biopsicosociales dependientes del estilo de vida, del sistema social y familiar; influyentes continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favoreciendo la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar u social⁴³, generando grandes repercusiones para la existencia y mantenimiento de la calidad de vida; aterrizando sobre el adulto mayor institucionalizado, vemos también que dependen de una sociedad o una institución que corra con toda la responsabilidad de brindar apoyo durante estas transiciones biopsicosociales.

⁴³ FIGUEROA, Loreda. SUAREZ, Lira. *Et.* Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, ELSEVIER, México, 2016. p.3

En la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot, se evidencia que resultados de la correlación entre soledad y edad es inversa (-0,18), es decir a mayor edad, disminuye la percepción de soledad, pero esto no es estadísticamente significativo, ya que el valor de p es de 0,32. (Gráfica 19).

Gráfica 19. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y soledad percibida por los adultos mayores institucionalizados



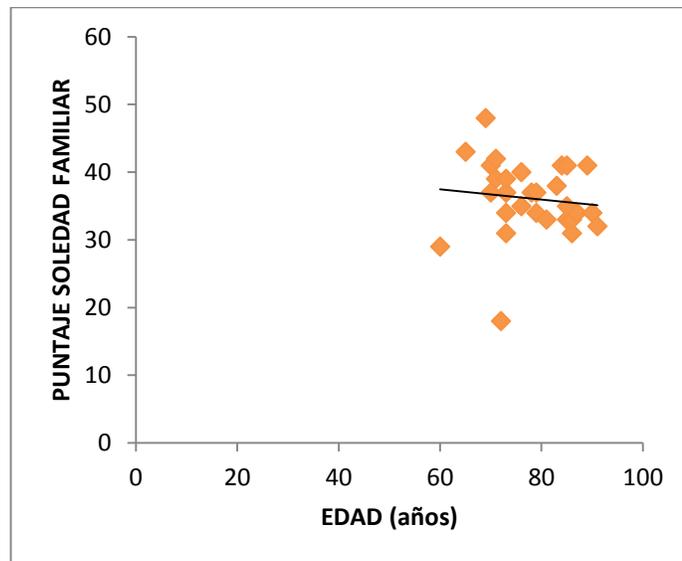
El valor del estadístico muestra que entre la edad y el nivel de soledad familiar percibido existe una correlación inversa (por el valor negativo) y débil (por el valor bajo de -0,28). Esto quiere decir que a mayor edad, disminuye la percepción de soledad familiar, sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ya que el valor de p obtenido es mayor a 0,05, es decir 0,12 (Gráfica 20).

Este resultado difiere con los obtenidos en la Fundación María Josefa Recio de Bilbao: en la cual se observa que las personas mayores de 65 años perciben sentimientos de soledad más importantes que los de 55 años⁴⁴, teniendo en cuenta que el contexto sociodemográfico de las dos fundaciones es distinto; por ello, es importante destacar que una buena relación familiar se vincula con mejor

⁴⁴ CARRASCO, Manuel. GONZALES, Eduardo. *et. La soledad en los mayores. el gran factor de riesgo.* Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Fundación M^a Josefa Recio. Bilbao, 2016. p.59.

salud en la vida adulta⁴⁵, siendo la familia la base elemental para el desarrollo humano.

Gráfica 20. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad familiar percibido por los adultos mayores institucionalizados



El resultado obtenido indica que entre la edad y el nivel de soledad social percibido, existe una relación inversa (por el signo negativo del estadístico) y débil (-0,15 es muy cercano a cero). Lo que significa que a mayor edad, el adulto institucionalizado percibe menor nivel de soledad social, sin embargo esta relación no estadísticamente significativa ya que el valor de p es mayor a 0,05 (Gráfica 21).

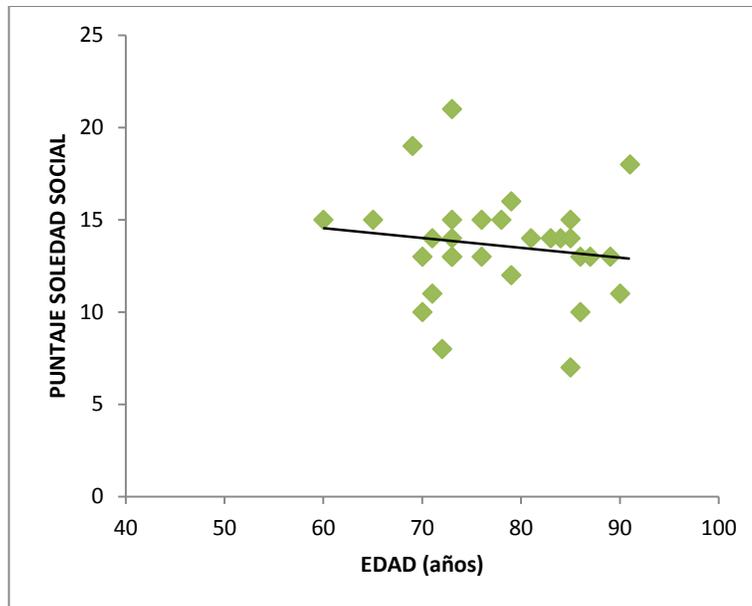
En Valparaíso Chile, se realizó una investigación, cuyas edades oscilaban entre los 65 años y 95 años⁴⁶, donde esta relación sí es estadísticamente significativa, siendo la edad un factor predisponente para que se presente el sentimiento de soledad social. No obstante en la Fundación hogar del anciano desamparado de Girardot; se identifica que al aumentar la edad disminuye el nivel de soledad,

⁴⁵ RUBIO, Encarnación. COMIN, Magdalena. Determinantes de la Capacidad Funcional en Personas Mayores según el Género. Gerokomos vol.24 no.2 México jun. 2013

⁴⁶ SEQUEIRA, Doris. “La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos”. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada, España, Citado por: BAIZA, Juan. “Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono”. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2015, p. 18.

observando que a cualquier edad se puede presentar este constructo (soledad), ya que dentro de las condiciones que favorecen la soledad se encuentra la disminución de los niveles de socialización y la red social de los mayores⁴⁷.

Gráfica 21. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad social percibido por los adultos mayores institucionalizados



El resultado establecido indica que entre la edad y el nivel de soledad conyugal percibido existe una relación inversa (por el signo negativo del estadístico) y débil (-0,06 es muy cercano a cero).

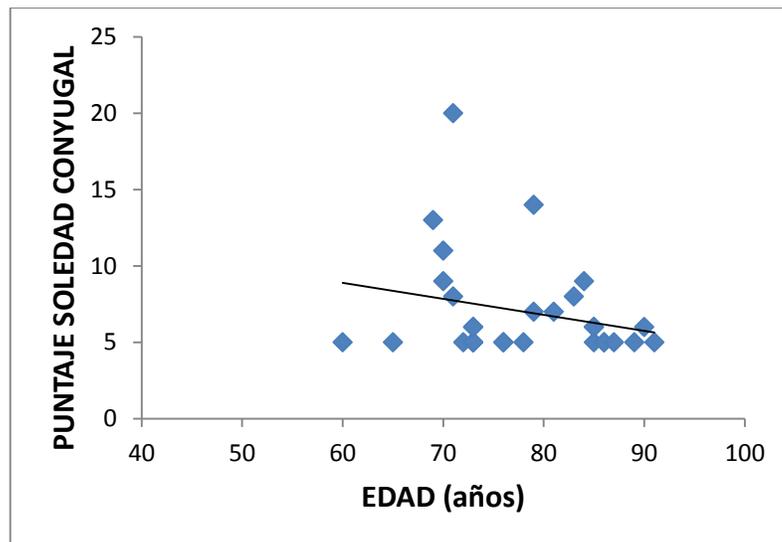
En la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot, este fenómeno es identificado, y a pesar de no ser significativo, se percibe que la soledad conyugal es provocada al poseer la convicción de que su pareja ha falleció⁴⁸. Recuerdan aún a sus parejas generando mayor soledad conyugal, lo que quiere decir que la edad no está directamente relacionada en este caso, al encontrarse que la

⁴⁷ RUBIO, Ramona. La soledad en personas mayores españolas. Madrid: Portal Mayores. Citado por: CARDONA, Jairo, VILLAMIL, María et."El sentimiento de soledad en adulto". Bello, Antioquia, 2013. p.2

⁴⁸ BAIZA, Juan. "Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono". Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2015, p. 15.

relación entre la edad y la soledad conyugal es inversa, es decir que a mayor edad, el adulto institucionalizado percibe menor nivel de soledad conyugal, sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ya que el valor de p es mayor a 0,05 (Gráfica 22).

