

Universidad de Granada
Departamento de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Doctorado en Gerontología Social

La Soledad en las personas
mayores: Factores protectores y
de riesgo.
Evidencias empíricas en Adultos
Mayores chilenos

Doctoranda Enf. Doris Sequeira Daza
Directores Dr. José Luis Cabezas Casado
Universidad de Granada
Dr. Joan Guardia Olmos
Universidad de Barcelona
Dra. María Montero y López-Lena
Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM

Granada, noviembre 2011

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Doris Sequeira Daza
D.L.: GR 1890-2012
ISBN: 978-84-9028-068-3

Universidad de Granada
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Doctorado en Gerontología Social



LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES:
FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO.
EVIDENCIAS EMPÍRICAS EN ADULTOS MAYORES CHILENOS

Tesis para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Granada

Doctoranda Enf. Doris Sequeira Daza
Directores Dr. José Luis Cabezas, Casado Universidad de Granada
Dr. Joan Guardia Olmos, Universidad de Barcelona
Dra. María Montero y López-Lena, Universidad Nacional Autónoma de México -
UNAM

Granada, noviembre 2011

La soledad también es un tipo de hambre,
hambre de calor y afecto
hambre, que es mucho más
difícil de saciar, que el
hambre de un pedazo de pan.

Beata Madre Teresa de Calcuta

ÍNDICE DE CONTENIDOS	página
Resumen	12
Abstract	14
Introducción	16
Parte I. Fundamentación conceptual	32
1.1 Envejecimiento de la población.....	33
1.1.1 El envejecimiento de la población a nivel mundial	34
1.1.2 Envejecimiento en Europa.....	36
1.1.3 Envejecimiento en América.....	38
1.1.4 Envejecimiento en Chile.....	39
a) Características demográficas de la población.....	40
b) Características demográficas de las personas mayores.....	46
c) Características económicas.....	55
d) Características de salud.....	60
1.2 La salud mental en las personas mayores.....	64
1.2.1 Epidemiología de los problemas de salud mental en Chile.....	67
1.2.2 La salud mental de las personas mayores.....	74
1.2.3 Algunos problemas de salud mental de las personas chilenas.....	75
1.2.4 Enfermedades mentales más frecuentes en las personas mayores.....	84
1.2.5 Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.....	94
1. 3. Aspectos psicosociales en el cuidado de las personas mayores.....	97
1.3.1 Necesidades interpersonales o de aceptación social.....	100

1.3.2	Habilidades sociales.....	109
1.3.3	Clasificación de relacione sociales.....	111
1.3.4	Aspectos conceptuales acerca de la soledad.....	114
1.3.5	Evolución histórica de la investigación sobre soledad.....	129
1.3.6	Conceptualización de la soledad.....	132
1.3.7	Modelos explicativos de la soledad.....	139
1.3.8	Causas de la soledad.....	153
1.3.9	Tipos de soledad.....	159
1.3.10	Instrumentos de Medida de la soledad.....	167
1.3.11	Predictores de soledad.....	175
Parte II.	Metodología	191
2.1	Fundamentos del Problema a investigar.....	192
2.1.1	Objetivos Generales.....	196
2.2	Población.....	197
2.3	Muestra	197
2.4	Tipo de estudio.....	199
2.5	Variables en estudio.....	201
2.6	Instrumentos utilizados.....	208
2.7	Validación	218
2.8	Consistencia interna de las escalas utilizadas.....	219
2.9	Procedimiento utilizado en la recogida de datos.....	220
2.10	Análisis de la información.....	224
2.11	Tratamiento de los datos.....	229

Parte III. Resultados	231
3.1 Perfil de la muestra.....	233
3.1.1 Descripción de las variables demográficas.....	233
3.1.2 Descripción del estado de salud.....	236
3.1.3 Descripción de las variables psicológicas.....	239
3.1.4 Descripción de las variables sociales.....	241
3.2 Descripción de la variable de resultado Soledad	250
3.3 Confiabilidad de las escalas utilizadas.....	253
3.4 La soledad en las personas mayores de la comuna de Valparaíso, Chile:	
Análisis bivariado.....	254
3.5 La soledad en las personas mayores de la comuna de Valparaíso, Chile:	
análisis multivariado.....	264
Parte IV. Discusión, limitaciones y alcances	270
4.1 Discusión.....	271
4.1.1. Validez de los resultados.....	272
4.1.2 Sesgo de selección.....	272
4.1.3 Sesgo de la información.....	272
4.2 Comentario sobre los resultados.....	273
4.2.1Características demográficas.....	273
4.2.2 Características sobre el estado de salud.....	275
4.2.3 Características psicológicas.....	279
4.2.4 Características sociales.....	280
4.2.5 Soledad en las personas mayores.....	287

4.2.6 Soledad y variables demográficas.....	289
4.2.7 Soledad y estado de salud.....	293
4.2.8 Soledad y variable psicológica.....	296
4.2.9 Soledad y variable social.....	299
4.3 Conclusiones.....	308
4.4 Limitaciones.....	313
4.5 Futuras líneas de investigación.....	314
4.6 Aportes teóricos, metodológicos y empíricos derivados del estudio.....	315
4.7 Reflexión final.....	318
C.- BIBLIOGRAFÍA	319
D.-ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	350
1. Índice de Tablas.....	351
2. Índice de Figuras	353
E. ANEXOS.....	360
1. Anexo N° 1: Instructivo Encuesta de calidad de vida (Soledad).....	361
2. Anexo N°2:Tarjetas de respuestas.....	365
3. Anexo N°3: Escala de satisfacción con la Vida.....	366
4. Anexo N°4: Escala de Auto-eficacia	367
5. Anexo N°5: Inventario Multifacético de Soledad-AM.....	368
6. Anexo N°6: Cuestionario de Apoyo Social MOS.....	370
7. Anexo N°7: Instrumento global aplicado.....	372

AGRADECIMIENTOS

Dicen que los sueños se hacen realidad en la medida que uno lucha por conseguirlos, que nada es fácil, que todo sueño implica esfuerzos y sacrificios pero que al final, todo esfuerzo tiene su recompensa.

Desde que comencé a interesarme en el tema de la vejez y la soledad, he visto que en la medida en que uno se plantea metas a cumplir a corto, mediano y largo plazo, tiene la motivación necesaria para ir aceptando el paso de los años y aceptar que los cambios físicos externos no significan nada, que lo importante es seguir cultivando lo interno, que en la medida que se consiga la paz interna, ésta se reflejará hacia el exterior dando origen a otra “belleza” más larga y duradera en el tiempo.

Pero conseguir esta paz interna no es posible obtenerla si uno no está en paz consigo misma, con los otros y con el entorno que nos rodea.....

He tenido la oportunidad de vivenciar la soledad en todas sus formas durante estos tres años de permanencia en Granada, no ha sido fácil dejar atrás el entorno conocido, el hogar, la familia y los amigos y empezar a conocer un nuevo lugar donde instalarse, conocer nuevos amigos y tratar de adaptarse a una nueva forma de vida, la de “estudiante” en una etapa de vida en que ésta se dejó atrás hace ya muchísimo tiempo.

He experimentado la soledad existencial al reflexionar sobre mi vida y cuestionarme en mis momentos de dudas, si ha valido la pena haber dejado mis “cosas” para venir tan lejos a perseguir un sueño; la soledad objetiva cambiando la forma de vida de acompañada a sola, la soledad social al dejar a mis amigos de toda la vida y no ser tan fácil hacer nuevas amistades, la soledad emocional al separarme de mi familia y dejar físicamente atrás a mis figuras de “apego” aunque con la tecnología hemos estado virtualmente cerca, muchas veces necesité de su presencia física, de sus abrazos y del calor del hogar. Esta experiencia me ha permitido entender más aún la soledad de los “otros” e incentiva mi deseo de volver a trabajar a mi país para motivar a mis colegas a interesarse en el tema y disminuir esta “epidemia de la sociedad moderna”

Sobreponerse a esta experiencia no habría sido posible si no hubiera contado con el inestimable apoyo de muchísimas personas que han hecho posible el haber llegado a cumplir esta meta: mi familia, amigos de aquí y de allá, directores de tesis, ex-alumnos y especialmente a las personas mayores que han tenido a bien compartir sus experiencias conmigo durante mi vida profesional y que sin ellos, mucho de lo que sé, no lo sabría ahora.

Agradezco a mis ex-alumnos que con su continuo estímulo a través de las redes sociales me han apoyado a la distancia.

Agradezco a mis amigos de aquí y de allá que me han acompañado estos tres años con su apoyo y compañía haciendo más llevadera la falta de la familia.

Agradezco a mis Directores de tesis su confianza depositada en mi, a la Profesora Montero quien sin conocernos personalmente aún, me ha acompañado y facilitado la información necesaria para realizar mis estudios con los mayores, al profesor Guardia su apoyo en la parte metodológica y sus inestimables sugerencias que han contribuido al desarrollo de este trabajo y al profesor Cabezas quien más que un Director, ha sido un gran amigo que me ha acompañado en esta larga travesía brindándome su apoyo en los momentos difíciles.

Agradezco a mi familia su constante presencia “virtual”, sus contactos periódicos que me llenaban de energía para seguir adelante y su constante preocupación de hacerme participar a la distancia en las celebraciones familiares.

Agradezco a todas las personas mayores que incondicionalmente me han otorgado su apoyo para desarrollar mi trabajo y sin cuya experiencia, la teoría sería solo eso, teoría....

Agradezco el apoyo financiero otorgado por Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile que me otorgó la Beca que me ha permitido estudiar estos tres años.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción: La soledad es un problema prevalente y previsible en los adultos mayores, el cual debería ser visto como un prioridad en la atención de enfermería comunitaria especialmente porque al estar asociado con un estigma social, existe un sub-registro de esta experiencia dada la dificultad de las personas que la experimentan en reconocerla pudiendo ser su prevalencia mayor.

Teniendo en cuenta que la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo socio-demográficos, psicológicos y con el estado de salud, es importante que los adultos mayores en situación de riesgo sean identificados precozmente. El saber quién está en riesgo de soledad podría conducir a la elaboración de estrategias preventivas por el profesional de enfermería.

Este estudio tuvo como objetivo identificar algunos predictores de riesgo asociados a la soledad y elaborar un perfil de riesgo de las personas mayores susceptibles de experimentar soledad.

Metodología: Para conseguir este propósito, se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional con el objetivo de explorar la relación entre un grupo de variables demográficas, sociales, psicológicas seleccionadas y el estado de salud con la soledad en un grupo de personas mayores de la comuna de Valparaíso, Chile.

La muestra de 350 personas entre los 65 años y 95 años, se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico, a la cual se le aplicó un instrumento compuesto por preguntas orientadas a obtener información socio-demográfica, psicológica y del estado de salud y de las escalas de Auto-eficacia Generalizada, Satisfacción con la Vida, Inventario Multifacético de Soledad para el Adulto Mayor y la Escala de Apoyo Social de MOS.

Resultados: Los resultados del estudio muestran que las variables seleccionadas en la muestra investigada, explicaron el 52% de la varianza de la soledad. Las variables que se asociaron significativamente con la soledad en el modelo de regresión logística fueron la presencia de enfermedades crónicas ($p=0.036$), la edad ($p=0.009$), el tipo de convivencia ($p=0.001$), la satisfacción con la vida ($p=0.001$), la percepción del estado de salud ($p=0.004$) y del ánimo ($p=0.001$) y el apoyo social ($p=0.001$), mientras que las que no aportaron información significativa fueron la auto-eficacia, el sexo, la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios.

Discusión: Los resultados obtenidos aportan evidencia empírica de la concepción multidimensional de la soledad en las personas mayores permitiendo identificar aquellos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la soledad, los factores protectores de la soledad y a la elaboración de un perfil de riesgo de las personas susceptibles de experimentar soledad.

ABSTRACT

Introduction: Being lonely is a predictable problem that prevailed in elderly people. Being a case associated with a social stigma, it should be treated as a priority case by nursing community as it does exist a sub-record of this experience considering that people suffering loneliness have a special difficulty admitting can make it prevail longer.

Having in mind that loneliness is related with socio-demographic, psychological and health condition factor's risks it is important that the elderly people can be diagnosed early. To know who is in risk of suffering loneliness could lead to work preventive strategies out by nursing professionals.

The aim of this research was to identify some predictable risks associated with loneliness in order to draw up a risk profile for elderly people who are more sensitive to experience it.

Methodology: to achieve our aim a transverse, descriptive and co-relational study was carried out aiming to explore, having in mind different variables: demographic, social, psychological and health condition, the relation to loneliness. For this study a group of elderly people of a municipality of Valparaíso, Chile was taken.

The sample was taken by a non probabilism sampling of 350 people between 65 and 95 years old which a compound of questions oriented to obtain information about the socio-demographic, psychological and health condition were taken, at the same time that were used questions regarding to general auto-effectiveness, state of life satisfaction, multifaceted stock list of loneliness of the elder people and the social support by the MOS.

Results: The results of the study of the selected variables of the sample investigated explained the 52% of the loneliness variance. The variables that were significantly associated with loneliness, in model of logistic regression, were the presence of chronic illnesses ($p=0.036$), the age ($p=0.009$), the coexistence ($p=0.001$), the satisfaction with life ($p=0.001$), the perception of the health condition ($p=0.004$), the mood ($p=0.001$) and social support ($p=0.001$), while the ones that didn't contributed with significant information were the auto-effectiveness, sex, participation in organizations, incomes and the studies level.

Discussions: The obtained results have shown and empirical evidence of the multidimensional conception of loneliness in elderly people allowing us to identify those risk factors that contribute to its development and the protector factors of it. Those results also contribute to the elaboration of a risk profile of people susceptible in experiment loneliness.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La vida urbana trajo aparejada cambios a un ritmo sin precedentes en la sociedad, conduciendo a transformaciones en el sentido de la identidad, cambiando el concepto del “nosotros” al del “yo”, y en los modelos de relaciones interpersonales, las cuales son cada vez más restringidas y superficiales, se tiene menos tiempo para fomentar las relaciones sociales con familiares y amigos, dándose los elementos necesarios para que se manifieste el sentimiento de soledad.

Uno de los rasgos que define a la época actual es el de ser una sociedad de personas solitarias, donde la soledad, es un fenómeno típico de nuestro tiempo que afecta a todas las edades, especialmente a aquellas que viven en las grandes ciudades.

En la sociedad actual la mayoría de las necesidades incluidas en el concepto de calidad de vida están cubiertas al menos en las etapas anteriores del ciclo vital, siendo en la vejez, la etapa en que se alteran algunas de ellas como el bienestar físico que se deteriora generando una reducción en las relaciones interpersonales afectando la integración social lo que impacta fuertemente en el bienestar emocional de las personas mayores.

La vejez es una etapa de la vida en que las personas mayores están sujetas a una gran cantidad de cambios y presiones y en la que se suceden una serie de pérdidas de tipo biológicas, familiares y sociales, estas pérdidas que aumentan significativamente después de los

75 años, contribuyen en forma significativa a aumentar los problemas de salud mental y les predispone a la aparición del sentimiento de soledad.

Soledad que no siempre es buscada pero que las personas mayores que la experimentan no gustan de reconocer espontáneamente, mi experiencia profesional me indica que no siempre es motivada por el temor a ser encasillados como “solitarios” sino por el no querer reconocer que aunque se tiene familia, no se cuenta con ella en los momentos que se requiera y tratan de justificar el poco contacto con los hijos diciendo que viven en una casa tan pequeña, o que trabajan tanto que llegan tan cansados a sus hogares como para hacer o recibir visitas o llamar por teléfono o que viven tan lejos.

Algunos pocos se quejan que no les saludaron en las fechas importantes (santo, cumpleaños) o que solo se acuerdan de ellos cuando necesitan que les cuiden a los hijos, y uno que otro relata con pena que el/la hija se avergüenza de ellos porque son “pobres” y ellos ahora tienen una “buena situación económica” sin reconocer la contribución que ellos hicieron con su trabajo para que sus hijos tuvieran mejores opciones en la vida.

Desde el punto de vista profesional y subjetivamente podría decir que la soledad emocional es la que más aqueja a las personas mayores aunque en un estudio previo a esta tesis, la soledad familiar obtuvo la menor prevalencia en comparación con la soledad conyugal, social y existencial, pero también creo que es por lo dicho anteriormente, socialmente no se “ve bien” decir que no se tiene relaciones familiares de calidad.

Vivo y trabajo en una de las Regiones del país con mayor proporción de personas mayores, la que tiene también un mayor porcentaje de personas viviendo solas con poco acceso a los recursos y redes sociales; muchas de estas personas las he conocido en los grupos de adultos mayores donde han sido derivados por médico por síntomas depresivos como una forma de integrarlos a grupos organizados y amplíen así sus redes sociales, conocer sus experiencias de soledad en estos años, ha sido la razón que me ha motivado a elegir el tema de la soledad como contenido para mi tesis doctoral como una manera de poder contribuir desde mi disciplina, a elaborar estrategias tendientes a disminuir el impacto de ésta en la salud física, psíquica y social en un país que envejece rápidamente.

Chile es un país que envejece, así lo demuestran las cifras de los censos y las proyecciones de los últimos veinte años, en 1992 la población de mayores de 60 años representaba el 9.8% del total de la población para alcanzar al 11,4% en el censo del año 2002. Las proyecciones censales (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2007) indican que este porcentaje ascenderá al 13% en el año 2010 (2.213.486 personas) y que para el año 2015, los mayores representarán el 14,8% del total de la población. El envejecimiento de la población no es uniforme a lo largo del país, habiendo tres regiones que alcanzarán un índice de envejecimiento mayor que el promedio del país en el año 2020 (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2007): la Región de Valparaíso con un 102,63%, de Arica con un 100,21 y de Los Ríos con 95,55%.

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que tiene importantes implicancias en el área política, económica y social de un país, pues conlleva múltiples

necesidades de salud, previsión, trabajo, vivienda, recreación y educación, entre otras. Es un fenómeno que ha influido en los cambios estructurales, sociales y culturales que ha experimentado la sociedad al modificar el estilo en que las personas establecen sus contactos interpersonales.

Desde el punto de vista de la salud, los trastornos del área cognitiva y afectiva, junto a las enfermedades crónicas y degenerativas de fuerte impacto en la funcionalidad de las personas mayores, generan una importante demanda de los servicios de salud, esta demanda que podría considerarse como un indicador general de salud, aumenta en relación a la soledad, aunque esta asociación no es tan clara según estudios realizados por Ellaway, Madera y Macintyre (1999), Berg, Mellström, Persson y Svanborg (1981) y Lauder, Sharkey y Mummery (2004) entre otros.

Berg et al. (1981) en un estudio realizado con 373 personas mayores de 60 años suecas encontraron que la soledad se asoció con un aumento casi del doble de las consultas ambulatorias, siendo las mujeres que se sentían solas las que utilizaban los servicios con mayor frecuencia; Ellaway et al. (1999) entrevistaron a 373 personas inglesas de 60 y más años que solicitaban visitas médicas al domicilio o bien asistían al servicio de cirugía, al analizar los datos obtenidos encontraron que las personas que se sentían solas tenían una mayor tasa de consultas al servicio de cirugía que las que demandaban atención domiciliaria coincidiendo con Ellaway et al., en cambio Laudery et al. (2004) encontraron que la soledad no se relacionaba con un aumento de las consultas a un profesional de la salud en una muestra australiana de 1.241 personas.

En Chile, el 82% de las personas mayores se atiende en el Sistema Público de Salud, las cuales reciben atención gratuita tanto en la atención primaria como en el nivel secundario y terciario, recibiendo además atención preferencial en quince patologías que están incluidas en el Sistema de Garantías Explícitas (depresión e intervención de cadera por ejemplo), siendo este sector quien soporta la mayor carga económica de la atención de salud lo que repercute en la situación financiera del sector (Silva, 2004; SENAMA, 2009).

Las personas mayores registran una tasa de 15,3 consultas anuales, de las cuales 8 al menos son relacionadas con problemas de salud mental, número de consultas que aumenta a 9,2 después de los 80 años, aumentando también el porcentaje de enfermedades que afectan la salud mental después de los 75 años, siendo éstas del 12% en los menores de 80 años y de 14% en los mayores de 80 años (Encuesta de Calidad de Vida y Salud [ECVS], 2006). Este aumento en la utilización de los servicios de salud incide en el costo de la asistencia de salud.

El 50,7% del gasto en salud correspondió al gasto en hospitalización, el 21% de los egreso hospitalarios fueron personas mayores y el 5% a gastos en el cuidado a largo plazo, mientras que el gasto en medicamentos ascendió al 44,4% del total del gasto, las personas mayores consumen entre seis y nueve medicamentos diarios y el gasto ambulatorio al 15,3%, (Olivarez-Tirado y Salazar, 2007)

Las personas mayores experimentan dificultades emocionales durante largos periodos antes de que se les trate pues no siempre refieren que están teniendo problemas emocionales o los encubren con síntomas somáticos (dolor u opresión al pecho, por ejemplo); porque creen

que es una situación normal asociada con el envejecimiento: “es algo que llega con la edad” (Sequeira, 2009); o tienen miedo a molestar a sus familiares cercanos: “a los otros no les gusta escuchar cosas negativas”, o por miedo pues temen que al verbalizar sus sentimientos de tristeza a sus cercanos, éstos se alejen (McInnis y White, 2001), o que se los etiquete como “difíciles o raros” (Expósito y Moya, 2000).

La soledad es un concepto que poco se discute en la sociedad actual debido a la renuencia de las personas a admitirla pues supone una vergüenza admitir que se está o ha estado sola (o) a pesar de que es una de las principales fuentes de sufrimiento para el ser humano y uno de principales temores que manifiestan las personas mayores junto con el morir solo.

