



**Sentimiento de soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico
“Amando la vida” en Bello, Antioquia, en el 2020-1**

Karen Johana Arango Carvajal

ID: 474237

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Psicología

Bello, Colombia

2020-1

Sentimiento de soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico

“Amando la vida” en Bello, Antioquia, en el 2020-1

Karen Johana Arango Carvajal

ID: 474237

Trabajo de grado para optar al título profesional de Psicóloga

Asesora:

Clara Stella García Quintero

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Psicología

Bello, Colombia

2020-1

Dedicatoria

En honor a los adultos mayores que han perdido la batalla contra el Covid 19, y demás enfermedades, tanto físicas como mentales.

A mis abuelos, donde quiera que estén.

Agradecimientos

A mi madre Janeth, a mi padre José. A mi amor eterno, Cristian. Cada palabra y acto de amor fue determinante para llevar a cabo este proceso. Este triunfo es gracias a ustedes.

A mi asesora, por guiarme y apoyarme en la realización de este trabajo investigativo.

A la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello.

A los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida”, por confiar en mí al permitirme conocer su sentir. Gracias por las historias, que aunque muchas de estas eran dolorosas, siempre fueron contadas con amor.

Índice temático

Resumen.....	8
Abstract	9
Lista de figuras	10
Introducción	11
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos	30
Justificación.....	31
Marco teórico	34
Envejecimiento.....	34
Teorías para comprender el envejecimiento.....	36
Desde lo biológico	36
Desde lo psicosocial.....	38
Adulto mayor.....	41
Adulto mayor no institucionalizado.....	42
Sentimiento.....	44

	6
Soledad	44
Tipos de soledad	45
Soledad familiar	45
Soledad conyugal	46
Soledad social	47
Crisis existencial	48
¿Cómo experimentan la soledad los adultos mayores?.....	48
Metodología	51
Diseño de investigación.....	51
Enfoque: Cuantitativo.....	51
Alcance: Exploratorio.....	52
Variables.....	53
Población	53
Muestreo	53
Criterios de inclusión.....	54
Criterios de exclusión.....	54
Recolección de la información	54

	7
Instrumentos para la recolección de la información	54
Instrumentos para el análisis de la información.....	56
Procedimiento	57
Plan de análisis de la información	58
Consideraciones éticas	60
Resultados	64
Caracterización de la población.....	64
Análisis de resultados y discusión.....	69
Conclusiones	85
Limitaciones.....	87
Referencias.....	88
Anexos.....	110
Anexo 1. Consentimiento informado	110
Anexo 2. Escala ESTE-R, ajustada por la estudiante.....	113
Anexo 3. Cronograma de actividades.....	115
Anexo 4. Instrumento Escala ESTE-R, elaborado por la Dra. Ramona Rubio Herrera.....	116

Resumen

El objetivo principal de la investigación es determinar los tipos de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia, en el 2020-1, de acuerdo con diferentes características sociodemográficas. Para lograr el objetivo propuesto, se lleva a cabo una investigación de enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio en la que la información es recolectada a través de la Escala ESTE-R y de una encuesta sociodemográfica. La muestra está conformada por 26 adultos mayores que asisten a los grupos de ejercicio físico “Amando la vida” del municipio de Bello.

Se halló que los participantes tienen un promedio de soledad medio. Además, se concluye que el tipo de soledad que más predomina con un nivel más alto a comparación de los demás factores, es la soledad social (Promedio 20,6 - Soledad media).

Palabras claves: Adulto mayor, soledad, tipo de soledad, características sociodemográficas, grupo de ejercicio físico.

Abstract

The principal objective of this investigation is to determine the different type of solitude the feel 26 elderly people part of the pshysical exercise group called "Amando la vida" wich take place in Bello, Antioquia, in 2020-1, according to a variety of sociodemografic characteristics. To achieve the proposed goal a quantitative approach research is carried out with a exploratory scope in which the information is collected by the ESTE-R scale and from a sociodemografic survey. The sample are 26 elderly people that assist the pshysical exercise grupos called "Amando la vida" of the Bello area.

It was found that the participants feels and average solitude emotion. In addiction to this, it concludes that the type of solitude that predominates with a higher level in comparison to the other factors is social solitude (Average 20,6 – medium solitude).

Key words: Elderly, loneliness, types of loneliness, sociodemographic characteristics, pshysical exercise group.

Lista de figuras

ILUSTRACIÓN 1 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO COLOMBIANO 2018.....	14
TABLA 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	65
GRÁFICA 1 . SOLEDAD FAMILIAR	63
GRÁFICA 2 . SOLEDAD CONYUGAL.....	64
GRÁFICA 3 . SOLEDAD SOCIAL	64
GRÁFICA 4 . CRISIS EXISTENCIAL.....	65
GRÁFICA 5 . SOLEDAD SEGÚN GÉNERO	66
GRÁFICA 6 . SOLEDAD SEGÚN RANGO DE EDAD	69
GRÁFICA 7 . SOLEDAD SEGÚN ESTADO CIVIL.....	70
GRÁFICA 8 . SOLEDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO.....	73
GRÁFICA 9 . SOLEDAD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.....	75
GRÁFICA 10 . SOLEDAD SEGÚN CON QUIÉN VIVE.....	77
GRÁFICA 11 . SOLEDAD SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS CON QUIENES CONVIVEN.....	78
GRÁFICA 12 . SOLEDAD SEGÚN DEPENDENCIA ECONÓMICA	80

Introducción

Con el aumento de la expectativa de vida, los adultos mayores ocupan un amplio porcentaje de la población tanto a nivel mundial como nacional. Dentro de las cifras reveladas por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), en el último censo realizado en el año 2018, se encontró que en las últimas tres décadas, el porcentaje de la población mayor de 60 años en Colombia pasó del 6,31% al 13,4%. Por consiguiente, Juan Daniel Oviedo (2018), director del DANE, declaró que “hoy, el país tiene una media de 40,4 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15. En el año 2005, eran 28,7” (párr. 3).

El envejecimiento “es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, párr. 3). En la antigüedad, los hoy llamados “adultos mayores”, eran considerados como personas sabias, a quienes se les tenía un profundo respeto y admiración; y a quienes recurrían para pedir consejos y tomar las decisiones más trascendentales en su comunidad (Loaiza & Valencia, 2014). Con el paso del tiempo, cada cultura fue transformándose y adaptándose a las necesidades del medio, lo cual trajo consigo nuevas normas, tradiciones y percepciones. Uno de los cambios, fue hacia el concepto de envejecimiento, pues hoy en día se ha degradado, ya que se piensa que los adultos mayores son decrepitos, solitarios, inútiles, improductivos e incapaces de aprender y adaptarse (Sánchez, 2004).

Por lo tanto, en el presente trabajo en un principio se contextualiza sobre la transición demográfica, la perspectiva familiar y social en la vejez, y la soledad en el adulto mayor, dando pie a abordar las investigaciones halladas y categorizadas a nivel internacional, nacional y local. Luego se plantea la justificación, mostrando la importancia y pertinencia de la investigación para los adultos mayores, la psicología y la comunidad académica. Dentro del marco teórico se categoriza la terminología así: envejecimiento (qué es y algunas teorías desde lo biológico y psicosocial para comprender el envejecimiento), adulto mayor (adulto mayor no institucionalizado), características del adulto mayor no institucionalizado, soledad, tipos de soledad según la escala ESTE-R, cómo experimentan la soledad los adultos mayores y consecuencias de la soledad en los adultos mayores.

Con base a esto, la metodología toma un enfoque cuantitativo y un alcance exploratorio, se determina la muestra, las variables, los criterios de inclusión y de exclusión, y los instrumentos para la recolección de la información y para el análisis de la información. Así mismo, se toman algunos apartados de la Ley 1090 de 2006 para las consideraciones éticas. En un segundo momento, se recolecta la información a través de la aplicación de la escala ESTE-R y la encuesta sociodemográfica, se categorizan los datos recolectados para elaborar el reporte de los resultados con su respectivo análisis, finalmente se realiza la discusión con base en la teoría, las limitaciones del estudio y las conclusiones.

Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo ha habido una transición demográfica, que “se produce cuando la natalidad y la mortalidad, o por lo menos uno de estos dos fenómenos, han dejado sus altos niveles para dirigirse hacia porcentajes más bajos” (Pizarro, 2010, p. 130). Esto quiere decir que, anteriormente las tasas de natalidad y de mortalidad eran altas, pero hoy, por el contrario, es evidente lo bajo de dichas tasas. Para entender un poco más, es necesario remitirse a la historia.

Hacia mediados del siglo XVII, una pareja tenía seis hijos, pero cuatro fallecían prematuramente. Esto se produjo debido a un declive poblacional, donde los factores principales estuvieron relacionados con las epidemias, las hambrunas y las guerras de la época (Pérez, 2010). Después de la Revolución Industrial y de la Segunda Guerra Mundial, hubo una mejora de las condiciones de vida que acompañaron dichos eventos; invención de vacunas, mejores situaciones sanitarias, mejor alimentación, aumentos de sueldos, acceso a nuevos recursos, etc, trajeron consigo un cambio significativo en relación a la esperanza de vida (Flórez, 1995). Sin embargo, surgió un nuevo problema, la transición demográfica significó un impacto en la pirámide poblacional, causando que ésta se invirtiera y que comenzara a crecer más el número de ancianos que el de jóvenes (Vilches, Pérez, Toscano & Macías, 2014).

En la actualidad, la natalidad se acerca a una media de dos hijos por pareja (cuando antes había hasta siete hijos por familia), pero la mortalidad en infantes se ha reducido tanto, que lo normal es que ya ambos sobrevivan (Sánchez, 2014). Es decir, se tiene una esperanza de vida diferente, lo que implica que, así hayan menos nacimientos, hay una tendencia explícita en

relación a la longevidad. Esto se evidencia por primera vez en la historia, ya que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años (OMS, 2018). Sin embargo, mientras el porcentaje de adultos mayores crece, por otro lado, la población de niños y jóvenes disminuye, y es así como cada país debe adoptar nuevas estrategias para enfrentar diferentes retos, que traen con sí la realidad de un cambio demográfico, sanitario, ambiental, social, político y económico (Gómez, 2013).

Este fenómeno conlleva a una transformación en la estructura por edades de la población, ya que hay un incremento significativo en el número total de personas de más de 60 años. En América Latina, se proyecta que 1 de cada 5 habitantes será una persona mayor de 60 años en el 2050 y que para el 2047 superará a la población de menores de 15 años (CEPAL, 2019). A nivel de Colombia, según datos registrados por el DANE (2005), en el censo aplicado en el año 2005, la población mayor de 60 años era del 6,31 %, pero, para el último censo realizado en el año 2018, afirma el DANE (2018) que la cifra aumentó a 13,4%. Por otro lado, Antioquia es el séptimo departamento del país con mayor índice de envejecimiento, con 49,44% personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años (Oviedo, 2018). Y Actualmente, el Municipio de Bello tiene en total 55.162 adultos mayores, lo cual representa el 11.6% de la población bellanita. (Alcaldía de Bello, 2019).

Esto se puede evidenciar en la siguiente tabla poblacional, donde se grafica el índice de envejecimiento total en el país, según los resultados del censo del año 2018.

Ilustración 1 Índice de envejecimiento colombiano 2018

	Septiembre 24, 2018 resultados	Octubre 6, 2018 resultados	Octubre 17, 2018 resultados	Noviembre 6, 2018 resultados	Julio 04, 2019 Resultados
Hombre	48,6%	48,6%	48,6%	48,6%	48,8%
Mujer	51,4%	51,4%	51,4%	51,4%	51,2%
Mayores de 65	9,2%	9,2%	9,2%	9,2%	9,1%
Mayores de 60	13,4%	13,4%	13,4%	13,4%	13,3%
Menores de 15	22,5%	22,5%	22,5%	22,3%	22,6%
Índice de Envejecimiento (65años)	40,0%	41,0%	41,0%	40,6%	40,4%
Índice de Envejecimiento (60años)	59,0%	59,0%	59,0%	59,4%	58,6%

Fuente: (DANE, Resultados Colombia Total Nacional, 2018).

En resumidas cuentas, existen factores que influyen en el cambio demográfico que está viviendo la población a nivel mundial, como: los avances tecnológicos y médicos, el mantenimiento de hábitos saludables, vivir en entornos idóneos, la implementación de políticas públicas y de desarrollo, la supervivencia generacional, el descenso de la mortalidad y de la natalidad, la migración, etc (Bush, 2005), los cuales, a su vez, contribuyen en el crecimiento del grupo poblacional de adultos mayores, entendiendo este último, según la Ley 1315 de 2009, como “aquellas personas que cuentan con sesenta (60) años de edad o más” , (Congreso de la República, 2009, párr. 1). Esto quiere decir que, “el envejecimiento de la población es una de las consecuencias que trae consigo la transición demográfica en las sociedades actuales” (Ortega & Villamarín, 2010, p. 122).

El envejecimiento es una de las fases del ciclo vital (así como la infancia, la adolescencia o la adultez), que posee sus propias características, las cuales se van presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos (genéticos y hereditarios) y extrínsecos (ambientales) (Marín, 2003). Dicho proceso implica enfrentarse a cambios significativos como: las limitaciones funcionales, la pérdida de la autonomía, la presencia de trastornos que alteran el estado de ánimo, la desvinculación familiar, laboral y social, entre otros (Salech, Jara & Michea, 2012). Sin embargo, cabe mencionar que, la vejez se posiciona en cada cultura de manera diferente, es decir, para cada una de ellas existe un concepto y una percepción variada.

Además del cambio biológico, en el envejecimiento también es importante el entorno en donde se desenvuelve el individuo, ya que la familia, las personas con las que se convive, e incluso el estado de la vivienda en donde se habita influye en la calidad de vida y ésta puede verse seriamente afectada debido a los cambios que se presentan en esta etapa, como lo son las pérdidas: perder las capacidades, la independencia, la movilidad, etc (Carbajo, 2008). Cuando un adulto mayor pierde su autonomía (sea por las limitaciones físicas, mentales y/o económicas), la familia pasa a ser su único soporte; a pesar de esto, en muchos casos, para el anciano su hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono, maltrato y soledad (Castellanos, Ovalle & Quintero, 2018).

Actualmente existen diferentes tipologías de familia referentes al adulto mayor: Las familias integradas en donde el adulto mayor ocupa un estatus importante, pues es tomado como un ejemplo a seguir, es respetado y consultado para tomar decisiones importantes, las familias abandonantes que buscan la institucionalización del anciano y las familias descompuestas en donde se gestan una serie de carencias afectivas, comunicacionales y de roles (Echeverry, 1994). Estas respuestas familiares dependen de muchas variables que “condicionan la estructura familiar, tales como el choque generacional, la amenaza de dependencia y los conflictos no resueltos; asuntos que de un modo u otro imprimen conductas que influyen en el afecto, las normas y la convivencia en sí” (Cardona et al, 2009, p. 154).

Dichas variables familiares nos llevan a pensar en el maltrato psicológico-afectivo y en las cifras de violencia intrafamiliar que sufren los ancianos por parte de sus familias, ya que para ellos son considerados como una carga (Guzmán, 2010). En consiguiente, el Instituto de Medicina Legal (2019) informa que:

A nivel nacional, en tan solo los cinco primeros meses del 2018, se reportaron 893 casos de violencia contra el adulto mayor, de estos 893 casos de agresión, los principales responsables fueron los hijos (387), nietos (108), hermanos (100) y otros familiares (298); de igual manera se registraron 202 casos de homicidio y 155 de suicidio de personas mayores de 60 años (p.12) (...) En el Municipio de Bello para el año 2018 se presentaron 19 casos de violencia intrafamiliar contra adultos mayores (p. 49).

La violencia intrafamiliar se considera como “toda acción u omisión cometida en el seno de la familia, por uno o varios de sus miembros, que ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y dañe su personalidad o estabilidad familiar” (Rodríguez et al, 2018, p. 4). La evidencia sobre el maltrato a los adultos mayores en el seno intrafamiliar (por parte de familiares cercanos o del personal contratado para su cuidado) resulta irrefutable y se evidencia a partir de actos contra su integridad física, psicológica, descuido de su nutrición así como de su atención médica (Macía, Martínez & León, 2013).

Por otro lado, desde la perspectiva social, Durán et al (2008) explican que:

La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social manteniendo solamente los contactos emocionalmente significativos y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de las interacciones. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros (p. 264).

Para el adulto mayor, esto acarrea una profunda angustia y una descomunicación, porque “se es un ser humano abandonado y sin comunicación auténtica con los demás. En esta etapa de la vida, las relaciones son caracterizadas por la distancia, la indiferencia y la superficialidad” (González, 1997, p.150); además, se resalta un fin de los apoyos tradicionales y

una ruptura de creencias, que lleva a un precipicio de ansiedad y soledad (Díaz et al, 2014). La integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, puesto que brindan un sustento emocional que permite sobrellevar de mejor manera las crisis que se puedan presentar en esta edad (Zapata, 2001). Así pues, se van desarrollando nuevos hábitos y costumbres que llevan a que el adulto mayor viva un mundo diferente, mientras se ancla a su historia y a su esencia, desvinculándose del mundo, por lo tanto el adulto mayor opta por aislarse y reducir sus relaciones sociales-afectivas como una manera de desprenderse de sí mismo (Cardona et al, 2006).

Otro aspecto a considerar es la atención integral que el Estado le brinda a esta población, que a pesar de ser un “derecho fundamental y básico de ciudadanía que el Estado debe asumir y garantizar para maximizar el bienestar individual y social” (Lupica, 2014, p. 56) se presentan factores como: Ser aislado del mundo laboral y productivo, aspecto que es atribuido a los sistemas de seguridad social y a la desigualdad social (Kisnerman, 1968), trayendo varias secuelas: el anciano pierde el contacto con sus compañeros, ve disminuidos o nulos sus ingresos económicos, se enfrenta a la tarea de reorganizar su tiempo (pues de repente cuenta con más tiempo libre) y disminuyen las capacidades mentales y psicológicas (Vidal & Clemente, 1999); no poder acceder al sistema de salud (el cual es precario en nuestro país) y tener una participación limitada en los espacios de participación social y cultural (Paz, 2010). Este abandono social conlleva a que en el adulto mayor se manifieste la depresión, el rechazo y la soledad (Guzmán, 2010). En este sentido, la Universidad de La Sabana (2017), refiere que:

Los adultos mayores son víctimas de violencia, maltrato, abuso, además, con un acceso al sistema de salud muy deficiente. Adicionalmente, a este panorama, se suma un componente social: la exclusión de la población mayor en el quehacer del país. Por ello, muchos suelen caer

en depresión y soledad, pues se sienten excluidos, inútiles, inservibles y como una carga para sus familias y para la sociedad, en general (párr.4).

Frente a esta situación, los adultos mayores ven la necesidad de replantear su estilo de vivir y se dan unos periodos de crisis de adaptación en donde se es más vulnerable y hay una delimitación de los medios más adecuados para una buena calidad de vida (Ramírez & Arce, 2000). Además, se experimenta una pérdida de rol e identidad, junto con una inestabilidad emocional y una agobiante soledad (Clemente, Vidal & Reguera, 1997).

No obstante, en 1974 el tema de la soledad en los adultos mayores fue por primera vez estudiado por los psicólogos y psiquiatras Woodard, Gingles y Woodward, quienes lo consideraron como uno de los problemas más importantes a estudiar y la catalogaron como la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez (Rubio, 2007). En este sentido, Gajardo (2015) explica que:

La soledad en la vejez responde a una condición de estado emocional que se produce cuando una persona se siente distanciada de, o incomprendido o rechazado por otros, y/o carece de los recursos sociales adecuados para llevar a cabo las actividades que desee, particularmente las actividades que proporcionan un sentido de integración social y las oportunidades para la intimidad emocional con otras personas (p.202).

Sin embargo, existen diversos autores que intentan precisar el término, y que tienen en común el definirlo como un concepto multidimensional, es decir, que abarca el ámbito personal, familiar y social, explicitando lo amargo que es dicho sentir, que a su vez, se relaciona con experiencias frustrantes y con un vacío profundo y desgarrador (Cardona & Villamil, 2006). Dentro de los

factores causales de la soledad, Laforest (1991) plantea que existen tres crisis asociadas al envejecimiento, que dan pie a abordar más adelante los tipos de soledad:

La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima (...) La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (...) La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social (pp. 79-173).