Gráfica 22. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y el nivel de soledad conyugal percibido por los adultos mayores institucionalizados



Se obtiene que entre la edad y el nivel de crisis existencial percibido existe una relación inversa (por el signo negativo del estadístico) y débil (-0,19 es muy cercano a cero). La relación inversa significa que a mayor edad, el adulto institucionalizado percibe menor nivel de crisis existencial, en la Fundación hogar del anciano desamparado de Girardot, al iniciar la etapa de vejez, se genera mayor sentimiento de crisis existencial y al avanzar durante esta etapa de vejez disminuye este sentimiento, sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ya que el valor de p es de 0,3105 (Gráfica 23).

En Bucaramanga, la soledad es percibida por los adultos mayores como un estado propio de la vejez con un 25%, ser abandonados con el 24%, sentimientos de improductividad 19%, estar solos 9% y sentir tristeza 7%⁴⁹. En los adultos mayores

⁴⁹ OVIEDO, Eliana. Concepción de soledad en los adultos mayores de la Ciudad de Bucaramanga. Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga (Colombia). Vol. 12 No. 2, Enero, 2012 ISSN: 2145-3535. p.4.

de la Fundación hogar del anciano desamparado, se ve reflejado que crisis existencial puede verse afectada por cuestiones como sentir tristeza y sentimiento de improductividad.

Gráfica 23. Gráfico de dispersión que muestra la relación entre la edad y crisis existencial percibido por los adultos mayores institucionalizados

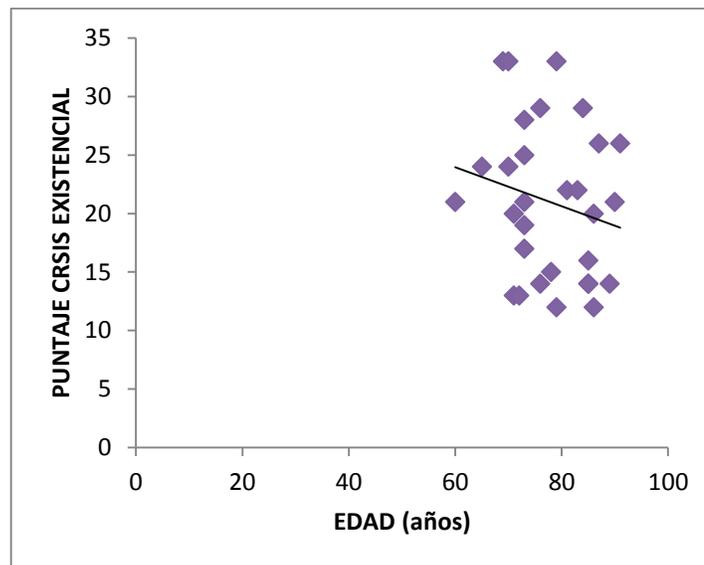


Tabla 3. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad percibido por los adultos mayores según el género

Dimensión de soledad	Test de Normalidad*	Promedio	Estadístico de prueba	Valor de p
Soledad total	0,57 (M)	80,29 (M)	t= 1,17	0,24
	0,46 (F)	74,46 (F)		
Social	0,08 (M)	14,05 (M)	t= 0,99	0,32
	0,23 (F)	13 (F)		
Crisis	0,09 (M)	21,29 (M)	t=0,27	0,78

existencial	0,60 (F)	20,61 (F)		
Familiar	0,32 (M)	9,66 (M)	U=84	0,27
	0,02 (F)	5,83 (F)		
Soledad conyugal	5,16 ⁻⁰⁵ (M)	9,55 (M)	U=87,5	0,31
	0,0001 (F)	5,95 (F)		

Fuente: datos de esta investigación

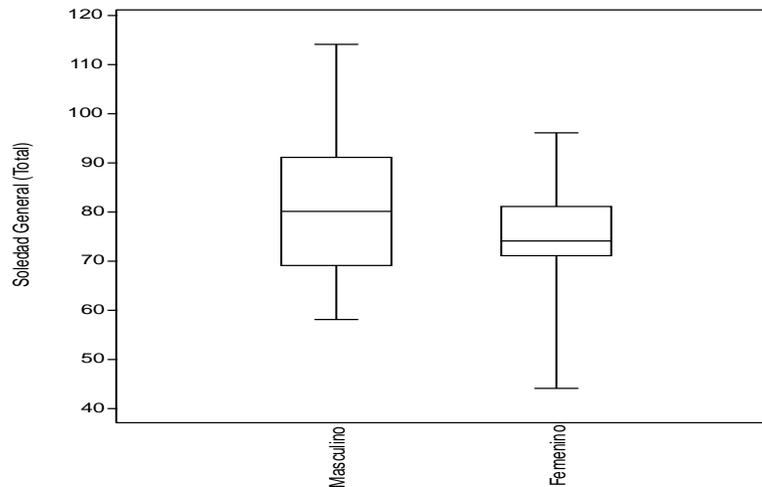
El análisis muestra que el nivel de soledad promedio percibido por los hombres es mayor que el de las mujeres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 3) y la distribución de los valores obtenidos difiere principalmente en el puntaje máximo obtenido por la muestra de género masculino (Gráfica 24).

Lo cual en algunas circunstancias sucede que el mismo adulto mayor se autoexcluye, igualmente, es importante señalar que esto no depende exclusivamente de la red familiar ni siempre consiste en una tarea sencilla⁵⁰, sino a la presencia de distintas características que lo condicionan a sentir soledad. Se ha evidenciado que los adultos mayores de género masculino perciben mayor nivel de soledad, tal vez ellos poseen menos estrategias de afrontamiento. Por ejemplo la conducta de afrontamiento ante el sentimiento de soledad más utilizada por el género femenino es correspondiente al apoyo Religioso⁵¹, de allí que los adultos mayores de género masculino no tienen como subsanar esta problemática, sumado a esto ellos han perdido varios roles en la sociedad y en la familia.

⁵⁰ FERRARI, Valentina. Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambios. Montevideo, Uruguay, 2015. p.12

⁵¹ BAIZA, Juan. "Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono". Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2015, p. 76.

Gráfica 24. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad percibida por los adultos mayores institucionalizados.

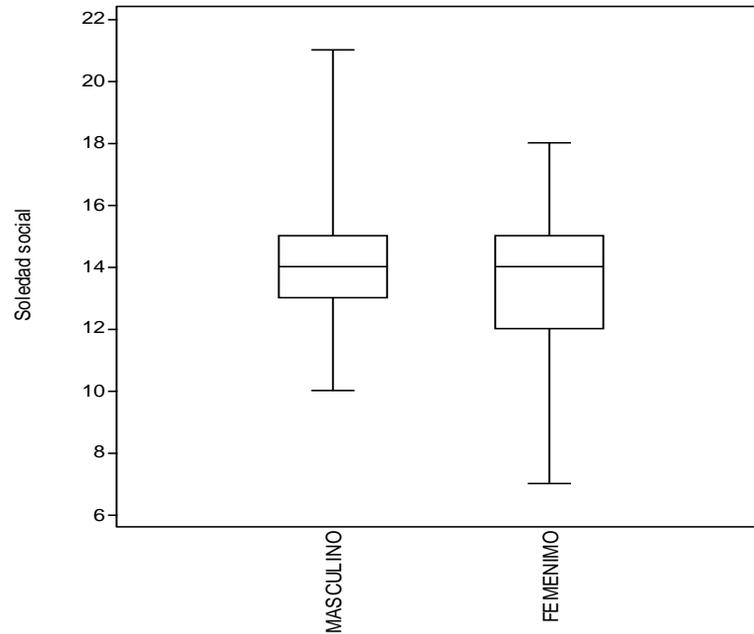


Se identifica que el nivel de soledad social promedio percibido por los hombres es mayor que el de las mujeres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 3) y la distribución de los valores obtenidos difiere principalmente en el puntaje máximo obtenido por la muestra de género masculino (Gráfica 25).