A la soledad se la ha concebido como un estado subjetivo que contrasta con la condición de aislamiento físico (Montero y Sánchez-Sosa, 2001) que surge como una respuesta a la falta de una relación particular e implica un desequilibrio entre el nivel deseado de interacción socio-afectiva y el logrado, sus consecuencias pueden afrontarse tanto de manera positiva como negativa. El tipo de enfrentamiento depende en gran medida de los recursos individuales, familiares y sociales que tengan las personas mayores así como del grado de control que tengan sobre el déficit relacional, importantes son también las habilidades que tiene para desplegar y utilizar estrategias de afrontamiento que disminuyan el impacto de la situación generadora de estrés

Aunque la soledad puede ser necesaria como medio para encontrarse así mismo y tener conciencia de la propia identidad, ésta puede ser experimentada como una oportunidad o como un problema, como una condición favorable o desfavorable, puede ser voluntaria o involuntaria; la forma de vivirla dependerá en gran medida de la forma en que la persona pase el tiempo a solas, de la frecuencia y duración de los períodos de soledad que atraviese y de los recursos personales de adaptación que la persona tenga frente a acontecimientos estresantes.

El estigma social asociado a los estereotipos negativos de las personas solitarias, hace difícil medir la real prevalencia de esta experiencia debiendo considerarse que puede estar sub-registrada y que la prevalencia puede en realidad ser mayor. A pesar de esta falta de reconocimiento, existe evidencia empírica de la incidencia cada vez mayor de la soledad que ha llegado a afectar al 29,1% de las personas que viven acompañadas en España (Rubio y Alexander, 1998), al 19,3% de los mayores de 65 años americanos (Theeke, 2009), al 39% de las personas mayores de 75 y más años finlandeses (Savikko, 2005). En América Latina las cifras de prevalencia fluctúan entre un 3% en Uruguay (Martínez, 2004) a un 49% en mayores de 75 años argentinos (Mullins y Berezosky, 1992). En México (Montero, 1999) encontró que las personas mayores que no tenían familiares obtenían la media más alta de soledad ($\bar{x}=24,47$) la que iba decreciendo a medida que aumentaba el número de familiares, así los que contaban con cinco familiares presentaban una media de $\bar{x}=14,69$. En Chile, la prevalencia de soledad varía entre un 52% en personas mayores de 65 años (Barros y Avendaño, 2001) al 39% (Criteria, 2009).

Según Muchinik y Seidmann, (1998) la soledad es una construcción social que se ha asociado con causas internas o personales de las personas solitarias como la dificultad para

estar solo; habilidades sociales deficientes; con patrones cognitivos disfuncionales; con una interrupción del proceso de socialización en la niñez; con el sentimiento de insatisfacción frente a las relaciones sociales y también con causas externas o situacionales como la carencia de recursos sociales, económicos, demográficos, la viudez, condiciones de hacinamiento y la hospitalización.

Hay bastante evidencia empírica de los efectos físicos (ver Kiecolt-Glaser et al., 1984, Andersson, 1998), sociales (ver Expósito y Moya, 2000) y emocionales (ver Hawkley y Cacioppo, 2010) producidos por la experiencia solitaria vivida en forma involuntaria en las personas mayores junto a las características socio-demográficas como el vivir solo (a); el sexo femenino, no tener hijos, vivir en zonas urbanas, tener 75 o más años.

A nivel físico se relaciona con una disminución del sistema inmunológico (Kiercolt-Glaser, Speicher, Holliday y Glaser, 1984); con la discapacidad, con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (Luanaigh y Lawlor, 2008); con un aumento de la morbilidad (Berkman y Syme, 1979, Seeman, 2000); con una mayor reincidencia de enfermedades cardíacas, infecciosas e inmunitarias; problemas de visión (Barrón, Foxall, Von Dollen, Jones y Shull, 1994, Dugan y Kivett 1994) o de oído; mayor probabilidad de ser hospitalizados por descompensaciones de patologías crónicas (Aza, 2004). La salud, puede ser causa de soledad o la salud verse afectados por ella, el efecto más extremo de la soledad en la salud es la muerte (Killeen, 1998).

A nivel emocional, sus efectos se manifiestan con altos niveles de ansiedad; con sentimientos de hostilidad; con una baja autoestima, con estados depresivos (Donaldson, 1996); con una disminución del optimismo; con problemas para dormir; insatisfacción con la vida; deterioro cognitivo (Penninx et al. 1999); consumo y abuso de sustancias tóxicas, (Aza, 2004); con conductas suicidas y con patrones conductuales de evitación social (Expósito y Moya, 2000); con problemas de cognición a lo largo del tiempo (Luanaigh y Lawlor, 2008); además su vivencia en forma prolongada puede conducir además a una disminución de las habilidades personales para afrontar las pérdidas que ocurren en esta etapa de vida (González Celis, 2006).

Los aspectos sociales de la soledad incluyen una menor situación económica (Hector-Taylor y Adams, 1996), un menor nivel de educación (Hector-Taylor y Adams, 1996), el ser soltero (Andersson & Stevens, 1993), la viudez (Berg et al., 1981), el vivir solo (a) (Yeh & Lo, 2004), un escaso número de contactos sociales (Larson, Zuzanek, y Mannell, 1985), un escaso número de amigos (Mullins y Elston, 1996), la falta de afiliación religiosa (Fry & Debats, 2002; Rokach, 2000), la violencia doméstica (Lauder, Sharkey, y Mummery, 2004) y la admisión de un familiar o de la pareja en instituciones de salud (Hospital o Establecimientos de Larga Estadía).

La soledad ha sido considerada parte de la base de conocimientos de enfermería, desde los escritos de Hildegard Peplau en 1955, los cuales instruían a las enfermeras clínicas en como reconocer ciertas claves en los usuarios hospitalizados que evidenciaban que éstos se estaban defendiendo de la soledad, así ella mencionaba que las quejas relacionadas con el tiempo, la

falta de planes u objetivos, o la excesiva planificación de lo que haría al egreso hospitalario eran signos a tener en cuenta debiendo profundizarse en su valoración.

La soledad en las personas mayores ha sido incluida en la literatura especializada de enfermería como un tema complementario haciendo hincapié que ésta no siempre es anormal (Jerome, 1983), que puede ser un sentimiento válido (Ebersole y Hess, 1990) y que no todas las personas mayores tienen las mismas necesidades con respecto a la soledad (Murphy y Kupshik, 1992). Weeks (1992) destaca el hecho de que la soledad no siempre tiene consecuencias negativas pero que donde se encuentre soledad, la intervención de enfermería debería dirigirse a su mitigación y prevención (Barrón, 1994).

Desde la perspectiva de la gestión del cuidado en enfermería (Milos, 2005), la enfermera es la profesional que más tiempo pasa cerca del usuario, ya sea en el hospital o en la comunidad lo que la pone en una posición ventajosa para detectar en forma precoz a las personas en situación de riesgo de experimentar soledad, especialmente a aquellas que poseen escasas redes sociales y de ayudarles a crear o mantener mejores redes antes de que afecte su estado de salud.

La Enfermería cuenta con un cuerpo teórico basado en Teorías y Modelos de Enfermería como la teoría de las Necesidades de Virginia Henderson (1966), la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hidelgard Peplau (1952), el Modelo de Adaptación de Callista Roy (1970) y una metodología propia de trabajo, el Proceso de Enfermería, cuya primera fase de Valoración permite la evaluación de la condición psicosocial de las personas mayores, sus capacidades

funcionales, sus fuentes de apoyo y comportamiento. Los datos obtenidos en la valoración permiten identificar los problemas reales y potenciales relacionados con la soledad y planificar intervenciones que disminuyan su impacto y conseguir que las personas mayores obtengan un alto nivel de salud mental.

Lauder (2006) afirma que las intervenciones de enfermería que sólo se limitan a reaccionar ante los casos de soledad, pueden ser ineficaces para disminuir su prevalencia, ya que muchas veces ésta es concomitante con otros problemas de salud siendo necesario conocer a priori que variables están indicando dónde se debe buscar a aquellas personas con alto riesgo de experimentar soledad, ya que su identificación permitirá poder realizar una adecuada planificación de acciones preventivas que disminuyan la importancia de este problema.

A pesar de las ventajas enumeradas, la investigación de la soledad por enfermeras hispanas es escasa, la mayoría de la literatura encontrada es de enfermeras inglesas o canadienses, la existente en español de enfermeras españolas y bolivianas, generalmente está relacionada con la valoración de enfermería y los instrumentos que se pueden utilizar para dicha evaluación.

En nuestro país, el estudio de la soledad es casi inexistente tanto a nivel de enfermería como de otras disciplinas, en los últimos años se han realizado algunos estudios cuantitativos (Barros, Avendaño y Fortes, 2001) que incluían una o dos preguntas sobre si se sentían solas las

personas entrevistadas y algunos cualitativos (Criteria, 2009; Guajardo y Huneus, 2003) sobre la integración social y las características socio-demográficas de la población mayor.

Barros y Avendaño (2001) en su investigación sobre la Calidad de Vida de los Adultos Mayores encontraron que el 30% de la muestra declaró sentirse solitario frecuentemente, y el 35% casi todo el tiempo. En relación al sexo, las mujeres (29,9%) expresaron sentirse más solitarias que los hombres (15,4%), las personas mayores de 75 años manifestaron sentirse más solitarios (33,6%) y los de nivel socio-económico bajo (31,8%). Barros y Herrera, (2003) relacionaron el sentirse solitario con apoyo social encontrando que solo el 41,7% de las personas que se sentían solas buscaban apoyo especialmente en sus hijas y pareja, teniendo las mujeres (43,5%) más que los hombres (38,9%) a quien recurrir cuando se sentían solos (as).

Guajardo y Huneus (2003) en una investigación de tipo cualitativa estudiaron la participación social de los adultos mayores desde una perspectiva objetiva, la integración social y una perspectiva subjetiva dada por la posición que los participantes se otorgan a sí mismos en la trama de relaciones sociales en las que están insertos, entre los principales resultados encontraron que las mujeres adultas mayores se vinculaban productivamente al mundo privado y a las organizaciones y grupos del espacio local y que las mujeres que no participaban tenían la vivencia de espacios referidos al hogar, el parentesco y el vecindario teniendo menos sensación de soledad y que los hombres que antes eran productivos e integrados a un mundo público y privado con un rol social determinado por el trabajo remunerado, al llegar a adultos mayores se les dificultaba desarrollar lazos de reciprocidad con sus pares y demás generaciones sintiéndose más solos.

Criteria en el año 2009 en un estudio que buscaba caracterizar a las personas de 60 años y más en Chile, describiendo su vida cotidiana, su inserción social y sus vivencias respecto de la salud, los medios de comunicación, la tecnología, el mundo financiero y otros ámbitos de consumo en una muestra de 1400 casos encontraron que un 39% de los entrevistados se encontraba solo a menudo y siempre y un 9% manifestaba no saber si se sentía solo; la soledad fue mayor en las mujeres con un 24% que en los hombres que registraron un 17%; con respecto a la edad, en los de 60 años alcanzó al 20% para llegar al 26% en los mayores de 85 años. Entre las principales situaciones que preocupaban a los entrevistados estaba la soledad con un 17%, siendo mayor la preocupación en las mujeres (16%) y en los mayores de 80 años (26%).

Dado el déficit en la literatura nacional de estudios relacionados con la experiencia de soledad y teniendo en cuenta que ésta incluye tanto aspectos personales, como familiares y psico-sociales, es que nos hemos propuestos realizar este estudio como un medio de ampliar el actual cuerpo de conocimientos teóricos específicos sobre la soledad y hacer así una contribución al desarrollo de la disciplina a través de la investigación.

Este estudio tiene como objetivo general verificar si los factores de riesgo demográficos, de salud, psicológicos y sociales identificados en los estudios realizados en Europa, Estados Unidos y América Latina mantienen su valor predictivo en una población urbana de personas mayores chilena y la decisión de realizarlo, se hizo tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que hay cada vez mayor evidencia que sugiere que la soledad es un síndrome clínico merecedor de atención.

2. Que la soledad es un problema prevalente y previsible para las personas mayores que debe ser visto como una prioridad de Salud Pública.
3. Que la soledad es el factor más importante para predecir la calidad de vida de las personas mayores.
4. Que a medida que crece el conocimiento de enfermería sobre la relación entre la soledad física y emocional y la salud, es evidente que la soledad debe ser una prioridad de la gestión del cuidado en enfermería.
5. Que es necesario avanzar hacia estudios descriptivos y predictivos de la soledad, cuyos hallazgos permitan la planificación de la intervención y el desarrollo de una base empírica para la práctica de enfermería en salud mental relacionada con la soledad.
6. Que es necesario saber quién está en riesgo de soledad, pues su conocimiento puede conducir a la elaboración de estrategias preventivas.
7. Que es necesario identificar en forma precoz a las personas mayores con depresión, con baja calidad de vida, con deterioro funcional, con mala percepción de la salud y con enfermedades crónicas e intervenir oportunamente para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas a su cuidado,
8. Que las personas mayores engloban el grupo de personas más grande al que las enfermeras proporcionan cuidados tanto en el hospital como en la comunidad.
9. Que la disciplina de enfermería cuenta con las herramientas metodológicas para contribuir a disminuir su efecto en la salud integral de los mayores.
10. Por la importancia que las relaciones interpersonales tienen para los mayores, especialmente en cuanto a la calidad de los contactos sostenidos por éstos con su familia y amigos por sobre la cantidad de ellos y finalmente

11. Porque los efectos que derivan de la experiencia de soledad trascienden del plano privado al ámbito público convirtiéndose en un problema socio-comunitario.

La presente tesis doctoral ha sido estructurada en una primera parte teórica denominada Fundamentación Conceptual que comprende tres capítulos: en el primero se hace una descripción del envejecimiento de la población a nivel general, de América Latina y de Chile, haciendo especial mención a las características de las personas mayores; en el segundo capítulo se hace una revisión de los principales problemas de salud mental que afectan a las personas mayores y se presentan datos estadísticos de dichos problemas, finalmente en el tercer capítulo, se mencionan los principales aspectos psicosociales del cuidado de las personas mayores donde se hace referencia a la evolución del concepto de soledad, sus principales teorías explicativas, causas y variables que influyen en su desarrollo.

Una segunda parte correspondiente a la Metodología compuesta por los siguientes puntos: Fundamentación del Problema a investigar y se plantean los objetivos que la guían, el tipo de estudio, las variables estudiadas, los instrumentos utilizados y el procedimiento realizado para obtener la información. En la tercera parte se muestran los resultados obtenidos en relación a la muestra y de las variables estudiadas.

La discusión, las limitaciones relacionadas con el estudio y las posibles líneas futuras de investigación componen la cuarta parte de este trabajo. Se acompaña de un acápite con la bibliografía consultada, el índice de tablas y figuras, además de un anexo que contiene los instrumentos utilizados para obtener la información

PARTE I. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

1.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

INTRODUCCIÓN

La población mayor está creciendo más rápido que la población total en prácticamente todas las regiones del mundo, factores como la industrialización, los descubrimientos médicos, el mejoramiento de las condiciones de vida, la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida, han contribuido al aumento creciente del grupo de población adulta mayor.

El envejecimiento de la población (incremento de la proporción de los mayores de 60 años sobre la población total) derivado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa de fecundidad, constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas, él cual puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socio-económico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Una sociedad cambiante cuyos aspectos sociales, económicos y culturales generan un estilo de vida caracterizado por el establecimiento de relaciones interpersonales cada vez más restringidas que propician el aislamiento social. El diseño urbanístico y la intensa actividad diaria favorecen una creciente tendencia al individualismo y la soledad, a la vez que determinan el inicio, mantención y el grado de superficialidad en las interacciones sociales cotidianas.

El envejecimiento de la población tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana, en el ámbito económico, impacta en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias inter-generacionales. En el ámbito político puede dar forma a los patrones de voto y la representación política mientras que en el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar, en la demanda de vivienda, en las tendencias de la migración, en la epidemiología, en la necesidad de servicios de salud y en el gasto en salud de los países.

1.1.1 El envejecimiento de la población a nivel mundial:

La Organización de las Naciones Unidas (2009) refiere que el envejecimiento de la población no tiene precedentes en la historia de la humanidad, en el año 2000 la población mayor de 60 años era alrededor de 600 millones, el triple de lo que era en 1950, en el año 2009 (Ministerio de Planificación [MIDEPLAN], 2007) ya sobrepasaban los 700 millones. A nivel mundial se espera que para el año 2045 el número de personas mayores de 60 años supere el número de niños; las proyecciones de población indican que los mayores de 60 años llegarán a ser dos billones en el año 2050, y que aproximadamente un 80% de ellas, vivirán en países en desarrollo, alrededor de unos 1700 millones de personas.

Entre las personas mayores de 60 años o más, el grupo que crece más rápido es el de los viejos-viejos, es decir, los mayores de 80 años o más, en el año 2009 eran el 4.0%; actualmente

una de cada siete personas mayores de 60 años, son personas de 80 y más años. En el 2050, esta proporción se espera que aumente a una de cada cinco personas mayores.

Tabla nº 1.1 Porcentaje de mayores de 60,65 y 80 años en el Mundo y Regiones 2009

LUGAR	EDAD		
Región-Área	60 y más años	65 y más años	80 y más años
Mundial	10,8	7,5	1,5
Africa	5,3	3,4	0,4
Asia	9,7	6,6	1,1
Europa	21,6	16,2	4,1
El Caribe	11,8	8,3	1,8
América Central	8,6	6,1	1,1
América del Sur	10	6,9	1,5
Norte América	18	12,9	3,8
Oceanía	15,1	10,6	2,8

En el año 2009, habían doce países con más de 10 millones de personas de 60 años o más, entre ellos China (160 millones), India (89 millones), Estados Unidos (56 millones), Japón (38 millones), la Federación Rusa (25 millones) y Alemania (21 millones); en seis de estos países la población sobre los 80 años estaba alrededor del 50%, China, Estados Unidos, India, Japón, Alemania y la Federación Rusa.

Existen diferencias de género en el envejecimiento poblacional, debido a que las mujeres viven más que los hombres, las mujeres constituyen la mayoría de las personas mayores. En la actualidad, las mujeres mayores de 60 años son alrededor de 66 millones. Entre los mayores de 80 años o más, las mujeres son casi dos veces más numerosas que los hombres,

entre las personas centenarias, las mujeres son entre cuatro y cinco veces más numerosas que los hombres.

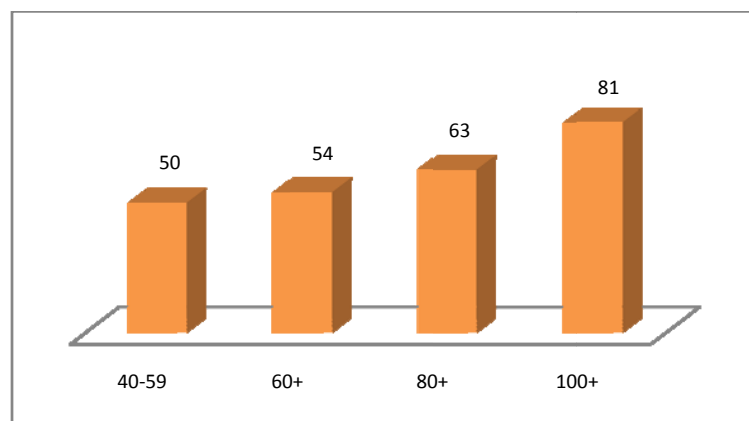


Figura nº 1.1. Proporción de mujeres según edad a nivel mundial, 2009

Debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres y su menor propensión a volver a casarse, es más probable que las mujeres de edad vivan solas. A nivel mundial, el 80% de los hombres mayores de 60 años o más, pero menos de la mitad de las mujeres de ese grupo de edad viven con el cónyuge, se estima que el 19% de las mujeres mayores viven solas, mientras que sólo el 9% de los hombres mayores lo hacen. Las personas mayores que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar el aislamiento social y la privación económica requiriendo por lo tanto un apoyo especial.

1.1.2 Envejecimiento en Europa:

Europa es actualmente el área más envejecida a nivel mundial con una proporción de personas mayores de 60 años del 21,6% y se presume que seguirá así hasta el 2050 en que de

acuerdo a las proyecciones de población, se espera que el 35% de su población tendrá 60 años y que alrededor del 27% tendrá 65 años, un 10,8% más que lo que tenía en el año 2009 (16,2%).

En 2009, la edad media de Europa era de 40 años, superando en más de dos veces la media de edad en África, 19 años. Para el 2050, se espera que la edad media aumente a 47 años; a nivel nacional, la edad media en Alemania era de 44 años y en Italia de 43 años, en trece países europeos, la edad media está por sobre los 40 años. A nivel de dependencia Italia y Alemania tienen un coeficiente de dependencia de la edad de 31 personas mayores por cada 100 personas en edad de trabajar.

En relación al índice de masculinidad¹, Europa tiene el menor índice entre las personas mayores, 70 hombres por cada 100 mujeres entre las personas de 60 años o más y de 46 hombres por cada 100 mujeres entre las personas de 80 años o más, como consecuencia de la gran diferencia en la esperanza de vida por sexo y a los efectos de la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad, en Europa del Este y el Norte de Europa, las mujeres superan en número a los hombres en una proporción de 5-3 en la población de 60 años o más.

Nueve países se encuentran entre los más envejecidos a nivel mundial según el ranking elaborado por las Naciones Unidas: Italia (26,4%), Alemania (25,7%), Suecia (24,7%), Bulgaria (24,2%), Finlandia y Grecia (24%), Portugal (23,3%), Croacia (23,1%) y Bélgica (23%), ocupando

¹ Índice de Masculinidad: relación entre el número de hombres y el número de mujeres que conforman una población)

entre el segundo y décimo lugar respectivamente después de Japón (29,7). España ocupa el lugar diez y ocho con 22,2%.

1.1.3 Envejecimiento en América:

En América, en el año 2010 (Organización Panamericana de la Salud, 2010) la población de 60 años y más alcanza al 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, y de 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. Once países, Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandesas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños.