Dichas crisis y dicho sentimiento de soledad causan daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y físicos que por la avanzada edad del adulto mayor, son daños irreparables (Roldán, 2008). Pese a todo esto, las personas intervinientes en la soledad en la vejez suelen ignorar tanto las cifras relacionadas al maltrato en esta etapa del desarrollo, como a las consecuencias biopsicosociales en la tercera edad, tanto que algunos adultos mayores prefieren estar fuera de su hogar el tiempo que más se pueda, que sufrir malos tratos (Yanguas et al, 2018).

En resumen, se evidencia un gran desafío debido a que este grupo poblacional está en situación de vulnerabilidad, ya que “el adulto mayor ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos, de enfermedad, incapacidad de producción y de asumir tareas y ejercer funciones” (Maya, 1997, p. 38). De manera que, es valioso tener en cuenta que su calidad de vida y su bienestar biopsicosocial dependerán en gran medida del soporte familiar, comunitario y gubernamental que reciban, pues es ideal que el adulto mayor tenga un equilibrio íntegro en relación a su bienestar y lo que esto implica (Díaz et al, 2014).

Ahora bien, dentro de la revisión de la literatura, se encontró la existencia de algunas investigaciones relacionadas con el sentimiento de soledad en el adulto mayor; sin embargo, dicha información hacía énfasis principalmente en mayores institucionalizados (algunos autores que abordan el tema son: Baiza, (2015); Banerys, (2012); Bellegarde, (2017); Buen día y Riquelme, (1994); Caviedes Langle, (2016); Delgado, (2012); Fernández, Massó, Chacón y Montes, (2012); González (2017); Rodríguez, (2007); Sequeira, Cabezas, Guardia y Montero, (2011).

Mientras que fueron pocos los artículos e investigaciones referentes al tema del sentimiento de soledad en adultos mayores no institucionalizados (quienes no se encuentran internos en hogares geriátricos, por lo que se les considera y se les clasifica como adultos mayores no institucionalizados (López & Díaz, 2018), por lo cual, esta escasez de información lleva a profundizar el tema en cuestión. Este ejercicio permite desarrollar una visión más profunda y crítica al respecto, puesto que toda investigación debe estar soportada por referentes epistémicos y teóricos de otros autores tanto nacionales como internacionales que estudien el tema en cuestión. Para ello, las investigaciones halladas se abordarán en una categoría, clasificándola a nivel internacional, nacional y local.

Para comenzar, se hablarán de los hallazgos de las investigaciones de carácter internacional. Los estudios realizados son por: Imbert, (2009); Llorente, (2017); López & Díaz, (2018); Martínez, Carbajal, Monteiro, Arroyo, Maciel, Montes & Garay, (2018); Montes, (2011); Rodríguez, (2009); Sanz y Repiso, (2012); Stevens y Westerhof, (2006); Utz, Swenson, Caserta, Lund y deBries, (2014).

En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que rompen las costumbres que se llevan y que pueden tener graves consecuencias emocionales, mentales e incluso físicas. Una de ellas es el síndrome del nido vacío, que hace alusión al momento “en el que los hijos salen del hogar para vivir independientemente de los padres, bien sea para hacerlo solos, con amigos, o para formar su propia familia” (Sanz & Repiso, 2012, p. 3); esto puede deteriorar las relaciones paterno filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad, en especial si se está en avanzada edad (Rodríguez, 2009).

Otro evento doloroso para los adultos mayores, es no contar con el apoyo emocional y económico ni con algún tipo de acompañamiento y cuidado que debería brindar la red familiar (Steven & Westerhof, 2006), ya que los adultos mayores manifiestan que sus hijos tienen otras responsabilidades que atender (familiares y/o laborales), lo cual en algunas situaciones, junto a la mala relación con las nueras y nietos, condiciona la interacción con ellos. Esto, lleva a que permanezca la mayoría del tiempo fuera de su hogar, prefiriendo estar en otro ambiente. (Llorente, 2017; Montes, 2011).

En el círculo familiar de las personas de la tercera edad hay una tendencia de violencia psicológica y física, siendo los ancianos víctimas de agresiones verbales y de negligencia (Rodríguez, 2009; Sanz & Repiso, 2012). Con el envejecimiento “la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe una superposición de varias generaciones con nuevas y diversas necesidades, demandas y sistemas normativos” (Imbert, 2009, p. 3), esto trayendo como consecuencia un desentendimiento de las necesidades tanto básicas, como afectivas, familiares, económicas y sociales del adulto mayor, llevando a que sientan baja autoestima; lo cual causa en ellos soledad, tristeza, desvaloración hacia sí mismo, culpa, irritabilidad, e impacta la salud mental, manifestándose trastornos de ansiedad, depresión y

delirio (Utz, 2014; Delgado, 2012). Adicionalmente, en el ámbito social la frecuencia con la que se realizan actividades lúdicas y el estado de salud que se tenga, aumenta el sentimiento de soledad, debido a que los adultos mayores que expresan sentirse solos, son los menos sanos y activos (Montes, 2011).

Otro de los desencadenantes del sentimiento de soledad en las edades avanzadas es la viudez. Las relaciones de pareja son trascendentales, en el sentido en que éstas motivan a tomar decisiones importantes para la vida. Cuando una relación pasa por la etapa matrimonial y esta es duradera hasta la vejez, se suele experimentar la viudez. Utz et al (2014) exponen que, la afectación sentimental en el momento de enviudar empeora con el paso del tiempo, debido a que quienes enviudan tienden a evocar tanto recuerdos felices como las cualidades preferidas de su cónyuge, así mismo, la muerte de la pareja, deja un vacío que ninguna otra persona puede llenar, ni siquiera los hijos, en el caso de tenerlos (López & Díaz, 2018).

La viudez en la vejez tiene dos elementos en común: el primero de ellos, es que la muerte estuvo precedida por una enfermedad del cónyuge como resultado del deterioro de la salud, lo cual, ayudó en cierta medida a preparar a ambos para el deceso (Martínez et al, 2018). Sin embargo, a pesar de estar condicionados a la pérdida antes que esta sucediera, salen a relucir dos circunstancias que les hace experimentar la soledad con una dolorosa intensidad: “Una, que la pérdida del cónyuge sea relativamente reciente. Dos, que hayan dejado atrás un matrimonio de varias décadas de duración” (López & Díaz, 2018, p. 7). Esto quiere decir que, este es un evento vinculado no sólo con la aparición de la soledad, sino que incluso, emergen enfermedades (físicas y/o mentales) o la muerte de quien lo vivencia (Llorente, 2017).

El segundo elemento demuestra que los hombres sienten más soledad que las mujeres frente a la pérdida de la pareja, puesto que tienen más problemas para llevar una vida autónoma, además, son las mujeres quienes disponen de más redes de apoyo, que les brindan compañía y apoyo frente a la pérdida (Llorente, 2017; Martínez, Carbajal, Monteiro, Arroyo, Maciel, Montes & Garay, 2018; Stevens & Westerhof, 2006). En consecuencia, Martínez et al (2018) plantean que:

En el caso de los varones, la soledad especialmente, se puede tornar problemática cuando se le asocia con situaciones como las malas condiciones de salud, la viudez, la jubilación, la salida de los hijos del hogar, la lejanía de las viviendas de las personas mayores de las de sus descendientes, la falta de apoyo familiar y el aislamiento social (p. 9).

Ahora bien, hasta aquí, se han abordado algunas investigaciones relacionadas en países como: Ecuador, España, Estados Unidos, Guatemala, México, Perú y Uruguay. Por ende, se considera pertinente exponer a continuación los estudios desarrollados a nivel nacional.

Es importante resaltar que son pocos los estudios en Colombia, respecto al sentimiento de soledad en los adultos mayores, ya que sólo se encontraron hallazgos en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga y Santa Marta. Los investigadores que abordan el tema son: Castellanos, Ovalle y Quintero, (2018); Platz, (2017); Rivas, Romero, Vásquez, Ramos, González y Acosta, (2013); Rubio, Cerquera, Muñoz y Pinzón, (2011).

El adulto mayor experimenta diversos cambios a nivel personal, familiar y social; algunos de ellos como: los cambios físicos (cabello canoso, arrugas, caída de dientes, etc), el desarraigo de las rutinas diarias, la pérdida de la autonomía, el enfrentar la ausencia de los hijos, el enviudar, sentirse poco práctico e inútil para los quehaceres, sufrir una decaída del estado de salud, la disminución de la actividad física, la ausencia de apoyo familiar-social y el deterioro cognitivo

(Platz, 2017; Rivas et al, 2013). Este último factor, se distingue como la presencia de alzheimer, demencia y/o depresión, trastornos los cuales se hacen presentes principalmente en los adultos de la tercera edad que se sienten solos; esto se explica en el sentido en que, “los adultos mayores con sentimientos de soledad tienen más probabilidades de desarrollar demencia que los que no tienen dichos sentimientos, pues lo único que demora dicho deterioro, es el apoyo emocional” (Platz, 2017, p. 27).

El tipo de relación que esté establecida con los miembros de la red social también beneficia o afecta al adulto mayor y esta puede hacer que el adulto mayor se sienta solo en menor o mayor medida. El apoyo social puede manifestarse a través de afecto, cuidado o ayuda. En Colombia, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir, de la ayuda que brindan sus familiares, amigos o vecinos y que a veces puede ser vista como una obligación moral, afectando la calidad de vida (Rubio et al, 2011). En este sentido, los adultos mayores sin hijos o con un círculo social reducido, están en mayor riesgo de soledad que aquellas personas con más hijos, porque perciben que de una u otra manera, son inútiles, olvidados y que se les ha acabado el tiempo para cumplir su proyecto de vida, lo cual a su vez, causa en ellos un enorme vacío, tristeza, soledad y pierden el sentido de la vida (Castellano, Ovalle & Quintero, 2018; Rivas, Romero, Vásquez, Ramos de la Cruz, González & Acosta, 2013).

Por último, Rivas et al (2013) justifican que los adultos mayores relacionan la soledad con la falta de afecto y de atención por parte de sus familias (sintiéndose ignorados, pocos amados y pocos valorados) y con la ausencia de las demás redes de apoyo (del Estado, de la sociedad, incluso de Dios), ya que no se tiene en cuenta en la estructura del anciano y se le niega su

espacio habitual relegándole un papel pasivo, generando en él baja autoestima y sufrimiento por el desamparo y la soledad. Además:

Quienes manifiestan sentimientos de abandono y soledad, afirman que se debe al maltrato y rechazo por parte de la familia, asociada a un deterioro socio familiar, con consecuencias graves aunque predecibles en el anciano, como: baja autoestima, depresión, dificultad para dormir, malestar emocional y querer morir (p. 29).

Ahora bien, con el fin de reconocer los aportes de autores que han identificado y contribuido al tema del sentimiento de soledad en adultos mayores, se traerán a colación las investigaciones halladas a nivel local, las cuales también fueron escasas, debido a que sólo se encontraron estudios en Bello, Copacabana y Medellín, realizados por Cataño, (2015); Cardona, Villamil, Henao y Quintero, (2007, 2013, 2018); Loaiza y Valencia, (2014); Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez & Osorio, (2011).

A diferencia de las investigaciones anteriormente mencionadas, estas relacionan las variables sociodemográficas con la soledad. Las variables sociodemográficas “muestran la situación y evolución social del país y de sus jurisdicciones, por medio de un conjunto de indicadores, incorporando distintos niveles de análisis en individuos, hogares, familias y grupos poblacionales de interés” (Jara, 2015, párr.1), información a la que se puede acceder a través de diferentes fuentes como el censo, encuestas de organismos gubernamentales, el Ministerio de Salud y Educación, entre otros.

En este contexto, las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, estrato y el número de personas con quienes conviven) están asociadas con la

soledad en el adulto mayor. Esto lo plantean Cardona, Villamil, Henao y Quintero (2007, 2013, 2018), al sistematizar cada variable:

Soledad según el género: Si se habla de soledad, la diferencia entre ambos géneros no es significativa, pero al desglosar por componentes, se registra un alto índice de soledad familiar, social y de adaptación en el hombre, como resultado de los cambios de rol que afronta en la edad adulta, mientras que, en la mujer se registra una mayor soledad conyugal, evento que se relaciona con la esperanza de vida, ya que en el sexo femenino ésta es mayor, por ende, es quien generalmente sufre la viudez (Cardona et al, 2007).

Soledad según el estado civil: Se distinguen tres grupos civiles: los solteros, los casados y quienes conviven en unión libre. En el primer grupo, se evidencia que el sentimiento de soledad es mayor, ya que para ellos es más traumático vivenciar los cambios que conlleva la vejez, al no tener quien acompañe. La soledad conyugal, experimentada por los viudos(as), está relacionada con la ruptura del vínculo (al fallecer) y la dificultad para construir nuevos hábitos y una nueva relación de pareja. Quienes viven en unión libre, sorprendentemente, también demuestran un alto nivel de soledad, que se liga con el hecho de que estas personas toman distancia de la sociedad, sustentada en la razón de no cumplir con mandatos religiosos y sociales (Cardona et al, 2013).

Soledad según el estrato socioeconómico: En los estratos menos favorecidos (uno y dos), se reflejan dificultades asociadas a la cohesión filial y al acceso de recursos económicos, lo que hace más difícil la adaptación a esta fase de la adultez, generando miedo, desprotección y una mayor soledad social, pues refieren a la soledad como algo horrible, asunto que se explica por las carencias materiales que viven. “A medida que se incrementa el estrato, disminuye la soledad;

los adultos mayores son más felices si sus ingresos son más altos que los patrones de referencia de otros grupos” (Cardona et al, 2013, p. 17).

Soledad según la edad: Un alto índice de soledad se presenta en quienes están en mayor rango de edad (específicamente, de más de 75 años), lo que hace que se sientan más vulnerables. Mientras que quienes la experimentan en menor medida son los que están en el rango de entre 60 y 65 años. Sin embargo, en ambos grupos (adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado) la soledad se incrementa a medida que aumenta la edad. (Cardona et al, 2018).

Soledad según el grado de escolaridad: Las personas que poseen menor grado de escolaridad, carecen de herramientas personales y económicas para enfrentar la etapa de envejecimiento. En cambio, “a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad” (Cardona et al, 2007, p. 161). Esto es explicado en el sentido en que, al tener más herramientas para sobrevivir, es más fácil enfrentar la vida al entrar en la tercera edad.

Soledad según el número de personas con quienes conviven: Teniendo en cuenta nuestro contexto, los adultos mayores que “viven solos tienen mayor nivel de soledad que aquellas que viven acompañadas; el tamaño de su red social está directamente relacionado con la soledad; a medida que aumenta el número de personas con quienes conviven disminuye el grado de soledad” (Cardona et al, 2013, p. 17).

En sí, los adultos mayores no perciben la soledad como una condición gratificante, sino que se experimenta como un sentimiento doloroso y desgarrador que causa problemas como la depresión, el suicidio o, incluso, la muerte. (Loaiza & Valencia, 2014; Estrada, Cardona, Segura,

Chavarriga, Ordóñez & Osorio, 2011). Sin embargo, es importante tener en cuenta y clarificar la diferencia entre dos conceptos que plantea Rubio (2004), donde precisa el “estar solo” como un aislamiento social, donde hay una ausencia absoluta en las relaciones sociales y familiares; y por otro lado, el “sentirse solo” como “verdadera soledad, sentimiento que genera nostalgia, tristeza, añoranza, etc, aunque se esté acompañado por otras personas” (Montón, 2015, p.8). Esto quiere decir que, la soledad se puede presentar en cualquier adulto mayor, pues este es un sentimiento subjetivo que varía según el individuo.

Ahora bien, con base en las anteriores apreciaciones, la presente investigación pretende determinar el tipo de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida”, a su vez, identificando sus características sociodemográficas. Para ello, se tendrá en cuenta la Escala ESTE-R, validada para Colombia y diseñada para medir el sentimiento de soledad en personas mayores y una encuesta sociodemográfica. A partir de esto, nace la siguiente pregunta:

Pregunta problematizadora

¿Cuál es el tipo de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia en el 2020-1?

Objetivos

Objetivo general

Determinar los tipos de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia, en el 2020-1, de acuerdo con diferentes características sociodemográficas.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida”.
- Indagar la relación entre los tipos de soledad y las características sociodemográficas de 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida”.

Justificación

El envejecimiento poblacional es una realidad ineludible a nivel mundial, que trae consigo variaciones y consecuencias en los factores demográficos, económicos, políticos, ambientales, sanitarios y sociales, que influyen en el bienestar biopsicosocial del individuo y del colectivo. Por lo tanto, existen algunos elementos esenciales que ayudan a vivir la vejez de una forma positiva y próspera, tales como: tener una buena calidad de vida, contar con apoyo familiar, social y estatal, ser independiente, ser reconocido social y humanamente, estar saludable física y cognitivamente, entre otros (Guzmán, 2010), lo cual brinda un equilibrio íntegro, puesto que así se logra dar sentido a la vida y se obtienen herramientas que son indispensables para tal fin; por lo tanto, es posible que al tener una falencia en uno de estos elementos, se desequilibren los demás procesos (Loaiza & Valencia, 2014).

En la última década, en algunos países de Europa y de Latinoamérica se ha estado estudiando el envejecimiento y las diversas dinámicas que aparecen en esta etapa. Sin embargo, la revisión del tema ha sido más enfocado a la calidad de vida y al modelo médico (en relación a la salud y a la farmacología) en adultos mayores institucionalizados y no se ha elaborado de manera amplia una construcción y extensión conceptual del sentimiento de soledad en adultos mayores no institucionalizados (o en su defecto, que asistan a grupos de ejercicio físico), pues son pocas las investigaciones al respecto, esto lo constatan Cardona, Villamil, Henao y Quintero, (2013); Llorente, (2017); López y Díaz, (2018); Montes, (2011); Rodríguez, (2009); Sanz y Repiso, (2012).

Actualmente el Municipio de Bello tiene en total 55.162 adultos mayores, lo cual representa el 11.6% de la población bellanita. Del total de la población de adultos mayores del Municipio, se encuentran institucionalizados y beneficiados por los Centros de Bienestar del Anciano 90 personas mayores, es decir, el 0.2%. Por otro lado, el 99.8% de adultos mayores del Municipio no se encuentran internos en hogares geriátricos (Alcaldía de Bello, 2019), por lo que se les considera y se les clasifica como “adultos mayores no institucionalizados” (López & Díaz, 2018).

En este sentido, la Alcaldía de Bello (2019) reporta que la población bellanita de la tercera edad se encuentra en una situación vulnerable, que se debe a condiciones como: estar en la línea de pobreza extrema, tener condiciones de desventaja social, económica y política, tener una participación limitada tanto en los espacios de toma de decisiones familiares como en los espacios de participación social, cultural y física, entre otros. Sin embargo, pese a que en el Municipio se creó la Secretaría del Adulto Mayor con el fin de desarrollar, implementar y evaluar los planes, programas y proyectos de impacto social en la población mayor, el porcentaje de adultos mayores que son beneficiados por los programas que brinda la Secretaría es la minoría, pues apenas el 14% son cobijados, es decir, 6.881 adultos mayores (no institucionalizados) pueden participar en las actividades físicas, recreativas, de investigación y ocio. Esta exclusión del resto de la población se debe a que el presupuesto municipal no es suficiente para la participación de todos, además, si se tuviesen los recursos, algunos adultos mayores no tendrían fácil acceso por las limitaciones físicas y/o cognitivas (Cifuentes, 2018).

Adicionalmente, aunque en la Secretaría del Adulto mayor se atiende a la población de la tercera edad desde la integralidad, no existe a la fecha una investigación respecto al sentimiento de soledad en los adultos mayores a nivel interno (las investigaciones locales se han realizado en

centros geriátricos y en grupos del Bienestar del Adulto Mayor); por ende, el presente trabajo de investigación tiene el interés de determinar los tipos de soledad que experimentan 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia, en el 2020-1.

Ahora bien, la salud mental y el bienestar biopsicosocial tienen la misma importancia en todas las etapas del desarrollo, puesto que estar bien mentalmente es clave para disfrutar de una buena calidad de vida (OMS, 2017). Por consiguiente, la contribución de esta investigación a la psicología, será el ampliar y profundizar el tema, siendo una base para posteriores investigaciones que aborden el fenómeno, ya que la temática del sentimiento de soledad en los adultos mayores no ha sido explorada en su totalidad, y son pocos los autores que se han dado a la tarea de investigar al respecto. Además, podría dar pie a que en un futuro se creen nuevas estrategias y metodologías que ayuden a enfrentar la soledad en dicha etapa.