En los hombres se puede evidenciar mayor dependencia a tener a alguien más, además durante toda su vida se han dedicado al rol de trabajador, y no logran apropiarse de las funciones del hogar, por ello generan mayor dependencia, siendo más susceptibles a los cambios biopsicosociales. Del mismo modo un estudio realizado en México, refiere que las mujeres son más independientes que los hombres en la etapa de ancianidad, y la percepción de apoyo del género femenino es más alta que la del género masculino⁵².

⁵² JIMENEZ, Beatriz. BAILLET, Laura *et.* Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2016. p.3

Gráfica 25. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados.

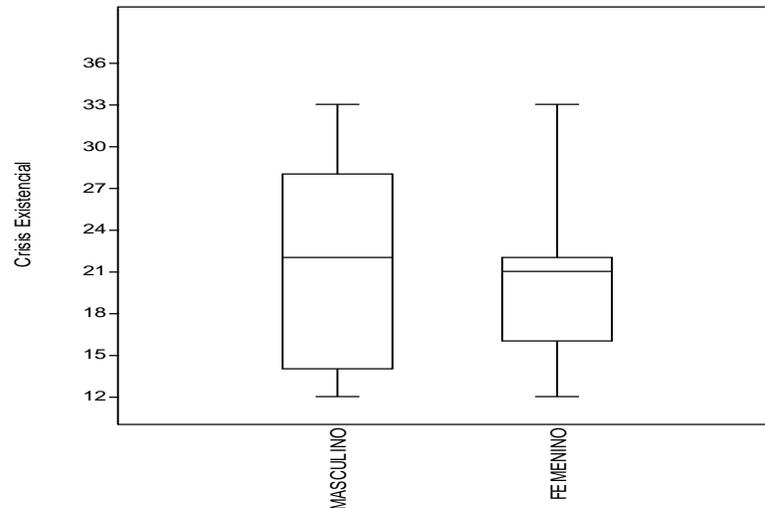


El resultado del análisis determina que el nivel de soledad social promedio percibido por los hombres es igual que el de las mujeres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 3) y la distribución de los valores obtenidos difiere principalmente en la mediana de las mujeres que está más próxima al puntaje menor de crisis existencial, es decir que la mayoría de las mujeres perciben un nivel bajo de soledad (Gráfica 26).

Las mujeres y los hombres, presentan características que a través de la vida sufren cambios en especial durante el envejecimiento, ya que hay pérdida de libido, disminución de espermatogénesis en hombres y menopausia en la mujer, el cabello se vuelve blanco, los hombres pueden quedarse calvos, necesitan gafas para poder ver mejor, oyen menos⁵³, lo que no quiere decir que el envejecer sea igual a presentar una patología, sino de características propias y únicas de esta etapa, y que algunas veces los individuos no están preparados para afrontarlos, incluyendo además de la pérdida de roles en la sociedad.

⁵³ PACHECO, Manuel. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Universidad nacional de Loja, Ecuador. 2016. p. 14

Gráfica 26. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y crisis existencial percibida por los adultos mayores institucionalizados.



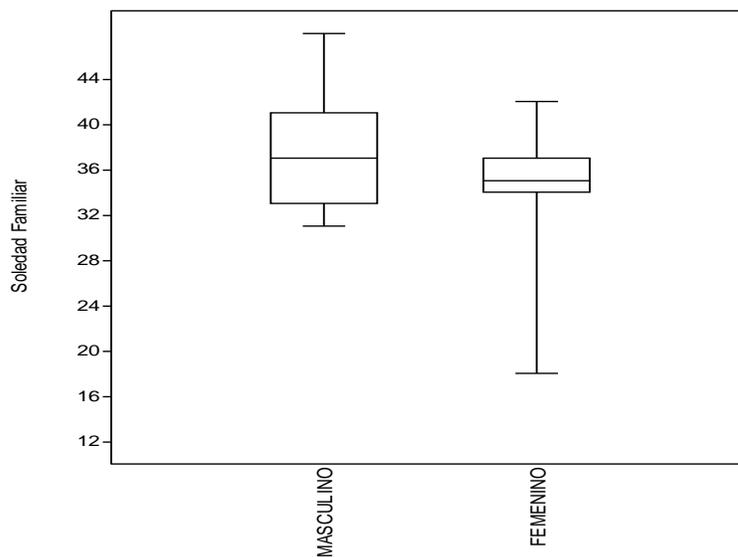
Se observa y determina que la mediana del nivel de soledad familiar percibido por los hombres es mayor que el de las mujeres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 3) y la distribución de los valores obtenidos difiere principalmente en el puntaje máximo obtenido por la muestra de género masculino y porque la mayoría de mujeres presenta un puntaje de soledad entre 33 a 36 (Gráfica 27).

Para todas las etapas de la vida la familia cumple un papel muy importante, ahora bien los adultos mayores consideran a la familia como una red de apoyo necesaria, pero durante el proceso de envejecimiento es donde se denota más este apoyo, si al adulto mayor se le está proporcionando bienestar emocional y físico, ahí es donde la familia brinda, ya sea una calidad de vida positiva o negativa, en dado caso de que sea positiva, se cuenta con relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales, pero se vuelve una calidad de vida negativa cuando los adultos mayores son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales⁵⁴ en especial de su familia.

⁵⁴ FIGUEROA, Loredo. SUAREZ, Lira. *Et. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor*. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, ELSEVIER, México, 2016. p.3

La forma en que cada adulto mayor se mueva dentro de su estructura familiar, los roles que se adjudique, los sentidos que otorgue a su existencia serán construcciones subjetivas propias⁵⁵, las cuales van a influenciar para el adulto mayor ya sea hombre o mujer, se visualice en su familia y sepa que función cumple actualmente.

Gráfica 27. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados.



El resultado del análisis muestra que la mediana del nivel de soledad conyugal percibido por los hombres es mayor que el de las mujeres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 3) y la distribución de los valores obtenidos difiere principalmente en el puntaje máximo obtenido por la muestra de género masculino y porque la mayoría de hombres y mujeres se encuentran dentro del puntaje menor de soledad (Gráfica 28).

Contrastando esto con otro estudio el cual arroja que las mujeres casadas y viudas, eran más dependientes⁵⁶, estando sin una pareja eran más vulnerables, se pudo evidenciar que en la Fundación Hogar del anciano desamparado de Girardot,

⁵⁵ FERRARI, Valentina. Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambios. Montevideo, Uruguay, 2015. p.13

⁵⁶ JIMENEZ, Beatriz. BAILLET, Laura et. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2016. p.4

por el contrario los hombres son en su mayoría los que perciben mayor nivel de soledad conyugal.

Gráfica 28. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el género y la soledad conyugal percibida por los adultos mayores institucionalizados.