Para el año 2025, la proporción de la población de 60 años y más ascenderá a 18.6%, diez países (Cuba, Barbados, Canadá, Martinica, Antillas Holandesas, Puerto Rico, Guadalupe, Estados Unidos, Uruguay y Chile) tendrán una población de mayores de 60 años y más superior a la población de menores de 15 años, con casos extremos como Cuba que tendrá aproximadamente dos adultos por cada niño menor de 15 años (183 adultos por cada 100 niños).

En América Latina, cuatro países presentan una transición demográfica avanzada con porcentajes de personas mayores sobre el 10% del total de su población (MIDEPLAN, 2007):

Uruguay con un 18,3%; Cuba con un 16,8%; Argentina con un 14,6% y Chile con un 12,8%, ocupando los lugares 39, 49, 58 y 68 respectivamente a nivel mundial entre los 196 los países ordenados según su porcentaje de personas mayores de 60 y más años.

1.1.4 Envejecimiento en Chile:

El envejecimiento en Chile está asociado a los avances técnicos, de salud y a los cambios socio-culturales que ha experimentado el país en los últimos años. En el ámbito de la salud, el aumento de la expectativa al nacer, a los 60 y 65 años y la disminución de las tasas de mortalidad junto con el descenso de las tasas brutas de natalidad y fecundidad, han hecho de Chile, uno de los cuatro países más envejecidos de América Latina.

El envejecimiento de la población chilena ha sido acelerado, teniendo el país menos tiempo para adaptarse a su impacto en el ámbito político, económico, social y de salud, enfrentando un déficit tanto a nivel de población. Actualmente Chile cuenta con un déficit de profesionales enfermeros en el sistema público de atención tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, siendo insuficiente el número de profesionales para atender las necesidades de la población, especialmente de las personas mayores quienes son las que más consultan.

a) Características demográficas de la población:

1. Población Total:

De acuerdo a la proyección de los datos del Censo del año 2002, el Instituto Nacional de Estadística estimó para el año 2010 un total de población de 17.094.250 personas, de los cuales 8.461.250 serán hombres (49,49%) y 8.632.948 serán mujeres (50,51%).

La distribución por grandes grupos etarios (figura n°2) muestra un predominio del grupo comprendido entre los 15 y 59 años con un ligero predominio de los hombres sobre las mujeres, proporción que se invierte en el grupo de 60 y más años.

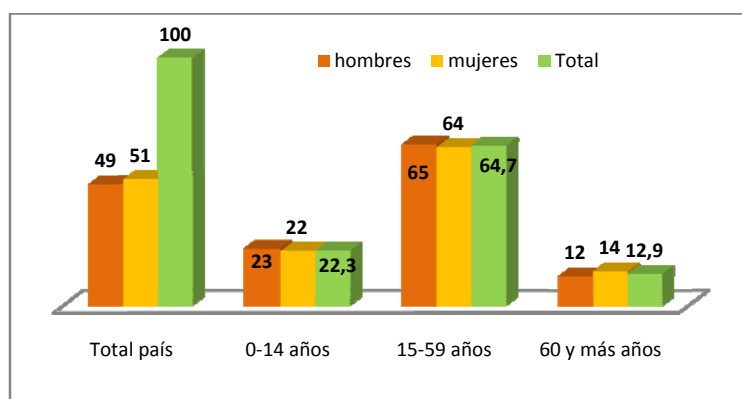


Figura n° 1.2. Distribución de la población por grupo etario y sexo, Chile 2010

La estructura de la población chilena ha evolucionado desde una forma triangular a una pirámide con un adelgazamiento de su base y engrosamiento de su cúspide, cambio que se ha venido produciendo en forma progresiva desde la década de los setenta debido a la disminución de los menores de quince años y el aumento de las personas mayores de sesenta años.

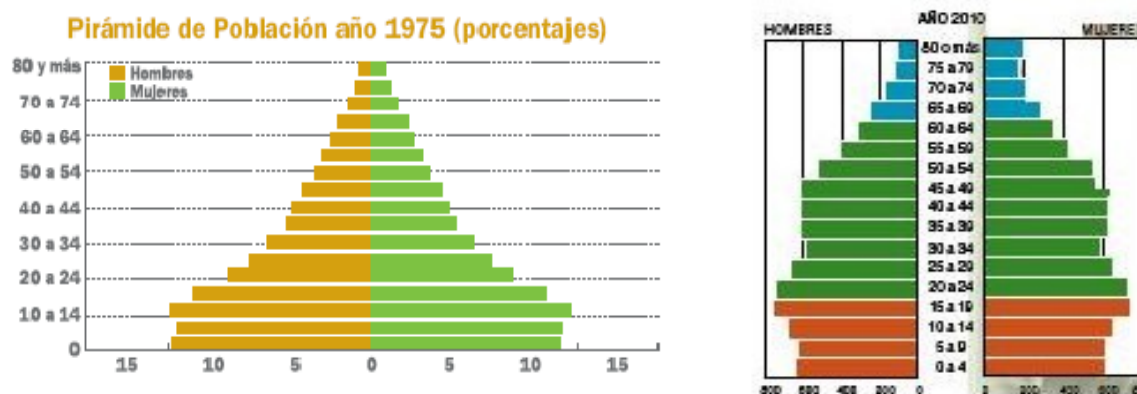


Figura n°1.3: Pirámide de población, Chile, 1975-2010

En 1975 se observa una reducción paulatina de la pirámide poblacional desde la base a la cúspide, característica de una población joven, mientras que en el año 2010, la pirámide se reduce por la base mientras los grupos de edades superiores aumentan, exceptuando el intervalo de 20 a 24 años. Las estimaciones sobre los cambios en la estructura demográfica apuntan a pirámides con aspecto cuadriforme, que muestran el creciente volumen y peso relativo de las personas de 60 años y más.

El descenso de las tasas de fecundidad en los últimos años ha determinado una disminución paulatina del índice de crecimiento de la población, en el año 2002 fue de 1,09% descendiendo en el año 2008 a 0,905%, se espera que para los años 2045-2050 llegue a cero.

2. Distribución geográfica de la población:

De acuerdo a los datos censales del año 2002, el 86% de la población habitaba en zonas urbanas y el 14% lo hacía en zonas rurales, debido al alto nivel de urbanización que presenta el país, se esperan pocos cambios importantes en este porcentaje en los próximos años.

La composición por sexo de la población urbana-rural está influida por la migración interna, se observa una mayor proporción de mujeres viviendo en zonas urbanas y una mayor cantidad de varones viviendo en las zonas rurales.

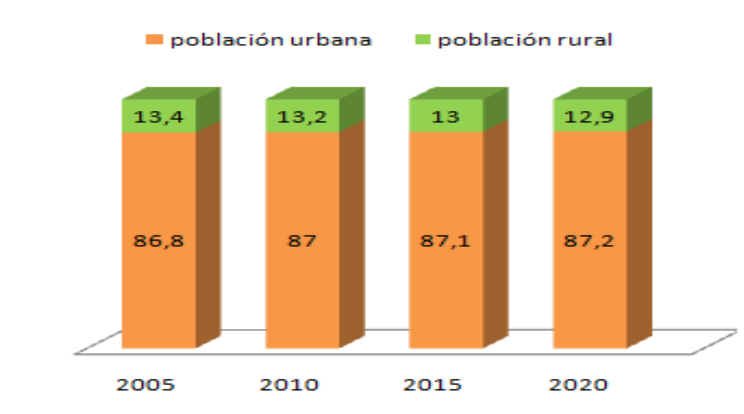


Figura n°1.4. Distribución de la población urbana-rural, Chile 2005-2020

3. Esperanza de Vida de la población:

La esperanza de vida al nacer de la población ha tenido en Chile un incremento sostenido en el último siglo, siendo el país uno de los tres países latino-americanos con mayor expectativa de vida, con 77,4 años, junto a Costa Rica, 77,3 y Cuba, 76,7 (INE, 2004); en el año 2007 (INE, 2007) la esperanza de vida para la población total era de 78,6 años, para las mujeres de 81,5 y para los hombres de 75,5 años. Las proyecciones de población indican que para el período 2010-2015 la esperanza de vida para la población será de 80,77 años, de 82,2 años para las mujeres y de 76,12 para los hombres.

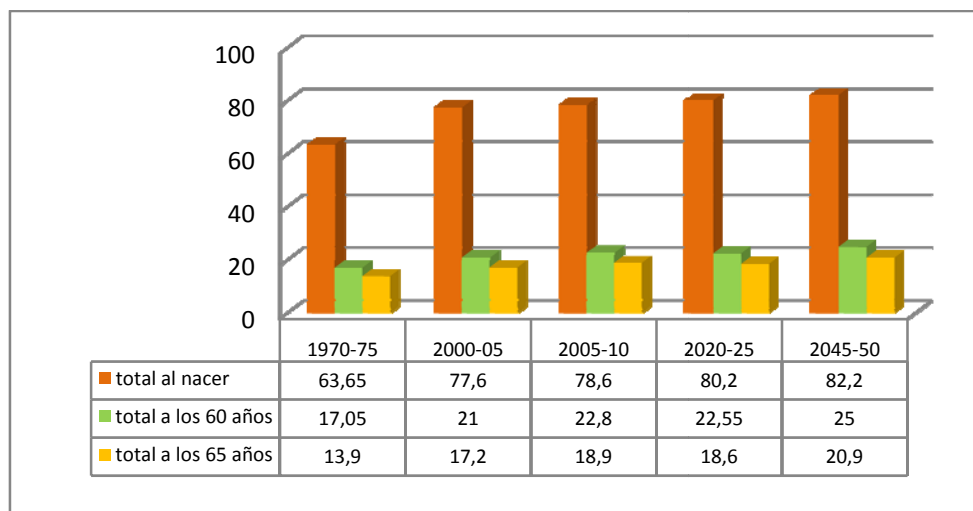


Figura n°1.5. Esperanza de vida al nacer, a los 60 y a los 65 años, 1970-2050

La esperanza de vida a los 60 años en el quinquenio 1970-1975 era para los hombres y las mujeres de 15,7 y 18,4 años respectivamente, para pasar en el período 2000-2005 a los 19,1 años en los varones y los 22,9 años en las mujeres, en el período 2005-2010 la esperanza de sobrevivida estaba en 24,5 años, y a los 65 de 20,4 años en las mujeres y en el caso de los hombres, de 20,7 y 17,1 años respectivamente. Para ambos sexos en conjunto, este indicador se ubica en 22,8 para los 60 años y en 18,9 para los 65 años.

4. Envejecimiento de la población:

Hasta el año setenta las personas mayores de sesenta años representaban el 8% del total de la población, porcentaje que ascendió al 9,8% en el Censo de Población del año 1992, en el Censo del 2002 alcanzó al 11,4%. Las proyecciones censales muestran que este porcentaje seguirá incrementándose, para el año 2010 se espera un 13% (2,213.486 personas mayores) llegando al año 2050 a constituir el 28,2% de la población total del país.

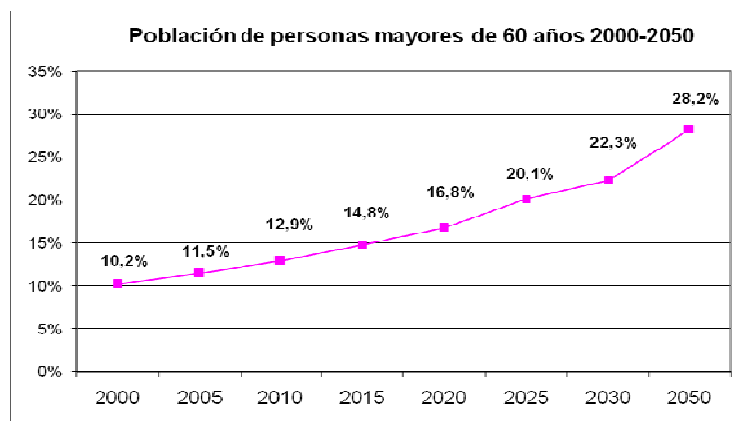


Figura n°1.6. Porcentaje de personas mayores de 60 años, Chile 2000-2050

El envejecimiento de la población no es uniforme a lo largo del país, las Regiones de Valparaíso (14%), de Los Ríos (13%), la Araucanía (12,7%) y la de Coquimbo (12,6%), se encuentran entre las Regiones más envejecidas. De las comunas, la que presenta un mayor porcentaje de personas mayores es Valparaíso con un 13,94%.

5. Índice de envejecimiento:

En el año 1975 el índice de envejecimiento² era de 21,1; para el 2000 la cifra había aumentado a 36, en el 2006 a 55,7 y se espera que en el año 2025 llegue a 103,1. Este índice llegaría a 170 en el 2050 de acuerdo a las proyecciones. Tres Regiones alcanzarán un índice de envejecimiento mayor que el promedio del país en el 2020: Valparaíso (102,63), Arica (100,21) y Los Ríos (95,55)

² Índice de Envejecimiento: número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15.

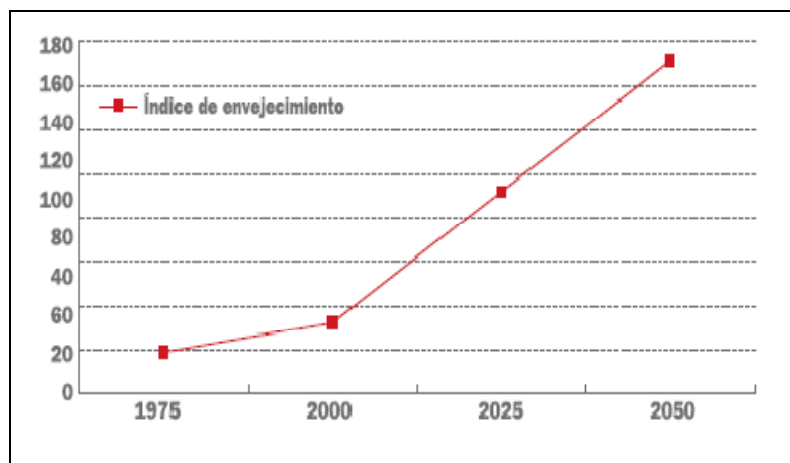


Figura n°1.7. Índice de envejecimiento, Chile 1975-2050

6. Índice de dependencia demográfica

El índice de dependencia demográfica, definido como el número de personas mayores de 60 años por cada 100 personas de 15 a 59 años cuantifica la cantidad de soporte social que requerirán las personas mayores por parte de la población menor de 60 años. Este índice en el año 2000 de acuerdo a cifras del INE (SENAMA, 2007) fue de 16,4, ascendiendo a 19 en el año 2007 y a 20 en el año 2010. Las proyecciones estadísticas indican que para el año 2015 llegará a 23 y a 28 en el año 2020.

7. Índice de masculinidad

La mayor proporción de mujeres se expresa a través del índice de masculinidad³ en el año 1975 habían 77,5 hombres por cada cien mujeres, en el año 2000, 76,1; en el año 2005 habían 65,2 hombres. Se estima que para el período 2025-2050 será de 82 hombres por cada cien mujeres.

³ Índice de Masculinidad: número de hombres por cada 100 mujeres.

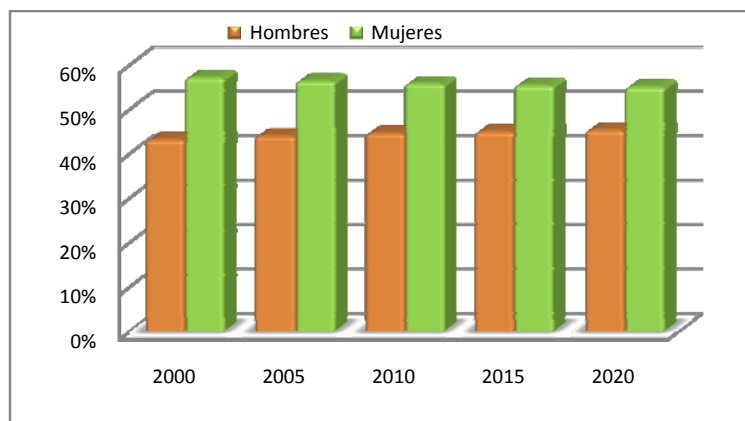


Figura n° 1.8. Distribución de la población según sexo, Chile 2000-2020

Las proyecciones censales para los años 2015 y 2020 siguen dando predominio a las mujeres sobre los hombres aunque el porcentaje de mujeres seguirá descendiente lentamente, para el año 2015 se espera un 55,22% de mujeres y para el 2020 un 54,85%.

b) Características demográficas de las personas mayores:

1. Distribución de la población urbano-rural

El 51% de los hombres y el 49% de las mujeres vive en zonas rurales mientras que en las zonas urbanas habitan el 43% de los hombres y el 57% de las mujeres.

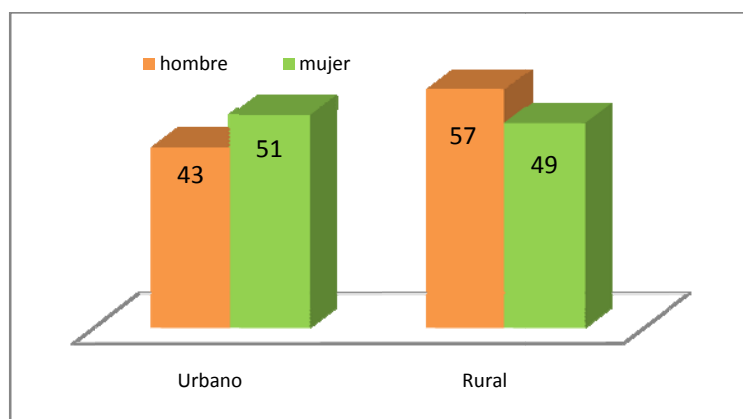


Figura n° 1.9. Distribución de las personas mayores de 65 años por zona y sexo, Chile 2006

2. Distribución por edad de las personas mayores:

Todos los grupos de edad han experimentado un aumento en los últimos años pero especialmente el grupo de mayores de 80 años, el Censo del 2002 ya indicaba que de las 1.717.478 personas mayores de 60 años, 1.141 personas habían sobrepasado los 100 años. En el año 2010, el 55% de la población son menores de 70 años, el grupo de 70-74 años y los mayores de 80 años superan al grupo de 75-79 años.

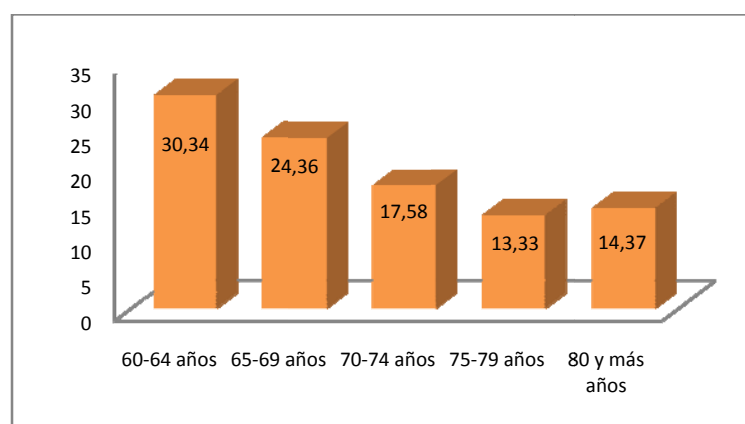


Figura n° 1.10. Distribución de las personas mayores de 60 años según grupo de edad, Chile 2010

Los mayores de 80 años en el año 2005 representaban el 13,51% del total de las personas mayores de 60 años, en el año 2010 este porcentaje ascendería al 14,37%, en el año 2015 se espera que alcancen el 14,64% y en el 2020 al 14,23%. Para el año 2050 este grupo de edad será mayor al grupo de 70-74 años llegando a ser el 25% del total de mayores.

3. Distribución por sexo de las personas mayores:

El envejecimiento en Chile se caracteriza por el mayor porcentaje de mujeres en la población mayor de 60 años, en el año 2000 las mujeres eran el 57% de la población de

mayores de 60 años y los hombres mayores el 43%, este porcentaje disminuye al 56,2% en el año 2005 y al 55,6% en el año 2010.

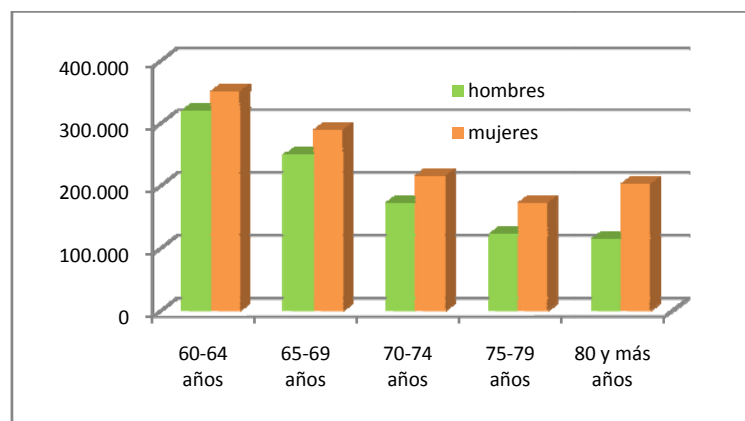


Figura n° 1.11. Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y grupo de edad, Chile 2010

4. Distribución de las personas mayores según su estado civil:

De acuerdo a la información proporcionada por la Encuesta de Caracterización Socio-Económica (CASEN 2006), el 58,8% de las personas mayores de 60 años vive en pareja, un 34,37% se encuentra sin pareja ya sea porque no se ha casado (8,99%) o se encuentra viudo (25,48%).

Al analizar el estado civil por sexo, se observa que los hombres en mayor proporción que las mujeres se encuentran casados o conviviendo, entre las mujeres predominan la viudez (79,1% versus 20,1 hombres) y la soltería (12,6% versus 10,26%); si se considera el porcentaje de mujeres viudas, solteras y las que no conviven, habría un porcentaje sobre el 50% de ellas que viven sin pareja.