Finalmente, a la comunidad académica le brindará nuevos aportes teóricos y prácticos que posibiliten diversas reflexiones al evidenciar el sentimiento de soledad experimentado durante la tercera edad, y una posible relación con las características sociodemográficas. Adicionalmente, se aplicará la Escala ESTE-R, que es poco reconocida dentro de los ejercicios investigativos. A su vez, este estudio es un apoyo y una invitación para realizar futuras investigaciones, debido a que son innumerables los temas que pueden tratarse desde las ciencias sociales, en relación a los adultos mayores.

Marco teórico

Envejecimiento

El envejecimiento es un término complejo de conceptualizar, ya que trae diversas connotaciones desde la salud (biológico), lo socioeconómico, lo cultural y lo demográfico. En un principio, se debe distinguir la diferencia entre el envejecimiento y la vejez, entendiendo el primero como un proceso biológico, vital e inevitable, y el segundo, como el período de la vida humana que antecede a la muerte (Hidalgo, 2001).

Montenegro y Melgar (2004) y Fernández (2012) explican que el envejecimiento es un proceso gradual y holístico, que involucra factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (estilo de vida, factores ambientales, entre otros). Por lo tanto, es importante destacar dos características en relación con el envejecimiento. Ribera (2003) describe que:

En primer lugar su variabilidad. Ni todos los individuos envejecen por igual, ni en una misma persona lo hacen a la misma velocidad los diferentes componentes del organismo. La segunda característica, muy importante en la medida en que modula la cadencia de estos cambios, tiene que ver con las causas que determinan la aparición de los mismos (factores fisiológicos, patológicos y ambientales) (p.12).

Cronológicamente, ser adulto mayor se refiere al momento en que se alcanza una edad de 60 años. (Fernández et al, 2010). Por lo tanto, existen factores de salud tanto física como mental, que se van haciendo notorios en el proceso de envejecimiento. Esto conlleva a que el anciano reduzca sus redes sociales y emocionales, posibilitando así la aparición de la depresión, la demencia y otras enfermedades crónicas que se vuelven nocivas (Gómez et al, 2012).

Adicionalmente, Esmeraldas et al (2019) exponen que:

Se toman en cuenta los cambios físicos producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo), sueño alterado, etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas (p. 66).

Ahora bien, es importante mencionar los aspectos relacionados con la situación económica de las personas de la tercera edad, “puesto que el volumen de sus ingresos influye en su posición social y, por lo tanto, en su salud, en la propiedad y mantenimiento de su vivienda e, incluso, en la continuidad de sus relaciones sociales” (Zetina, 1999, p. 31). Si el adulto mayor hace parte de un estrato bajo y/o no cuenta con recursos económicos, éste experimenta frustración e impotencia, ya que se sienten improductivos e inútiles, debido a los diferentes cambios que trajo el abandono laboral y la jubilación, además, el no contar con dinero para invertir en sí mismos o en sus proyectos, resulta difícil de asimilar, a su vez, causando en ellos un enorme vacío, tristeza, soledad y pérdida del sentido de la vida (Rubio et al, 2011).

No obstante, en cada cultura existe un concepto variado en lo que respecta el envejecimiento. Siglos atrás, los hoy llamados “adultos mayores”, eran considerados como personas sabias, a quienes se les tenía un profundo respeto y admiración; y a quienes recurrían la comunidad para pedir consejos y para tomar las decisiones más trascendentales (Loaiza & Valencia, 2014). Con el paso del tiempo, cada cultura fue transformándose y adaptándose a las necesidades del medio, que trajo consigo nuevas normas, tradiciones y percepciones. Uno de los cambios, fue hacia el concepto de vejez, pues hoy en día se ha degradado, ya que se piensa que son decrepitos, solitarios, inútiles, improductivos e incapaces de aprender y adaptarse (Sánchez, 2004).

Por otro lado, la transición demográfica está caracterizada por un incremento brusco y acelerado de la población longeva, y por el descenso de la fecundidad y de la reducción de la mortalidad en distintas etapas vitales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En consecuencia, Alba (1992) plantea que:

El incremento de la proporción de las personas ancianas conlleva una sobrecarga al sistema económico, el cual debe, además, aumentar constantemente esa renta para la población emergente de nuevos ancianos, quizá, carentes de independencia económica, y, supeditados a niveles de sobrevivencia (p. 31).

Teorías para comprender el envejecimiento

Las teorías del envejecimiento, son postulados reconocidos desde la antigüedad, ya que, se ha intentado explicar este fenómeno desde el conocimiento de la existencia del hombre, llegando incluso a considerarse un proceso mágico en algunas culturas (Belda, 2010). Para entender más a fondo dichas teorías, se clasifican en dos perspectivas: Desde lo biológico y desde lo psicosocial.

Desde lo biológico

Teoría del reloj biológico

Un reloj biológico, según Aschoff (1981), se define como:

Un sistema celular capaz de generar un orden temporal en las actividades del organismo; que debe poseer la capacidad de oscilar con un periodo regular, y usar dichas oscilaciones como una referencia temporal interna. Este sistema debe permitir la adecuada interacción del dominio temporal entre el organismo y su ambiente (p.4).

Esto quiere decir que, “en el hipotálamo, se localiza el reloj biológico autónomo: el núcleo supraquiasmático, que tiene la propiedad de transmitir señales de tiempo a todos los tejidos finos del cuerpo por medio de hormonas y del sistema nervioso autónomo” (Buijs & Kreier, 2008, p.40). Nuestro reloj biológico, recibe información de todas partes del cuerpo y puede ajustar su ritmo, según las señales provenientes del cuerpo y del exterior (ambiente), e influye también en la aparición de la obesidad y de otras enfermedades, como la diabetes y la hipertensión, que pueden ser agravadas a medida que se envejece (Buijs & Kalsbeek, 2001).

Según esta teoría, el proceso de envejecimiento también está genéticamente programado, de manera que, las células están diseñadas para dividirse en un número limitado de veces (de 40 a 60 veces) y, en cada división, se producen alteraciones que provocan desgaste y un mal funcionamiento de los principales procesos vitales del cuerpo tanto físico, psicológico y biológico (López & Rodríguez, 1997).

En resumidas cuentas, este proceso está ligado a la información genética, que demuestra el por qué una especie vive más que las otras y el por qué en algunas ocasiones, entre miembros de una familia se observa un proceso de envejecimiento similar (longevidad, padecimiento de enfermedades mentales entre generaciones, entre otros) (Politécnico Mayor, 2019).

Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue propuesta por Gerschman y Harman, en 1950, donde sugieren que los radicales libres al ser agentes oxidantes, se mezclan con algunas moléculas esenciales como el oxígeno, el ADN, las proteínas y los ácidos grasos, las cuales, desactivan y precipitan la aparición de mutaciones y la pérdida de la capacidad regeneradora de la célula (Zorrilla et al, 2004). Respecto a la formación de los radicales libres, estos son causados debido a las “modificaciones en los

lípidos insaturados, en las proteínas y en el ADN. Este daño implica la aparición de enfermedades como las cardiovasculares, el Parkinson o el cáncer. El daño al ADN parece estar en relación con el envejecimiento” (Paredes & Roca, 2002, p. 100).

Otro factor importante en esta teoría, es el estrés oxidativo, que “depende de la velocidad de generación de oxidantes y de los niveles de defensa antioxidante, los cuales están genéticamente controlados, pero están influenciados también por factores epigenéticos” (Miranda et al, 2000, p. 188). Esto quiere decir que, es un mecanismo donde se da el envejecimiento, a través del índice metabólico y las modulaciones en los niveles de defensa antioxidante (Sohal & Allen, 1990).

Estas dos teorías, tienen en común el ser aceptadas y utilizadas por la ciencia y la medicina moderna, además, ambas consideran a la genética como protagonista del fenómeno del envejecimiento, por otro lado, “incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular” (Pardo, 2003, p.65).

Desde lo psicosocial

El proceso de envejecimiento no es netamente un hecho biológico, pues éste también puede ser explicado desde otras disciplinas. Las construcciones teóricas formuladas desde lo psicosocial, pretenden explicar los diversos procesos dinámicos que giran alrededor del envejecimiento y a la influencia social que éste fenómeno tiene (Giró, 2011).

Teoría de los roles

El rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma. Merchán y Cifuentes (2014), con base en la teoría de Irving Rosow, plantean que:

A lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: hijo/a, estudiante, padre/madre, trabajador/a-etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal (p. 5).

Estos roles se van modificando a medida que una persona atraviesa las distintas etapas del desarrollo, ya que la sociedad va designando (o suprimiendo) tareas y responsabilidades, según el momento en que se encuentre de la vida. La vejez es característica por la pérdida de roles, debido a que en esta etapa, el anciano experimenta un sinnúmero de normas y exigencias, que se convierten finalmente en un sentimiento de inutilidad (Fernández, 1994).

La jubilación produce una pérdida de los roles sociales adquiridos a lo largo de la vida. Además, disminuye el papel de los adultos mayores en la sociedad, hasta quedar despojados de esta, sin lugar o participación alguna. A este retiro, se une el fin de la actividad laboral, e incluso, de la reducción de las actividades sociales y culturales, debido a que algunas de ellas están ligadas a los diferentes estatus y exigencias del medio (Allan, Wachholtz, & Valdés, 2005). Finalmente, entre más adaptado esté el anciano al cambio y a los nuevos roles, se produce una mayor satisfacción en la vejez (Merchán & Cifuentes, 2014).

Teoría de la subcultura

En 1965, Arnold Rose propone que los adultos mayores al entrar a la tercera edad, afrontan un cambio radical respecto a la categoría o al grupo social en el que encajarán, a partir de su constitución como subcultura. Para Wolfgang y Ferracutti (1975), la subcultura es:

Una subdivisión de la cultura nacional, que resulta de la combinación de factores o situaciones sociales tales como la clase social, la procedencia étnica, la residencia regional, rural

o urbana de los miembros, la afiliación religiosa, y todo ello formando, gracias a su combinación, una unidad funcional que repercute integralmente en el individuo miembro (p.116).

Esta teoría fundamenta que las personas de más de 60 años, comparten determinadas circunstancias como la pérdida de seres queridos (familiares y amigos), la situación económica, los intereses culturales y sociales, el vivir solos, el requerir ciertos cuidados debido al estado de salud y de las necesidades básicas, etc, lo cual les impulsa a relacionarse entre sí, generando una “subcultura de la edad” (Merchán & Cifuentes, 2014). Esto quiere decir que, tener rasgos en común, conlleva a una gran afinidad y mayor entendimiento entre pares, respecto a los problemas individuales y sociales que experimentan entre sí.

Por otro lado, Bravo (2014), afirma que “no todos los comportamientos de los adultos mayores pueden ser atribuidos a una subcultura, como también que puede haber diferencias en ella a partir de la posición socioeconómica, el estado de salud, lugar de residencia, entre otros” (p. 13).

Teoría de la continuidad

Este postulado, realizado por Rosow en 1963 y soportado por Neugarten en 1969 y Atchley en 1987, se basa en la construcción que el individuo realiza a través del tiempo, mediante su experiencia individual y colectiva, así como desde su interacción con el entorno natural y social, por ende, Robledo (2016) explica que:

Es por ello que al llegar a la vejez, los posibles cambios percibidos constituyen una acentuación o atenuación de los valores mantenidos a lo largo de su vida y en ningún caso una transformación radical de los rasgos y características centrales de su personalidad. El individuo

será lo que siempre ha sido y su "estilo de vida" al llegar a la vejez será una continuidad de la forma de integrar las prácticas cotidianas y patrones adaptativos a las nuevas circunstancias personales y contextuales (p.9).

A su vez, dicha teoría ofrece una variedad de alternativas de ajuste, “ya que supone que el estilo de vida de la persona durante toda su vida condiciona el tipo de vejez” (Zetina, 1999, p.33). Los individuos tienden más a continuar con sus hábitos y actividades, que a cambiar, “eso no significa que la continuidad sea ausencia de cambio, sino que a lo largo del tiempo se da una consistencia de los modelos de ideas y comportamientos” (Retamosa, 2017, p.20).

En conclusión, existen diversas teorías que ayudan a comprender desde la psicología el proceso de envejecimiento, dentro de las cuales, lo más representativo es el intentar evidenciar este fenómeno como un ciclo normal del individuo y no como un declive total (Villanueva, 2009).

Adulto mayor

Se entiende que el adulto mayor es un “ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida” (Fernández, 2009, p. 21). Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017), define que:

Los adultos mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir,

implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad (párr. 2).

Adulto mayor no institucionalizado

Se denomina “no institucionalizados” a los adultos mayores que “viven solos, con su pareja, hijos o con sus demás familiares” (Orosco, 2015, p .91). El cuidado que recibe el adulto mayor en su hogar, “sustituye” el cuidado institucional, ya que este último abarca principalmente la satisfacción de las necesidades básicas, mientras que al estar en conjunto hay una preservación de la calidad de vida del adulto mayor (Banda et al, 2005).

Características del adulto mayor no institucionalizado

- Conviven con sus familias, las cuales son definidas y clasificadas por Hernández y Rosales (2014) de la siguiente manera: **a)** Familia nuclear: viven dos generaciones, es decir, se conforma por el adulto mayor, su matrimonio y sus respectivos hijos (o sólo su esposo o sus hijos), y hermanos, **b)** Familia extensa: hay dos generaciones o más, incluye los adultos mayores que viven con sus hijos casados o en unión libre (con o sin nietos), **c)** Familia mixta: cualquier tipo de familia de las ya mencionadas, y que además incluya la convivencia con otros parientes y amigos, **d)** familia multigeneracional, conocida como aquella en la cual conviven más de dos generaciones, como por ejemplo, un adulto mayor con su madre/padre.
- No se encuentran internos en hogares geriátricos, por lo que se les considera y se les clasifica como “adultos mayores no institucionalizados” (López & Díaz, 2018).

- Poseen la capacidad de realizar sus actividades básicas de forma independiente, aunque gradualmente se va perdiendo, debido al deterioro cognitivo y motriz, motivo que requiere de cuidado familiar o formal (informal) y asistencia médica y social (Serrano, 2013).
- Asisten a clubes comunales, clubes especializados o a clubes de actividad física dirigida (Arango & Ruiz, 2006).

Tipos de clubes de la tercera edad

Clubes comunales

Son grupos de personas mayores que se suelen reunir en la Junta de Acción Comunal (JAC) de su barrio para planear y socializar diferentes actividades según sus intereses sociales y comunitarios (Ramírez & Arce, 2000).

Clubes especializados

Estos clubes agrupan a las personas que tienen intereses en común; a la vez fortalecen las habilidades y competencias individuales y sociales, por ejemplo: los clubes de manualidades, lectura, cocina y juegos de mesa, entre otros (Bustamante, Gutiérrez & Luperón, 2019).

Clubes de actividad física dirigida

Estos clubes buscan el mejoramiento funcional de las personas mayores. Son dirigidos por instructores especializados en diversas áreas, quienes desarrollan diversas técnicas de ejercicio, gimnasia, relajación, musicoterapia, yoga y expresión corporal (Ramírez & Arce, 2000; Soler, 2014).

Sentimiento

Por su parte, los sentimientos son concebidos como estructuras cognitivas que afectivamente son complejos y duraderos. Están organizados en forma de objetos intencionales, que resultan determinantes para las pautas actitudinales de los individuos que los experimentan (Rosas, 2011).

Una definición que complementa, es la que Frijda y Mesquita (2001) brindan, donde plantean que los sentimientos poseen características estructurales similares a las de las emociones (en el sentido de intencionalidad y valoración), pues los sentimientos “no se reducen a simples efectos secundarios o secuelas de emociones inmediatas, sino que constituyen tendencias o disposiciones afectivas referidas a objetos intencionales que nos atañen y por las cuales manifestamos preocupación e inclinación” (p. 47).

Soledad

La soledad es concebida como un estado subjetivo del ser humano, que surge como una respuesta ante la ausencia del relacionamiento, e implica una condición de aislamiento físico y un desequilibrio en la interacción socio afectiva, cuyas consecuencias pueden ser afrontadas de manera negativa o positiva, dependiendo del grado de control que cada individuo ejerza sobre el déficit relacional (Montero et al, 2001), No obstante, una cosa es la soledad y otra muy distinta es el sentirse solo. La soledad es un estado psicológico mediante el cual una persona se siente aislada e incomunicada. El sentirse solo es saberse incomprendido, incomunicado, desconectado del mundo que a uno le rodea (Caviedes, 2016).

Para Weiss (1982), quien fue llamado “el padre de la investigación sobre la soledad”, este fenómeno es una respuesta ante la ausencia de una relación particular. También, sugiere que la soledad social y la emocional son distintas experiencias. La segunda, es la que más afecta, ya que

se divide en dos: en la soledad referente a la pareja y la soledad familiar, siendo las más dolorosas que el ser humano puede vivenciar.

Tipos de soledad

En la tercera edad se viven algunas experiencias, especialmente complejas, que suponen una ruptura con las condiciones de vida, y que pueden tener graves consecuencias emocionales para el adulto mayor (Salech et al, 2012). La soledad en la vejez, se divide en tres momentos claves, que dan paso a los tipos de soledad. Young (1982) identifica la existencia de la:

a) Soledad crónica, dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias; b) soledad situacional, vinculada usualmente con situaciones estresantes como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos; c) soledad transitoria, es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad (p.400).

A partir de esto, la soledad se clasifica en cuatro tipos, planteados en la escala ESTE-R, de Rubio (2009): soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial.

Soledad familiar

Hace referencia al actual vínculo familiar. “A lo largo del tiempo, la familia se convierte en un referente importante para las futuras construcciones que él establezca y constituye una fuente de apoyo” (Cardona et al, 2010, p. 418). En efecto, el cariño y el afecto que recibe el adulto mayor, es brindado satisfactoriamente por sus familiares, “porque son ellos quienes mejor los pueden comprender y quienes pueden soportar las rarezas e impertinencias que a una edad tan avanzada les suelen acompañar” (Rodríguez, 2000, p. 62).

A este tipo de soledad, se une el síndrome del nido vacío, el cual es entendido como el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. “Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad” (Rodríguez, 2009, p. 193).

Soledad conyugal

La viudez es el principal desencadenante del sentimiento de soledad en los adultos mayores. Rodríguez (2009) lo describe así:

El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social (p.193).

Por lo tanto, Ussel (2001) sostiene que “cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza” (p.25). Cuando ocurre la viudez, suele quedar una situación similar al nido vacío, en el sentido de emancipación del ser querido. Por eso, es usual que quien experimenta la soledad, pase a vivir en solitario prácticamente de inmediato.

Si bien, Doblaz y Díaz (2018) refieren que la soledad aparece:

Generalizadamente en la noche, en concreto dos situaciones muy dadas a notar el vacío conyugal. La primera es cuando regresan a casa al anochecer, sabiendo que nadie les espera dentro y que habrán de permanecer en ella, sin disponer de compañía, hasta la mañana siguiente. Cerrar entonces la puerta de la calle significa enfrentarse directamente con la soledad, siendo

un contexto bastante propicio para la añoranza de la pareja. La segunda es la hora de acostarse, dado que ofrece un marco de oscuridad y silencio que favorece los recuerdos del cónyuge y de la relación matrimonial que tuvieron y que tanto contrasta con su realidad solitaria actual (p. 7).

Finalmente, Iglesias (2001) expone que:

En los casos de viudedad, especialmente, el riesgo de derivar en situaciones de aislamiento social y de soledad se eleva con la llegada de la jubilación, ya que a la soledad conyugal que se padece se añade la pérdida del núcleo más importante de relación social con que muy probablemente contaban (p.52).

Soledad social

En la vejez, se dan tres sucesos que marcan la vida de forma significativa: La salida y exclusión del mercado laboral, la falta de realización de actividades placenteras y los prejuicios. Además, la soledad se entrelaza con otros aspectos sociales, como la insatisfacción de las necesidades básicas, la percepción cultural de inutilidad, entre otros (Cardona & Villamil, 2006).

Las relaciones sociales constituyen una red de apoyo significativa, que le permite al individuo ser escuchado, compartir pensamientos e ideas, sentir que es importante al tener un lugar dentro de la sociedad. Aunque, cuando se tiene poca destreza para crear relaciones sociales, se incrementa el riesgo de permanecer solo (Strokes, 1985). También, el perder el poder adquisitivo restringe el disfrutar los momentos de ocio, así como deteriora las relaciones sociales, dando pie a que aparezca el aislamiento social (Ussel, 2001).

La soledad resulta preocupante, debido a que “los puntajes más altos de soledad se correlacionan con depresión, baja calidad de vida y escaso apoyo social” (Acosta et al, 2017, p.181). Cardona et al (2007) lo comprueban en su estudio, pues afirman que:

Cada día aumentan más las cifras de personas mayores que manifiestan síntomas asociados a la soledad, debido a que esta última es un problema que ha cobrado una enorme importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud pública (p. 155).