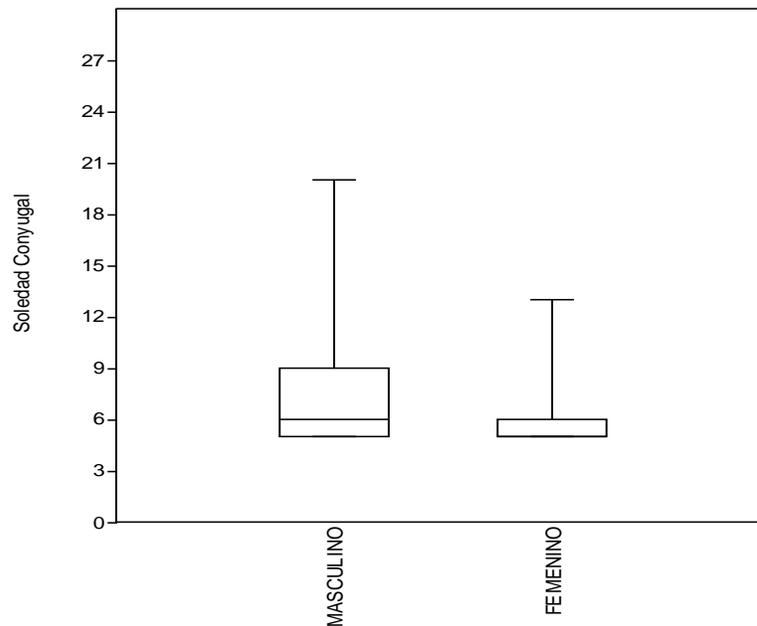


Tabla 4. Comparación de promedio (t-Student) y mediana (Mann Whitney) del nivel de soledad familiar percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.

Dimensión de soledad/Apoyo	Test de Normalidad*	Promedio	Estadístico de prueba	Valor de <i>p</i>
Familiar-apoyo económico	0,11 (NO)	36,47 (NO)	t=0,44	0,65
	0,23 (SI)	35,54 (SI)		
Familiar-apoyo	0,38 (NO)	35,93(NO)	t= -0,19	0,84

emocional	0,14 (SI)	36,33 (SI)		
Familiar-apoyo espiritual	0,10 (NO)	36,08 (NO)	t= -0,08	0,93
	0,23 (SI)	36,28 (SI)		
Familiar-apoyo físico	0,18 (NO)	8,15 (NO)	U=100,5	0,63
	0,04 (SI)	7,35 (SI)		

Fuente: datos de esta investigación

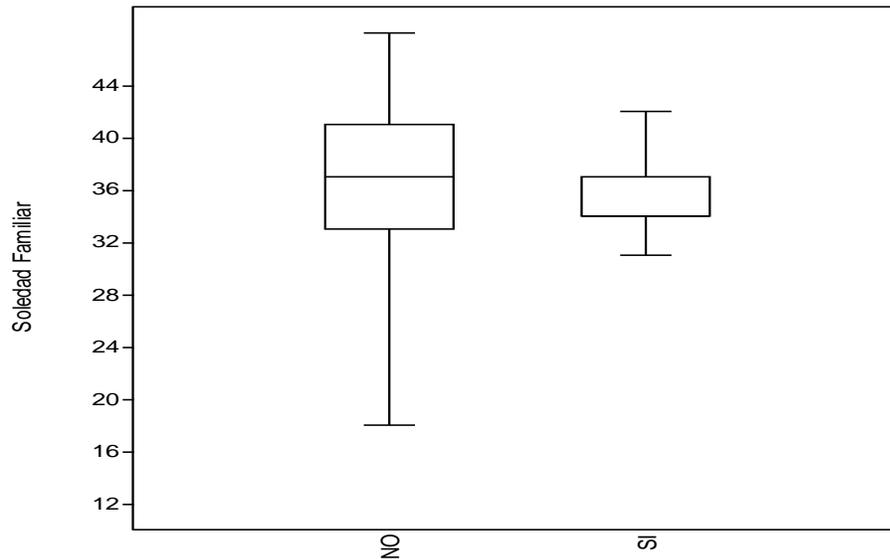
El identifica que el nivel de soledad familiar promedio percibido por los adultos mayores es mayor pero más variable, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 4) y la distribución de los valores obtenidos difieren principalmente en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo económico y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de soledad familiar (Gráfica 29).

Ahora bien, la familia es considerada una de las fuentes de apoyo más importantes de las personas mayores la familia es el primer eslabón que una persona tiene para contar y resolver sus problemas tanto financieros como emocionales y físicos, el adulto mayor institucionalizado, en las familias hay vicisitudes (su constitución, historia de vínculos, conflictos internos, modos de relacionamiento) las cuales conformarán un particular tipo de red, satisfactoria o no, para el adulto mayor en esta etapa vital.⁵⁷ En este caso de la Fundación Hogar del anciano desamparado se evidencia que el adulto mayor no se encuentra conforme con el apoyo económico que recibe por parte de su familia, además de que se conoce que dentro de este proceso de institucionalización surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas⁵⁸

⁵⁷ FERRARI, Valentina. Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambios. Montevideo, Uruguay, 2015. p.10

⁵⁸ ESTRADA, Alejandra. CARDONA, Doris. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia, Universitas Psychologica, 2013 ISSN 1657-9267

Gráfica 29. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo económico y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados.



Se observa que la mediana del nivel de soledad familiar percibido por los adultos mayores es mayor pero más variable, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 4) y la distribución de los valores obtenidos son diferentes en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo físico y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de soledad familiar pero muy variable (Gráfica 30).

La soledad se asocia con el abandono (24%), la cual se encuentra ligada con la pérdida del cónyuge, la salida de los hijos del hogar, el distanciamiento de los amigos y la falta de valoración y preocupación por parte de los familiares e hijos⁵⁹ lo que representa un distanciamiento mayor por parte de la familia hacia el adulto mayor, ya que es institucionalizado, viéndose reflejado en el aumento de la soledad familiar, porque el adulto mayor siente que tiene muy poco soporte físico, es decir, ven la soledad como un fenómeno objetivo, requiriendo que su familia este presente para no sentirse solo.

⁵⁹ OVIEDO, Eliana. CERQUERA, Ara. Concepción de soledad en los adultos mayores de la Ciudad de Bucaramanga. Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, 2011, p.8

Gráfica 30. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y la soledad familiar percibida por los adultos mayores institucionalizados

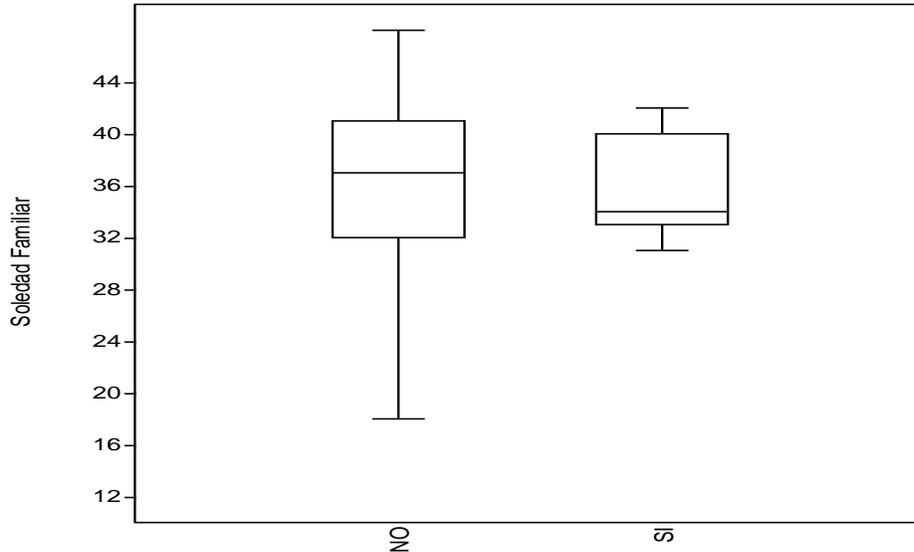


Tabla 5. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad social percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.