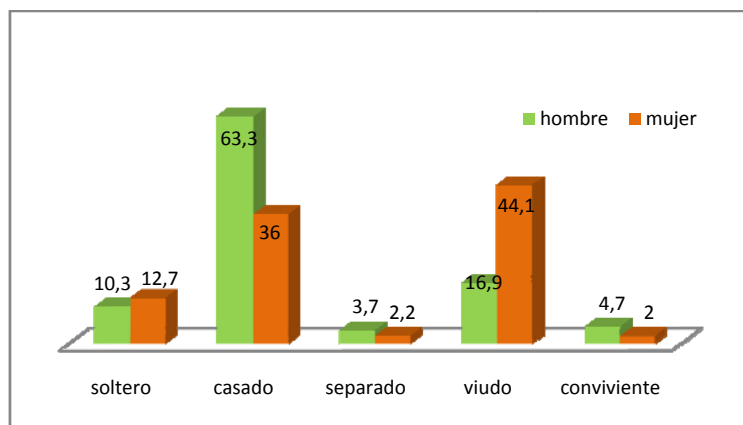


Figura n° 1.12. Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y estado civil, Chile 2006

5. Tipo de Religión que profesan las personas mayores:

La religión predominante de los mayores chilenos es la católica, la segunda en importancia es la evangélica, los Testigos de Jehová representan al 1,06% de los mayores. Hay un 4,5% de los mayores que declaran no tener ninguna religión.

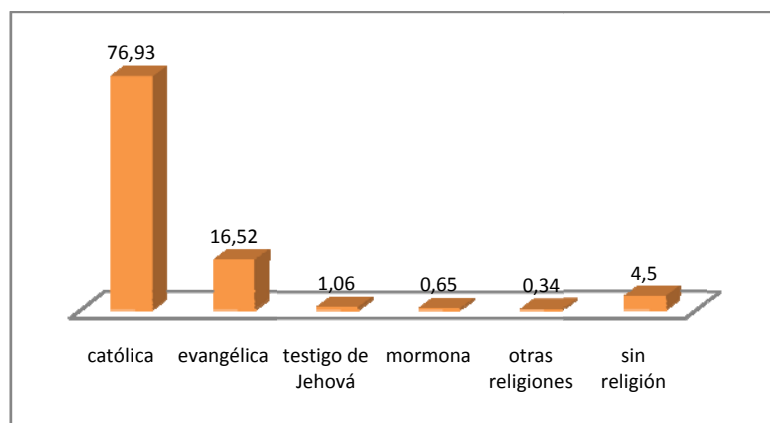


Figura n° 1.13. Distribución de las personas mayores de 60 años según religión, Chile 2004

6. Forma de convivencia de las personas mayores:

A nivel de toda la población según la CASEN 2006 (Mideplan, 2006), el 80,7% de los chilenos vive en una familia nuclear compuesta en promedio por 3,3 personas; el 19,3% vive en

una familia extendida formada por 5,5 miembros promedio. Un 13,2% son familias unipersonales de las cuales el 68,8 son mujeres.

De acuerdo a los datos censales del año 2002, el 12% de las personas mayores vive en un hogar unipersonal, un 38% lo hace en un hogar nuclear, el 36% en un hogar extendido, un 10% en un hogar sin núcleo y un 4% en un hogar completo.

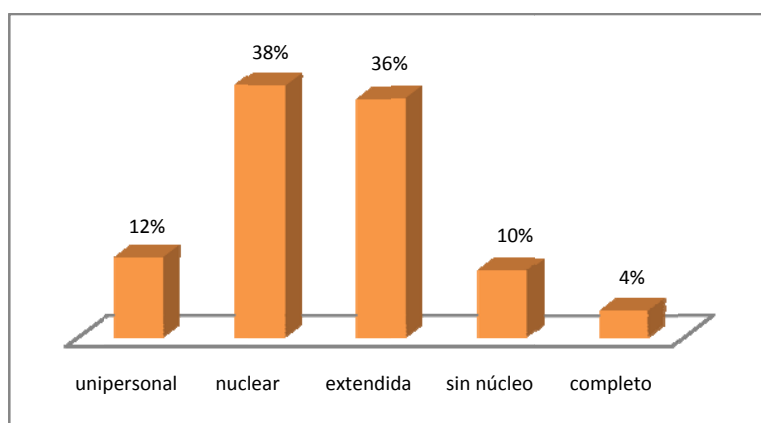


Figura n° 1.14. Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo de hogar, Chile 2004

En el grupo de personas mayores que viven en hogares unipersonales, las mujeres constituyen el 60,2% de las familias unipersonales, porcentaje dado en gran medida por el porcentaje de mujeres viudas; en el caso de los hombres, el 38,8% vive en un hogar unipersonal.

Al analizar la distribución por edad y sexo de las personas mayores en los hogares unipersonales, se aprecia que en todos los tramos de edad son más las mujeres que viven solas

a partir de los 65 años, la proporción de persona mayores que viven solas va aumentando a medida que aumenta la edad como se observa en la figura número 15.

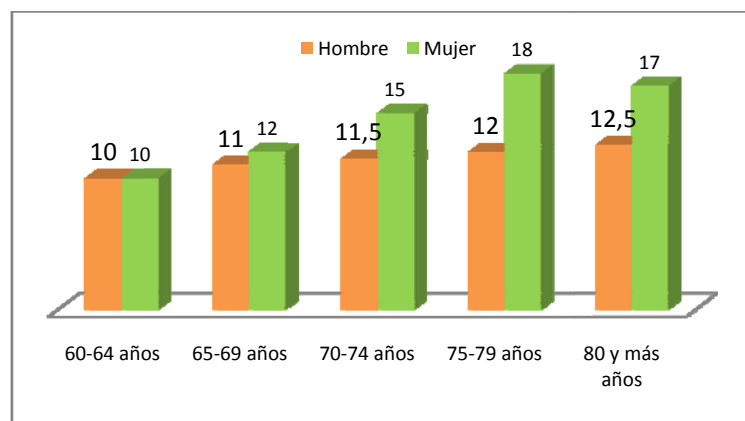


Figura n° 1.15 Distribución de familias unipersonales según sexo y grupo de edad, Chile 2007

7. Nivel de instrucción de las personas mayores:

Según datos de la CASEN 2006, el promedio de años de estudio de las personas mayores es de 7, los mayores con mayor ingreso tienen en promedio 10,8 años de estudio y los con menos recursos solo tienen 4,7 años de estudio. El 33,6% de las personas mayores completó la educación básica (seis años para esta cohorte) y un 12,2% tiene algún año de enseñanza media cursado.

Un 43,8% de las personas mayores no han completado la educación básica o no tienen instrucción, un 13,2% son analfabetas, el porcentaje de analfabetismo aumenta a medida que aumenta la edad, el grupo de 60-65 años presenta un 10,1% de analfabetismo, el grupo de 66 a 75 años un 13,1% y en los mayores de 75 años, 18,2.

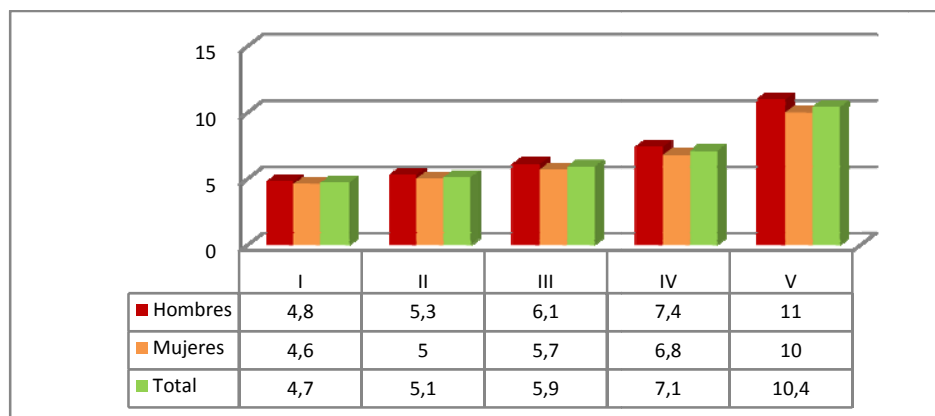
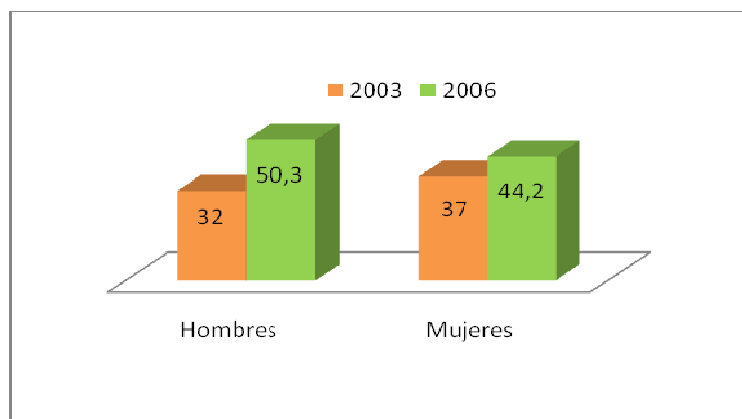


Figura n° 1.16 Años de escolaridad de las personas mayores de 60 años según sexo y quintil de ingreso, Chile 2009

Al comparar el promedio de escolaridad según sexo y quintil de ingreso, se observa que solo las mujeres del cuarto quintil han terminado su enseñanza básica y las del quinto quintil sólo han cursado cuatro de los seis años de enseñanza media, en cambio los hombres del tercer quintil han terminado su enseñanza básica y tiene algunos cursos de enseñanza media.

8. Participación social de las personas mayores:

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Ministerio de Salud, 2006) muestra un incremento en el porcentaje de participación de las personas mayores de 60 años de un 32% en el año 2003 (CASEN 2003) a un 46,8%, registrando un porcentaje de participación mayor al porcentaje de participación de la población general el cual asciende al 42%; otro cambio importante que se registra es el aumento de la participación de los hombres de un 32% a un 50,3% superando el porcentaje de participación de las mujeres las cuales registraban un porcentaje del 37% en el 2003 y de un 44,2 en el 2006.



*Figura n° 1.17 Porcentaje de participación social de las personas mayores de 60 años según sexo, Chile
2003-2006*

De las personas mayores que participan en algún tipo de organización, el 22,6% lo hace en una organización religiosa, un 15,9% participa en clubes o grupos de adultos mayores, un 14,7% participa en junta de vecinos, un 5,1 participa en clubes deportivos; un 12,5% participa en alguna actividad relacionada con la salud en actividades recreativas-deportivas (6,4%) y en talleres de desarrollo personal (3,8%). En relación a la participación por sexo, las mujeres participan mayoritariamente en las organizaciones religiosas (22,9%) y grupos de adultos mayores (20,9%) mientras que los hombres lo hacen en clubes deportivos (9,1%) y juntas de vecinos (21,3%)

Entre las principales razones para participar en organizaciones comunitarias se encuentran porque le gusta (42,9%), por distracción (18%), por contribuir a la sociedad (16,4), para mejorar la salud (8,9%), por obligación (8,3%) y para obtener beneficios (5,6%). La principal causa para no participar en ambos sexos es la falta de interés en un 45% y razones económicas en un 48%.

9. Realización de actividades de recreación:

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Bienestar en el Envejecimiento (Albala, 2000) y al estudio realizado por Critería (2009), el 75% de las personas mayores realiza alguna actividad de tiempo libre, un 62% de estas actividades son realizadas en el hogar sin compañía 58%: jardinería 17%, leer 10%, mirar TV 23%, escuchar música 7%, jugar naipes 7,4%, manualidades un 15%. Un 12,3% camina, un 5,8% realiza ejercicio físico y un 7,3% mantiene contactos sociales.

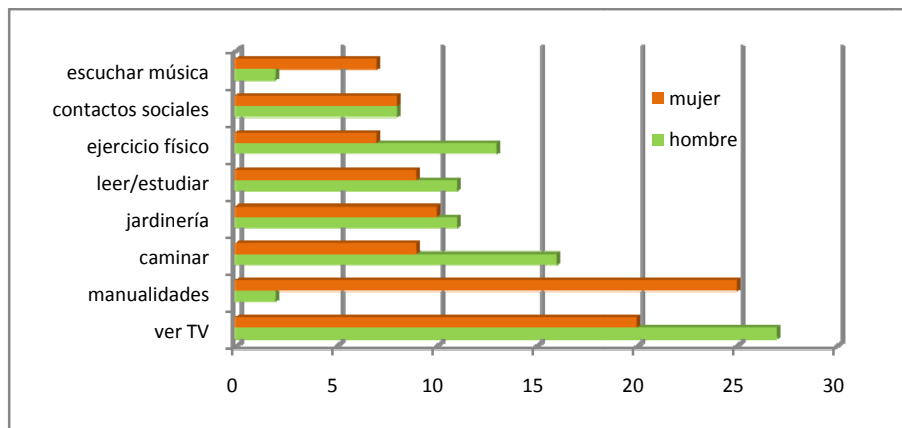


Figura n° 1.18. Actividades que realizan las personas mayores de 60 años en su tiempo libre según sexo

Un 24% de las personas mayores no realiza ningún tipo de actividad por problemas de salud, un 17% porque no tiene tiempo y un 6% porque se encuentra cansado. El 45% de las personas de 65 y más años tiene dificultad para recrearse siendo las mujeres las que tienen más dificultad para recrearse que los hombres, con un 14,8% versus un 11,6%.

c) Características económicas:

1. Actividad Laboral:

En el año 2006, el 27,5% de las personas mayores de 60 años y más años se encontraban laboralmente activas y un 7,71% desocupada; de acuerdo al sexo, existe una mayor participación de los hombres en el campo laboral con un 43% que las mujeres que solo lo hacen en un 15,4%. En relación a la edad, la mayor tasa de participación se da en el grupo comprendido entre los 60 y 64 años con un 53%, de los cuales un 74,3% corresponde a hombres y un 33,4% a mujeres.

El 39% de las personas mayores que trabajan lo hacen en jornada completa mientras que un 19% lo hace en media jornada, un 23% no tiene un horario definido, entre las razones para trabajar (Critería, 2009) se encuentran la de aumentar o tener ingresos con un 82%; un 13% lo hace para mantenerse ocupado/activo, un 7% lo hace para sentirse útil, un 2% lo hace para colaborar con los gastos de la casa.

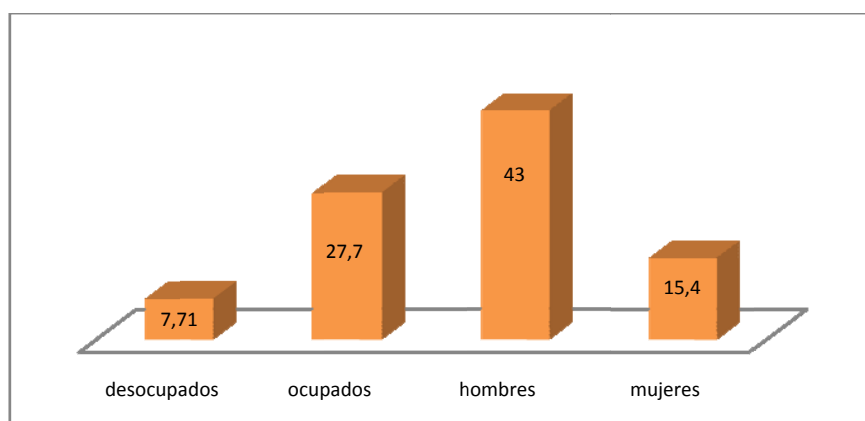


Figura n° 1.19. Porcentaje de ocupación de las personas mayores de 60 años según sexo, Chile 2009

Entre las principales áreas de ocupación se encuentra el área de servicios (mujeres 46,3% y hombres 20,1%) y del comercio (30,7% mujeres y 14,6% hombres); según rama de actividad, las personas mayores se concentran en las categorías ocupacionales asociadas a los menores ingresos como la agricultura, la ganadería, la pesca y la caza (5,1%), vendedores y ocupaciones afines (3,6%), en servicios personales y ocupaciones afines, artesanos y operarios en ocupaciones relacionadas con hilandería y la confección (3,3%).

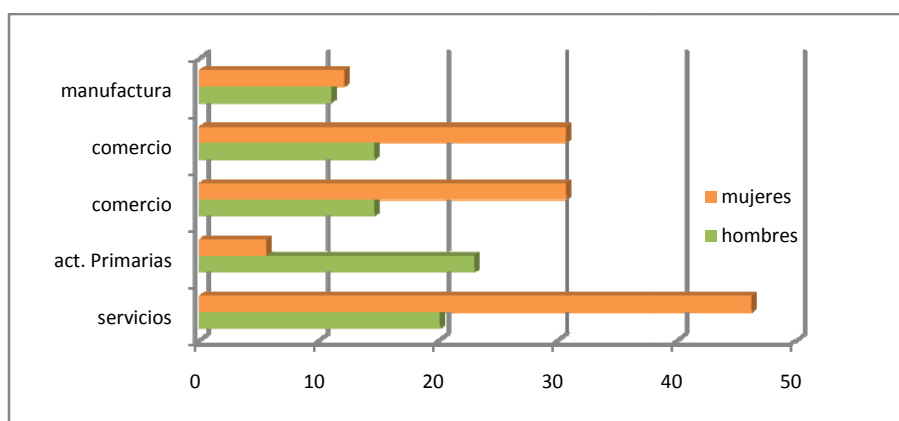


Figura nº 1.20. Tipo de actividades laboral que desempeñan las personas mayores de 60 años según sexo, Chile 2009

2. Ingresos:

De acuerdo a los datos proporcionados por la CASEN 2006 en el módulo de Trabajo e Ingresos, el 24,9% de las personas mayores de 60 años recibía menos de \$108.000 como ingreso mínimo legal líquido (IMML), un 2,8% percibía \$108.000, un 42,3% percibía entre \$108.000 y \$216.000; un 12,4% recibía entre \$216.000 y \$324.000; un 17,7% percibía más de \$324.000.

Analizando la información de la CASEN 2006, encontramos que el 70% de las personas mayores tenían ingresos que no superaban los \$216.000, ingresos que en su mayoría no son suficientes para satisfacer todas sus necesidades básicas

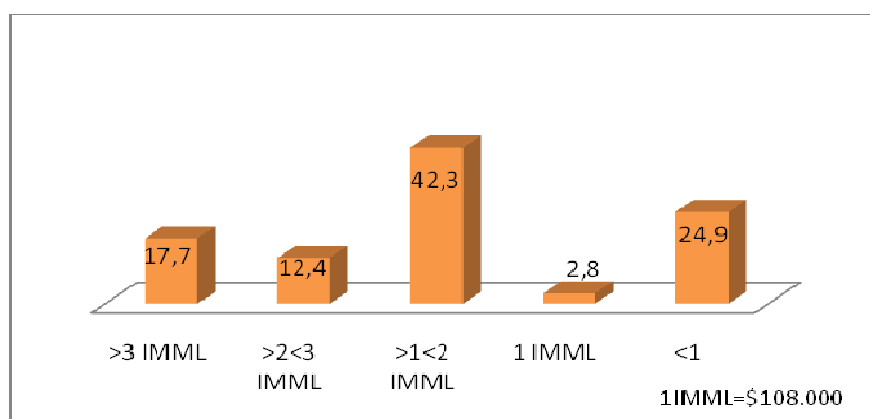


Figura n° 1.21 Distribución de las personas mayores de 60 años según ingresos percibidos, Chile 2006

3. Seguridad social de las personas mayores:

➤ La cobertura del sistema previsional chileno alcanza al 61,8% de las personas mayores, el 4,01% de ellos se encuentran afiliados al sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones, estando la mayoría adscrito al Sistema de Cajas de Previsión. Una alta proporción percibe pensiones de muy bajo monto

Un 60 % de las personas mayores se encuentran jubiladas, aumentando su proporción a partir de los 70 años, su distribución por sexo y edad se muestra en el gráfico número 21, el 46,3% de los jubilados se ubica en los dos primeros quintiles de ingresos, el 36% de estos jubilados son mujeres.

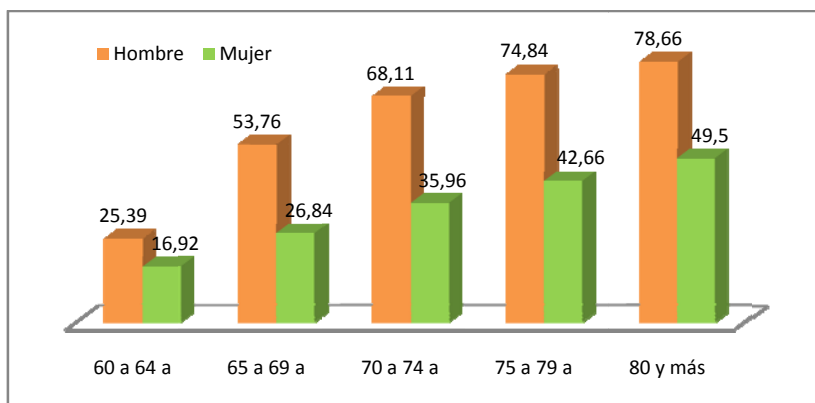


Figura n° 1.22. Distribución de las personas mayores de 60 años jubiladas según sexo, Chile 2008

Hasta el año 1981 el sistema de pensiones contributivo chileno estaba basado en un sistema de reparto basado en la solidaridad inter-generacional, la reforma previsional de ese año lo cambio a un sistema de capitalización individual, en el cual las pensiones se pagan con cargo a cuentas individuales de ahorro previsional. El porcentaje de jubilados con pensiones contributivas ha disminuido en los últimos años de 47,7 a 36% aumentando el porcentaje de quienes reciben pensiones asistenciales del 14,1% al 36,6%, las mujeres son las que reciben más apoyo del estado.