Crisis existencial

Este tipo de soledad “tiene que ver con la percepción del individuo frente a sí mismo, y la forma como enfrenta las diferentes situaciones en el envejecimiento” (Quintero et al, 2016, p. 55). En la vejez, se experimenta una decadencia irreversible, ya que cada día es un acercamiento a la muerte y a la desesperanza. Es así que, la crisis existencial hace que el adulto mayor “tenga una preocupación extrema, que centre toda su atención y toda su energía hasta caer en el agotamiento mental. Pero también, hasta sentir que la propia vida carece de todo su sentido” (Nicuesa, 2018, párr. 1). Por consiguiente, Lozano (2009) explica que:

El adulto mayor tiene una imagen real de sí mismo, que impide el despliegue de sus potencialidades, como resultado de un conflicto intenso experimentado entre su aspiración natural al crecimiento y a la decadencia biológica y social, normal con el avance de los años vividos (p. 35).

¿Cómo experimentan la soledad los adultos mayores?

La soledad es un problema grave y habitual en la vejez (Rodríguez, 2009). Muchos adultos mayores experimentan la soledad debido a la ausencia de compañía, afecto y apoyo, que se agrava por la carencia de relaciones familiares y sociales. En este sentido, la amargura y la tristeza son monstruos que aparecen y se roban las ganas de vivir a las personas mayores que sienten soledad (Palacios, 2016), “produciendo daños psicológicos, neuronales, emocionales,

conductuales y, en algunos casos físicos que, por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables” (Roldán, 2008, p. 26).

Por lo tanto, Guzmán (2010) explica que:

Al producirse un quiebre en la comunicación, afectividad, etc, la tercera edad se repliega o es desplazada a un “rincón” del hogar, reduciéndose su mundo social, provocando en el sujeto una serie de repercusiones tales como: soledad, abandono familiar y social, transformación o cambios en los lazos afectivos, que traen cambios bruscos en los estados de ánimo, etc (p. 22).

Consecuencias de la soledad en adultos mayores

La soledad tiene graves consecuencias negativas en el plano físico, psicológico y social. En el plano físico se da una debilidad del sistema inmunológico, dolor de cabeza, algunos problemas de corazón y otros digestivos, se aumenta la presión arterial, incrementa el matutino del cortisol (hormona del estrés), se altera la expresión génica de las células inmunitarias, hay dificultades para conciliar el sueño, aumentan los niveles de depresión y se reduce el estado de bienestar (Palacios, 2016; Rodríguez, 2009). A propósito, Cacioppo y Hawkley (2010), expertos en el tema de la soledad en Estados Unidos, demostraron en una investigación que la soledad aumenta hasta en un 14% la probabilidad de morir prematuramente en los adultos mayores, teniendo el doble de impacto que la obesidad. Dicha relación de la soledad con la mortalidad se debe a que los efectos de la soledad se van acumulando a lo largo del tiempo, lo que conlleva una aceleración del envejecimiento fisiológico.

En el plano psicológico, cuando un adulto mayor pasa todo el día sin interactuar con alguien, “pierde agilidad mental, empieza a tener lapsus de memoria e incluso el habla puede vérselo afectada. Así, se vuelve vulnerable e indefenso para afrontar las necesidades básicas de

dependencia, intimidad y relacionamiento” (Palacios, 2016, párr. 13), por ende, el estado emocional se deteriora, presentando baja autoestima, depresión, ideas suicidas, al extremo de abandonarse a sí mismo física y socialmente, y perder todo sentido y motivación ante la vida (Rodríguez, 2009). En este sentido, Sánchez y Braza (1992) consideran que la pérdida de la pareja es una de las razones que aumenta más la soledad, y, especialmente, enfatiza en la posibilidad de que ésta (soledad) desencadene trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis.

Por último, en el plano social, se presentan conductas como el aislamiento tecnológico (usar teléfonos “anticuados” o por el contrario, no usarlos), el aislamiento social que muestra una escases en el número de contactos sociales, puesto que “los adultos mayores sienten que ya no son útiles en la sociedad ni en su entorno familiar y aún se aíslan más. Piensan que su futuro no es nada alentador y aparecen sentimientos de apatía y tristeza” (Cuidadores, 2017, párr. 12), la falta de afiliación religiosa, ser víctimas de prejuicios sociales e incluso, pueden surgir actitudes hurañas o de agresividad, puesto que las personas mayores “que carecen de relaciones íntimas con otros y tienen la percepción de no tener suficientes amigos, experimentan sentimientos de desarraigo social y de soledad que se reflejan en la deficiencia en la red de las relaciones sociales” (Sequeira & Cabezas, 2011, p.104).

Metodología

Diseño de investigación

El diseño metodológico “es una etapa preparatoria de la investigación que se da tras el proceso de reflexión teórica. En esta etapa se planifican las actuaciones y procedimientos de la investigación” (Mardones, Ulloa & Salas, 2018, p. 4). No obstante, teniendo en cuenta que el abordaje de los enfoques de investigación en el terreno de las ciencias sociales “busca establecer cuáles son las ópticas que se han desarrollado para concebir y mirar las distintas realidades que componen el orden de lo humano, así como también comprender la lógica de los caminos que se han construido para producir, intencionada y metódicamente conocimiento sobre ellas” (Sandoval, 2002 p. 27), se realiza una investigación con un enfoque cuantitativo, de alcance exploratorio.

Enfoque: Cuantitativo

El enfoque cuantitativo “se utiliza para consolidar las creencias (formuladas de manera lógica en una teoría o un esquema teórico) y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población” (Fernández & Baptista, 2014, p. 4). Las bases del enfoque cuantitativo podemos encontrarlas en el positivismo, “que surge en el primer tercio del siglo XIX, como una reacción ante el empirismo que se dedicaba a recoger datos, sin introducir los conocimientos más allá del campo de la observación” (Pita & Pertégas, 2002, p.76).

No obstante, la principal característica de esta metodología, es que “busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos e información, ya que se basa en investigaciones previas”

(Fernández & Baptista, 2014, p. 4). Por lo tanto, a través del presente estudio cuantitativo, se pretende determinar el tipo de soledad que experimentan los adultos mayores no institucionalizados, pues “los investigadores cuantitativos ven la realidad social como externa a los sujetos, por ende, transmiten una visión de dicha realidad” (Ugalde & Balbastre, 2013, p. 181).

A su vez, Hernández, Fernández y Baptista (2006) explica que:

La investigación cuantitativa nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. Asimismo, nos brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares (p. 21).

Esto quiere decir que, con la cuantificación, se incrementa y facilita la comprensión del universo que nos rodea, ya que existe una mayor precisión de la información, pues se logra una mayor validez y precisión en este enfoque (Cadena et al, 2017).

Alcance: Exploratorio

Un estudio exploratorio aparece “cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 91). Los objetivos de un estudio exploratorio son “ampliar el conocimiento de un tema, familiarizándose con él, aclarar conceptos y establecer preferencias para posteriores investigaciones” (Cazau, 2006, p. 178). Así, se determinan nuevas tendencias y se identifican

áreas, contextos, situaciones de estudio y relaciones potenciales entre variables. A propósito, Hernández, Fernández y Baptista (2006), explican que el estudio exploratorio:

Sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados. La investigación exploratoria se realiza cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado (p. 101).

Al abordar campos poco conocidos, este tipo de estudio “ve que el problema va más allá de vislumbrar, así que necesita ser aclarado y delimitado, por tanto, se intenta dar respuesta a las preguntas básicas de la epidemiología” (García, 2004, p. 2), que son: ¿Qué pasa? ¿A quién le pasa eso? ¿Dónde ocurre ese fenómeno? Y ¿Cuándo sucede?

Variables

- a. Soledad familiar, soledad conyugal, soledad social, crisis existencial
- b. Género, edad, estado civil, estrato socioeconómico, nivel educativo, con quién vive, el número de personas con las que convive y si depende económicamente de alguien más.

Población

La población está conformada por 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia.

Muestreo

Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores con edades a partir de los 60 años.
- Adultos mayores no institucionalizados.
- Adultos mayores que asistan al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia.
- Aceptación y firma del consentimiento informado, como una de las garantías de compromiso, seriedad y consideración ética de la investigación.

Criterios de exclusión

- Discapacidad neurológica o cognitiva que impida el diligenciamiento de la escala.
- No aceptar el consentimiento informado, o no querer participar.
- No cumplir con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Recolección de la información

Instrumentos para la recolección de la información

Escala ESTE-R

Respecto a la soledad, “se han diseñado escalas de medición utilizadas para su estudio, las cuales surgen, debido a que, la soledad es considerada como un factor que afecta la calidad de vida de las personas mayores” (Cerquera, Cala & Galvis, 2012, p. 47). Algunas de las escalas son: ESLY, ESTE, ESTE-R, la Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia, UCLA y SELSA.

Para la recolección de datos, se aplicará la escala ESTE-R, la cual es el resultado de una revisión realizada por Rubio en el año 2009, después de encontrar una ambigüedad en

algunos ítems, que provocaron interpretaciones y puntuaciones erróneas en la escala ESTE, diseñada por la Universidad de Granada de España en 1999.

Validez de la Escala ESTE-R

La escala está avalada para Colombia, y tiene como fin el medir la soledad en adultos mayores, a través de 34 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta: Nunca, rara vez, algunas veces, a menudo y siempre. Dichos ítems se distribuyen en cuatro factores: soledad familiar (12 ítems), soledad conyugal (5 ítems), soledad social (5 ítems) y crisis existencial (8 ítems). El análisis de confiabilidad de la presente escala, arrojó como resultado una alta fiabilidad y consistencia interna de 0,925 para todos los factores de la escala (Rubio, 2009).

Por consiguiente, la escala ESTE-R es un instrumento útil para el estudio de la soledad en la tercera edad, ya que esta demuestra una alta confiabilidad y validez; “a partir de lo cual pueden realizarse nuevas investigaciones sobre dicho fenómeno que posibiliten generar nuevos conocimientos y estrategias de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores de la región” (Cerquera et al, 2013, p. 51).

Encuesta sociodemográfica

Una encuesta es una técnica que “utiliza procedimientos estandarizados mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir o explicar un fenómeno” (García, 1993, p. 144). Las encuestas sociodemográficas usualmente incluyen y analizan los siguientes componentes: género, edad, estado civil, grado de escolaridad y estrato

socioeconómico; tratándose de un cuestionario que se aplica en una sola ocasión, con el fin de reconstruir la historia de los individuos entrevistados (Figuroa & Trejo, 2003).

Instrumentos para el análisis de la información

Microsoft Excel

Según Doubova y Echevarría (2009), Excel “es un programa que permite la creación y manipulación de hojas de cálculo, que está diseñada para el tratamiento informático (de forma sencilla e intuitiva) de datos, de cualquier tipo, que puedan organizarse en forma de tabla” (p. 1). De esta manera, Pérez (2006) explica que:

Microsoft Excel es, sin dudas, una buena opción para los investigadores. La captura de datos tiene múltiples facilidades así como la edición de estos y cuando el investigador logra disponer de una base de datos (...) entonces puede con facilidad aplicarle a esos datos el tratamiento estadístico (p. 68).

EZAnalyze

Es un complemento de Microsoft Excel desarrollado en 2004 por Tim Poynton, que permite ampliar las funciones del programa respecto al análisis estadístico de datos y la creación de gráficos. Algunas funciones de EZAnalyze expuesto en el manual de Aldaz, Eguía y Urcola (2009) son:

Proporcionar porcentajes y estadísticos descriptivos, clasificar los resultados en categorías, crear gráficos básicos, crear nuevas variables a partir de las ya existentes (como suma o promedio, diferencias entre ellas, etc), proporciona opciones más avanzadas de estadística, como el cálculo de correlaciones entre las variables, el análisis de varianza o el análisis de

regresión lineal, entre otros, borra todas las hojas creadas por EZAnalyze que se han ido creando al analizar los datos (p. 11).

Procedimiento

El proceso cuantitativo está conformado por 10 fases lineales: Idea, planteamiento del problema, revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico, visualización del alcance del estudio, elaboración de hipótesis y definición de variables (en este caso puntual, al ser un estudio de alcance exploratorio, no las hay), desarrollo del diseño de investigación, definición y selección de la muestra, recolección de los datos, análisis de los datos y elaboración del reporte de los resultados (Fernández & Baptista, 2014).

Para la realización de esta investigación, lo primero que se hizo fue pensar en el problema a investigar, lo cual dio pie a realizar el planteamiento del problema y la justificación, evidenciando la importancia y la pertinencia de la investigación. Luego, se llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca del sentimiento de soledad en los adultos mayores no institucionalizados en el contexto internacional, nacional y local. Para ello se efectuó una búsqueda intensiva en diferentes revistas y bases de datos como Dialnet, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Bibliotecas Digitales Aliat, Redalyc, Scielo, Universidad de La Rioja, Universidad De Guayaquil, Universidad de Granada, Uniminuto, Universidad Católica Luis Amigó, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Rafael Landívar, Universidad de La Laguna, Revista Kairós, Revista Internacional de Sociología, International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista Cubana de Investigación Biomédica, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, entre otras. Después, se pensaron los objetivos con base en la

pregunta problematizadora, lo cual dio paso a seleccionar las categorías que permitieron la construcción del marco teórico, donde se conceptualizó el enfoque, el alcance, la población, el muestreo y los instrumentos para la recolección y el análisis de la información.

Partiendo de esto, en un segundo momento se da inicio al trabajo en campo, que en un principio, consiste en contactar a las directivas de la Secretaría del Adulto Mayor del municipio de Bello. En el primer encuentro, se les explica a la gerontóloga y a la secretaria del lugar de qué trata el proyecto (objetivo general, procedimientos del estudio, riesgos y beneficios, derecho a rehusar o abandonar el proyecto, confidencialidad, costos y compensación) y se les solicita la autorización para trabajar con los adultos mayores. En un segundo encuentro, la reunión se lleva a cabo con la psicóloga y la gerontóloga de la SAM, quienes solicitan una copia de la escala ESTE-R y del consentimiento informado para revisarla con su jefe, quien en el mismo encuentro aprueba el proyecto y propone realizar una charla al momento de aplicar la escala y un taller formativo para los adultos mayores en cuanto se tengan los resultados de la investigación (Ver Anexo 3). Es así que, se recoleccionan los datos al aplicar los instrumentos, y, sobre los resultados, se hace el análisis de la información. Finalmente, se elabora el reporte de los resultados, incluyendo un debate con relación a los hallazgos y a la teoría, conclusiones del estudio y limitaciones investigativas.

Plan de análisis de la información

Después de recolectar los datos, “los resultados son una gran masa de información sin organizar. Entonces, antes de ser analizados, es necesario organizar y resumir todos los datos de una manera que pueda ser útil a los propósitos de la investigación” (Cazau, 2006, p. 134). Para el análisis de la información, se elabora un análisis descriptivo, que como su nombre lo indica

“consiste en describir las tendencias claves en los datos existentes y observar las situaciones que conduzcan a nuevos hechos” (IMSERSO, 2006) y que consta de los siguientes pasos:

- 1. Decodificación y categorización de la información:** Para ello se transcribe la información recolectada de los instrumentos a una matriz de datos en EZ Analyze (teniendo en cuenta que este se emplea para muestras no paramétricas).
- 2. Análisis de la información:** Primero se realiza una breve caracterización sociodemográfica, y posteriormente se presentan los resultados obtenidos del instrumento.
- 3. Reporte de la investigación:** Con base en los resultados, se interpreta cada una de las variables determinando si existe alguna relación entre el tipo de soledad y las características sociodemográficas (Soledad según género, según edad, según estado civil, etc) en los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida”, y a su vez se relaciona con la teoría.

Consideraciones éticas

Dentro de la Ley 1090 de 2006 (Ley del psicólogo en Colombia), se contempla la importancia de la ética, la confidencialidad y el bienestar del usuario, con respecto “a la información obtenida de las personas en el desarrollo del trabajo como psicólogo” (Congreso de la República, 2006). En cuanto a la presente investigación, esta se reguló por los siguientes apartados de la Ley 1090 de 2006:

a) Los principios universales, consignados en el Título II: Disposiciones generales, en los numerales:

1. Responsabilidad: Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

3. Estándares morales y legales: Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

5. Confidencialidad: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona a, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

6. Bienestar del usuario: Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las

intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

8. Evaluación de técnicas: En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

9. Investigación con participantes humanos: Para desarrollar la investigación, el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

b) Título III - Artículo 3: Del ejercicio profesional del psicólogo:

a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.

c) Evaluación, pronóstico y tratamiento de las disfunciones personales en los diferentes contextos de la vida. Bajo criterios científicos y éticos se valdrán de las interconsultas requeridas o hará las remisiones necesarias, a otros profesionales

c) Título V – Artículo 10: Deberes y obligaciones del psicólogo:

a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales;

f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional

h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos.

d) Capítulo VII: De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones:

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

ARTÍCULO 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones: a) Que el problema por investigar sea importante; b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información; c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

ARTÍCULO 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Finalmente, los participantes de este ejercicio investigativo firmaron el consentimiento informado de forma voluntaria, el cual fue revisado, ajustado y entregado, dejando claro que sus identidades siempre quedarán en el anonimato, y que en ningún momento se cuestionarán o coartarán las respuestas para que estas se acomoden a criterio de la investigadora; siendo así el respeto y la neutralidad las constantes que rigieron el proceso investigativo. Cabe resaltar que los adultos mayores que en la escala ESTE-R puntuaron una soledad alta, fueron remitidos a la psicóloga institucional.

Resultados

Tomando como base la pregunta que enmarcó la presente investigación ¿Cuál es el tipo de soledad que experimentan los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia en el 2020-1?, se obtienen una serie de resultados que dan respuesta a la misma. Inicialmente se realiza una breve caracterización sociodemográfica, y posteriormente se presentan los resultados obtenidos del instrumento.

Caracterización de la población

Género: 84,6 % son mujeres y un 15,4% hombres, quienes asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia.

Edad: El 23,1% son adultos mayores entre 60 y 65 años, entre 65 y 75 años representan el 57,7% y mayores de 75 años el 19,2%.

Estado civil: 15,4 % está conformado por solteros, pues en el momento del estudio no tenían compañero/a sentimental; casados el 38,5%; en unión libre vive el 11,5% y quienes son viudos representan al 34,6%.

Estrato socioeconómico: El 30,8% pertenece al estrato uno, el 30,8% al dos; un 30,8% al tres, y el 7,6% al estrato cuatro.

Nivel educativo: El 65,4% ha cursado primaria completa, el 19,2% secundaria completa; mientras que el 3,8% ha cursado estudios superiores y un 11,6 % no culminó estudios.

Con quién convive: El 15,4% convive con sus hijos; el 23,1% con la pareja y el 61,5% con otros familiares (nietos/as, hermanos/as, sobrinos y amigos).

Número de personas con las que convive: El 73,1% vive con hasta tres personas; y el 26,9% convive con cuatro o más personas.

Depende económicamente de alguien más: El 38,5% sí depende económicamente de alguien más, mientras que el 61,5% no depende. (Ver Tabla 1).