Dimensión de soledad/Apoyo	Test de Normalidad*	Promedio	Estadístico de prueba	Valor de p
Social-apoyo económico	0,44 (NO)	14,31 (NO)	t= 1,86	0,07
	0,08 (SI)	12,36 (SI)		
Social-apoyo emocional	0,72 (NO)	13,93 (NO)	t= 0,62	0,53
	0,05 (SI)	13,23 (SI)		
Social-apoyo físico	0,63 (NO)	14,6 (NO)	t= 1,99	0,05
	0,03 (SI)	12,6 (SI)		
Social-apoyo espiritual	0,49 (NO)	12,2 (NO)	U=71	0,65
	0,002 (SI)	3,3 (SI)		

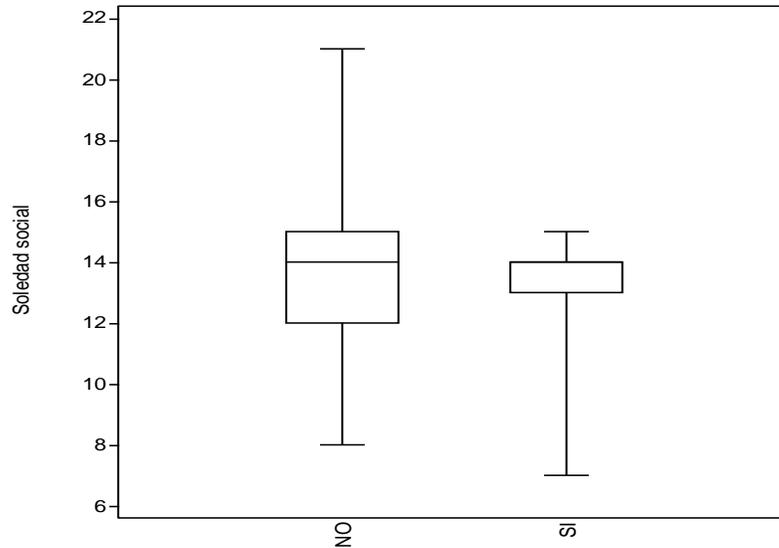
Fuente: datos de esta investigación

El resultado del análisis muestra que la mediana del nivel de soledad social percibido por los adultos mayores es mayor pero más variable, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 5) y la distribución de los valores obtenidos son diferentes en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo espiritual y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de soledad social pero muy variable (Gráfica 31).

Las personas que refirieron que no hay apoyo espiritual se conglomeraron en el puntaje de 12 a 15 de soledad social, entonces la soledad es un hecho real, el hombre piensa, vive física, psicológica y espiritualmente por él y para él⁶⁰, donde lo espiritual va más allá de una religión, va en encontrar paz para el alma, y al parecer al no recibir el apoyo espiritual necesario en esta etapa de ancianidad, entonces va a aumentar la soledad social, por lo cual se hace importante el trabajar y ejecutar cuidados que brinden soporte espiritual, debido a que si el adulto mayor encuentra su tranquilidad espiritual; se va equilibrar socialmente, y su soledad se va a prevenir o a disminuir.

⁶⁰ BAIZA, Juan. “Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono”. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 2015, p. 35.

Gráfica 31. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo espiritual y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados.



El resultado del análisis muestra que el nivel de soledad social promedio percibido por los adultos mayores es mayor pero más variable, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 5) y la distribución de los valores obtenidos son diferentes en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo físico y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de soledad social pero muy variable (Gráfica 32).

Sentir la soledad es una sensación que se relaciona con la tristeza y se describe como un sentimiento interno y doloroso, mientras que estar solo lo denominan como la carencia de compañía, tanto de contactos sociales como de familiares⁶¹, en la Fundación Hogar del anciano desamparado se evidencia de que los adultos mayores encuentran la soledad como falta o carencia de compañía, de alguien que este con ellos, y les brinde su espacio, por ende se hace necesario, contribuir a que el adulto mayor comparta y sea acompañado tanto por sus compañeros, como por su familia con el fin de disminuir el nivel de soledad social.

⁶¹ CARDONA, Jairo, VILLAMIL, María *et.* "El sentimiento de soledad en adultos". Bello, Antioquia, 2013. Artículo original p.2

Gráfica 32. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y la soledad social percibida por los adultos mayores institucionalizados.

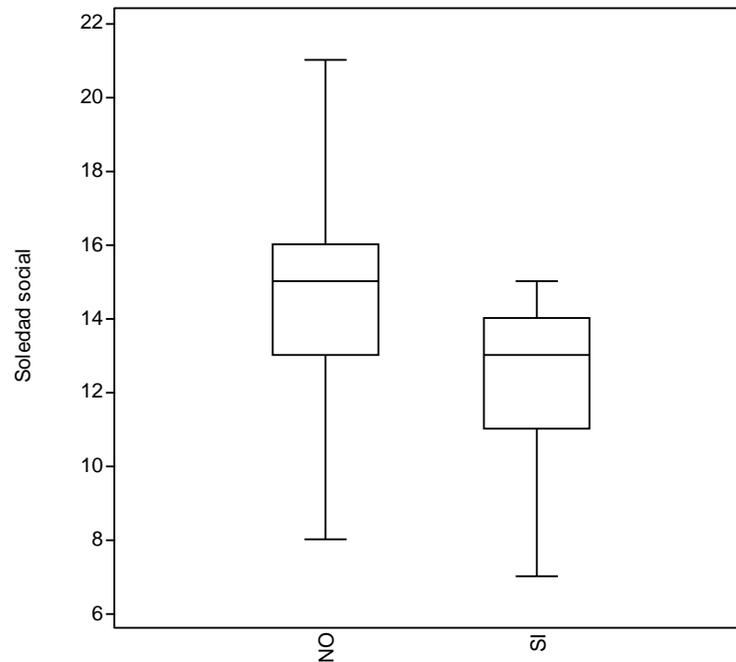


Tabla 6. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de soledad conyugal percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.

Dimensión de soledad/Apoyo	Test de Normalidad*	Mediana	Estadístico de prueba	Valor de p
Conyugal-apoyo emocional	0,0001 (NO)	7,91 (NO)	U=107,5	0,84
	0,0001 (SI)	7,58 (SI)		
Conyugal-apoyo físico	0,0004(NO)	8,58 (NO)	U=87,5	0,2
	1,64 ⁻⁰⁵ (SI)	6,91 (SI)		
Conyugal-apoyo espiritual	2,88 ⁻⁰⁶ (NO)	10,03 (NO)	U=76	0,83
	0,01 (SI)	3,46 (SI)		
Conyugal-	8,91 ⁻⁰⁶ (NO)	10,3 (NO)	U=90	0,51

**apoyo
económico**

0,0003 (SI)

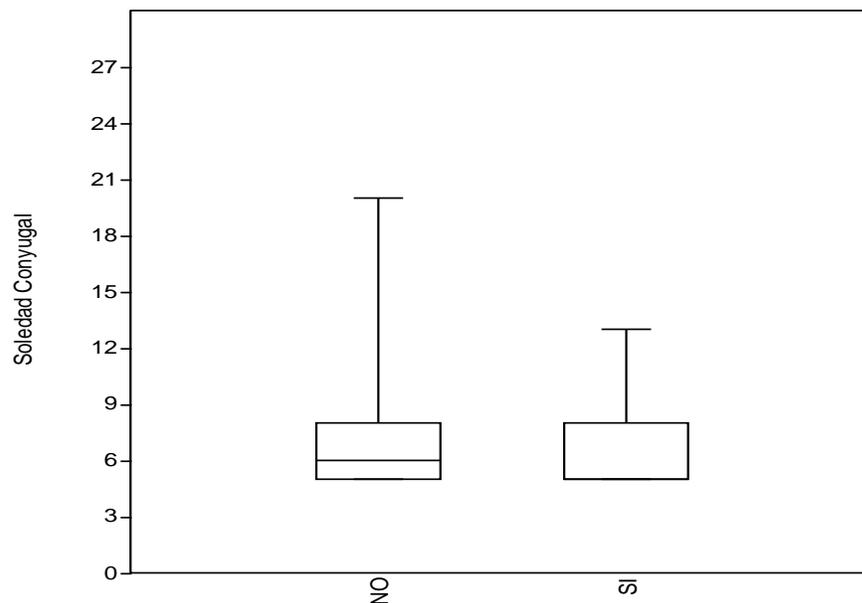
5,2 (SI)

Fuente: datos de esta investigación

El resultado del análisis muestra que la mediana del nivel de soledad conyugal percibido por los adultos mayores es mayor, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 6) y la distribución de los valores obtenidos son diferentes en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo económico y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de soledad conyugal (Gráfica 33).