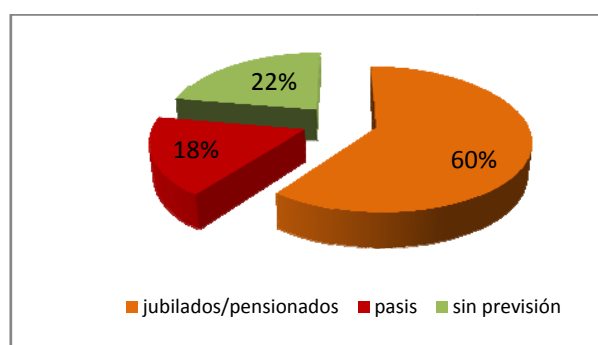


Figura n° 1.23. Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo de pensión que percibe, Chile 2009

➤ Protección de salud

En relación al sistema de protección de salud, Chile tiene un Sistema de Salud mixto, público-privado. Los beneficiarios del sistema público de salud alcanzan al 80% de la población, correspondiendo principalmente a los quintiles I-IV, a los grupos con mayores riesgos de enfermedad, de requerir atenciones de salud a mayores de 65 años.

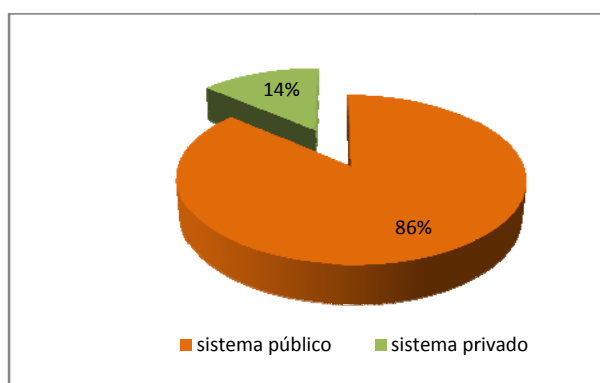


Figura n° 1.24. Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo sistema de atención en salud, Chile 2009

Sobre un 50% de los beneficiarios del sistema privado de salud representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) son personas que pertenecen al 20% de la población de mayores ingresos del país, un 2,5% de los mayores pertenecientes al primer quintil están afiliados, porcentaje que asciende al 71,5% en los mayores del quinto quintil de ingresos. En cambio, sólo un 9,3% de los beneficiarios del sistema público de salud pertenece a este grupo.

En el sistema público las mujeres tienden a estar en mayor proporción que los hombres (80,1% versus 75,6%), por el contrario en el sistema ISAPRE concentran en mayor proporción a hombres con un 14,6% en relación al 12,8% de mujeres.

d) Características de Salud

1. Percepción de salud:

De acuerdo a los datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2006, el 38% de las personas mayores consideraba que su salud estaba de bien a muy bien, 31,5% consideraba que era regular y un 7,9% que era mala a muy mala.

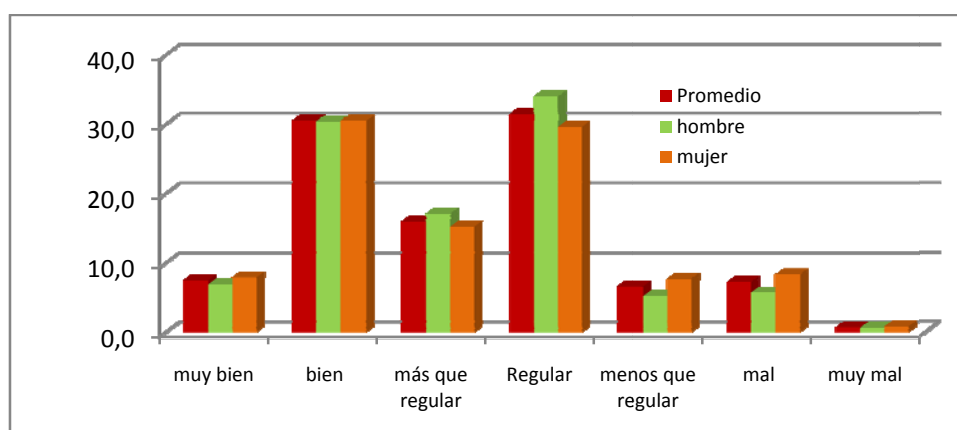


Figura n° 1.25. Distribución de las personas mayores de 60 años según su percepción del estado de salud y sexo, Chile 2006

De acuerdo al sexo, el 30,5% de las mujeres piensa que su salud está bien y un 29,6% regular, los hombres en cambio piensan que su salud es regular en un 34% y buena en 30%. Un 11% de las personas mayores presentó un episodio agudo en los 15 días previos a la encuesta, de este porcentaje, un 37,2% corresponde a hombres y un 62,81% a mujeres teniendo una tasa de consultas de 85 los menores de 75 años, de 89 los de 75 años y de 90,2 los mayores de 80 años.

2. Enfermedades crónicas:

El 33,2% de la población declara al menos tener una enfermedad crónica, de este porcentaje el 11% corresponde a los mayores de 65 años, declarando tener más enfermedades crónicas las mujeres con un 62,81% que los varones con un 37,2%. Entre las principales enfermedades crónicas declaradas, se encuentran la hipertensión arterial con un 42,3%, la diabetes con un 13,3%, las enfermedades respiratorias crónicas con un 9,7%, la depresión con un 7,8%, las demencias con 1%; un 9,81% tiene problemas de artrosis, a la próstata un 7,73% de los mayores hombres y ginecológicos un 2,54% de las mujeres.

De acuerdo a la distribución por grupo de edad, se observa en el gráfico 24 que la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y las demencias aumentan en el grupo de los mayores de 75 años, la depresión disminuye en el grupo de los mayores de 75 años.

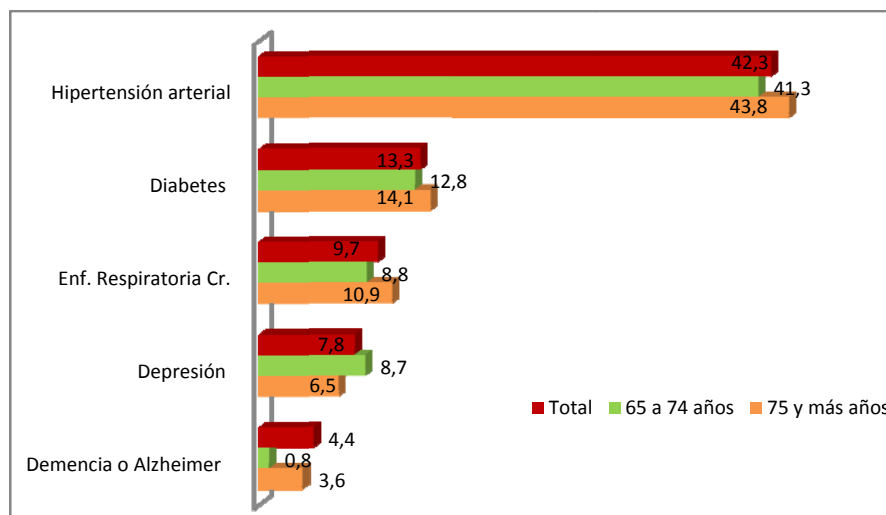


Figura n° 1.26 Distribución de las personas mayores de 60 años con enfermedades crónicas según grupo de edad, Chile 2006

3. Actividades de la Vida Diaria:

En cuanto a la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, la ECVS 2006 refiere que un 17,3% presenta dificultad leve para llevar a cabo actividades las actividades de la vida diaria, es decir, no requiere apoyo de terceros y puede superar las barreras del entorno, un 11,1% presenta una discapacidad moderada, es decir, requiere de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria; un 10,7% presenta una discapacidad severa para realizar las actividades de la vida requiriendo de ayuda total al no poder superar las barreras del entorno.

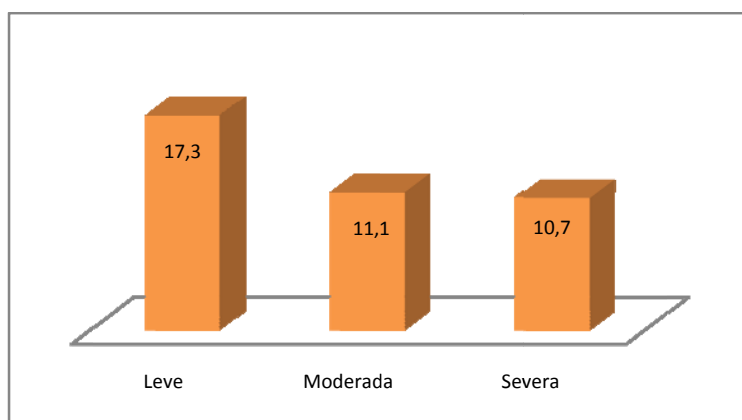


Figura n° 1.27 Distribución de las personas mayores de 60 años según grado de discapacidad, Chile 2006

Finalmente, en cuanto a la frecuencia con que los problemas de salud afectan el desarrollo de actividades sociales, los resultados obtenidos muestran que en más de la mitad de los entrevistados (57,6%) éstos suelen perturbar con mayor o menor intensidad su desenvolvimiento social. El 23,7% considera que le afecta rara vez, 22,4% que le perturba algunas veces, 6,3% que casi siempre le afecta y 5,2% que siempre le afecta. A medida que aumenta la edad, los problemas de salud interfieren con mayor frecuencia en el

funcionamiento social de las personas de edad, 17,7 de 65 a 74 años y 27,8 de 75 y más años, siendo las mujeres las que más se ven afectadas por esta situación.

1.2 LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS MAYORES

Introducción:

La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y una comunidad, está ligada con el desarrollo humano siendo un recurso individual que contribuye a la calidad de vida de las personas. Una buena salud mental permite mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas mientras que una deficiente salud mental compromete la supervivencia, la salud general y la creatividad.

La salud mental ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (2004, p. 14) como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Para el Ministerio de Salud de Chile (2002, p.155), la salud mental es

“la capacidad de las personas, familias y comunidades para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”.

De acuerdo a estas definiciones, la edad podría originar algunos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar en las personas mayores como la disminución o pérdida de los sistemas de apoyo familiar y de los amigos, al aumento de las patologías no transmisibles y

degenerativas asociadas al envejecimiento como el Alzheimer y otros tipos de demencia y a la falta de sistemas adecuados de seguridad social.

Las pérdidas que experimentan las personas mayores, la falta de integración social, la discriminación y los estereotipos negativos asociados al envejecimiento generan en ellas ansiedad, estrés, trastornos del sueño, miedo a ser abandonados o maltratados, soledad, aislamiento social, y baja autoestima que inciden en su percepción de la salud física y mental afectando su capacidad de afrontamiento a las situaciones estresantes.

Para las personas mayores al igual que en los jóvenes, los problemas de salud mental son una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura, muchas veces los problemas de salud mental son enmascarados por sintomatología física y la consulta tardía, algunas personas mayores creen que los trastornos de salud mental y su tratamiento son vergonzosos que representan un fracaso personal o que éstos los llevarán a la pérdida de autonomía, por lo tanto, pueden negar que tengan problemas mentales o no acepten el tratamiento de los profesionales especializados.

La manifestación y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, se asocian a factores físicos, sociales y psicológicos que generan en ella una percepción de malestar subjetivo e inciden en su capacidad de responder fisiológica, conductual y emocionalmente a las situaciones de demanda o exigencia a que están sometidas. Algunos factores psicológicos que influyen en la salud mental de la población son la baja

autoestima, el abuso de alcohol y drogas, la violencia, la falta de identidad y la falta de control y autocontrol de lo que sucede en el entorno, el individualismo y la competitividad.

Los factores de riesgo sociales identificados en la literatura consultada son las dificultades económicas, el desempleo, las condiciones de trabajo, el bajo capital social, el deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, la escasa participación social, las escasas relaciones sociales, el hacinamiento, los menores niveles de educación, las formas de vida condicionadas por las grandes ciudades y los vecindarios inseguros. Entre los factores físicos se mencionan se encuentran la salud física deficiente, la dependencia de la familia para el autocuidado personal, las enfermedades crónicas, el cáncer y los accidentes.

Las características físicas y relacionales del entorno donde transcurre la vida de las personas como la escuela, la familia y el trabajo, las experiencias individuales, las estructuras y recursos de la sociedad, la interacción social y los valores culturales, son factores que pueden favorecer o dificultar el desarrollo y el nivel de bienestar psicosocial. Se consideran factores protectores de la salud mental, el optimismo, el control personal, el tener proyectos de vida, la realización de ejercicios físicos, la participación regularmente en actividades recreativas placenteras como leer, tomar un curso, viajar, jugar juegos de estrategia como el ajedrez o resolver un rompecabezas y el participar en grupos de voluntariados.

A continuación se hará una descripción de los principales problemas de salud mental en Chile en la población general y a nivel de las personas mayores.

1.2.1 Epidemiología de los problemas de salud mental en Chile:

Los problemas de salud mental ocupan el cuarto lugar entre las enfermedades prevalentes en Chile después de las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva), del cáncer y los accidentes automovilísticos. Los trastornos mentales y del comportamiento fueron responsables en el año 2008 del 2,95 de las muertes en el país siendo su principal componente la demencia y otros trastornos degenerativos asociados.

La prevalencia global de enfermedades mentales encontradas durante la década de 1990 fluctuó entre el 34% al 42% para alguna vez en la vida y entre 23% al 28% para los últimos seis meses en mayores de 15 años que residen en áreas urbanas. Los resultados de estudios seriados sugieren que existiría un incremento en la prevalencia; entre las tasas que se han incrementado se encuentran el abuso y dependencia de drogas ilícitas y el estrés post traumático. Las enfermedades de origen genético como la esquizofrenia y los trastornos bipolares habían mantenido prevalencias estables (Ministerio de Salud, 2003).

De acuerdo al indicador de años de vida ajustados por discapacidad, el conjunto de enfermedades neuro-psiquiátricas incluidas en el Estudio sobre Carga de Enfermedad realizado en 1993, significaron la pérdida de 267.457 años de vida saludable, lo que equivale al 15% del total de años perdidos en el país en la población total y el 25,5% en los mayores de 65 años. En los hombres predomina la pérdida por dependencia de alcohol y el suicidio mientras que en mujeres predominan los trastornos depresivos post traumáticos. En ambos sexos se pierden muchos años por demencias y esquizofrenias.

El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago realizado en el año 2001 por Araya et al. (citado por Fritsch 2007), utilizó como instrumento de medición, la entrevista CIS-R, los resultados de la encuesta informaron cifras de prevalencia semanal de cualquier trastorno mental según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) del 23,99% mientras que para los episodios depresivos en una semana fue de 5,5% (2,7% en hombres y 8,0% en mujeres).

El «Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica», realizado en cuatro provincias de Chile en el 2002 por Vicente y cols. (citado por Fritsch 2007) que utilizó los criterios del «Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 3rd ed. Revised» -DSM-III y de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) para evaluar la prevalencia, informó una prevalencia semestral de patología psiquiátrica de 22,6%, de trastornos afectivos de 7,9% y de trastorno depresivo mayor de 4,6% (3,0 en hombres y 6,0 en mujeres).

La prevalencia de trastornos depresivos a los seis meses fue de 4,6% y durante la vida de 9,0%, en cuanto a distimia, la prevalencia fue de 3,3% a los seis meses y de 8,0% durante la vida, manteniéndose la diferencia entre hombres y mujeres, duplicando los porcentajes las mujeres en relación a los hombres de 6% versus 3,0% de trastornos depresivos y de distimia de 4,6% versus 1,5% a los seis meses (Fritsch et al. 2007).

Para el año 2004, en el segundo estudio sobre carga de enfermedad (Ministerio de Salud, 2004) realizado en el país, el porcentaje de enfermedades mentales había ascendido del 15% en 1993 al 23,2% del total de años de vida saludables perdidos con 871.758 años. El 28,5%

de los años de vida saludables perdidos correspondieron a los perdidos por discapacidad y un 4,7% a los perdidos por muerte prematura; en relación al sexo, el 20,4% se perdieron en hombres y el 25,9% en mujeres.

En términos de discapacidad, los trastornos mentales dan cuenta del 18% del total de licencias médicas en las personas adscritas al sistema privado de salud (ISAPRES), figurando en la quinta ubicación. Además son la segunda causa que genera mayor promedio de licencias médicas en el sistema privado de atención (12,9 días) después de los tumores.

Entre los trastornos mentales de mayor impacto en la población chilena se encuentra la enfermedad depresiva con 594.067 años de vida perdidos (15,8%) constituyéndose en la segunda causa específica entre las 10 primeras causas. La depresión se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas de crianza de los niños.

La prevalencia de depresión se estima entre un 1% y un 6% a nivel mundial. En Chile (Rojas, G. 2009) estudios realizados con distintos métodos e instrumentos describen una prevalencia semestral de alrededor del 5%; los estudios efectuados en consultorios de atención primaria y consultas ambulatorias de otras especialidades sugieren que aproximadamente un 30% de las personas que acuden por cualquier motivo de consulta, tiene una patología depresiva.

El Estudio de Carga de Enfermedad realizado en 1993 mostró que los cuadros depresivos ocupaban el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general medida a través del indicador de años de vida ajustados por discapacidad que incluye años de vida perdidos por muerte prematura y años perdidos por discapacidad (AVISA). Los datos en relación al sexo mostraron que los trastornos depresivos ocupaban el segundo lugar entre las mujeres, y si se consideraban sólo los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupaban el tercer lugar general y el primer lugar entre las mujeres.

Un estudio realizado con adolescentes que cursaban la enseñanza media en liceos del área sur de Santiago en el año 1997, utilizó como instrumento de medida, el Inventario de Beck, informó que la prevalencia de síntomas depresivos en este grupo era de 13,9% para los hombres y de 16,9% en mujeres.

Los estudios sobre sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan cifras de prevalencia entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986) y un 35,2% (Jadresic et al, 1992). En los trastornos depresivos asociados al puerperio, se encontró una prevalencia de Depresión Postparto que va entre el 27,7% en mujeres de nivel socioeconómico bajo; en mujeres de mediana edad (45-55 años) pertenecientes a Centros de Madres que cotizan en el sistema privado, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 43,3% (Ministerio de Salud, 2009)

Mendoza-Parra, Merino y Barriga (2009) en un estudio realizado con personas mayores hipertensas en el sur de Chile, encontraron que la depresión medida a través de la Escala de

Depresión Geriátrica de Yesavage estaba presente en el 48% de la muestra, el 37,0% presentaba depresión moderada y un 10,0%, depresión intensa. De acuerdo al sexo, la depresión moderada era tres veces mayor en las mujeres, 28,9% que en los hombres, 8,1%, mientras que la depresión intensa era en las mujeres 8,1% y en los hombres 1,9%.

A nivel de población general, la prevalencia de depresión fluctúa entre un 5,1% en el año 2003 a un 3,7% en el año 2006, siendo más frecuente en las edades medias (25 a 65 años) y en las mujeres (31%) que en los hombres (16%), en las zonas urbanas (25%) que en las rurales (15%) y en las personas con menos años de escolaridad, con enseñanza básica 18,6% y en las personas con estudios superiores, 16,8% . Del total de consultas realizadas en el 2003, un 36% de ellas correspondieron a depresión.

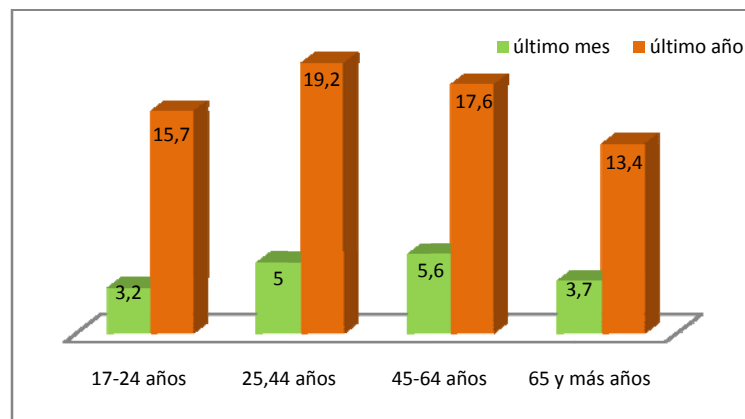


Figura n° 1.28. Distribución de las personas mayores de 60 años según síntomas depresivos en el último mes y año, Chile 2003

Los trastornos depresivos unipolares representaron la pérdida de 169.769 años de vida saludable, siendo mayor la pérdida de años en mujeres, constituyéndose en la tercera causa con 114.000 años, que en hombres, donde representa la quinta causa con 55.369. En el total de

muertes de ese año, representaron el 5,6. Según datos oficiales del Ministerio de Salud, en el año 2004, el 17,5% de la población presentaba alguna forma de depresión, ocupando los trastornos depresivos el décimo lugar entre las causas principales de discapacidad, expresada en años de vida ajustados por discapacidad (Jirón 2008).

Una de las complicaciones de la depresión severa es el riesgo de suicidio, de acuerdo a la información estadística proporcionada por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Tasa de suicidios en la población general ha aumentado de un 6,2 en el año 1997 a un 10,3 por 100.000 habitantes en el año 2005, siendo mayor esta tasa en hombres (17,4 por 100.000 habitantes) que en mujeres (3,4 por 100.000 habitantes). La tasa de suicidios en el país se acerca cada vez más a la tasa de los países desarrollados (Florenzano, 2008).