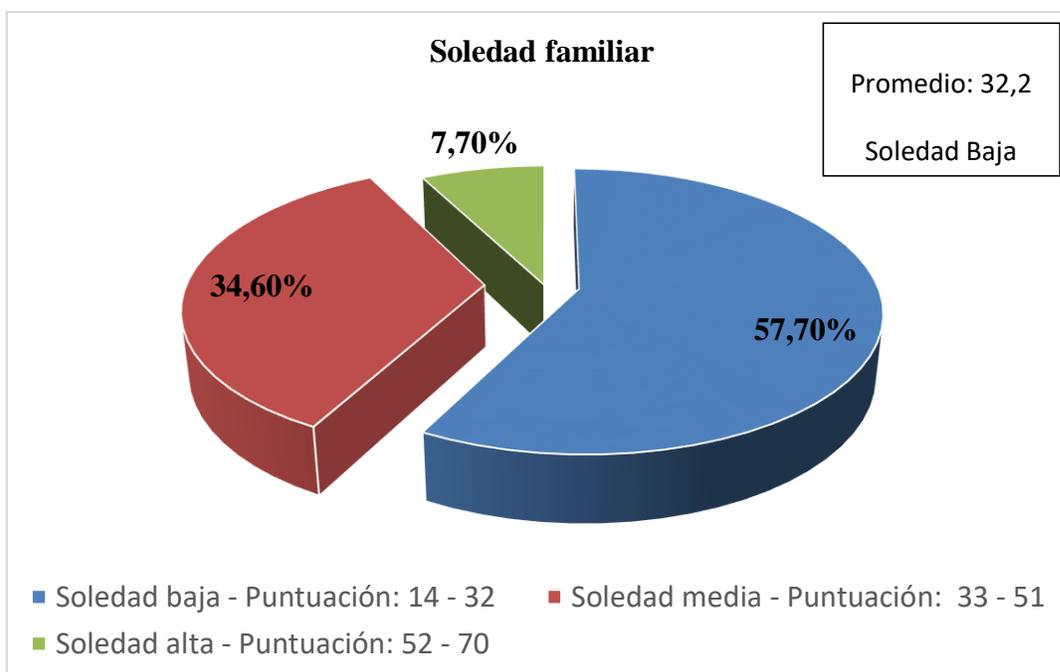
Tabla 1 . Variables sociodemográficas

Variable		N°	%
Género	Femenino	22	84,6
	Masculino	4	15,4
Edad (en años)	Menores de 65	6	23,1
	65-75	15	57,7
	Mayores de 75	5	19,2
Estado civil	Soltero	4	15,4
	Casado	10	38,5
	Unión libre	3	11,5
	Viudo	9	34,6
Estrato socioeconómico	1	8	30,8
	2	8	30,8
	3	8	30,8
	4	2	7,6
Nivel educativo	Básica primaria	17	65,4
	Bachiller	5	19,2
	Técnico	1	3,8
	No culminó estudios	3	11,6
Con quién vive	Hijos	4	15,4
	Pareja	6	23,1
	Otros	16	61,5
Número de personas con las que convive	1 a 3	19	73,1
	4 o más	7	26,9
Depende económicamente de alguien más	Sí	10	38,5
	No	16	61,5

Por otro lado, se encontró que los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia tienen un promedio de soledad medio. Además, se evidencia que el factor que más predomina con un nivel más alto de soledad a comparación de los demás factores, es la soledad social (ver gráfica 3). Para ello, se obtuvo las siguientes medias de soledad: Soledad Familiar Promedio 32,2 (Soledad baja), Soledad conyugal Promedio 15,8 (Soledad media), Soledad social Promedio 20,6 (Soledad media) y Crisis existencial Promedio 24,5 (Soledad media). (Ver gráfica 1, 2, 3 y 4).

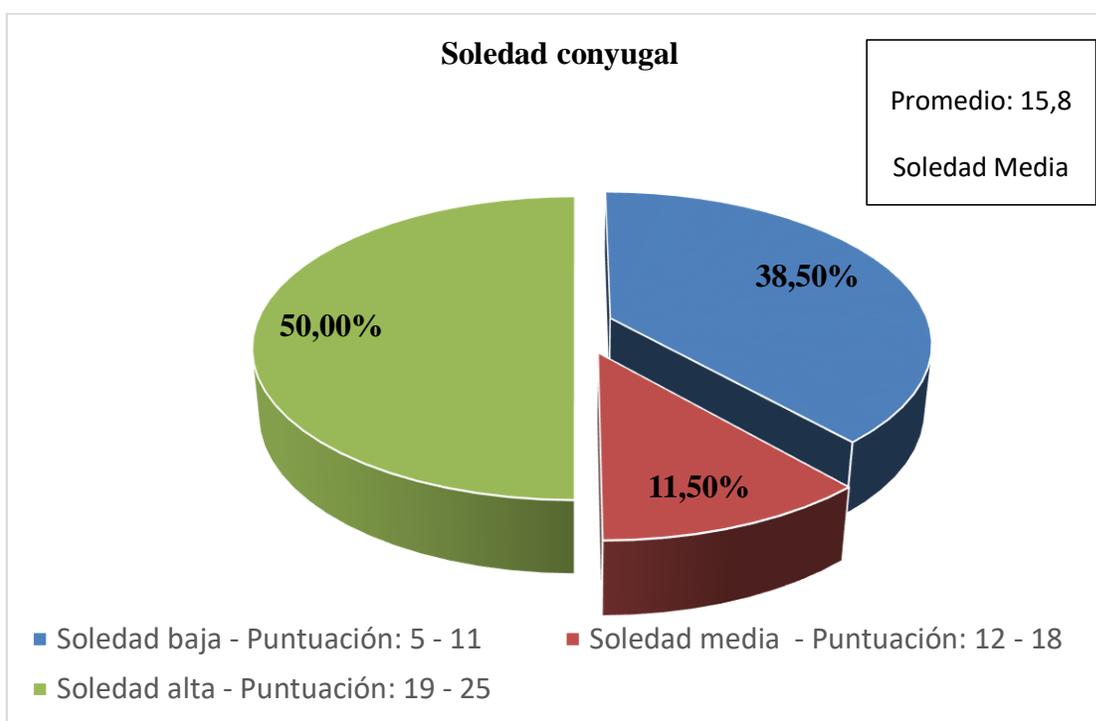
Soledad familiar: El 57,70% de los adultos mayores puntuaron una soledad baja, un 34,60% evidenciaron un nivel medio de soledad y el 7,70% presentaron un nivel alto de soledad. El promedio para este tipo de soledad es de 32,2, es decir, soledad baja.

Gráfica 1 . Soledad familiar



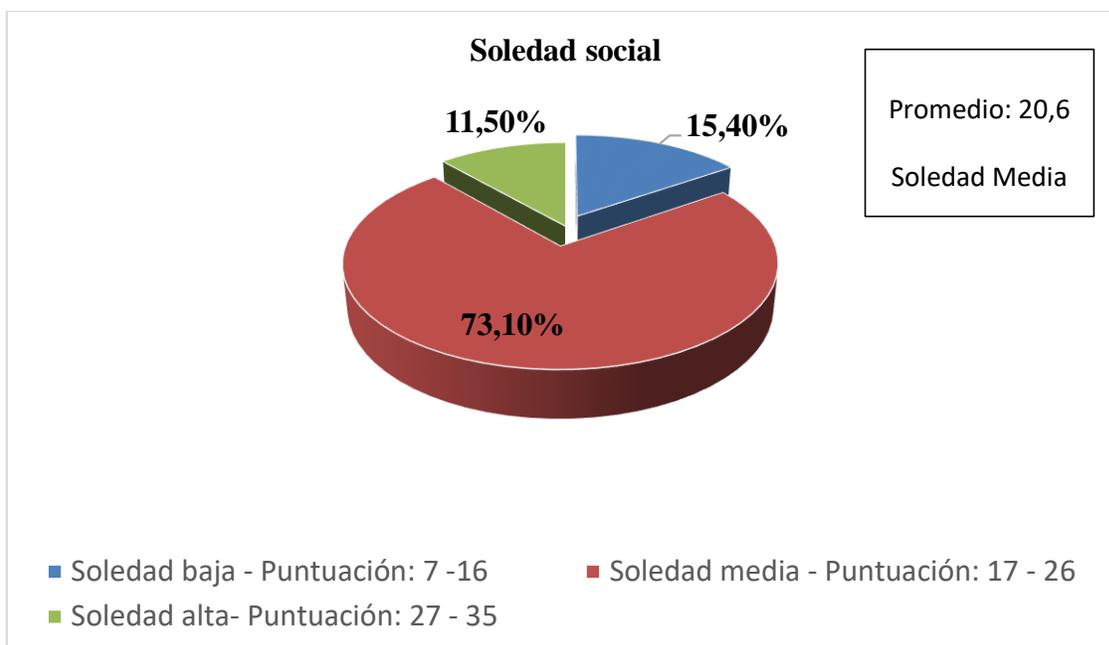
Soledad conyugal: El 38,50% evidenció soledad baja, mientras que el 11,50% presentó una soledad media y el 50% de los adultos mayores puntuó soledad alta. El promedio para este tipo de soledad es de 15,7, es decir, soledad media.

Gráfica 2 . Soledad conyugal



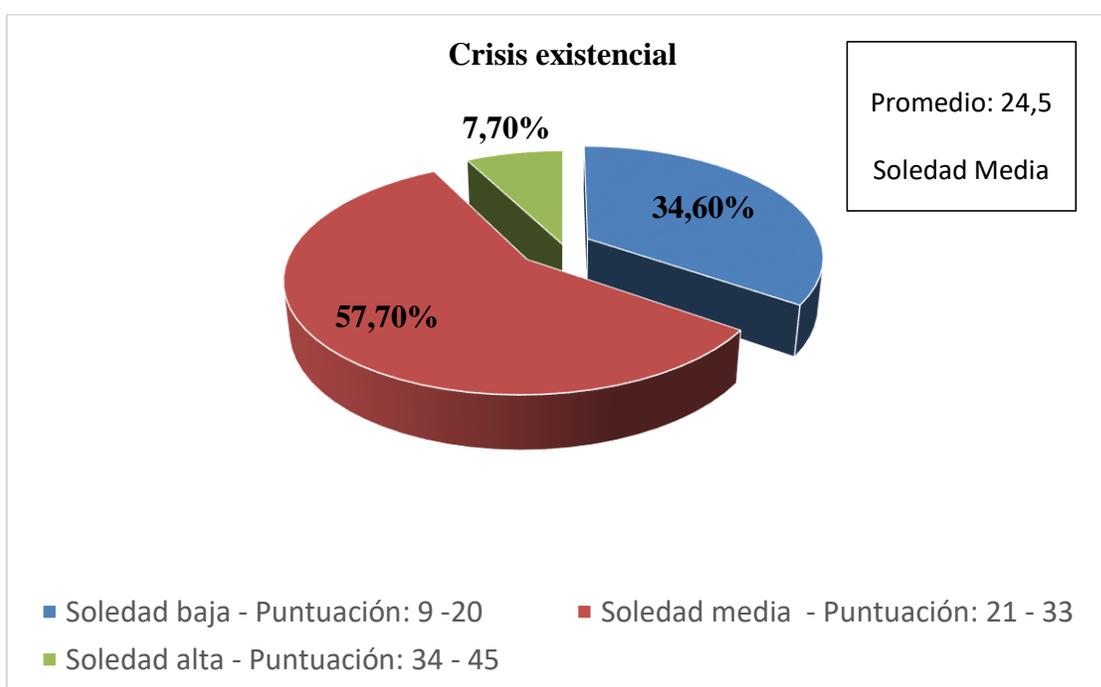
Soledad social: Se observó que el 15,40% presentó soledad baja, el 73,10% evidenció soledad media, y el 15,40% puntuó soledad alta. El promedio para este tipo de soledad es de 20,6, es decir, soledad media.

Gráfica 3 . Soledad social



Crisis existencial: El 34,60% manifestó soledad baja, el 57,70% puntuó soledad media, y el 7,70% evidenció soledad alta. El promedio para este tipo de soledad es de 24,5, es decir, soledad media.

Gráfica 4 . Crisis existencial

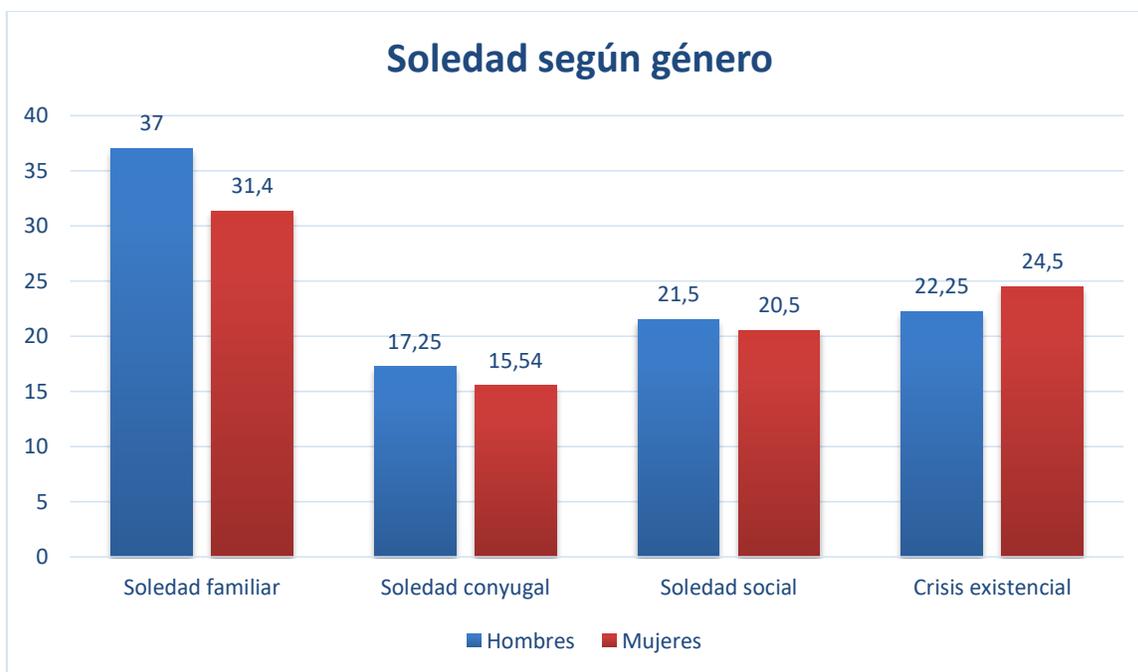


Análisis de resultados y discusión

Luego de transcribir la información recolectada del instrumento a EZAnalyze, se organizan los datos según el orden del código numérico que se le asignó a cada escala, obteniendo primero los datos sociodemográficos y después el resultado de cada tipo de soledad para cada participante. En tanto, se encontró la siguiente relación entre las variables demográficas y los tipos de soledad en los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia.

Soledad según género: Se observó un nivel más alto de soledad familiar (Punt: 37 – Soledad media), de soledad conyugal (Punt: 17,25 – Soledad media) y soledad social (Punt: 21,5 – Soledad media) en los hombres que en las mujeres, mientras que se presentó mayor crisis existencial (Punt: 24,5 – Soledad media) en las mujeres que en los hombres (Punt: 22,25 – Soledad media).

Gráfica 5 . Soledad según género



Algunos autores (Llorente, 2017; Martínez, Carbajal, Monteiro, Arroyo, Maciel, Montes y Garay, 2018; Stevens y Westerhof, 2006) concuerdan con que los hombres sienten mayor soledad familiar, conyugal y social que las mujeres, puesto que tienen más problemas para llevar una vida autónoma, además, son las mujeres quienes disponen de más redes de apoyo que les brindan afecto y compañía. Además, en el hombre hay más cambios de roles que son difíciles de afrontar, como abandonar el papel de proveedor y cabeza de familia que antes asumía, debido al fin de las actividades laborales (Cardona et al, 2013). En este sentido, Martínez et al (2018) explican que:

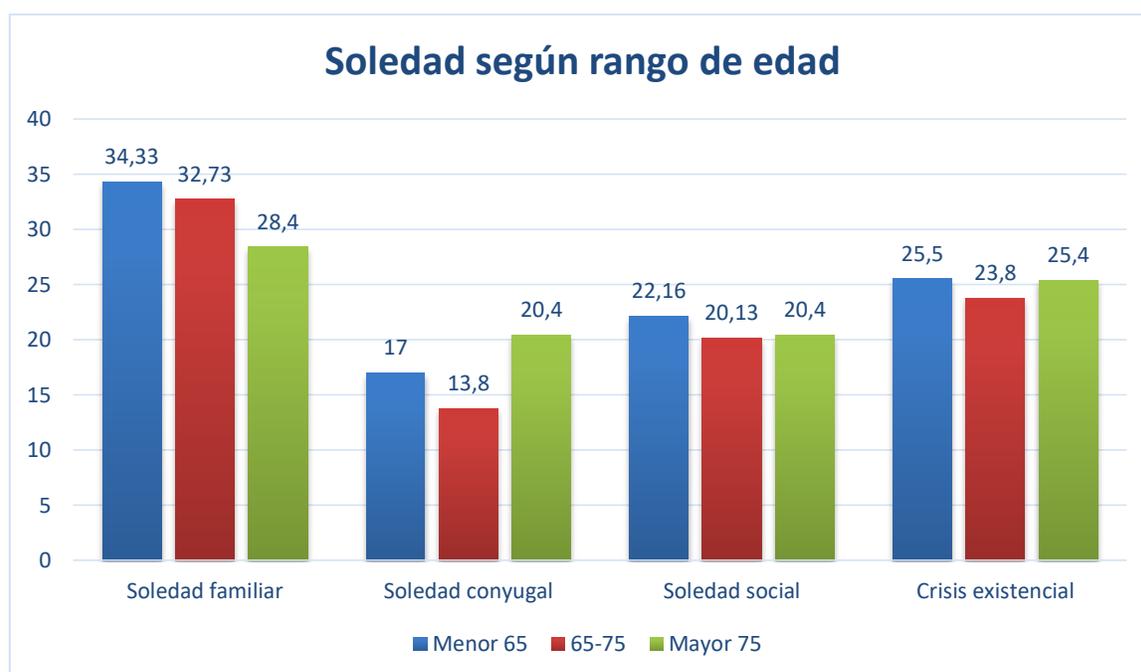
En el caso de los varones, la soledad especialmente, se puede tornar problemática cuando se le asocia con situaciones como las malas condiciones de salud, la viudez, la jubilación, la salida de los hijos del hogar, la lejanía de las viviendas de las personas mayores de las de sus descendientes, la falta de apoyo familiar y el aislamiento social (p. 9).

Por otro lado, la crisis existencial tiene una relación negativa y altamente significativa con el bienestar psicológico, porque “es consecuencia del empobrecimiento de la calidad de vida y de la reducción de experiencias satisfactorias” (Buendía & Riquelme, 1994, p. 147). Esto conlleva a que los adultos mayores, especialmente las mujeres, evidencien baja autoestima, soledad, tristeza, irritabilidad; además, se ve afectada la salud mental, pues se manifiestan trastornos de ansiedad, depresión y delirio (Baneris, 2012; Delgado, 2012).

Soledad según edad: La gráfica 6 presenta la distribución del tipo de soledad por rango de edad. Se halló que el grupo entre 60 a 65 años manifiesta un nivel más alto de soledad familiar (Punt: 34,33 - Soledad media) y de soledad social (Punt: 22,16 – Soledad media) que los demás rangos de edad, y un nivel medio de soledad conyugal (Punt: 17 - Soledad media). El grupo de 65 – 75 años presenta un nivel más alto de soledad familiar (Punt: 32,73 - Soledad baja) que los mayores de 75 años y niveles más bajos frente a la soledad conyugal (Punt: 13,8 - Soledad media), la soledad social (Punt: 20,13 - Soledad media) y la crisis existencial (Punt: 23,8 - Soledad media). El grupo de más de 75 años evidencia un nivel más alto de soledad conyugal (Punt: 20,4 – Soledad alta) y un nivel menor en soledad familiar (Punt: 28,4 – Soledad baja) y soledad social (Punt: 20,4 – Soledad media). No hubo diferencias significativas entre los menores de 65 (Punt: 25,5 – Soledad media) y los mayores de 75 años (Punt: 25,4 – Soledad media) respecto a la crisis existencial; además, el promedio de edad fue de 70,3 años.

Cabe destacar que pese a que son los menores de 65 años quienes presentan niveles más altos en los tipos de soledad familiar, social y existencial, los mayores de 75 se encuentran en segundo lugar y, presentan un nivel más alto que los tres grupos de edad en soledad conyugal.

Gráfica 6 . Soledad según rango de edad



Las investigaciones realizadas por Cardona, Villamil, Henao y Quintero (2007, 2013, 2018) plantean que un alto índice de soledad conyugal, familiar, social y crisis existencial se presenta principalmente en quienes están en mayor rango de edad, y que dichas causas están ligadas con las pérdidas de los integrantes del grupo familiar, de la pareja y de los amigos, y la disminución de las capacidades físicas, que implica menos contactos con otras personas, entre otros.

En este sentido, Lauder, Mmumery y Sharkey (2006), y, Demakakos, Nunn y Nazroo (2006) también concuerdan con que los adultos mayores más jóvenes tienen niveles significativamente más bajo de soledad; además, concluyeron que la soledad se acelera con la edad, por lo tanto, los adultos mayores de 75 años son quienes más la sufren, principalmente en el ámbito conyugal.

Soledad según estado civil: En los solteros se perciben significativamente niveles más altos en todos los tipos de soledad que en los demás estados civiles: soledad familiar (Punt: 48,25 – Soledad alta), soledad conyugal (Punt: 24,25 – Soledad alta), soledad social (Punt: 24,75 – Soledad media) y crisis existencial (Punt: 32,25 – Soledad media). Respecto a los casados, se evidencia que presentan el nivel más bajo de soledad familiar (Punt: 27,3 – Soledad baja), mientras que soledad conyugal es el segundo nivel más bajo (Punt: 9,1 – Soledad baja).