La soledad conyugal es experimentada en su mayoría por personas separadas, está relacionada con el rompimiento del vínculo y lo que ello genera, es decir, la dificultad para construir una nueva relación de pareja⁶² esto está ligado también a cambiar aspectos relevantes a nivel económico, y la satisfacción de haber logrado una relación armónica con su pareja.

Gráfica 33. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo económico y la soledad conyugal percibida por los adultos mayores institucionalizados.



⁶² CARDONA, Jairo, VILLAMIL, María *et.* "El sentimiento de soledad en adulto". Bello, Antioquia, 2013. p.2

Tabla 7. Comparación de medias (t-Student) y medianas (Mann Whitney) del nivel de crisis existencial percibida por los adultos mayores según si reciben o no apoyo físico, emocional, económico y espiritual.

Dimensión de soledad/Apoyo	Test de Normalidad*	Promedio	Estadístico de prueba	Valor de p
Crisis existencial- apoyo emocional	0,35 (NO)	21,93 (NO)	t= 0,76	0,44
	0,26 (SI)	20,06 (SI)		
Crisis existencial- apoyo físico	0,29 (NO)	23,8 (NO)	t= 2,53	0,01
	0,18 (SI)	18,2 (SI)		
Crisis existencial- apoyo espiritual	0,05 (NO)	21,04 (NO)	t= 0,06	0,94
	0,90 (SI)	28,85 (SI)		
Crisis existencial- apoyo económico	0,05 (NO)	21 (NO)	t= 0	1
	0,69 (SI)	21 (SI)		

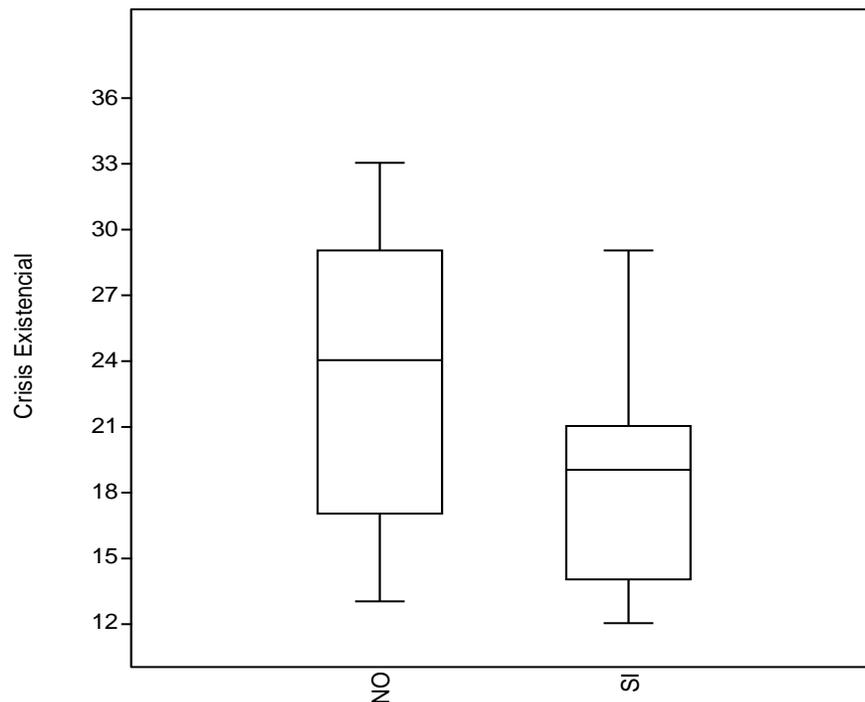
Fuente: datos de esta investigación

El resultado del análisis muestra que el nivel de crisis existencial promedio percibido por los adultos mayores es mayor, siendo esta estadísticamente significativo (Tabla 7) y la distribución de los valores obtenidos son diferentes en el puntaje máximo obtenido por la muestra de adultos mayores que dijeron que no presentaban un apoyo físico y que la mayoría de muestra de adultos mayores se aproxima a presentar un puntaje mayor de crisis existencial (Gráfica 34).

En el adulto mayor se puede evidenciar que una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando

se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto⁶³, el género masculino, por su historia y por su condición individual, ya sea de aporte a la familia, se puede ver afectado cuando pierde este rol, o por el contrario el hombre que nunca cumplió adecuadamente su rol, puede que sienta que la familia que no apoyo en algún momento le está indicando que efectivamente ésta no le brindará el apoyo suficiente porque de parte de él nunca lo recibió, además de que se podría decir que esto demuestra que el adulto mayor percibe mayor crisis existencial al no tener una compañía (apoyo físico).

Gráfica 34. Diagrama de caja y bigotes que muestra la relación entre el apoyo físico y crisis existencial percibida por los adultos mayores institucionalizados.



⁶³ Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile. Citado por: FERRARI, Valentina. Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambios. Montevideo, Uruguay, 2015. p.8

12. CONCLUSIONES

- Se considera que entre las características personales y el nivel de soledad de los adultos mayores institucionalizados, existe una relación inversa, determinada a partir del valor negativo de los estadísticos de prueba, determinados desde el punto de vista de edad y género en perspectiva con soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial.
- Se afirma que dentro del envejecimiento social el adulto mayor institucionalizado experimenta cambios importantes, contribuyentes en un número significativo de individuos que cursan por un estado de jubilación sin remuneración económica, vulnerando en gran medida su bienestar integral.
- Se contempla que en la etapa de vejez más del 50% de los adultos mayores son susceptibles a padecer enfermedades crónicas tales como Diabetes, hipertensión arterial y artrosis, ya que se presentan cambios fisiológicos como consecuencia del desgaste u agotamiento de las células, modificando la capacidad funcional de los órganos o sistemas, generando una mayor susceptibilidad a las enfermedades, y contribuyendo del mismo modo a la presencia de limitaciones físicas con pérdida de la deambulaci3n.
- La falta de compaa dada por el abandono y fallecimiento de hijos, conyugue, amigos y hermanos, genera en el adulto mayor institucionalizado carencia de apoyo familiar y social, observado considerablemente desde el punto de vista de la pirámide de Maslow que percibe la asistencia familiar, física y espiritual.
- La soledad desde el punto de vista de crisis existencial está determinada por la ausencia de asistencia física en el adulto mayor institucionalizado. De allí, que el estado de salud, genera un gran impacto en la percepci3n de soledad. Por lo tanto, es de vital importancia contribuir en el apoyo físico brindado, minimizando la exposici3n a estos factores de riesgo
- Los planes de enfermería elaborados para la instituci3n geriátrica serán utilizados por el personal de salud de la instituci3n, apoyados en la taxonomía NANDA con el fin de favorecer la prevenci3n y manejo de la soledad en el adulto mayor institucionalizado. Esto permite al profesional de enfermería brindar una atenci3n personalizada y de sentido humanizado al adulto mayor institucionalizado, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situaci3n y de transformar su soledad en energía positiva que les permitirá responder a sus necesidades.