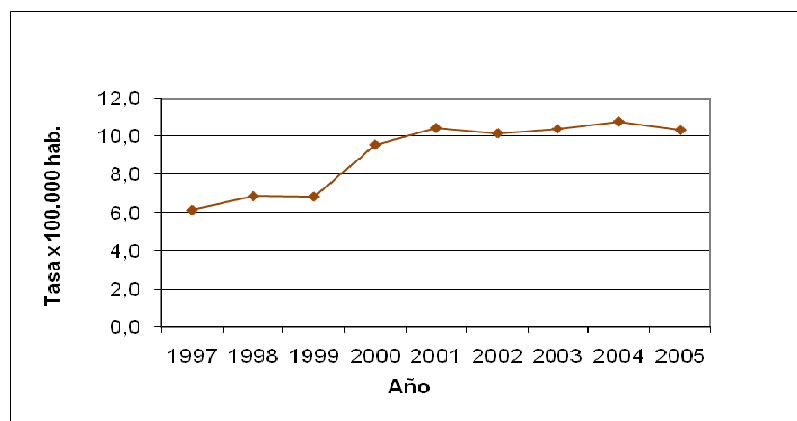


Figura n° 1.29. Tasa de suicidios población total, Chile 1997-2005

En cuanto a la distribución por edad, las mayores tasas se encuentran entre los grupos de 45 a 64 años (14,5), de 20 a 29 años (14,2), de 30 a 44 años (13,7) y en los mayores de 65 años (13,6)

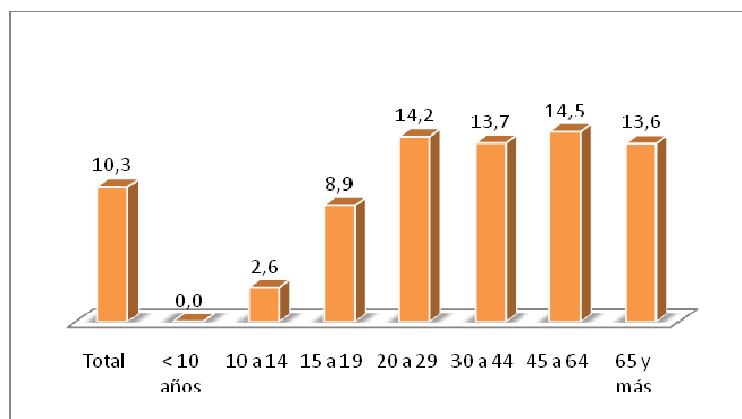


Figura n° 1.30. Tasa de suicidios según grupo de edad, Chile 2005

Las Normas de Atención de la Depresión han sugerido la utilización de los siguientes instrumentos validados en población chilena para la detección precoz de la depresión: el Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-12) para el tamizaje de depresión en personas mayores de 15 años que consultan en el sistema de salud, sospechando depresión con un puntaje igual o mayor de 5 puntos y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para la detección de la depresión post parto, la encuesta se aplica a todas las madres entre las semanas 6 a 8 después del parto, un puntaje igual o superior a 11 puntos indica sospecha de depresión postparto.

Los profesionales que trabajan con las personas mayores en Chile utilizan la Escala de Depresión de Yesavage de 15 ítems para evaluar la depresión, un puntaje de cinco o más respuestas positivas sugiere depresión, Hoyl, Valenzuela y Marín (2000) evaluaron la utilidad de la pregunta única “¿se siente usted frecuentemente triste o deprimido?” que recomienda el Ministerio de Salud como etapa inicial de tamizaje para la depresión, validando además una escala abreviada de 5 ítems de la Escala de Yesavage en una muestra de 110 personas mayores que asisten a los centros de salud de atención primaria de Santiago. En dicho estudio

encontraron que el 58% de la muestra respondió en forma afirmativa a la pregunta y un 47% resultó positivo para la depresión utilizando el puntaje de corte estándar.

1.2.2 La salud mental de las personas mayores:

Con la edad van apareciendo una serie de dificultades para mantener el equilibrio psico-social o la armonía consigo mismo y con el entorno, la falta de oportunidades, la jubilación obligada, la falta de participación llevan a las personas mayores a sentirse marginadas del acontecer histórico y a experimentar sentimientos de soledad e inutilidad que afectan su autoestima y su capacidad de cuidar de sí mismo. Cuando se produce un desequilibrio y falta de armonía entre el pensar, sentir y actuar, se produce la enfermedad mental (Mejías y Serranco 2000).

La salud mental está relacionada con la manera como las personas mayores enfrentan la vejez, con la capacidad que tienen para actuar adecuadamente en situaciones difíciles, con la capacidad de reconocer sus características positivas y negativas, con la aceptación de los cambios físicos inherentes al envejecimiento y con la mantención de una autoestima alta. En la actitud negativa frente a la vida y la imagen negativa de sí mismo influyen la percepción que éste tiene de su imagen y de su actitud, las cuales muchas veces se vinculan con las creencias culturales que se tienen sobre la vejez, creencias que pueden hacerle sentir inútil, pobre, solo, decadente y desamparado, siendo incapaz muchas veces de realizar acciones de auto-cuidado para mantener su salud (Sequeira, 1999).

Las personas mayores con problemas de salud mental pueden presentar síntomas como la ansiedad, que le puede hacer reaccionar en forma exagerada frente a una determinada situación, temor, tristeza y desgana, cansancio al menor esfuerzo, problemas para dormir, cambios frecuentes del humor, dolor en todo el cuerpo, dolores de cabeza, piernas, cuello, hormigueo en el cuerpo, dolores de estómago-, consumo de medicamentos en gran cantidad, pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, llanto y aspecto triste, pesimismo, pérdida del apetito e indecisión.

Los problemas de salud mental o emocionales en las personas mayores pueden ser causadas o agravadas por enfermedades físicas que originan limitaciones físicas y pérdida de la autonomía, como los trastornos endocrinos, la osteoporosis o la artritis; o por tratamientos médicos y/o farmacológicos de larga duración como es el caso de las enfermedades crónicas o el cáncer.

1.2.3 Algunos problemas de salud mental de las personas mayores chilenas:

a) Salud mental y función social:

En la ECVS 2006, el 64,6% se declaró satisfecho con su bienestar emocional y mental, el ítem correspondiente a la evaluación del nivel de Salud, (SF12) que mide la salud mental (depresión, nervioso/angustiado y calmado/tranquilo) y la interferencia de ésta en la función y en el cumplimiento del rol social, mostró que un 30,9% de las personas mayores presentaba problemas de salud mental, un 23,4% presentaba problemas en la función social y un 18,4% tenía limitaciones del rol por problemas sociales.

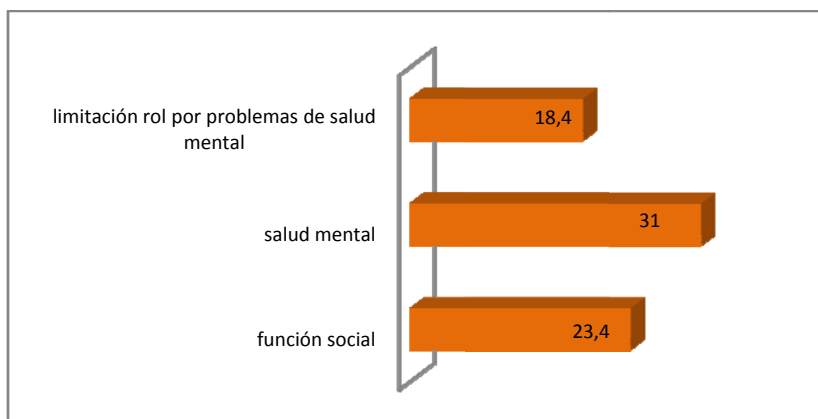


Figura n° 1.31. Distribución porcentual de los problemas de salud mental, Chile 2006

De acuerdo a la edad, los mayores de 75 años presentan más dificultades en la salud mental, la función social y el cumplimiento del rol social que los de 65 a 74 años como muestra la figura n° 32. El puntaje obtenido en la función social en el grupo de 65-74 fue de 74,3 y en los de 75 y más años fue de 69,9; en la salud mental, de 71 en el grupo de 65-74 y de 67,9 en los mayores de 75 años; el puntaje obtenido en las limitaciones del su rol por problemas emocionales fue de 79,4 en el grupo de 65-74 y de 74,2 en los mayores de 75 y más años.

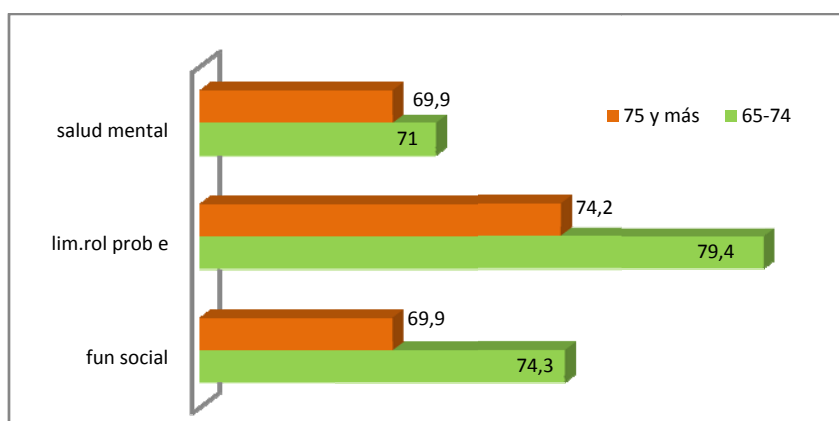


Figura n° 1.32. Distribución porcentual de las personas mayores de 60 años según puntaje obtenido SF 12

En relación a con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales dificultaron el desarrollo de actividades sociales, el 11,5% de las personas de 60 y más años encuentra que

estos problemas le dificultaron su vida social siendo mayor el porcentaje de mujeres 12,9% que de hombres 9,8%.

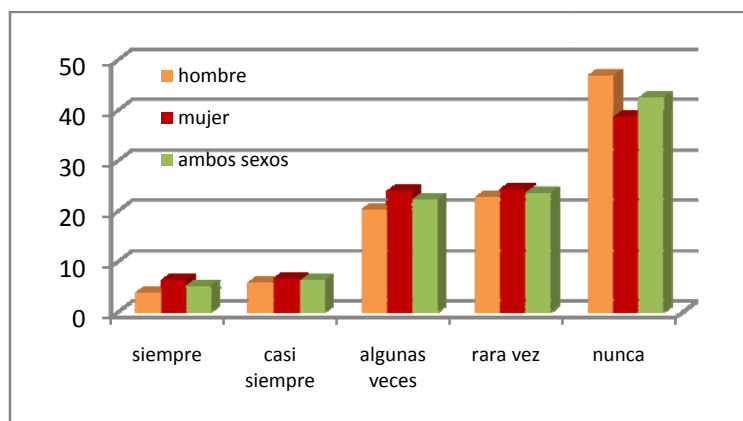


Figura n° 1.33. Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y dificultad para realizar las actividades sociales, Chile 2006

La ECVS consultó en el año 2006 a las personas entrevistadas si había presentado nerviosismo o síntomas de estrés, las cifras correspondientes a las personas mayores se presentan a continuación.

b) Ansiedad y estrés:

En relación a la consulta sobre si se ha sentido nervioso, ansioso o estresado en su vida en general, las personas mayores de 75 años se sienten nerviosas o estresadas algunas veces (40,3%), mientras que el grupo de 65 a 74 años se siente nervioso y estresado casi siempre. La distribución de los síntomas según edad se muestra en la figura n°34.

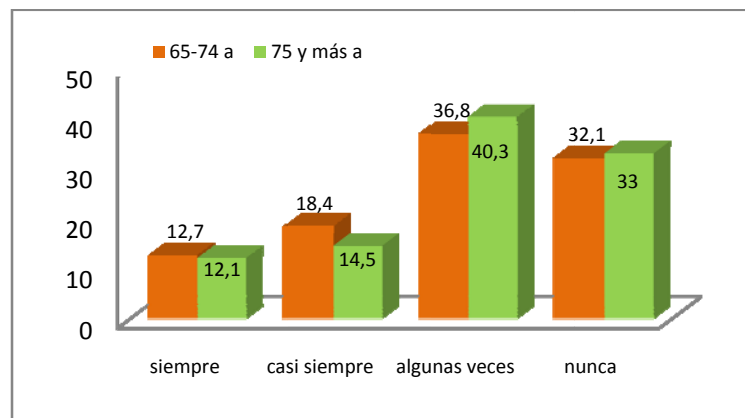


Figura n° 1.34. Porcentaje de personas mayores de 60 años según síntomas de ansiedad, nerviosismo o estrés, Chile 2006

De acuerdo a la información estadística disponible en el Ministerio de Salud, a junio del 2010 se encuentran 112.167 personas ingresadas al Programa de Salud Mental por trastornos de ansiedad, de las cuales 756 personas mayores de 65 años corresponden a la Región de Valparaíso.

Otro de los problemas estudiados en las personas mayores ha sido su estado de ánimo, conceptualizado éste como el tono emocional sostenido y perceptible a lo largo de un espectro continuo normal que va de la tristeza a la felicidad.

c) Estados de ánimo:

El estudio realizado por Critería (2009) encontró que el 28% de las personas mayores encuestadas se sentía nerviosa o angustiada, el 26% se sentía triste o desanimada, el 24% se sentía discriminado por la gente, el 31% se sentía nostálgico y con deseos de volver al pasado, cansado y fatigado, el 32%.

Los trastornos del ánimo se caracterizan por sentimientos anormales de depresión o euforia (Mejías y Serrano, 2000). Los estados anímicos negativos son más frecuentes en mujeres que hombres como se observa en la figura 35, a excepción del sentimiento de discriminación que es similar en ambos sexos.

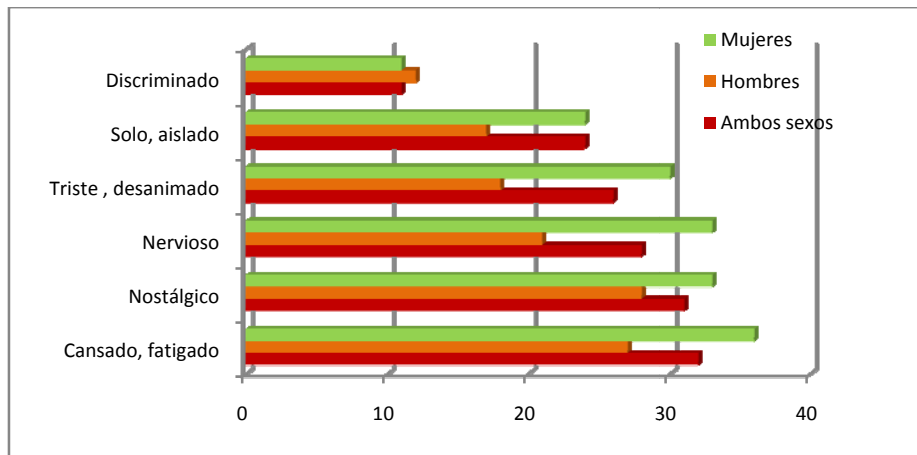


Figura n° 135. Distribución de las personas mayores de 60 años según estados anímico y sexo, Chile 2006

Por edad, el cansancio y la fatiga están presentes entre el 31 y el 37% de las personas mayores, la nostalgia entre un 28 y un 36%, la soledad y el aislamiento entre el 20 y el 26%, siendo a mayor edad, mayor este porcentaje, las personas de 75-79 años se sienten más nerviosas o angustiadas (37%) y tristes (29%) mientras que el grupo de 85 y más años son los que se sienten menos angustiados (24%) y menos tristes (19%). El sentimiento de discriminación aumenta con la edad, de un 12% en los de 60 años a un 15 y 14% en los de 75-79 y mayores de 80 respectivamente.

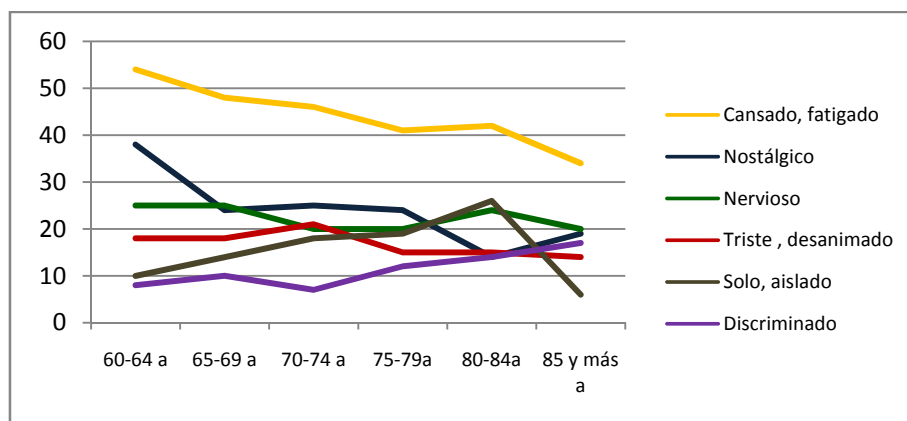


Figura n° 1.36. Distribución de las personas mayores de 60 años según estado anímico y edad, Chile 2006

Algunos estudios han consultado también cuales son las principales preocupaciones y temores que las personas mayores manifiestan, así como los aspectos negativos de ser una persona mayor, resultados que se presentan en los puntos siguientes.

d) Principales preocupaciones de los mayores:

Entre las principales preocupaciones que presentan las personas mayores se encuentran el perder la memoria en un 59%, el sentirse inútiles en un 52%, perder a la pareja en un 41, los problemas de salud en un 47% (enfermedades 43%), los problemas económicos en un 27% (no tener dinero/pobreza 23%), la dependencia en un 23% (no ser autosuficiente 17%), el perder amigos en un 22%, la soledad en un 17%, qué la familia no esté bien en un 15% y la muerte en un 10%. (Sequeira, 2009; Criterias, 2009).

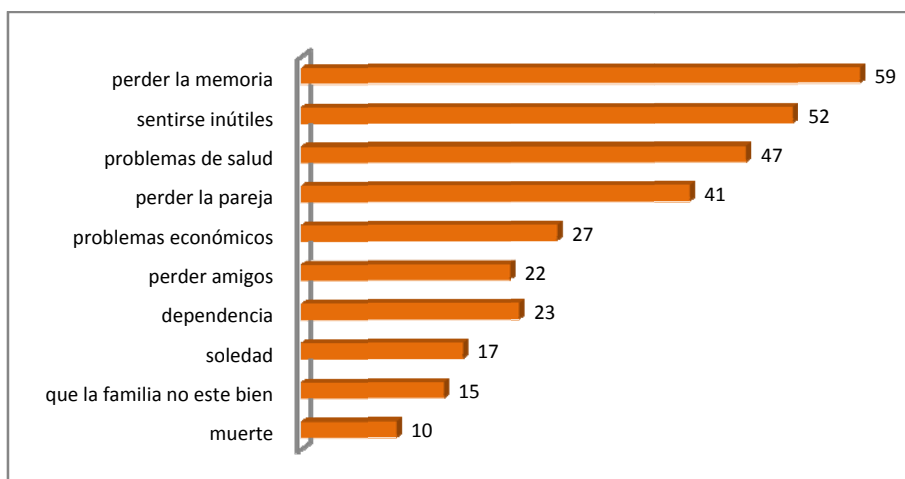


Figura n° 1.37. Distribución de las personas mayores de 60 años según principales preocupaciones, Chile 2009

Según la distribución por edad de los temas que les preocupaban, se encontró que en todos los grupos de edad la preocupación era similar en relación a los problemas de salud, los problemas económicos preocupaban más al grupo de 60-64 años (38%), la dependencia tuvo una distribución similar en todos los grupos de edad, la soledad preocupaba más al grupo de 70-74 años (21%), al grupo de 80 y más le preocupaba que la familia no estuviera bien en un 26% y la muerte a los mayores de 85 años (17%).

Existen diferencias entre los distintos temas que les preocupan a las personas mayores de acuerdo a su ingreso, así tenemos que los problemas de salud preocupan más a los del nivel intermedio de ingresos (C2-C3) con un 55% y 50% respectivamente, los problemas económicos a los de ingresos medios (C3) con un 30%, la soledad al grupo de mayores ingresos ABC1 (20%). A los grupos de más bajos ingresos I(D-E) le preocupan que la familia no esté bien en un 17% y un 15% respectivamente y la muerte con un 13%.

e) Aspectos negativos de la vejez

Un grupo de personas mayores de 60 años fueron consultadas en la comuna de Valparaíso sobre los aspectos negativos asociados a ser una persona mayor, la mayoría de las respuestas estuvieron orientadas a las pérdidas y a los déficits afectivos. Las pérdidas estaban relacionadas con un ser querido como la pareja o los hijos (6%), mientras que los déficit afectivos estaban relacionados con el no tener familia (4%), no tener amigos (3%), sentirse solo (30%), el ser abandonado (12,4%), no tener proyectos (6%) y el no ser tomado en cuenta (5,2%) (Sequeira, 2009).

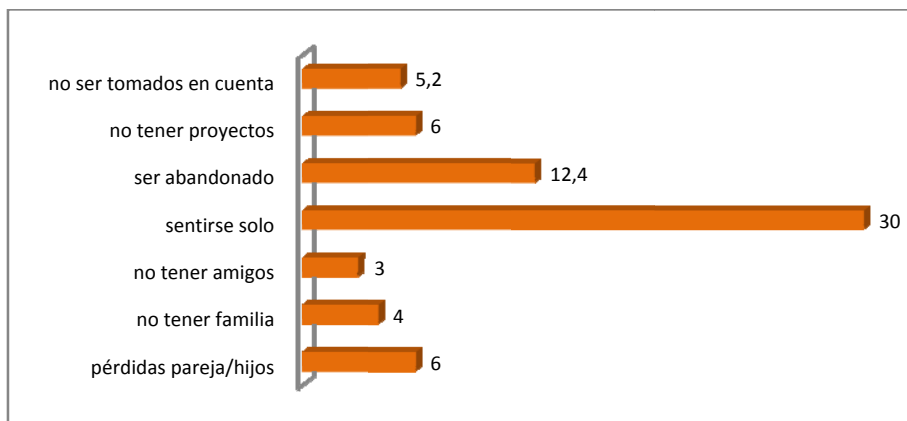


Figura n° 1.38. Distribución de las personas mayores de 60 años según aspectos negativos asociados a la edad, Chile 2008

f) Deterioro Cognitivo:

El deterioro cognitivo medido a través del Mini Examen del Estado Mental de Folstein validado para población chilena muestra un aumento entre los años 2000 y 2003 del 9,1 al 14,9%, siendo mayor el deterioro cognitivo en la población rural que en la urbana, 12% y 29% respectivamente.