No hubo diferencias significativas en los casados (Punt: 19,9 - Soledad media) y en los viudos (Punt: 19,77 – Soledad media) frente a la soledad social. Tampoco hubo diferencias significativas en los casados (Punt: 20,8 – Soledad media) y en la unión libre (Punt: 20,66 – Soledad media) referente a la crisis existencial. Quienes conviven en unión libre experimentan el nivel más bajo de soledad conyugal (Punt: 6 – Soledad media) y el segundo nivel más alto de soledad familiar (Punt: 32,66 – Soledad baja). Finalmente, los viudos expresaron el segundo nivel más alto de soledad conyugal (Punt: 22,77 – Soledad alta) y crisis existencial (Punt: 26,44 – Soledad media), y un nivel bajo de soledad familiar Punt: (30,55 – Soledad baja). En cuanto a estado civil, predominan los adultos casados.

Particularmente, dentro de los resultados llama la atención que hay unas medidas similares de soledad social para casados, unión libre y viudos y, que en general para todos presenta un rango cercano. También es llamativa la gran diferencia en los resultados de soledad conyugal para casados y unión libre, aunque es un resultado esperable considerando tienen pareja.

Gráfica 7 . Soledad según estado civil



El sentimiento de soledad es mayor en quienes no tienen pareja, esto concuerda con las tesis de algunos autores (Bowling & Bond, 2005; Demakakos, Nunn & Nazroo, 2004; Hawkey, Hughes, Waite, Masi, Thisted & Cacioppo, 2008; Victor, Scambler, Pinquart & Sörensen, 2001).

La vejez es menos traumática para aquellos adultos mayores que tienen pareja (casados o en unión libre), lo cual demuestra que el estado civil es un factor determinante en el nivel de soledad. En las personas solteras, la soledad se incrementa de manera especial porque son mucho más vulnerables, ya que no cuentan con fuentes de apoyo que suplan sus necesidades emocionales, familiares y sociales (Doblas & Díaz, 2018). Mientras que los viudos experimentan un profundo vacío por la pérdida de su pareja, y esta situación incluso puede ocasionar enfermedades (físicas y/o mentales) o la muerte de quien lo vivencia (Llorente, 2017).

En cambio, quienes se encuentran casados y en unión libre tienen mayores posibilidades de combatir la soledad, pues el hecho de tener pareja sentimental se convierte en un factor protector

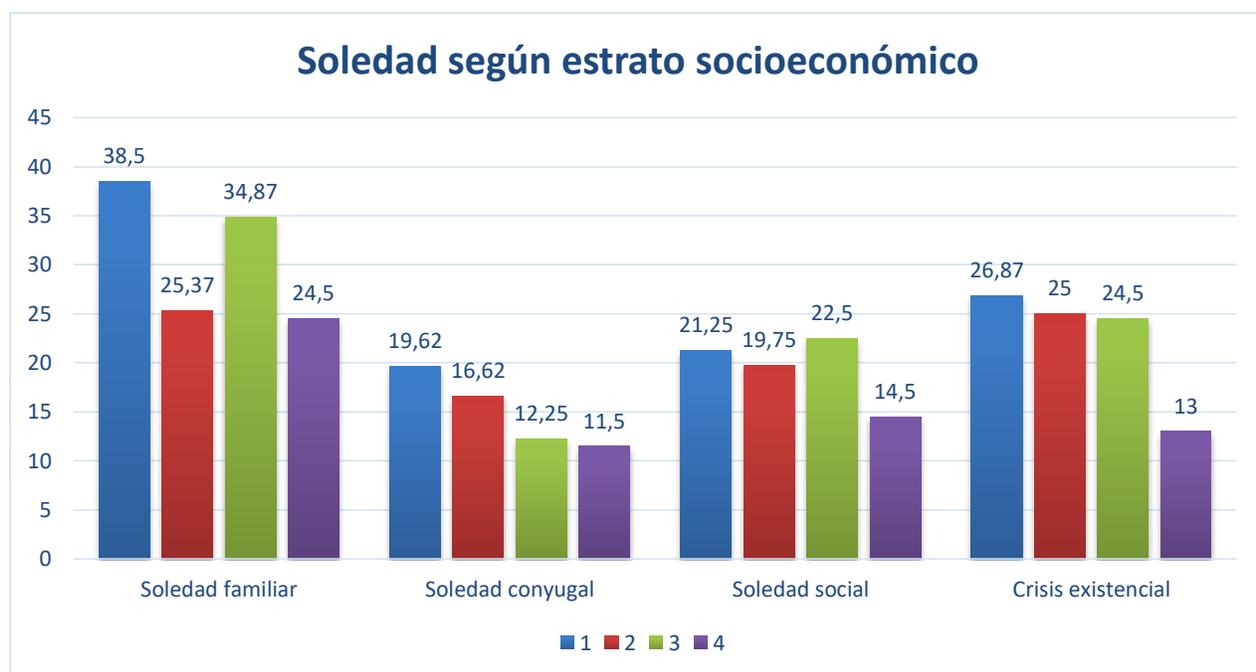
contra la soledad, independiente del medio externo; además, la red social al brindar apoyo constantemente ayuda a que se tenga una mejor calidad de vida y bienestar. (Cardona et al, 2009).

Soledad según estrato socioeconómico: El estrato 1 puntuó los más altos niveles de soledad familiar (Punt: 38,5 – Soledad media), soledad conyugal (Punt: 19,62 – Soledad alta) y crisis existencial (Punt: 26,87 – Soledad media), y el segundo puntaje más alto de soledad social (Punt: 21,15 – Soledad media). El estrato 2 percibió un nivel bajo de soledad familiar (Punt: 25,37 – Soledad baja) y niveles medios de soledad conyugal (Punt: 16,61 – Soledad media), soledad social (Punt: 19,75 – Soledad media) y crisis existencial (Punt: 25 – Soledad media).

El estrato 3 evidenció un nivel de medio de soledad familiar (Punt: 34,87 – Soledad media), soledad conyugal (Punt: 12,25 – Soledad media), soledad social (Punt: 22,5 – Soledad media) y crisis existencial (Punt: 24,5 – Soledad media). El estrato 4 puntuó los niveles más bajos en todos los tipos de soledad a comparación de los demás estratos: soledad familiar (Punt: 24,5 – Soledad baja), soledad conyugal (Punt: 11,5 – Soledad baja), soledad social (Punt: 14,5 – Soledad baja) y crisis existencial (Punt: 13 – Soledad baja). Los estratos más frecuentes fueron el 1, el 2 y el 3, el más inusual fue el 4. No hubo adultos mayores que pertenecieran a los estratos 5 y 6.

Dentro de los resultados, es llamativo que para soledad conyugal, el nivel del estrato socioeconómico es inversamente proporcional a la puntuación de soledad conyugal, así a mayor nivel de estrato socioeconómico, menor puntuación en nivel de soledad conyugal.

Gráfica 8 . Soledad según estrato socioeconómico



Una condición económica inestable implica que la mayor parte del tiempo se dedique a sobrevivir como se pueda y con lo que se tenga, “lo que significa para el adulto mayor vulnerabilidad, indefensión y el resquebrajamiento de vínculos familiares, sociales y estatales, lo que llevaría a afirmar que la pobreza está ligada con la soledad” (Cardona et al, 2002, p. 62). El estrato uno es el menos favorecido y esto se refleja al tener un acceso restringido a los sistemas de seguridad social (no estar pensionado, no poder acceder a los servicios médicos, etc), al no tener los recursos económicos suficientes para desarrollar una buena calidad de vida, tener una menor cohesión filial y un bajo apoyo social, etc, lo que influye en una mayor soledad para el adulto mayor perteneciente al estrato uno (Cardona & Villamil, 2006).

En cambio a medida que se incrementa el estrato disminuye la soledad; quienes presentan menores niveles de soledad son los de estrato cuatro, pues quienes pertenecen a los estratos altos tienen una mejor calidad de vida, mayor nivel educativo y, por tanto, más facultades

(económicas, familiares, sociales y psíquicas) para enfrentar la vejez (Ardila, 2003; Ruiz, 2008). Además, el tener ingresos más altos que los demás estratos socioeconómicos, hace que los adultos mayores se sientan más felices y seguros, ya que esto puede ser un importante mediador de satisfacción para ellos (Treviño, Pelcastre & Márquez, 2006).

Soledad según nivel educativo: En cuanto al nivel de educación formal, aquellos que no tienen ningún grado de estudio, es decir, que no culminaron sus estudios presentan significativamente promedios más altos en todos los tipos de soledad familiar (Punt: 43,33 – Soledad alta), soledad conyugal (Punt: 21- Soledad alta), soledad social (Punt: 22,33 – Soledad media) y crisis existencial (Punt: 30 – Soledad media).

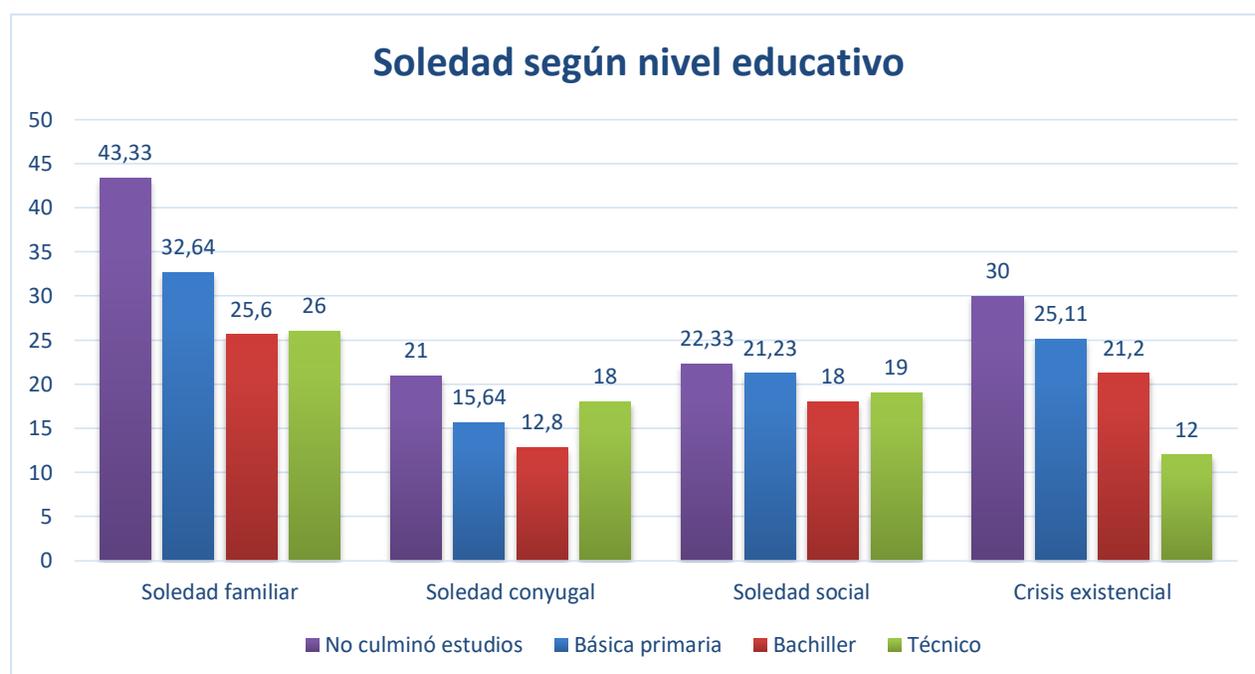
Quienes sólo cursaron básica primaria muestran niveles bajos de soledad familiar (Punt: 32,64 – Soledad baja) y niveles medios de soledad conyugal (Punt: 15,68 – Soledad media), soledad social (Punt: 18 – Soledad media) y crisis existencial (Punt: 25,11 – Soledad media). Quienes sólo cursaron secundaria muestran el nivel más bajo de soledad familiar (Punt: 25,6 – Soledad baja) y de soledad conyugal (Punt: 12,8 – Soledad media) que los demás niveles educativos, y niveles medios de soledad social (Punt: 18 – Soledad social) y crisis existencial (Punt: 21,2 – Soledad media).

Los técnicos presentan el promedio más bajo significativamente en crisis existencial (12 – Soledad baja) y un nivel bajo en soledad familiar (Punt: 26 – Soledad baja) y niveles medios de soledad conyugal (Punt: 18 – Soledad media) y de soledad social (Punt: 19 – Soledad media). El nivel educativo más frecuente fue el de primaria.

Dentro de los resultados, es llamativo que el nivel de crisis existencial es inversamente proporcional al nivel educativo, así, a mayor nivel de educación formal se reporta menor nivel de

crisis existencial, de hecho, para las personas quienes se formaron a nivel técnico éste es el nivel de soledad más bajo. Algo similar sucede con el nivel de soledad familiar, aunque para este nivel las personas quienes cursaron bachillerato y las que cursaron educación técnica tienen niveles muy similares de soledad.

Gráfica 9 . Soledad según nivel educativo



Los tipos de soledad familiar, social y crisis existencial se acentuaron en los niveles formativos “no culminó estudios” y “básica primaria” y van disminuyendo a medida que el nivel de educación aumenta. Esto se explica por la carencia económica y de herramientas personales para enfrentar la etapa de la vejez (Castellanos et al, 2018). Por tanto, la baja escolaridad y las privaciones económicas se relacionan, puesto que las necesidades básicas se debieron suplir con trabajo arduo y supervivencia en la infancia, juventud y/o adultez, mientras otros tenían la oportunidad de acceder a la academia y al llegar a la vejez se ven los frutos de ello (Almeida &

Quintao, 2012). En este sentido, Bishop y Martin (2007), explican que el nivel educativo ayuda al bienestar del adulto mayor, pues los logros educativos reducen su sensación de soledad y su calidad de vida mejora.

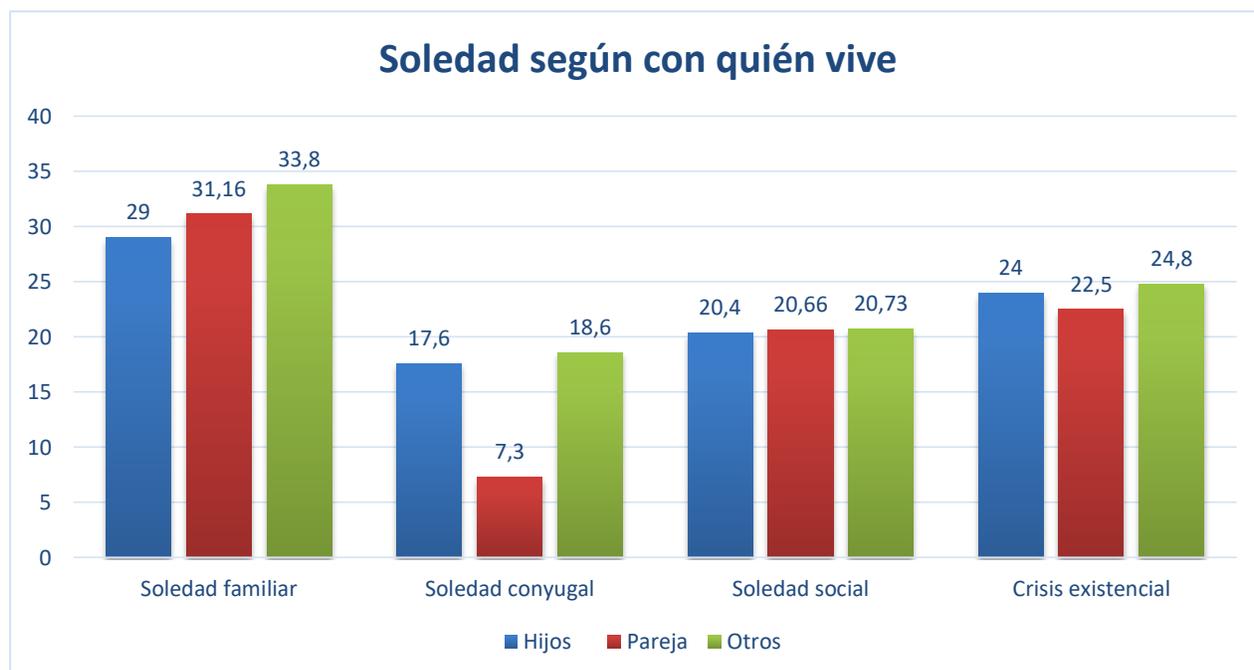
Por otro lado, al no completar los estudios, la soledad se incrementa. La no culminación de los estudios contribuye fuertemente a que persista la soledad, ya que esta frustración influye en las relaciones personales, familiares, sociales y, además, dificulta la adaptación a la etapa de la tercera edad. (Pinquart & Sörensen, 2001).

Soledad según con quién vive: Quienes viven sólo con sus hijos presentan el nivel más bajo de soledad familiar (Punt: 29 – Soledad baja) y el segundo nivel más alto de soledad conyugal (Punt: 17,6 – Soledad media). Quienes viven sólo con su pareja, puntúan el segundo nivel más alto de soledad familiar (Punt: 31,16 – Soledad baja) y los niveles más bajos de soledad conyugal (Punt: 7,3 – Soledad baja) y crisis existencial (Punt: 22,5 – Soledad media).

Quienes viven con otros familiares evidencian el nivel más alto de soledad familiar (Punt: 33,8 – Soledad media) y de soledad conyugal (Punt: 18,6 – Soledad media). No hubo diferencias significativas en quienes viven con los hijos (Punt: 20,4 – Soledad media), con la pareja (Punt: 20,66 – Soledad media) y con otros familiares (Punt: 20,73 – Soledad media) respecto a la soledad social. Tampoco hubo diferencias significativas en quienes viven con sus hijos (Punt: 24 – Soledad media) y en quienes viven con otros familiares (Punt: 24,8 – Soledad media) respecto a la crisis existencial.

Dentro de los resultados, es llamativo que hay medidas similares de soledad social para quienes viven con sus hijos, con su pareja y con otros familiares (nietos, hermanos, amigos) y que en general, la soledad social para todos presenta un rango cercano.

Gráfica 10 . Soledad según con quién vive



Los adultos mayores que viven cerca de su familia tienden a presentar menor soledad que los que viven lejos de ella. La familia suele ser el único soporte al entrar en la tercera edad, por ende, el estar geográficamente cerca de dicho núcleo o verlos constantemente hace que el anciano se sienta menos solo emocional y físicamente (Carbajo, 2008).

La tenencia de hijos es un factor protector frente a la soledad familiar, así como la tenencia de una pareja es un factor protector frente a la soledad conyugal, ya que el círculo afectivo y familiar está directamente relacionado con la soledad (Rubio, 2009).

La categoría “otros”, que corresponde a quienes viven con otros familiares como lo son los nietos, evidencia una relación compleja en las relaciones intergeneracionales, debido a que las diferencias culturales-temporales entre las generaciones de los adultos mayores y las más jóvenes

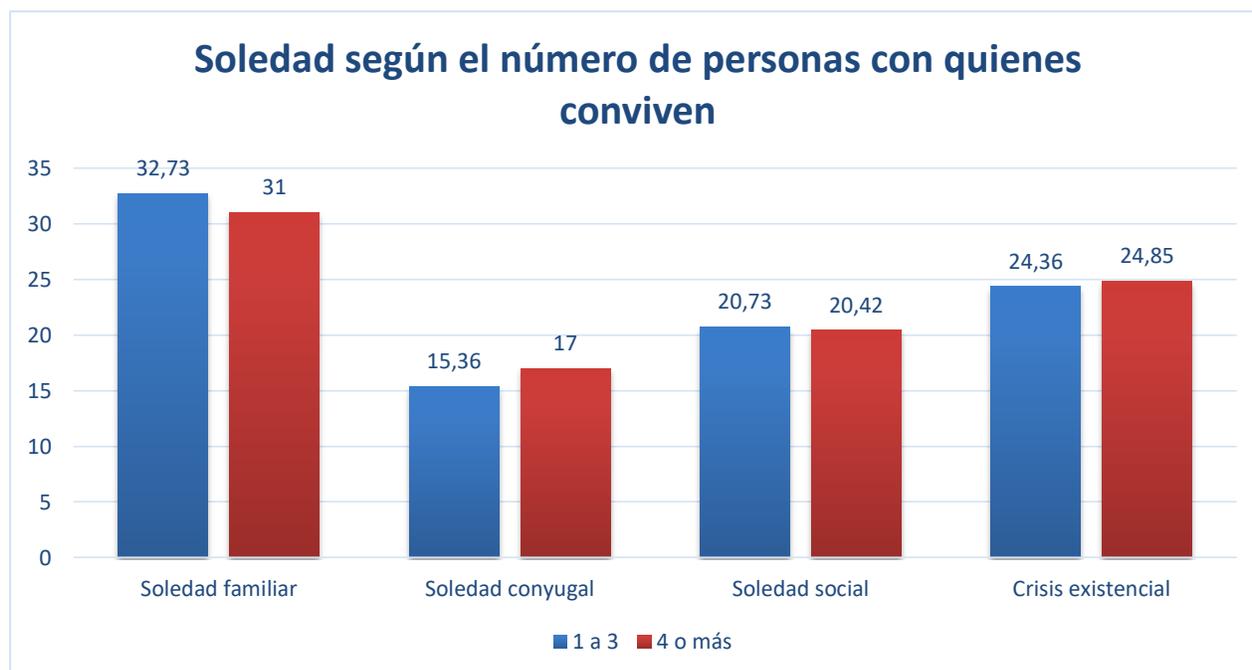
pueden dificultar los espacios comunes y la convivencia, y potenciar su aislamiento (De Jong & Dykstra, 2008),

Mientras que quienes viven con familiares más lejanos o con amigos experimentan la soledad con mayor frecuencia, puesto que los adultos mayores relacionan la soledad con la ausencia física, la falta de afecto y de atención por parte de sus familias; es decir, se sienten ignorados, poco amados y poco valorados por dicho núcleo (Rivas et al, 2013).