13. RECOMENDACIONES

- Considerar la posibilidad de aplicar esta investigación en diferentes instituciones dedicadas a la labor de cuidar al adulto mayor, relacionando nuevos factores que podrían predisponer al adulto mayor institucionalizado a presentar soledad (atención de equipo interdisciplinario, terapia de entretenimiento, infraestructura y/o institución privada), con el fin de comparar resultados, generando conocimiento sobre esta población y brindando una atención oportuna que favorece al cuidado de enfermería integral.
- Se recomienda buscar e implementar alianzas o redes de investigación con otras instituciones académicas proporcionando continuidad a la investigación, con el objeto de enfocar un cuidado desde la perspectiva interdisciplinaria, ofreciendo un cuidado integral en la etapa de la vejez.
- Se sugiere diseñar una ruta de atención, estableciendo la posibilidad de aumentar el sistema de apoyo frente al afrontamiento en situaciones de soledad, la cual permite brindar un cuidado holístico al adulto mayor.
- Se propone vincular facultades y programas de enfermería, con la intención de establecer elementos en la respuesta emocional, social y/o existencial, que favorezcan estratégicamente en los planes de cuidados.
- Se realizará la entrega de un CD con el objetivo de proporcionar una herramienta de aprendizaje, que contribuya en la institución geriátrica y al programa de enfermería a la prevención y manejo de la soledad en el adulto mayor institucionalizado, mediante la ejecución de cuidados de enfermería. Este CD contiene: sensibilización sobre la problema de la soledad, factores de riesgo y manejo mediante la propuesta de cuidados de enfermería.
- Se recomienda que el contenido del CD sea cargado en el aula virtual de la universidad de Cundinamarca siendo asequible a la comunidad, con el fin de contribuir en el proceso de atención en enfermería frente a la interacción interpersonal enfermera – paciente.

BIBLIOGRAFIA

ANZOLA, Elias. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: conceptos para la práctica. Organización Panamericana de la Salud. Washington, abril 1993 Pag.7

ARANGO, Victoria Eugenia. RUIZ, Isabel Cristina. “diagnóstico de los adultos mayores en Colombia”. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha.

BERMEJO, José. “La soledad en los mayores”. Universidad Católica, Revista de estudio médico humanístico

BURBANO, A. “Adulto mayor en la Corporación Jardín de los abuelos para el mejoramiento de la calidad de vida”. Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD. (2014) [en línea] [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015

BURBANO, A. “ADULTO MAYOR EN LA CORPORACIÓN JARDÍN DE LOS ABUELOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”. Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD. (2014)

CARDONA J., JAIRO L. *et la*. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea] 2009, 27 (Mayo-Agosto)

CARDONA J., Jairo L. *et la*. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2009, 27 (Mayo-Agosto) Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. DIAN

ESTRADA. Alejandro. CARDONA. Doris. SEGURA. Ángela. ORDOÑEZ. Jaime.

OSORIO. Jorge. CHAVARRIAGA. Lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica. Colombia. 2012. vol12.pág.12.

GONZALEZ, Lina maría. “Misión Colombia envejece”. [En línea]. Colombia: Fundación Saldarriaga Concha, Revista El Tiempo, Casa Editorial.

HERNANDEZ, María. "El Adulto Mayor ante la Muerte: Análisis del Discurso en el Estado de México". Revista de psicología GEPU ISSN-2145-6569. Vol. 2 N° 1 2011 Pag.67.

JACOME, G. Regimen financiero de Seguro social, Copyright © 2007-2014 iSpring Solutions, Inc

MERCHÁN, Esteban y CIFUENTES, Raúl. "Teorías psicosociales del Envejecimiento". Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Pag.2.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016.

Organización Panamericana de la Salud. Washington, abril 1993 Pag.7

PACHECO, Manuel. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de cariamanga. Universidad nacional de Loja. Área de la salud humana. Carrera de medicina humana. Ecuador, 2015. pag.4

PERLMAN D. and PEPLAU A., "Toward a Social Psychology of Loneliness". London: Academic Press, 1981

RUBIO HERRERA, Ramona (2004). "La soledad en las personas mayores españolas". Madrid, Portal Mayores. [Fecha de publicación: 30/06/2009]. [En línea]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf> >

RUBIO. Ramona. CERQUERA.Ara. PINZON.Erika. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. Universidad Pontificia Bolivaria.España.Colombia.2011.pag 5.

TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile, MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA, Editorial ELSEVIER MOSBY, Sexta edición, Pag. 54

TRIBUNAL NACIONAL ETICO DE ENFERMERIA, 2004

VIDAL, M. Á., & Clemente, M." Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano".

WEISS (1973) : The experience of emotional and social isolation. Cambridge. MIT Press. Citado por: RUBIO HERRERA, R. "La soledad en las personas mayores españolas". Madrid, Portal Mayores (30/06/2004). Univ. de Granada, España.

WEISS en 1978, Citado por: Perlman D. and Peplau A., "Toward a Social Psychology of Loneliness". [En línea] London: Academic Press, 1981 (Citado el 2-04-2016) Disponible en http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2081.pdf

YARNOZ. Sagrario. Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. España. 2008. vol8. pag2.

YESSY. Ballon. YANET. Escalante. MARIA. Huerta. relacion enfermera-paciente según la teoria de hildegard peplau en el servicio de centro quirurgico de un hospital nacional. Universidad peruana Cayetano Heredia. facultad de enfermería. Lima. Peru. 2016. pag15.

ANEXOS

Anexo 1. Short portable mental status questionnaire o spmsq de pfeiffer (1975)

Preguntas	Puntos
✓ ¿Qué día es hoy (mes/día/año)?	
✓ ¿Qué día de la semana es hoy?	
✓ ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?	
✓ ¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección (si no tiene teléfono)?	
✓ ¿Cuántos años tiene?	
✓ ¿En qué día, mes y año nació?	
✓ ¿Cómo se llama el presidente de Colombia?	
✓ ¿Quién gobernaba antes del presidente actual?	
✓ ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	
✓ ¿si a 20 le restamos 3 quedan? Y si le restamos 3?	
Total aciertos	
Total de errores	

Anexo 2. Consentimiento informado

La Universidad de Cundinamarca, llevará a cabo una investigación para determinar cuál es la relación entre las características personales y el nivel de soledad social y emocional en los adultos mayores institucionalizados en el Hogar del Adulto Desamparado del Barrio San Antonio de la ciudad de Girardot - Cundinamarca, con el fin de identificar la prevalencia de la soledad y que factores podrían estar ocasionando dicha soledad.

Por este motivo se necesita toda su colaboración y sinceridad para contestar la encuesta que realizaremos, si es posible el individuo se podrá retirar en el momento que desea.

Por lo tanto yo _____ con cédula de ciudadanía número _____ de _____ acepto participar voluntariamente en este estudio y cooperaré respondiendo las preguntas de la encuesta que se aplicara. Así mismo declaro que he tenido oportunidad a preguntar y que las inquietudes que he tenido me han sido resueltas.

Firma: _____ CC N° _____

Testigos

Nombre: _____ Nombre: _____

CC No. _____ CC No. _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Investigadores:

Laura Alejandra Bonilla Barrios

Rudy Paola Sandoval Pimiento

Jonathan Camilo Mur Leyton

Anexo 3. Caracterización personal y nivel de soledad del adulto mayor institucionalizado

Institución en el que se diligencia este instrumento:

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

1- CARACTERISTICAS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Edad en años: _____

Género: Masculino ó Femenino

Jubilado económicamente: Si ó No

Perdida de seres queridos:

Si ¿Quién?: Amigos ó No

Hijos

Hermanos

Conyugue

Otro: _____

Se siente aislado: Si ó No

¿Ha presentado falta de motivación en actividades sociales?

Si ó No

¿Presenta alguna enfermedad crónica?