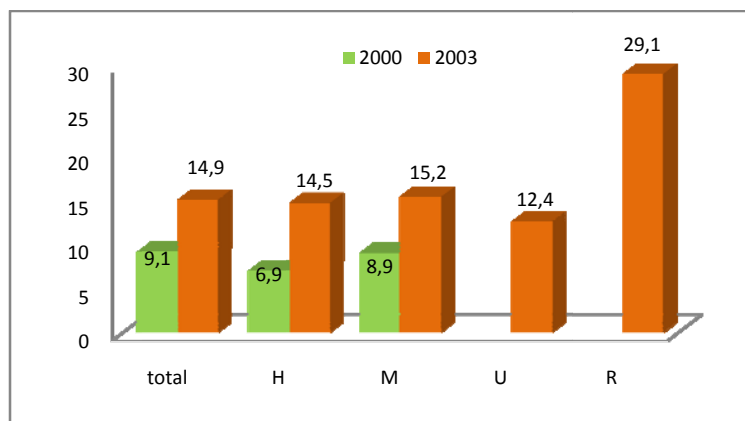


Figura nº 1.39. Distribución de las personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo según sexo y zona de residencia, Chile 2000 - 2003

De acuerdo al sexo, el porcentaje de deterioro aumentó al doble en hombres entre el 2000 y el 2003, de 6,9% al 14,5% mientras que en mujeres aumentó del 8,9 al 15,2%. El estudio realizado en el sur del país por Mendoza-Parra, Merino y Barriga (2009) encontró que las mujeres presentaban mayor deterioro cognitivo que los hombres, el total de los participantes presentaron deterioro intelectual moderado en un 19% y un 4,3% un deterioro intenso.

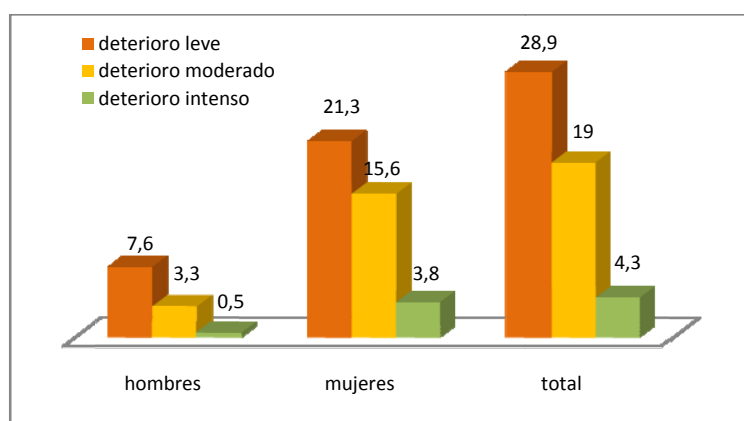


Figura nº 1.40. Distribución de las personas mayores de 60 años según grado de deterioro cognitivo, Chile 2009

En relación a la edad, el deterioro cognitivo tiene porcentajes similares entre los mayores de 60 y 79 años, produciéndose una diferencia entre hombres y mujeres en los

mayores de 80 años de aproximadamente de un 18%, (hombres 12% y mujeres 30%). Existen diferencias significativas de acuerdo al número de años de escolaridad, encontrándose que los que no han cursado estudios regulares, la prevalencia de deterioro cognitivo alcanzó al 40% mientras que en los que tienen 13 años de estudios, alcanza a un 4%.

1.2.4 Enfermedades mentales más frecuentes en las personas mayores:

La enfermedad mental es la consecuencia del desequilibrio y de la falta de armonía entre pensar, sentir y actuar que se manifiesta mediante síntomas físicos, psicológicos y sociales (Mejías y Serrano, 2000), tienen una prevalencia en las personas mayores de 60 y 74 años del 14,9% equivalente a 91.911 años de vida saludable perdidos constituyéndose en la segunda causa de años perdidos, contribuyendo el Alzheimer y otras demencias con 25.531 años convirtiéndose en la tercera causa de años perdidos por discapacidad. En las personas mayores de 75 y más años, las enfermedades neuro-psiquiátricas son la primera causa de años perdidos con 75.751 años y un 24,9%, el Alzheimer y demencias se mantienen en el tercer lugar, con 12.165 años (Ministerio de Salud, 2004), en el año 2008 se registraron 723 defunciones en los mayores de 65 y más años por trastornos mentales, representando el 2,95% del total de todas las causas de defunción.

Las enfermedades neuro-psiquiátricas (epilepsia, depresión, esquizofrenia, demencias y Alzheimer) representan el 25,5% de la carga de enfermedad en las personas mayores, con una prevalencia del 9,5 en los mayores de 65 años y del 12,1% en los mayores de 75 años. (ECV 2006). Un 24,91% de las personas mayores declararon haber presentado una enfermedad de

los nervios (depresión, angustia, neurosis) en la ECV 2006 porcentaje ligeramente más bajo que el obtenido en el año 2000 (25,4%), la distribución por edad de estos síntomas se mantienen estables en ambas encuestas 11,8% (2003) y 11,31 (2006) en los mayores de 65 años, mientras que en los mayores de 75 años se mantiene en 13,6.

A junio del 2010, se encontraban en control a través del Programa de Salud Mental, 5.677 personas por Alzheimer y otras demencias, 15,004 por Esquizofrenia, 7,059 por Retraso Mental y 21.293 por Trastornos de Personalidad; a la misma fecha, se ha registrado en la Región de Valparaíso, 18 casos de violencia en personas mayores, 3 casos de abuso sexual y 36 casos de consumo riesgoso de alcohol.

a) La Depresión:

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente entre las personas mayores, con una prevalencia que alcanza el 10-12 %, prevalencia que aumenta en las personas institucionalizadas en residencias y hospitales. Según De la Serna (2003), una de cada cuatro personas mayores sufre depresión, proporción que aumenta en los sectores de bajos recursos al 35%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

La depresión puede haberse presentado por primera vez a esta edad o bien ser continuidad de otros episodios sufridos, la depresión reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la vida media, en las personas hospitalizadas, prolonga la hospitalización, la recuperación es más lenta y repercute en la funcionalidad.

Las personas mayores tienen mayor dificultad que las personas de otras edades para identificar el sentimiento y la emoción de tristeza lo que incide en la oportunidad para diagnosticarla y tratarla en forma oportuna. Muchas veces la depresión es asumida por las personas mayores como algo normal de su edad y suele manifestar sus síntomas a través de somatizaciones y frecuentes quejas corporales.

La depresión es un trastorno del humor y del ánimo, que se acompaña de alteraciones en la actividad y en la capacidad de disfrutar de las cosas; se acompaña de abundantes síntomas físicos como anorexia, cansancio, alteración del sueño, dolores difusos, malestar general o inquietud, tristeza, inhibición, falta de interés por las cosas y por su entorno, apatía, abatimiento, pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritabilidad, desesperanza, preocupación por los acontecimientos de la vida, sensación de soledad e inutilidad, sentimientos de inadecuación y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas.

De acuerdo al DSM IV R, para hacer el diagnóstico de depresión, deben estar presente al menos cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer:

- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

- disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- insomnio o hipersomnia casi cada día
- agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- fatiga o pérdida de energía casi cada día
- sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

El haber sufrido previamente un episodio depresivo, presentar una enfermedad física, sufrir dolor crónico, experiencias recientes adversas y pobreza en las relaciones interpersonales son factores de riesgo que inciden en la presencia de síntomas depresivos.

Según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada entre 1999-2000 en la ciudad de Santiago, las personas mayores presentaron un porcentaje de depresión

más alto que a nivel nacional, 24% y 13,4% respectivamente, estando más presente en los niveles socioeconómicos bajos 35% contra los 17 del nivel alto. La depresión es más frecuente en las mujeres 17,8% que en los hombres 7,2%. Para medir la depresión, en el SABE se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage,

Según la Encuesta Calidad de Vida y Salud del año 2000, la depresión fue la 10ª. Enfermedad declarada en las personas mayores, con una prevalencia del 2% en hombres y del 6% para las mujeres. En la Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003 se midió la depresión a través de la pregunta: ¿con que frecuencia se ha sentido usted deprimido en el último año/ en las últimas cuatro semanas?, la prevalencia de depresión fue de 3,7% en el último mes y de 13,4% en el último año siendo esta mayor en mujeres (4,9%) que hombres (2,0%).

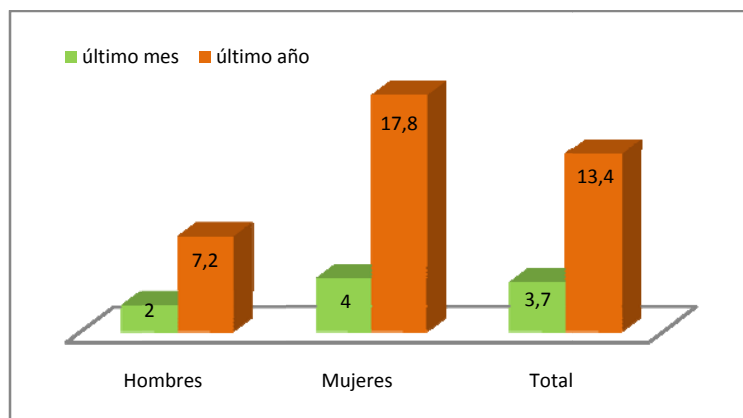


Figura n° 1.41. Distribución de la población según síntomas depresivos en el último mes y año, Chile 2003

Un tercio de la población en control por depresión a junio del 2010 (36,34%) corresponde a personas mayores de 65 años en la Región de Valparaíso, a nivel país, hay

278.040 personas en control por esta enfermedad. Uno de los riesgos que presenta la depresión es el suicidio.

b) El Riesgo de Suicidio:

La más alta tasa de suicidio en el mundo en cualquier grupo de edad se encuentra en los hombres que tienen 75 años o más (Federación Mundial de Salud Mental, 1999), los intentos son menos frecuentes pero los suicidios consumados lo son más para lo cual utilizan métodos más drásticos y letales que los jóvenes, aparte de los fármacos, utilizan el ahorcamiento, el degollamiento, la precipitación o armas de fuego.

Entre las causas que se asocian con el mayor riesgo de suicidio se encuentran la depresión, responsable de la mayoría de los intentos suicidas, el alcoholismo, las psicosis primarias o secundarias, el delirium, la demencia en estadios iniciales, los trastornos de ansiedad (sobre todo las crisis de pánico), los trastornos adaptación y los de personalidad. Las reacciones de duelo tras la muerte reciente de un hijo o cónyuge, las personalidades impulsivas, las enfermedades crónicas o con exacerbaciones recientes, neoplasias y cuadros dolorosos en general también se asocian al riesgo de suicidio (De la Serna, 2003).

Entre los principales factores de riesgo suicida descritos por la literatura, se encuentran el ser varón, mayor de 75 años, el bajo ingreso, el aislamiento social, el vivir solo (viudo o divorciado), la enfermedad física limitante, el consumo de drogas, la personalidad impulsiva o con baja tolerancia a la frustración, el padecer dolor crónico, la historia previa de intentos suicidas, la existencia de co-morbilidad psíquica de insomnio, crisis de angustia o paranoia.

En las personas mayores se describe el “suicidio silencioso” el que debe sospecharse cuando no realizan medidas de autocuidado necesarias para preservar la salud como el no seguir los tratamientos, no comer, el abandono de la higiene personal, la adopción de conductas regresivas, el aislarse y el no asistir a los controles.

La tasa de suicidios en las personas mayores chilenas ha aumentado de 11,1 en 1997 a 13,6 en el año 2005, presentando un alza en los años 2000 y 2003, siendo en este último año, la tasa más alta alcanzada, 16,1 por 100.000 habitantes.

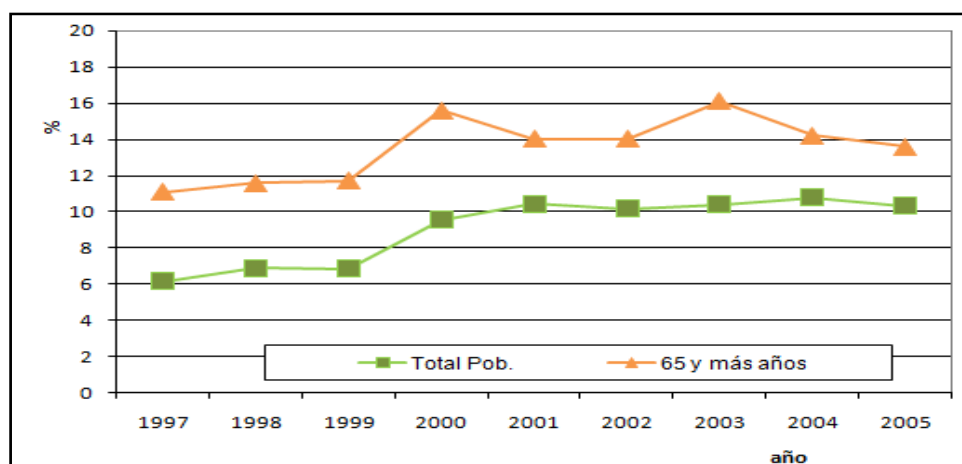


Figura n° 1.42 Tasa de suicidios Población total y mayores de 65 años, Chile 1997-2005

La tasa de suicidios es considerablemente más alta en hombres que en mujeres en todos los años de la serie como se muestra en el gráfico n° 42, las mayores tasas en hombres se registraron en el año 2000 (32,8) y 2003 (33,1), en mujeres en el años 2002 (3,8) y 2003 (3,7)

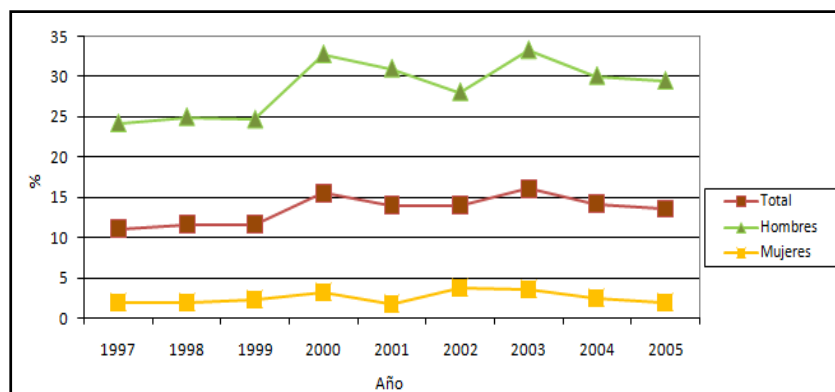


Figura n° 1.43. Tasa de suicidios mayores de 65 años por sexo, Chile 1997- 2005

c) Los Trastornos del Sueño:

Los trastornos del sueño repercuten en forma importante en el bienestar y en la convivencia de las personas mayores y en quienes le rodean, generalmente están relacionados con la ansiedad. Las alteraciones del sueño pueden deberse a cambios en la calidad o cantidad de sueño y también por exceso o por defecto.

Con la edad se producen cambios en el sueño apareciendo diferentes variaciones físicas y psíquicas en sus características como la reducción de la proporción de sueño REM y el aumento de la fase NREM, el aumento de las interrupciones, con despertares más frecuentes a lo largo de la noche, el menor tiempo de sueño real, un mayor número de horas en la cama, la reducción de las fases más profundas del sueño y el aumento de las fases de sueño superficial, se requiere más tiempo para conciliar el sueño, cansancio y somnolencia durante el día.

El trastorno más frecuente del sueño es el Insomnio, definido como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes; o como la cantidad y calidad de sueño no satisfactorio que persiste durante un

considerable periodo de tiempo. Entre los diferentes tipos de insomnio se encuentran el insomnio precoz, tardío, crónico o transitorio.

El insomnio precoz o de conciliación, se produce al comienzo de la noche, se tarda en conciliar el sueño más de media hora, puede deberse a patología ansiosa, comidas demasiado abundantes en la noche, calor excesivo en la habitación, preocupaciones recientes o consumo de tóxicos. El insomnio tardío o del despertar precoz, es aquel en el que se despierta dos o más horas de la hora habitual, es característico de los síndromes depresivos y de algunos tratamientos farmacológicos.

El Insomnio crónico es el que dura más de un mes, puede tener un origen físico en enfermedades crónicas o genético por el cual requiere de menor número de horas; contribuye también el consumo de tóxicos, los malos hábitos o el que se asocia a la apnea del sueño.

Las encuestas de salud y calidad de vida realizadas en los años 2003 y 2006, encontraron en el año 2003 que el 11,3% de las personas mayores presentaban problemas para dormir, siendo mayor la cantidad de mujeres (12,7%) que de hombres (9,4%); en el año 2006 el 12,2% de las personas mayores entrevistadas refirieron presentar trastornos del sueño siempre y un 9,9% casi siempre.

Los trastornos del sueño son más frecuentes en las mujeres y en los mayores de 75 años, según sexo, el 9,5% de los hombres refirió trastornos del sueño siempre y un 7,7% casi siempre; un 14,8 de las mujeres refirió presentarlos siempre y un 11,9% casi siempre; según la

edad, los trastornos del sueño fueron referidos por un 1,4% siempre y 15,2% casi siempre de los mayores entre los 65 y 74 años; los mayores de 75 y más años informaron de un 21,1% siempre y de un 10,1% casi siempre.

d) Los Estados Confusionales:

En los estados confusionales se produce alteración de la conciencia y cambios en las funciones cognitivas superiores. Suele aparecer de manera relativamente brusca, en horas o días, y durante un tiempo limitado. Es característico que su intensidad fluctúe a lo largo del día, con empeoramiento a partir de la caída de la tarde y durante la noche.

En los estados confusionales influyen factores como la vulnerabilidad del sistema nervioso central, el déficit de audición o visión, cuadros somáticos y el estar sometidos a múltiples tratamientos. Se considera como estado confusional agudo cuando aparecen trastornos de la conciencia y de la atención, de la percepción y del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño/vigilia

e) La Agitación:

La agitación psicomotriz se define como una actividad motora excesiva, asociada a un sentimiento de tensión interior; suele ser repetitiva e improductiva y cuando resulta intensa se acompaña de gritos o quejas llamativas, violencia física y verbal, y gran aparatosidad, manifiesta y observable.

Su origen es diverso, una noticia grave o un acontecimiento estresante reciente, una descompensación de una enfermedad psíquica prolongada, identificada o no, o bien un cuadro orgánico que directa o indirectamente afecta a sistema nervioso central.

La agitación puede ser reactiva a una causa inmediata como la ira derivada de una frustración o de un intento de chantaje emocional; o provocada por una crisis de pánico, ansiedad o reacción catastrófica ante un problema que no se tiene la capacidad de resolver; o surgir en el contexto de un cuadro confusional por patología somática concomitante, incompatibilidad medicamentosa o cambios introducidos bruscamente en los tratamientos, o cualquier afectación del sistema nervioso central.

1.2.5 Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría:

En el año 1986, la 39ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en base a la evidencia acumulada acerca del enorme impacto de las enfermedades mentales en el mundo, resolvió apoyar a los Gobiernos en la realización de acciones intersectoriales para disminuirlas a su vez la Organización Panamericana de la Salud, en 1997, resolvió instar a los Estados miembros a formular y desarrollar Planes Nacionales de Salud Mental.

Para atender los problemas de salud mental de la población, el Ministerio de Salud ha implementado dos Planes Nacionales de Salud Mental y Psiquiatría uno en el año 1993 y el otro en el año 2000, el Plan del año 2000 incluyó además el Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 fijó las siguientes prioridades de atención salud mental teniendo en consideración la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico, la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos: trastornos hipercinéticos en niños y adolescentes en edad escolar, trastornos de salud mental asociados a la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973-1990), depresión, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias y abuso y dependencia de alcohol y drogas.

Los objetivos específicos del Plan son los siguientes:

- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores

El Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión 2000 consiste en un conjunto de sugerencias de atención que combina intervenciones médicas y psico-sociales, con actividades que incluyen la detección, el diagnóstico, el registro, el tratamiento y el control de cada caso, se aplica en todos los establecimientos del país. En el año 2001 se dictan las Normas de Atención de la depresión en Atención Primaria.

En el año 2006, la depresión es incluida en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) garantizando el acceso al tratamiento a todas las personas mayores de 15 años tanto en el sistema público como privado (garantía explícita de acceso). La atención debe ser otorgada por un prestador registrado o acreditado (garantía de calidad) en un plazo máximo de atención de 30 días por el médico especialista (garantía de oportunidad) con una contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones (garantía de protección financiera).

El Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) garantiza la cobertura por parte del sistema público (FONASA) y el sistema privado (ISAPRES) de aquellas enfermedades que causan en Chile más muertes y discapacidades y que son problemas de salud que, si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de recuperación. En la actualidad incluye 80 patologías, 39 de las cuales cubren a las personas mayores siendo una de ellas, la depresión, tanto a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, FONASA como a los de las ISAPRES.

1.3 ASPECTOS PSICOSOCIALES EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN

Las personas mayores representan el grupo de personas más grande al que las enfermeras proporcionan cuidados tanto en hospitales como en establecimientos de larga estadía, en establecimientos de atención primaria y de la comunidad en general, sin embargo la atención especializada presenta un importante déficit de profesionales especializados en la atención de las personas mayores que se irá agudizando a medida que siga envejeciendo la población.