Soledad según el número de personas con quienes conviven: Quienes conviven con 1 a 3 personas presentan el nivel más alto de soledad familiar (Punt: 32,73 – Soledad baja) y el nivel más bajo de soledad conyugal (Punt: 15,36 – Soledad media), mientras que quienes conviven con 4 o más personas experimentan el nivel más alto de soledad conyugal (Punt: 17 – Soledad media) y el nivel más bajo de soledad familiar (Punt: 31 – Soledad baja).

Por otro lado, no hubo diferencia significativa en la soledad social en quienes conviven con 1 a 3 personas (Punt: 20,73 – Soledad media) como en quienes conviven con 4 o más personas (Punt: 20,42 – Soledad media) ni tampoco hubo diferencia significativa respecto a la crisis existencial (Punt: 24,36 - 24,85 - Soledad media) en ambos grupos.

Gráfica 11 . Soledad según el número de personas con quienes conviven



Cardona, Villamil, Henao y Quintero (2013) afirman que “el tamaño de la red familiar y social del adulto mayor está directamente relacionado con la soledad; pues a medida que aumenta el número de personas con quienes conviven, disminuye el grado de la soledad” (p. 17).

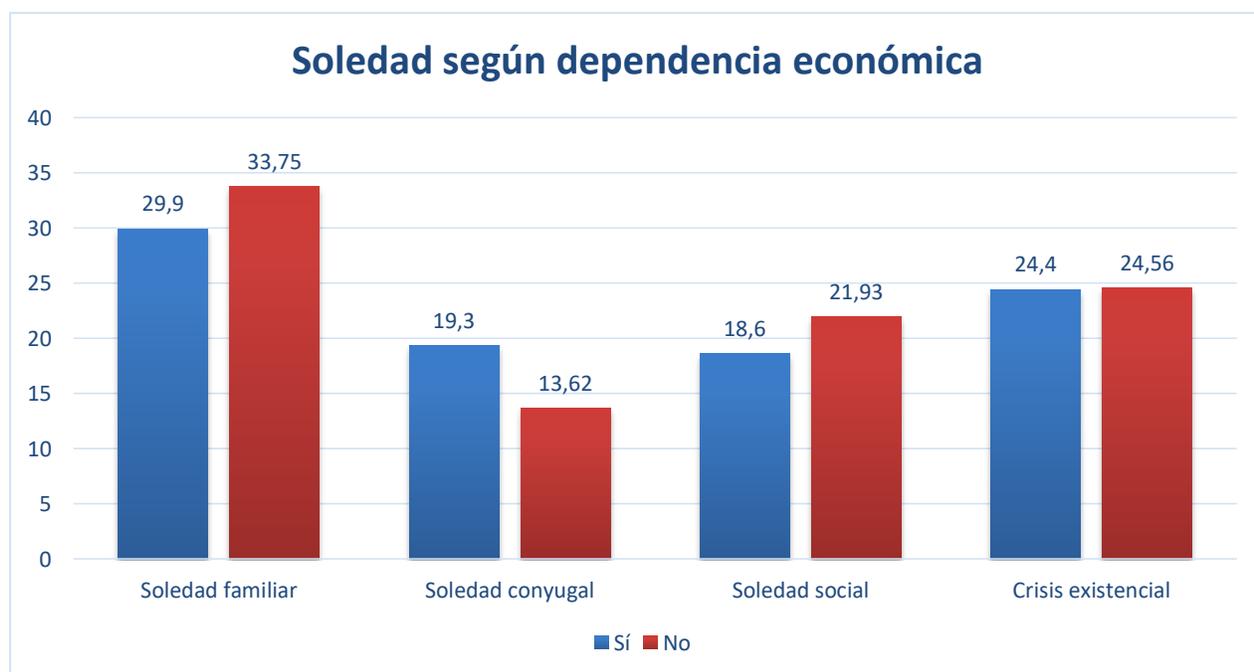
En este mismo sentido, Doblas y Díaz (2018) explican que los adultos mayores que viven solos tienen un mayor nivel de soledad que aquellos que viven acompañados, lo que constituye un factor de riesgo para la aparición del sentimiento de soledad. Así mismo, Pinquart (2003) argumenta que los viudos aunque vivan acompañados, se encuentran especialmente expuestos a la soledad conyugal, ya que suelen tener graves problemas de adaptación frente a la falta del cónyuge en la vida cotidiana y en el hogar. Finalmente, Victor

y Yang (2012), plantean que el hecho de residir con la familia, es uno de los principales factores que protegen a los ancianos contra el sentimiento de soledad.

Soledad según dependencia económica: Se halló que los adultos mayores que sí dependen económicamente de alguien más presentaron el nivel más alto de soledad conyugal (Punt: 19,3 – Soledad alta) y los niveles más bajos de soledad familiar (Punt: 29,9 – Soledad baja) y de soledad social (Punt: 18,6 – Soledad media).

Mientras que los ancianos que no dependen económicamente de alguien más puntuaron los niveles más altos de soledad familiar (Punt: 33,75 – Soledad media) y soledad social (Punt: 21,93 – Soledad social), y el nivel más bajo de soledad conyugal (Punt: 13,62 – Soledad media). No hubo diferencia significativa en quienes sí dependen económicamente de alguien más (Punt: 24,4 – Soledad media) y en quienes no dependen económicamente (Punt: 24,56 – Soledad media) respecto a la crisis existencial.

Gráfica 12 . Soledad según dependencia económica



Los adultos mayores que lograron la jubilación suelen mantenerse a sí mismos el resto de su vejez, y quienes no alcanzan la jubilación experimentan condiciones económicas precarias o se convierten en personas económicamente dependientes, y que además, pierden su autonomía y resultan en muchos casos una carga para sus familiares (Sánchez, 1994). Así pues, Rodríguez (2005) señala que cuando disminuyen los recursos económicos y aumenta el grado de dependencia del mayor, se incrementa la soledad familiar y social, y se empobrece la calidad de vida.

En nuestro país el nivel de pobreza de la población de la tercera edad es del 40% (Rubio et al, 2011), lo cual representa un factor de riesgo, pues es un alto porcentaje de adultos mayores que no cuentan con ingresos económicos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas (Castellanos et al, 2018). Por lo cual, para Rubio et al (2011) esto supone que:

Al existir un déficit en los ingresos de los adultos mayores, algunos de ellos recurren a la búsqueda de trabajos informales, poco remunerados, o que apenas ayudan a su subsistencia. Estos trabajos informales en lugar de hacer sentir productivos a los ancianos, pueden estar presentándose como una sobrecarga que en muchos casos la misma familia pone sobre el mayor, así pues, de esta manera se hace referencia a una soledad familiar, pues aunque se encuentran acompañados pueden estar percibiendo la soledad de una manera dolorosa (p. 316).

Conclusiones

Se halló que 26 adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la vida” en Bello, Antioquia tienen un promedio de soledad medio. Además, se evidencia que el factor que más predomina con un nivel más alto de soledad a comparación de los demás factores, es la soledad social (Promedio 20,6 - Soledad media).

Los resultados muestran una mayor soledad familiar, conyugal y social en los hombres, mientras que se presentó mayor crisis existencial en las mujeres. Respecto a la edad, el grupo menor de 65 años manifiesta el nivel más alto de soledad familiar y de soledad social, mientras que el grupo de más de 75 años evidencia el nivel más alto de soledad conyugal.

En los solteros se perciben significativamente niveles más altos en todos los tipos de soledad que en los demás estados civiles. El estrato más bajo puntuó los niveles más altos de soledad familiar, soledad conyugal y crisis existencial, y mientras incrementa el estrato disminuye la soledad. En cuanto al nivel de educación formal, aquellos que no tienen ningún grado de estudio, es decir, que no culminaron sus estudios presentan significativamente promedios más altos en todos los tipos de soledad.

Quienes viven con otros familiares (nietos, hermanos, amigos) evidencian el nivel más alto de soledad familiar y de soledad conyugal; además, quienes conviven con 1 a 3 personas presentan el nivel más alto de soledad familiar, mientras que quienes conviven con 4 o más personas experimentan el nivel más alto de soledad conyugal. Además, los adultos mayores que sí dependen económicamente de alguien más presentaron el nivel más alto de soledad conyugal y

los que no dependen económicamente de alguien más puntuaron los niveles más altos de soledad familiar y soledad social.

En síntesis, esta investigación concuerda con Cardona, Villamil, Henao y Quintero (2007, 2013, 2018) cuando afirman que las variables: edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad y recursos económicos, están asociadas con la soledad en el adulto mayor.

Limitaciones

Uno de los principales limitantes que se pudo observar a lo largo de la investigación fue la escasa construcción y extensión conceptual del sentimiento de soledad en los adultos mayores no institucionalizados, tanto a nivel internacional como nacional y local.

El tamaño de la muestra de participantes del género masculino (4 hombres) fue muy pequeño para determinar con exactitud la relación de acuerdo al género para cada una de las variables, por ejemplo, los tipos de soledad para los hombres de acuerdo a su edad o según su estado civil, y así sucesivamente. Además, no hay suficientes datos que expliquen dichas relaciones entre variables sociodemográficas.

El tamaño de la muestra se limitó a 26 adultos mayores, debido a la contingencia sanitaria a nivel mundial experimentada por el Covid 19. Además, la debida intervención y retroalimentación a los participantes no pudo ser posible llevarla a cabo, por tanto se sugiere que se realice un mayor acompañamiento y apoyo psicosocial a esta población.

Referencias

- Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales García, J. J., & Rubio Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 2*, 179-188.
- Aguirre García, J., & Jaramillo Echeverri, L. G. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 51-74.
- Alba, V. (1992). *Historia Social de la Vejez*. Barcelona: Laertes.
- Alcaldía de Bello. (2019). *Plan de Desarrollo 2016 -2019 Bello, Ciudad de Progreso*. Bello: Alcaldía de Bello.
- Allan, N., Wachholtz, D., & Valdés, A. (2005). Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional N°5*, 1-13.
- Almeida , L., & Quintao , S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port*, 350-8.
- Arango, V., & Ruiz, I. (2006). Diagnóstico De Los Adultos Mayores De Colombia. *Fundación Saldarriaga Concha*.
- Ardila , R. (2003). Calidad de vida: una definición integrada. *Revista Latinoamericana de psicología*, 161-163.
- Arias, W. L., Yepez, L., Núñez, A. L., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M. A., & Hurtado, J. (2014). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores

- institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones Vol.1, N°2*, 84-103.
- Aschoff, J. (1981). A Survey on Biological Rhythms. *Handbook of Behavioral Neurobiology, Vol. 4 Biological Rhythms. Plenum Press*, 3-8.
- Baiza Molina, J. S. (2015). *Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono*. Antigua Guatemala: Universidad rRafael Landívar.
- Banda González, L. B., Ibarra González, C. P., Vázquez Salazar, G., & de los Reyes Nieto, L. R. (2005). Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado . *Cultura de los cuidados*, 61-67.
- Barenys, M. P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*, 07-24.
- Belda Beneyto, J. (2010). Teoría universal del Humanismo. *Pedro Aullón de Haro*, 636-657.
- Bishop, A., & Martin, P. (2007). The indirect influence of educational attainment on loneliness among unmarried older adults. *Educ Gerontol*, 897-917.
- Bravo Almonacid, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. *Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales de la UNLP*, 1-21.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1994). *Jubilación, salud y envejecimiento*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

- Buijs , R. M., & Kreier, F. (2008). ¿Participa el reloj biológico en el síndrome metabólico? *Ciencia*, 39-47.
- Buijs, R. M., & Kalsbeek, A. (2001). Hypothalamic integration of central and peripheral clocks. *Nat. Rev. Neurosci*, 2, 521-526.
- Bustamante, G., Gutiérrez, M., & Luperón, J. M. (2019). Fundamentos sobre la gestión de los clubes deportivos formativos en el Ecuador . *Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma*, 136-150.
- Cacioppo, J., & Hawkey, L. (2010). Loneliness and blood pressure in older adults: defining connections. *Aging Health*, 415-418.
- Cadena Iñiguez, P., Rendón Medel, R., Aguilar Ávila, J., Salinas Cruz , E., de la Cruz Morales, F. d., & Sangerman Jarquín, D. M. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, vol. 8, núm. 7, 1603-1617.
- Carbajo, C. (2008). La historia de la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 237-254.
- Cardona , D., Estrada , A., & Agudelo , H. (2002). *Envejecer nos toca a todos: Caracterización de algunos componentes de la calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor Medellín*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2007). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto

- mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Rev Fac Nac Salud Pública Vol. 27 N.º* 2, 154-163.
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 9-19.
- Cardona Jiménez, J., & Villamil Gallego, M. M. (2006). El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 20 No. 2*, 930-938.
- Castellanos Caballero, H. N., Ovalle Forero, S. G., & Quintero Porras, A. M. (2018). *Nivel de soledad que presenta el adulto mayor abandonado, del Hogar Geriátrico San Francisco Javier en Piedecuesta*. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Cataño Jiménez, G. L. (2015). *Percepción De La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Del Centro Geriátrico Sagrado Corazón De Jesús En El Municipio De Copacabana*. Bello: Corporación Universitaria Minuto De Dios.
- Caviedes Langle, E. A. (2016). Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *Revista Científica Alas Peruanas*, 1-12.
- Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en ciencias sociales . *Metodología de la Investigación III*, 2-194.
- CEPAL. (2019). *Tendencias recientes de la Población de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE.

- Ceres Gomes, V., Knauth Riva, D., & Hassen, M. d. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo editorial.
- Cerquera Córdoba, A. M., Cala Rueda, M. L., & Galvis Aparicio, M. J. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Revista Diversitas - Perspectiva en Psicología - Vol.9, No.1*, 45-53.
- Céspedes Miranda, E., Rodríguez Capote, K., Llopiz Janer, N., & Cruz Martí, N. (2002). Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed*, 186-190.
- Cifuentes Reyes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Cifuentes, J. D. (23 de Agosto de 2018). Bello tiene la única Secretaría del Adulto Mayor en Colombia. *Telemedellín*.
- Clemente, M., Vidal, M. Á., & Reguera, N. (1997). *Determinación de factores de riesgo en el abandono de ancianos*. Madrid: Fundación Largo Caballero.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2013). *Derechos de las personas adultas mayores*. Ciudad de México: Revista de Derechos Humanos.
- Congreso de Colombia. (2009). *LEY 1315 DE 2009*. Bogotá: El Congreso de Colombia.
- Congreso de la República. (2009). *Ley 1315 DE 2009*. Bogotá: El Congreso de Colombia.
- Cuidadores, J. (01 de Agosto de 2017). *Joyners*. Obtenido de La soledad en la tercera edad, un riesgo para su salud: <https://www.joyners.com/blog/soledad-tercera-edad/>

DANE. (2005). *Censo General 2005 Población Adulto Mayor*. Bogotá: DANE.

DANE. (2018). *Resultados Censo Nacional De Población Y Vivienda 2018*. BOGOTÁ: Dane
Información Para Todos.

DANE. (2018). *Resultados Colombia Total Nacional*. Bogotá: DANE.

DANE. (08 de Julio de 2019). Por cada 100 personas jóvenes, en Medellín hay 62 adultos
mayores. (M. Álvarez Correa, Entrevistador)

Danhke, G. L. (1989). *Investigación y comunicación*. México: McGrawHil.

De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2008).

Virtue is its own reward? Support giving in the family and loneliness in middle and old a
ge. *Ageing & Society*, 271-287.

Delgado Mera, J. J. (2012). *Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro
Del Buen Vivir MIES FEDHU*. Guayaquil: Universidad De Guayaquil .

Demakakos , P., Nunn, S., & Nazroo , J. (2004). *Loneliness, relative deprivation and life
satisfaction. In: Banks J, Breeze E, Lessoff C, Nazroo J, editors. . Retirement, health and
relationships of the older population in England: the 2004 english longitudinal study of
age.*

Diaz Hernández , Y., Mármol Sónora, L., Ocaña Leal, A. I., Maldonado Alvarez, C., Angulo
Ledón, Y., & Mármol Ocaña, L. (2014). Diseño de una intervención educativa para
prevenir y controlar la violencia contra adultos mayores de una población de Ciego de
Ávila. *Mediciego Vol.20 No.2*, 1-4.

- Diniz Lima FAGUNDES, K. V., MAGALHÃES, A. d., dos Santos CAMPOS, C. C., Garcia Lopes ALVES,, C., RIBEIRO, P. M., & MENDES, M. A. (2014). Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index De Enfermería/Primer-Segundo Trimestre 2014, Vol. 23, N. 1-2, 75-79.*
- Doubova , A., & Echevarría, R. (2009). Introducción a excel. *Univ. Sevilla*, 1-18.
- Durán, D., Orbegoz, L., Uribe, A. F., & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ. Psychol. v.7 n.1, 263-270.*
- Echeverri , L. (1994). Familia y Vejez. *Universidad Nacional de Colombia.*
- Esmeraldas Vélez , E. E., Falcones Centen, M. R., Vásquez Zevallo, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento Vol. 3 núm.1, 58-74.*
- Estrada, A., Cardona , D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores en Medellín. *Biomédica*, 492 - 502.
- Fernández Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones a la Psicología.* Madrid: Pirámide.
- Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación Sexta Edición.* México DF: McGraw Hill Education.
- Fernández Guindo, J. A., Massó Betancourt, E., Chacón Pérez, N., & Montes de Oca, Y. (2012). Calidad de vida en el envejecimiento sano del adulto mayor. *UNIVERSIDAD DE Ciencias Médicas Departamento De Perfeccionamiento Guantánamo*, 1-12.

Fernández Lópiz, E. (1994). *Psicología de la vejez*. Granada: Adhara.

Fernández, V. (2012). *Significado que le otorga la enfermera (o) al cuidado*. Valencia:

Universidad De Carabobo.

Fernández-Ballesteros García, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina

Martínez, M. Á., Díez Nicolás, J., Montero López, P., & Schettini del Moral, R. (2010).

Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, vol. 22, núm. 4, 641-647.

Figueroa Toruño, D. A., & Trejo Teruel, E. G. (2003). Las encuestas sociodemográficas en

Honduras. *Rev. Población y desarrollo*, 23-29.

Flórez, J. E. (1995). ¿Transición demográfica en Colombia? *Cuadernos de Geografía*, Vol. V, No.

2,, 133-146.

Frijda, N., & Mesquita, B. (2001). "Beliefs through Emotions". *Emotions and Beliefs. How*

Feelings Influence Thoughts, Frijda, N., Manstead, A. S. R. & Bem, S. (eds.). Cambridge:

Cambridge University Press.

Fuentes Reyes, G., & Flores Castillo, F. D. (2016). La indigencia de adultos mayores como

consecuencia del abandono en el Estado de México. *Papeles de POBLACIÓN No. 87*,

161-181.

Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico.

Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method Vol 7, N°1, 201-229.

Gajardo Jaureguil, J. (2015). Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la

noción de riesgo. *Acta Bioethica*, 199-205.