Diabetes

Hipertensión arterial

Otra: _____

¿Presenta algún tipo de limitación física? Si ó No ¿Cuál? _____

Anexo 4. Apoyo Familiar y social

2- APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

Tipo de asistencia		Frecuencia		Duración		Satisfacción	
Asistencia económica	Si <input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>			Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>
		Quincenal	<input type="checkbox"/>			Satisfecho	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>			Poco satisfecho	<input type="checkbox"/>
		Anual	<input type="checkbox"/>			Nada satisfecho	<input type="checkbox"/>
Asistencia espiritual	Si <input type="checkbox"/>	Diario	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>
		Semanal	<input type="checkbox"/>	De 1-2 horas	<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	De 2-3 horas	<input type="checkbox"/>	Poco satisfecho	<input type="checkbox"/>
		Anual	<input type="checkbox"/>	De 3-4 horas	<input type="checkbox"/>	Nada satisfecho	<input type="checkbox"/>
Asistencia física		Diario	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>

Si Semanal De 1-2 horas Satisfecho
 No Mensual De 2-3 horas Poco satisfecho
 Anual De 3-4 horas Nada satisfecho
 Diario Menos de 1 hora Muy satisfecho
 Asistencia emocional Semanal De 1-2 horas Satisfecho
 Si Mensual De 2-3 horas Poco satisfecho
 No Anual De 3-4 horas Nada satisfecho

Anexo 5. Escala de soledad en la tercera edad (ESTE-R)

ITEMS	Afirmación	1	2	3	4	5
1)	Me siento solo					
2)	¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3)	¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					
4)	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					

5)	Estoy enamorado de alguien que me ama						
6)	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales						
7)	Contribuyo a que mi pareja sea feliz						
8)	Nadie de mi familia se preocupa de mi						
9)	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera						
10)	Realmente me preocupo por mi familia						
11)	Siento que pertenezco a mi familia						
12)	Me siento cercano a mi familia						
13)	Lo que es importante para mi no parece importante para la gente que conozco						
14)	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos						
15)	Mis amigos entienden mis intenciones y 15opiniones						
16)	Me encuentro a gusto con la gente						
17)	Me siento aislado						
18)	¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?						
19)	Me gusta la gente con la que salgo						
20)	Me siento satisfecho con los amigos que tengo						
21)	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones						
22)	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie						
23)	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas						
24)	No me siento importante para nadie						
25)	Siento que no soy interesante						
26)	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mi						
27)	Me molesta ahora las cosas pequeñas que antes						
28)	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil						
29)	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida						
30)	Tengo miedo de muchas cosas						

Anexo 6. Propuesta de cuidados de enfermería para la prevención y manejo de la soledad en el adulto mayor institucionalizado

OBJETIVO: Acompañamiento de enfermería frente al cuidado como equipo de salud para preservar la autonomía y tener en cuenta la promoción de la intervención fortaleciendo la relación enfermera – adulto mayor institucionalizado. Con el propósito que la enfermera reconozca en ellos sus sentimientos en el momento adecuado y de forma individual para mejorar y mantener la función, el bienestar y la calidad de vida.

DEFINICIÓN: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros DOMINIO: 12 Confort CLASE: 3 Confort social NECESIDAD: 10 Comunicación	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (Etiqueta Diagnostica/RC y/o EP)	(00053) Aislamiento social R/C Actitud de tristeza, Antecedentes de rechazo, Ausencia de un sistema de apoyo, condiciones de discapacidad, deseo de estar solo, E/P visualización por parte de profesional de enfermería y verbalización del adulto mayor.

- Incentivar al adulto mayor a desarrollar relaciones interpersonales mediante la participación de juegos específicamente juegos de mesa, esto permite desarrollar su capacidad cognitiva y fomentar lazos de amistad y compañerismo entre adultos mayores.
- Realizar actividades de autoestima y superación personal (lectura de poemas, frases, parábolas bíblicas) que motiven al adulto mayor a superar / afrontar de manera positiva problemáticas personales o sociales que estén aislándolo de la sociedad.
- Fomentar salidas e integración social periódicamente en la ciudad de Girardot permitiendo así la interacción de los adultos mayores con personas que se encuentren fuera de la institución, potenciando la socialización.
- Apoyo espiritual que proporciona un sentimiento de confort, tranquilidad y ayuda para superar sus problemas. puede fomentar realizando meditación u

oración según la religión perteneciente desde la perspectiva de la relación del ser humano con un ser supremo.

- Fomentar en el adulto mayor la participación de talleres en manualidades permitiendo el desarrollo de su capacidad cognitiva y sobre todo fortalecer lazos de amistad entre los compañeros de la institución geriátrica.
- Definir estrategias de integración familia y/o cuidadores resaltando la importancia del apoyo emocional y físico, entendiéndose éste como: el contacto directo abrazos y caricias, la capacidad de brindar un beneficio que favorezca afrontar las dificultades al escuchar y sentir un apoyo, esto por medio de una conversación, llamada o carta.
- Facilitar las vistas y encuentros dentro de la institución de manera frecuente de la familia y/o grupos sociales interesados en compartir actividades y momentos agradables, esto fortalece el apoyo emocional, social y existencial.

<ul style="list-style-type: none"> • DEFINICIÓN: Cantidad insuficiente o excesiva o calidad ineficaz de intercambio social • DOMINIO: 7 Rol/Relaciones • CLASE: 3 Desempeño del rol • NECESIDAD: 10 Comunicación 	
<ul style="list-style-type: none"> • DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA • (Etiqueta Diagnostica/RC • y/o EP) • 	<ul style="list-style-type: none"> • (00052) deterioro de la interacción social R/C Interacción disfuncional con los demás E/P poca participación en actividades lúdicas.

- Establecer estrategias didácticas que permitan a los adultos mayores institucionalizados con limitaciones físicas, participar y compartir con los demás adultos mayores. Estas actividades deben ser de acuerdo a la limitación física que tenga el adulto mayor: ej limitación física: juegos de mesas, limitación auditiva: juegos visuales, invidentes: juegos con relieve. Esto permite en los adultos mayores desarrollar sus otros sentidos y así se fomenta la integración de estos adultos mayores.
- Apoyar al adulto mayor a que exprese cuáles son sus actividades favoritas o que le gustaba hacer, con el fin de proporcionar una motivación para que el adulto mayor pueda ser partícipe de las actividades ya que son de su mayor interés y así le gustara realizar actividades deportivas y/o culturales, dependiendo del gusto de los adultos mayores, con el fin de que interactúen y participen de manera voluntaria en esta actividad.

- Motivar e incentivar a los adultos mayores del piso de (pensionados) a ser partícipes de las actividades ya sea juegos de mesa (parques, domino, bingo, lotería) entre compañeros del mismo piso o interactuar con algún compañero del primer piso.
- Desarrollar una adecuada comunicación – relación Enfermera – adulto mayor institucionalizado para que este manifieste verbalmente los sentimientos asociados a la interrelación con sus familiares y compañeros, a que comparta percepciones y conocimientos que ayuden a identificar el porqué del aislamiento / soledad.
- Ayudar al adulto mayor a que aumente la consciencia de sus virtudes y alejar sus limitaciones en la comunicación con los demás mediante frases o poemas de auto estima, esto permite que el adulto mayor se libere de su actitud negativa y pueda generar estrategias que le permitan superar sus limitaciones y poder tener una comunicación asertiva con sus compañeros, fortaleciendo autoestima y autonomía.
- Utilización de estrategias como lo son dibujos grandes donde el paciente pueda identificar las diferencias de los colores formas entre un dibujo y otro esto permite que los adultos mayores que tienen dificultad en la visión puedan ser partícipes de las actividades.
- Desarrollar terapia de entretenimiento mediante la utilización de la didáctica (la tienda de san Antonio) los adultos mayores podrán participar comprando productos de la canasta campesina que se encuentran en esta tienda manejando el cálculo matemático para hacer el canje de los productos. Esta didáctica tiene como fin que los adultos mayores recuerden esos momentos y sobre todo que compartan con sus compañeros interactuando en las compras de los productos.