- García Ferrando, M. (1993). La encuesta. En: Garcia M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. *Alianza Universidad Textos*, 141-70.
- García Salinero, J. (2004). Estudios descriptivos. *Nure Investigación*, n°7, 2-4.
- Giró Miranda, J. (2011). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Gómez Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila Maldonado, S., Casajús, A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición hospitalaria*, 22-30.
- Gómez Gutierrez, C. (2013). *El desarrollo sostenible: conceptos básicos, alcance y criterios para su evaluación*. Havana: Unesco.
- Gómez Morales, M. (2014). *El proceso de institucionalización en la tercera edad*. Córdoba: Universidad Internacional de La Rioja.
- González de Vera, E. (2017). *La Soledad en las personas mayores institucionalizadas en residencias*. San Cristóbal de La Laguna: Universidad de La Laguna.
- González, C. (1997). El pensar y la soledad. *Revista colombiana de psicología*, 145-151.
- Guevara Peña, N. L. (2016). . Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado vol. 12, no. 1*, 138-151.
- Gutiérrez Rabá, A. V., Orozco Castro, J. L., Roza Cuadros, W. A., & Martínez Monroy, Y. M. (2017). *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo*

- y *Cajicá Primer trimestre 2017*. Bogotá: Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A.
- Guzmán Parra, M. I. (2010). *Abandono del adulto mayor, derechos y política social*. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Hawkley , L., Hughes, M., Waite , L., Masi , C., Thisted , R., & Cacioppo , J. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the chicago health, aging, and social relations study. *J Gerontol*, 375–384.
- Hernández Ramírez, V., Iniestra Alcántara, K. J., & Martínez Romero, P. (2015). *Sufrimiento en el adulto mayor: causas y soluciones. Un análisis por sexo*. Toluca: Universidad Autónoma Del Estado De México.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación Cuarta Edición*. México DF: McGraw Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación Cuarta Edición*. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo González, J. G. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Imbert Milán, L. M. (2009). El entorno familiar del adulto mayor Realidad versus legislación. *Derecho y Cambio Social*, 1-31.

- IMSERSO. (2006). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Obtenido de Recuperado: 14 de Abril de 2020: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>.
- Jara, L. (8 de Octubre de 2015). *Observatorio económico social UNR*. Obtenido de Indicadores sociodemográficos: <https://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-sociodemograficos/>
- Juliao Vargas, C. G. (2011). *El enfoque praxeológico*. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios, Uniminuto.
- Kisnerman, N. (1968). *Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Lumen Humanista 2º Edición.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lauder, W., Mummery , K., & Sharkey , S. (2006). Social capital, age and religiosity in people who are lonely. *J Clin Nurs*, 334-40.
- Leal, N. (2000). El método fenomenológico: principios, momentos y reducciones. *Universidad Nacional Abierta*, 52-50.
- Llorente Martínez, R. (2017). *La Soledad en la Vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Loaiza Pérez , S. P., & Valencia Franco, J. W. (2014). *Aproximación a la vivencia del sentimiento de soledad en el adulto mayor del Hogar Hermanos De Los Desvalidos De Bello Antioquia*. Bello: Corporación Universitaria Minuto De Dios.

- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. d. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 2-12.
- López Novoa, J. M., & Rodríguez Puyol, D. (1997). Mecanismos de envejecimiento celular. *Nefrología Vol. XVII. Suplemento 3*, 1-72.
- Lozano Cardoso, A. (2009). El movimiento, el tiempo y la vejez. Crisis de existencia. *Universidades, núm. 41*, 33-37.
- Lupica, C. (2014). Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina. *Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en Argentina*, 11-41.
- Macia Torres, M. A., Martínez Tena, A., & León Robaina, R. (Citado 12 de Marzo de 2020 de 2013). *Factores que condicionan la violencia intrafamiliar al adulto mayor*. Obtenido de Eumed: Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/12>
- Mardones, R. E., Ulloa Martínez, J. B., & Salas, G. (2018). Usos del diseño metodológico cualitativo en artículos de acceso abierto de alto impacto en ciencias sociales. *Forum: Qualitative social research Volumen 19, No. 1, Art 8*, 2-18.
- Marín, J. M. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 28-33.
- Martínez, F., Carbajal, M., Monteiro, L., Arroyo, M., Maciel, C., Montes de Oca, V., & Garay, S. (2018). La soledad en las personas mayores: un análisis de la Escala Este II. *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, 2-14.

- Maya, L. E. (1997). *Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- McGrawn , J. (1997). *Revista de filosofía México*. Vol. 30. No. 88.
- Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. Madrid: Universidad de Castilla La Mancha.
- Meza Palmeros, J. A. (2017). La institucionalización de los adultos dependientes. Características de la atención pública a nivel nacional y en Nuevo León. *Revista del Centro de Investigación*, 95-119.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Ministerio de Salud Y Protección Social. (2018). *Análisis De Situación De Salud (ASIS)*. Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía.
- Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Montero, M., López, L., & Sánchez Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico : Un análisis conceptual. *Salud Mental*, Vol. 24, No.1, 19-27.

- Montes de Oca Zavala, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 73-107.
- Montón Torres, V. (2015). *Significado de soledad para el adulto mayor no institucionalizado residente en Barcelona*. Barcelona: Escola Superior D' Infermeria del Mar.
- Nicuesa, M. (24 de Octubre de 2018). *Psicología Online*. Obtenido de Los principales síntomas de una crisis existencial: <https://www.psicologia-online.com/los-principales-sintomas-de-una-crisis-existencial-119.html>
- Noticias RCN. (16 de Septiembre de 2018). *Noticias RCN*. Obtenido de Uno de cada diez adultos mayores en Colombia está en el abandono: <https://noticias.canalrcn.com/amp/nacional-pais/uno-cada-diez-adultos-mayores-colombia-esta-el-abandono/>
- OMS. (05 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, núm. 18, 91-104.
- Ortega Ordóñez, X. A., & Villamarín Martínez, F. J. (2010). Transición demográfica: Una dimensión empírica de la modernización en la Zona Andina de Nariño. *Semestre Económico*, volumen 13, N° 2, 117-136.
- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales* no.18, 86-96.

- Oviedo, J. D. (03 de Septiembre de 2018). Población en Colombia está envejeciendo. (Portafolio, Entrevistador) Obtenido de <https://www.portafolio.co/economia/poblacion-mayor-de-60-anos-aumento-en-colombia-520711>
- Oviedo, J. D. (10 de Diciembre de 2018). Población en Colombia está envejeciendo. (Portafolio, Entrevistador)
- Palacios Echevarria, A. J. (30 de Marzo de 2016). *FIAPAM*. Obtenido de La soledad en el adulto mayor: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
- Pardo Andreu, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Rev Cubana Invest Bioméd*, 64-68.
- Paredes Salido, F., & Roca Fernández, J. J. (2002). Influencia de los radicales libres en el envejecimiento celular. *Bioquímica*, 96-100.
- Partida Bush, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de población vol.11 no.45*, 9-27.
- Paz, J. A. (2010). Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe. *Geneva*, 1-39.
- Penny Montenegro, E., & Melgar Cuellar, F. (2004). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera Investigación.
- Pérez Brignoli, H. (2010). Población y Salud en Mesoamérica. *Revista electrónica semestral, ISSN-1659-020*, 1-29.
- Pérez González, L. O. (2006). Microsoft Excel: una herramienta para la investigación. *MediSur, vol. 4, núm. 3*, 68-71.

- Pinquart , M., & Sörensen , S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych*, 245–266.
- Pita Fernández, S., & Pertérgas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*, 76-78.
- Pizarro Alcalde, F. (2010). La teoría de la transición demográfica: Recursos didácticos. *Enseñanza de las Ciencias Sociales*, núm. 9, 129-137.
- Placeres Hernández, J. F., & Rosales, L. d. (2014). La familia y el adulto mayor. *Policlínico Universitario Nelson Fernández. Limonar*, 472-483.
- Platz Henao, C. (2017). *Soledad y Demencia: la Relación Bidireccional*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Politécnico Mayor. (2019). *Teorías sobre el proceso de envejecimiento*. Medellín: Espacio virtual de Aprendizaje.
- Quintero Echeverri, Á., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Cardona Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 49-57.
- Ramírez Leitón, R., & Arce Mora, S. (2000). Clubes de la tercera edad. Una opción para el bienestar físico y emocional de las personas mayores. *Universidad de Costa Rica*, 1-11.
- Retamosa, F. (2017). *Perspectivas teóricas sobre el envejecimiento*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.
- Ribera Casado, J. M. (2003). *Envejecimiento*. Madrid: Universidad Complutense.

- Rivas Castro, A. C., Romero Cárdenas, Á. V., Vásquez Munive, M., Ramos de la Cruz, E., González Noguera, T., & Acosta Salazar, D. P. (2013). Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño de la Cuesta ICBF, 2010-II. *DUAZARY, Vol. 10 N° 1*, 26 -32.
- Robledo Díaz, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 9-14.
- Rodríguez Calvo, M. D., Gómez Mendoza, C., Guevara de León, T., Arribas Llopis, A., Duarte Durán, Y., & Ruiz Álvarez, P. (2018). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, vol. 22, núm. 2.
- Rodríguez Feijóo, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía Año VI N° 17*, 1-8.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *GEROKOMOS*, 159-166.
- Rodríguez, P. (2005). *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía.* . Revista Española de Geriátría y Gerontología, 40, 2, 5-15. doi:10.1016/S0211.
- Roldán Monzón, A. V. (2008). *Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rosas, O. (2011). La estructura disposicional de los sentimientos. *Ideas y valores, número 14*, 5-31.

- Rubio Herrera, R. (2009). La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. *Universidad de Granada*, 3-15.
- Rubio Herrera, R., Cerquera Córdoba, A. M., Muñoz Mejía, R., & Pinzón Benavides, E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 7, núm. 2, 307-319.
- Rubio Olivares, D. Y., Riviera Martínez, L., Borges Oquendo, L. d., & González Crespo, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA, Revista Científico-Metodológica*, No. 61, 1-7.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: IMSERSO.
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 1, núm. 2, 11-27.
- Ruiz , A. (Acceso 31 de Marzo de 2020). *La terrible soledad*. Obtenido de Disponible en: <http://www.grupobuho.es/mensaje-foro/144699la-temible-soledad>.
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 19-29.
- Sánchez Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Sánchez, C., & Ramos , F. (1985). *La vejez y sus mitos*. Colombia: Ed Salvat.
- Sánchez de la Cruz , D. (25 de 05 de 2014). *Libre Mercado*. Obtenido de La población creció de 85.000 personas a 10 millones al año con la Revolución Industrial:

<https://www.libremercado.com/2014-05-25/la-poblacion-crecio-de-85000-personas-a-10-millones-al-ano-con-la-revolucion-industrial-1276519459/>

Sánchez, J. L., & Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Rev Esp Geriatria y Gerontología*, 28-34.

Sánchez, M. (1994). *El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington DC: Publicación científica, N° 546, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Sandoval Casilimas, C. A. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social.

Sángari, Y. (20 de Mayo de 2016). *FIAPAM*. Obtenido de Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad: <https://fiapam.org/adultos-mayores-institucionalizados-iconos-del-abandono-y-la-soledad/>

Sanz, M., & Repiso, L. (2012). Cuando los hijos se van. *Campus Dominicano*.

Sequeira Daza, D., & Cabezas Casado, J. L. (2011). *La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo*. Granada: Universidad de Granada.

Sohal, R. S., & Allen, R. G. (1990). Oxidative stress as a causal factor in differentiation and aging: a unifying hypothesis. *Exp Ger*, 499-522.

Soler Sicilia, A. (2014). Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores.

- Stevens, N., & Westerhof, G. J. (2006). Marriage, Social Integration, and Loneliness in the Second Half of Life: A Comparison of Dutch and German Men and Women. *Research on Aging* 28(6), 713-729.
- Strokes, J. (1985). The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *J Pers Soc Pshychol*, 981-990.
- Treviño , S., Pelcastre, B., & Márquez , M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública Mex.*, 30-38.
- Ugalde Binda, N., & Balbastre Benaven, F. (2013). Investigación cuantitativa e Investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de Investigación. *Ciencias Económicas* 31-No. 2 ISSN: 0252-9521, 179-187.
- Universidad de La Sabana. (18 de Junio de 2017). La situación de los adultos mayores en Colombia. (La Opinión, Entrevistador) Obtenido de La situación de los adultos mayores en Colombia: <https://www.laopinion.com.co/colombia/la-situacion-de-los-adultos-mayores-en-colombia-135298#OP>
- Universidad de La Sabana. (01 de 06 de 2017). Más de 400 ancianos son abandonados cada año en Colombia. (Revista Dinero, Entrevistador)
- Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D., & deVries, B. (2014). Feeling Lonely Versus Being Alone: Loneliness and Social Support Among Recently Bereaved Persons. *Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America*, 85-94.

- Vásquez Borja, J. A. (29 de Mayo de 2019). *El Tiempo*. Obtenido de Preocupa situación de abandono de los ancianos en la ciudad:
<https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/adultos-mayores-abandonados-en-medellin-368564>
- Victor , C. R., Scambler , S., Bowling , A., & Bond , J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing Soc*, 357–375.
- Victor, C., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 85-104.
- Vidal, M. Á., & Clemente, M. (1999). Familia y Tercera Edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Porto Alegre*, v.2, 49-65.
- Vilches, A., Pérez, D., Toscano, J., & Macías, Ó. (2014). Crecimiento demográfico y sostenibilidad. *OEI*, 213 - 217.
- Villanueva Claro, M. (2009). Abordaje histórico de la psicología de la vejez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-10.
- Weiss, R. (1982). *WEISS RS: Issues in the study of loneliness*. En: Peplau LA, Perlman D (eds). *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Nueva York: Wiley & Sons,.
- Wolfgang, M. E., & Ferracutti, F. (1975). La subcultura de la violencia. *México: Fondo de cultura económica*.

Yanguas Lezaun, J., Cilveti Sarasola, A., Sonia Hernández Chamorro, Pinazo-Hernandis, S., Roig i Canals, S., & Segura Talavera, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *ZERBITZUAN*, 61-75.

Young, J. E. (1982). *Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Nueva York: Peplau LA, Perlman D (.

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 189-197.

Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población vol. 5, núm. 19*, 23-41.

Zorrilla García, A. E., Eirez Izquierdo, M., & Izquierdo Expósito, M. (2004). Papel de los radicales libres sobre el ADN: carcinogénesis y terapia antioxidante. *Rev Cubana Invest Bioméd v.23 n.1 supl.1*, 2-6.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Cód:

- 1. Introducción:** Este documento contiene información acerca de la investigación académica “Sentimiento de soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico de la tercera edad en Bello, Antioquia, en el 2020-1” el cual se llevará a cabo por parte de la estudiante Karen Johana Arango Carvajal, estudiante de último semestre de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Antes que usted decida si desea o no participar, es importante que comprenda lo que se hará, de manera que tenga la información necesaria, clara y precisa que le permita tomar libremente dicha decisión.
- 2. Objetivo del estudio:** Determinar los tipos de soledad que experimentan los adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico en Bello, Antioquia, en el 2020-1, de acuerdo con diferentes características sociodemográficas.
- 3. Procedimientos del estudio:** Se recolectarán los datos a través de la escala ESTE-R, que tiene como fin medir el sentimiento de soledad en la población de adultos mayores; dicha escala consta de 34 ítems y está validada para Colombia. Adicionalmente, se recolectarán algunos datos sociodemográficos, como: Género, edad, estado civil, estrato socioeconómico, nivel educativo, con quién vive y si depende económicamente de alguien más.
- 4. Riesgos y beneficios:** Esta es una investigación sin riesgo para los participantes. Adicionalmente, va a beneficiar a la psicología, a la comunidad académica, a los adultos mayores e incluso, dará pie a que nazcan en un futuro nuevas investigaciones en relación al tema.
- 5. Derecho a rehusar o a abandonar el proyecto:** Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de no querer aceptar participar en él, no habrá ninguna

consecuencia. Aún después de dar su aceptación para participar, usted tendrá el derecho de retirarse del estudio o de negarse a contestar una pregunta en el momento en que así lo desee.

6. Confidencialidad: Toda la información obtenida será custodiada por la investigadora, con el fin de proteger su privacidad. Por lo tanto, su nombre no aparecerá en la base de datos. Sólo la investigadora tendrá acceso a los datos recolectados y los datos serán usados sólo para los fines de la investigación. Los resultados del estudio se presentarán en forma de promedios y porcentajes, y usted no será identificado de forma individual en ningún caso.

7. Costos y compensación: Este estudio no tiene ningún costo ni ningún tipo de remuneración por participar.

8. Preguntas sobre la investigación: Por favor, siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si hay algo que no haya quedado claro, o en el caso de tener alguna pregunta adicional respecto al estudio, usted puede contactar a Karen Arango Carvajal al Cel: 319 245 93 24 o al 300 499 00 41.

9. Declaración del participante: Yo _____ identificado con C.C _____ de _____ declaro que acepto participar en este estudio al contestar a las preguntas del instrumento ESTE-R y a las preguntas sociodemográficas. Por lo tanto, expresaré y responderé con la verdad el estado emocional en el que me encuentro.

Cédula N°: _____ De _____

Firma: _____

10. Declaración de Testigos: Soy testigo de que la investigadora le ha explicado a la persona encuestada sobre el estudio, y esta persona entiende la naturaleza y propósito del mismo. Todas las preguntas que han surgido, han sido contestadas (en caso de haberlas).

Nombre del Testigo N°1:

Cédula N°: _____ De _____

Firma: _____

Nombre del Testigo N°2:

Cédula N°: _____ De _____

Firma: _____

11. Declaración del Investigador: Certifico que le ha explicado a la persona encuestada sobre la investigación y que esta persona entiende la naturaleza y propósito de éste. Todas las preguntas que esta persona ha hecho, le han sido contestadas.

Nombre del Investigador:

Cédula N°: _____ De _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Escala ESTE-R, ajustada por la estudiante

La escala fue validada en el contexto colombiano por Cerquera, Cala y Galvis en el 2012.

Cód:

Anexo 1: Escala ESTE-R en su versión final revisada, validada para Colombia

Género: F ___ M ___

Nivel educativo: Básica primaria ___ Bachiller ___ Técnico ___

Edad:

Tecnólogo ___ Universitario ___ No culminó estudios ___

Estado civil: Soltero ___ Casado ___

Con quién vive: Hijos ___ Pareja ___ Otros ___ N° ___

Unión libre ___ Viudo ___

¿Quiénes? _____

Otro ___ ¿Cuál? _____

Estrato socioeconómico: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___

¿Depende económicamente de alguien más? Sí ___ No ___

Seleccione la respuesta correcta con la que usted se identifique, no hay respuesta correcta o incorrecta.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que 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. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					

16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Elaborado por: Dra. Ramona Rubio Herrera

Presentado por: Karen Johana Arango Carvajal

Estudiante de la Corporación Universitaria Minuto de Dios

Anexo 3. Cronograma de actividades

Fecha	Hora	Actividad	Técnica o estrategia	Responsable	Recursos humanos y físicos
20 febrero del 2020	3:00 pm	Contacto con la Secretaría del Adulto Mayor	Presentación, carta formal	Karen Arango Carvajal	R. h: gerontóloga R.f: carta
24 febrero del 2020	3:00 pm	Reunión con las representantes de la Secretaría del Adulto Mayor	Reunión formal	Karen Arango Carvajal	R. h: gerontóloga, psicóloga R.f: escala ESTE-R, consentimiento informado
10 de marzo del 2020	2:00 pm	Aplicación del instrumento	Escala ESTE-R Encuesta sociodemográfica Charla formativa	Karen Arango Carvajal	R.h: Adultos mayores R.f: escala y encuesta impresa, lapiceros
Ambas actividades estaban planeadas en el cronograma, pero se cancelaron debido a la situación sanitaria experimentada por el Covid - 19.		Entrega análisis de datos y de resultados	Informe	Karen Arango Carvajal	R.h: no aplica R.f: informe
		Devolución a los participantes	Taller formativo según hallazgos	Karen Arango Carvajal	R.h: Adultos mayores R.f: hojas, cartulina, marcadores

Anexo 4. Instrumento Escala ESTE-R, elaborado por la Dra. Ramona Rubio Herrera

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que 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. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					

21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34. Tengo miedo de muchas cosas					

Ítems que corresponden a cada factor de la escala

FACTORES	ITEMS
Soledad Familiar	Ítem 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21 y 28
Soledad Conyugal	Ítem 3, 4, 5, 6 y 7
Soledad Social	Ítems 15, 16, 18, 22, 23, 24 y 25
Crisis existencial	Ítems 14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 34

Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor

	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis existencial
Baja	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
Media	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
Alta	52 a 70	19 a 25	27 a 35	36 a 45