Así tenemos que en el año 2006, Chile contaba con 1,06 médicos y 0,63 enfermeras por 1000 habitantes a nivel general, en algunos países, se recomienda un médico geriatra por cada 5.000 personas habiendo en Chile solo 20 geriatras para la atención de casi dos millones de personas mayores de 60 años y dos hospitales geriátricos en todo el país, quedando uno de ellos seriamente afectado con el terremoto de febrero del 2010, existe además un déficit del 60% de enfermeras en la atención primaria, sin duda esta falta de profesionales influye en la calidad de la atención recibida por las personas mayores (Álvarez y Martín, 2004; Marín, 2007; Milos, Larraín y Simonneti, 2009).

Las personas mayores están sujetas a una gran cantidad de cambios y eventos vitales como la pérdida de roles y personales entre otras, que les predisponen a sufrir problemas de salud mental y a experimentar dificultades emocionales durante largos períodos antes de

solicitar atención. De acuerdo a la información estadística del Ministerio de Salud, en el año 2006 se registraron 1066 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, de los cuales solo el 0,14% correspondieron a personas mayores de 65 años.

Los estudios realizados en salud mental indican que los problemas de salud mental aumentan con la edad, así vemos que en el Estudio de Carga de Enfermedad (1993), los años perdidos por enfermedades neuro-psiquiátricas en la población total fue del 15% mientras que en los mayores de 65 y más años, este porcentaje alcanzó al 25,5%. De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006, estas enfermedades representan la segunda causa de años de vida saludables perdidos con un 14,9%, en los mayores de 75 representan la primera causa de años de vida saludables perdidos con un 24,9%.

Este porcentaje que probablemente irá en aumento si sumamos a las enfermedades neuro-psiquiátricas, las reacciones psicológicas negativas que se producen con las enfermedades crónicas y que contribuyen a disminuir las oportunidades de las personas mayores para la interacción social, sugieren que las enfermeras que tienen la posibilidad de pasar mayor tiempo con los usuarios, tienen un rol importante en la identificación de las necesidades insatisfechas de las personas mayores, realizando las intervenciones necesarias para aumentar su salud psicosocial.

Las personas mayores tienen las mismas necesidades sociales que el resto de los grupos etarios, pero tienen una mayor dificultad para satisfacerlas, influyendo en su satisfacción el deterioro físico que les impide entrar en contacto con otras personas, la pérdida de figuras de

apego (pareja, familiares y amigos íntimos) lo que genera una reducción en forma considerable de su red de relaciones interpersonales y una ruptura con la redes sociales, lo que afecta su inclusión social y su bienestar emocional generándose una situación de soledad emocional y social.

El ser humano en su necesidad de otras personas, busca establecer relaciones compatibles con otros seres humanos, en esta búsqueda de relaciones se desarrollan necesidades interpersonales que deben ser satisfechas para que la persona pueda funcionar eficazmente y evitar sufrir por tener relaciones interpersonales insatisfactorias pues la falta de vinculación y contacto con otras personas influye en su desarrollo emocional y social siendo su riesgo máximo, la muerte (López, 2010).

Sin embargo, no todas las personas tienen las relaciones afectivas que desean, el individualismo y la falta de interacción que caracterizan la vida moderna, muchas veces no permiten la expresión de estas necesidades influyendo en la disminución de la sensación de bienestar (Speck, 2000).

Las necesidades interpersonales solo pueden ser satisfechas mediante una relación con otra persona, se asocian con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades se encuentran la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, de recibir apoyo, de guía informativa y de la oportunidad de dar apoyo, de apego, de integración social, intimidad,

de control sobre las situaciones de la vida, de relaciones con significado y de alianza fiable entre otras (Carrol, 1989).

1.3.1 Necesidades Interpersonales o de aceptación social:

Las personas necesitan sentirse seguras, protegidas, valoradas, queridas y cuidadas, cuando estas necesidades no se satisfacen pueden experimentar soledad emocional, la cual solo podrá paliarse a través de la relación con una persona significativa. De la Pirámide de Necesidades de Maslow se analizarán las necesidades de afiliación y afecto, de apoyo y de pertenencia, junto a esta teoría de amplia divulgación en el campo de las ciencias sociales, se presentará la propuesta de necesidades sociales en la vejez que realiza López (2010).

a) Necesidad de afiliación y afecto:

Es una de las necesidades importante en la vida de las personas ya que puede mantenerse por largo tiempo si los recursos que la satisfacen se conservan activos y la persona mantiene vínculos afectivos incondicionales y eficaces hasta el final de la vida.

Se conceptualiza como la tendencia humana que lleva a buscar la compañía de otros siendo su función básica garantizar la supervivencia, implica el deseo de relacionarse con las personas que le rodean, tanto con quienes forman parte de su círculo íntimo o personal, como con aquellas no tan allegados y con la predisposición a relacionarse y buscar relaciones interpersonales nuevas (Ubillos y Barrientos, 2002). López (2010) señala que la necesidad de afecto es la necesidad más difícil de sustituir o compensar, porque estar en contacto, abrazar y ser abrazado, amar y ser amado, no puede sustituirse, ni compensarse realmente cuando falta.

A través de la afiliación se obtiene aprobación y apoyo social, se puede comparar y evaluar las creencias, actitudes y habilidades así como desarrollar una identidad y un sentimiento de pertenencia.

La necesidad de afiliación incluye la identificación con un grupo, amor, compañerismo, la necesidad de afecto en su dimensión de intimidad, resulta del grado de atracción mutua que existe, de la confianza, del cariño, del respeto y de la admiración mutua, gracias a esta dimensión se comparten confidencias.

La necesidad de tener lazos afectivos es la que hace desear permanecer dentro de un ambiente personal y familiar que proporcione un espacio relativamente seguro, alejado de riesgos; cada persona posee su propio ambiente hacia el cual se siente apegado, las personas se sienten tranquilas cuando están en compañía y la buscan en la medida que aumenta su sensación de ansiedad al no contar con personas que les proporcionen seguridad y afecto.

La mayoría de las personas pasan gran parte de su tiempo libre interactuando con otras personas como una manera de satisfacer su necesidad de afiliación, las personas difieren en la intensidad de esta satisfacción, aquellas cuyas necesidades afiliativas son débiles, a menudo prefieren estar solos, mientras que aquellos con necesidades fuertes, interactúan con otras personas siempre que les sea posible, cuanto más intensa sea la necesidad, mayor será la posibilidad de que las personas hagan un esfuerzo para llegar a intimar con aquellos a quienes conozcan.

b) Necesidad de apoyo:

El apoyo social es el conjunto de provisiones y transacciones interpersonales tanto percibidas como recibidas que operan en las redes sociales, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Los apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos y son proporcionados por comunidades, redes sociales y personas de confianza, teniendo en cuenta que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Guzmán, Huenchúan y Montes de Oca, 2006; Navarro, Meléndez y Thomas 2008).

El apoyo social permite que las personas se sientan parte de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con las que se puede contar en caso de necesidad, proporciona confianza, compañía, orientación, ayuda instrumental y ayuda emocional.

Influye en la salud de las personas mayores, en su seguridad económica, en las relaciones interpersonales, en el nivel de satisfacción con la vida familiar, promueve además su bienestar reduciendo los sentimientos de aislamiento e incidiendo en su calidad de vida (Clemente 2003).

c) Necesidad de inclusión o de pertenencia social:

Es una de las primeras necesidades y la más sentida en la infancia y la que mejor se mantiene y se puede resolver hasta el final de la vida, siempre que se tenga personas que proporcionen cariño de verdad. Corresponde a la necesidad de tener raíces, un punto de referencia y de continuidad,

un reconocimiento y una aceptación de uno mismo por parte de los demás, una participación en una identidad colectiva. El grado de pertenencia viene indicado por la aprobación, la aceptación, el sentido de pertenecer a un grupo, el consenso de los valores y un sentido del deber o de la responsabilidad con respecto al grupo. Esta dimensión establece la compañía.

Según Baumeister (1995) y su Teoría de la Pertenencia, los seres humanos tienen una necesidad innata de pertenecer, es decir, la necesidad de asegurar y mantener un número mínimo de relaciones personales cuyas interacciones se caracterizan por ser frecuentes, positivas, constantes y de mutua preocupación emocional.

De acuerdo a esta teoría, las personas establecen vínculos sociales con facilidad en la mayoría de las condiciones y se resisten a la disolución de los vínculos ya existentes puesto que el cambio constante de relaciones es menos satisfactorio que las interacciones repetidas con la misma persona, las relaciones sin contacto frecuente también se perciben como insatisfactorias.

La falta de pertenencia puede generar un daño tanto psicológico como físico (Baumeister y Leary, 1995); puesto que las relaciones sociales que proporciona el grupo, irradian la calidez que permite la autoafirmación y la confianza en sí mismo, fundamentales para la plenitud emocional, el ajuste del comportamiento y la función cognitiva a la vez que protegen contra las enfermedades.

López (2010) distingue vínculos y relaciones que tienen especificidad propia y que tienen un especial significado para el desarrollo emocional y el bienestar de las personas mayores, éstas son: (a) las relaciones con la familia de origen y la familia nueva creada, si fuera el caso, en torno a la pareja, (b) las relaciones de amistad y (c) las relaciones de pareja, siendo fundamental la participación que en esta etapa de vida se traduce en la posibilidad de seguir organizando la vida con autonomía y seguir relacionándose con los demás.

Cuando las personas mayores 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 percepción subjetiva de deficiencias cuantitativas y cualitativas en la red de relaciones sociales (Cohen & Syme, 1985).

El desarraigo social o disolución de la red social de las personas mayores es la separación parcial o total al grupo de pertenencia que tenía sin adscribirse a ningún otro grupo formal o informal; el desarraigo es parcial cuando las personas abandonan algunos elementos que conformaban su identidad como el ir a comprar a los lugares habituales o dejar de asistir a algunos grupos. El desarraigo es total cuando las personas no tienen familia o ésta vive lejos no teniendo con quien mantener una interacción social íntima y funcional o cuando es trasladado de su lugar habitual de residencia alejándolo de las personas con las cuales ha establecido pertenencia o de los recuerdos que sostenían su identidad (Fericgla, 2002).

La calidad de las relaciones sociales y su nivel de satisfacción están influidos por el sexo, la forma de residencia, el nivel de cultura formal, el contexto social en que se habita, el nivel

económico, el pasado individual de cada persona, el estado de salud físico/mental y las características de personalidad:

➤ Forma de residencia: la persona que vive sola tiene relaciones sociales más pobres que las que viven con la familia siendo más vulnerables a la soledad subjetiva, aunque algunas de ellas pueden contar con la red de vecinos especialmente si llevan viviendo mucho tiempo en el mismo barrio (López, 2005).

➤ Sexo, las mujeres mantienen más relaciones sociales que los hombres pues están inmersas en una red más amplia mientras que los hombres están más aislados recibiendo menos apoyo de los hijos, amigos y familiares, contando solo con el apoyo de la esposa/pareja (Agüera, Martín y Cervilla, 2002).

➤ Nivel de cultura formal: a mayor nivel de cultura formal mayor tamaño de la red social y mayores posibilidades de contar con apoyo social (Muchnik y Seidamm, 1998).

➤ Contexto social en que habita la persona: las personas en ámbito rural están más integrados que en las grandes ciudades, las relaciones familiares son más intensas al igual que la red familiar que en las zonas urbanas donde predominan las familias nucleares habiendo menos niveles de soledad (Agewell, 2010) además las relaciones vecinales y de amistad son más intensas que en la ciudad (López, 2005) pero también se da la posibilidad de que la soledad se encuentre presente en las personas que habitan en zonas rurales debido a la migración de las personas jóvenes a ciudades más grandes en busca de oportunidades de trabajo (Vargas, s.f.).

➤ Nivel económico: determina las posibilidades de desarrollar actividades de ocio, a mayor participación, mayor posibilidad de relaciones sociales instrumentales (Cohen, Teresi y Holmes, 1985).

➤ El pasado individual de cada persona: sus experiencias personales anteriores de éxito o fracaso con sus relaciones determinan la mantención o no de relaciones sociales duraderas; así la persona que se siente eficaz elegirá e iniciará los contactos sociales que le permitirán mantener o aumentar sus redes sociales, en cambio, si el fracaso en las relaciones sociales le ha llevado a sentirse ineficaz, evitará y rechazará participar en actividades sociales que le permitirían sentirse menos solos generándose un comportamiento de aislamiento físico y social (Isidro et al. 1999).

➤ El estado de salud físico/mental: determina el acceso a las redes sociales, las personas que presentan problemas de salud física o mental que les impiden salir fuera de su casa ven limitadas sus posibilidades de mantener o aumentar sus actividades sociales generando su reclusión en el ámbito domiciliario (Iglesias, 2001).

➤ Características de personalidad como la extroversión y las habilidades sociales. Las personas extrovertidas serían menos solitarias porque tendrían redes sociales más amplias que le aportarían mayores fuentes de apoyo al tener mayor facilidad para establecer contactos sociales, pero también existe la posibilidad de que estas personas aún teniendo amplias redes sociales experimenten sentimientos de soledad al no contar con una familia sólida que les pueda brindar seguridad y afecto (Rubio, 2007).

López (2010) basándose en las teorías “Self-determination Theory” (SDT: Motivación, Necesidad o Determinación de la propia persona para auto-realizarse socialmente) y la “Social Production Function” (SPF: Sentido y Lugar Social) ha desarrollado una taxonomía de necesidades afectivas que está en relación directa con las condiciones que se requieren para satisfacerlas: la familia, los amigos y la pareja, formuladas por el autor así porque el ser humano es un ser social y vincular y la naturaleza de los vínculos tiene contenido: las relaciones de parentesco, las relaciones con los iguales y el grupo al que se pertenece y las relaciones con la pareja sexual/amorosa. De acuerdo a esto distingue una necesidad de seguridad emocional, de una red de relaciones sociales y sexuales y amorosas

a) Necesidad de seguridad emocional: aceptación, estima afecto y cuidados eficaces.

Todo el mundo emocional de las personas depende en gran medida de las personas con las que se vinculan y de las interacciones que tienen con ellas, incluye la experiencia de ser aceptado incondicionalmente, ser querido, ser valorado y ser cuidado por personas que se perciben como eficaces. Es sentida subjetivamente como necesidad de sentirse querido, aceptado, apoyado, acompañado, valorado, protegido.

Los hijos, hermanos, pareja y amistades que satisfacen esta necesidad, pueden mantenerse mejor en la vejez, si se satisface, se puede aceptar la pérdida de otras satisfacciones, es una condición imprescindible para el bienestar de los adultos y de las personas mayores. Lo ideal sería seguir disponiendo del amparo de la familia de origen y establecer relaciones recíprocas de apego y cuidados con la pareja.

b) Necesidad de red de relaciones sociales.

La persona tiene la necesidad de ampliar su mundo de relaciones con los iguales y con la comunidad más allá de sus figuras de apego y la familia, necesita de una amplia red de relaciones sociales para sentirse perteneciendo a un grupo y una comunidad, compartir proyectos, divertirse en común para no sentirse marginado, aislado socialmente y aburrido. Se satisface a través de las relaciones con los iguales, los vínculos de amistad y el sentimiento de pertenencia a un grupo.

c) Necesidades sexuales y amorosas:

La necesidad de contacto sexual y vinculación amorosa es tan necesaria para la supervivencia de la especie como para los sentimientos de intimidad corporal y comunicación de cada persona. La satisfacción de esta necesidad se alcanza con la amistad y el apego dentro de la pareja y con el cuidado mutuo.

La pareja en las personas de edad es fundamental para satisfacer las necesidades sexuales, amorosas y de seguridad, puesto que en la pareja se desarrollan los sub-sistemas de apego y de cuidados. El apego y el cuidado mutuo son la base del bienestar subjetivo de en la vejez, al estar solos o haber perdido a la pareja puede generar dificultades para resolver las necesidades sexuales y amorosas y la necesidad de sentirse seguro, protegido, querido y cuidado incondicionalmente.

El establecimiento de relaciones sociales con otras personas permite la satisfacción de las necesidades anteriormente mencionadas y contribuye al crecimiento psicológico y a la creación

de importantes redes sociales de apoyo que permiten a su vez establecer relaciones interpersonales satisfactorias, para lograrlo se requiere que las personas tengan un buen manejo de sus habilidades sociales.

1.3.2 Habilidades sociales:

Las competencias o habilidades sociales son una característica de la conducta específica de la persona o situación que se definen como las conductas aprendidas e influenciadas por rasgos de personalidad y patrones culturales que emplean las personas en situaciones interpersonales y que les ayudan a realizar con éxito estas relaciones.

Rubio y Cabezas (1997) citando a Alberti (1977) y Rinn y Markle (1979) refieren que las habilidades sociales están condicionadas por la observación, la imitación, la información y las situaciones vividas a lo largo del ciclo vital.

Las habilidades sociales favorecen el establecimiento de amistades, permiten tener y otorgar apoyo social a las personas conocidas, facilitan la pertenencia a grupos, permiten satisfacer ciertas necesidades sociales, ser tenidos en cuenta, encarar problemas y situaciones difíciles. Las habilidades sociales tienen un componente conductual, tipo de habilidad; un componente personal, variables cognitivas y un componente situacional, contexto o ambiente (Monreal, Musitu y Pérez, 2006).

a) Componentes conductuales:

Están integrados por la comunicación no verbal (mirada, contacto, sonrisa), los componentes no verbales del habla (voz, fluidez), la comunicación verbal (aprecio, humor) y los componentes mixtos (verbales y no verbales) más generales (afecto, saber escuchar) (Monreal, Musitu y Pérez, 2006).

b) Componente cognitivos:

Los componentes cognitivos de las habilidades sociales son las competencias, el saber ponerse en el lugar de la otra persona, la capacidad de resolución de problemas sociales, la percepción social, los esquemas, las expectativas, las expectativas de auto-eficacia, las expectativas positivas sobre las posibles consecuencias de la conducta, las preferencias y valores subjetivos y los sistemas y planes de regulación (Monreal, Musitu y Pérez, 2006).

La incompetencia social se relaciona con una baja aceptación, falta de autoconfianza, rechazo, aislamiento, la expresión verbal de deseos y sentimientos, desajustes psicológicos, conducta antisocial, y diversos problemas de adaptación en la vida adulta que dificultan la resolución adecuada de los problemas (Pelechano 2000).

Los esquemas mentales o estereotipos que poseen las personas mayores dificultan que sus relaciones se ajusten a lo que encuentran, obedeciendo su comportamiento muchas veces a las representaciones que poseen de la realidad y que han ido construyendo a lo largo de su proceso vital, son las conductas no asertivas susceptibles de mejorar mediante entrenamiento en las habilidades sociales.

Las conductas asertivas permiten frenar y desarmar el ataque de otras personas, aclaran malentendidos su postura hacia algo, sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque y sabe expresar sentimientos de gratitud, afecto, admiración pero también insatisfacción, dolor y desconcierto. Según Muchinick y Seidmann (1998) la dificultad para entablar relaciones sociales (iniciación y asertividad) y la falta de habilidad para profundizarlas (apertura, guía y resolución de conflictos) permiten predecir la soledad en las personas.

El tamaño y la calidad de la red social pueden determinar el grado de soledad entre las personas mayores, cuando las redes sociales son deficientes y las interacciones relacionales son menores a las previstas, la persona se hace vulnerable a la experiencia de soledad, experimentando sentimientos de abandono y aislamiento que se acrecientan por su inhabilidad social (Weiss, 1974, citado en Porinchi, 2007).

La interacción social presenta características diferentes según se traten de relaciones primarias o secundarias (Rodríguez, 1999).

1.3.3 Clasificación de relaciones sociales:

a) Relaciones primarias:

Las relaciones primarias son de naturaleza personal, íntima y emocional, se caracterizan por ser duraderas e implicar a las personas en una variedad de roles, permitiéndoles expresarse abiertamente sobre diversos temas, se dan principalmente con la familia y los amigos

Los diferentes tipos de relaciones primarias satisfacen distintas necesidades interpersonales y ofrecen varios tipos de "provisiones sociales", no resultando intercambiables las relaciones, de este modo lo obtenido por la pareja no reemplaza a aquello que se recibe de los amigos o los padres, cualquier carencia específica produce soledad. Según Weiss (1974), existirían seis tipos de provisiones sociales, su deficiencia produce diferentes tipos de estrés (Rubio y Cabezas, 1997; Muchinick y Seidmann, 1998).

➤ Apego en las relaciones:

Lo provee aquella relación que hace sentir segura a la persona y es proporcionado mayormente por el cónyuge o pareja, lo que caracteriza centralmente a una figura de apego es que se la percibe y se la siente como proveedora de seguridad, como alguien a quien le importa escuchar, es accesible, confiable, interesada y comprensiva. El déficit de apego conduce a la soledad emocional, a sentimientos de ansiedad y aislamiento que solo se alivia con búsqueda de otros como proveedores de la relación necesitada.

En la vejez, la figura de apego es aquélla en quien se puede confiar que estará presente para tomar una decisión importante o para sintonizar las emociones y no necesariamente aquélla con la cual se comparte cada momento de la vida. A veces puede ser un hijo adulto que no vive en la misma ciudad, pero en quien se confía y se siente que, cuando se le necesite, estará presente (Muchinick y Seidmann, 1998).

➤ Integración social:

Provista por la red social en la que se halla inmersas la persona y donde comparte intereses e ideas con los amigos, aumentan la pertenencia y desarrollan la identidad. La falta de inclusión social genera sentimientos de aburrimiento, desesperanza y marginalidad, generando soledad social que solo se resuelve con la incorporación en otro grupo o red donde lo acepten como miembro (Sánchez et al. 2001).

➤ Posibilidad de ser cuidado:

Implica el que una persona se sienta responsable por el bienestar de otra, es un rol asignado mayormente a los hijos adultos, sensación de cuidado que hace al bienestar.

➤ Reaseguramiento del valor:

Las habilidades de las personas son reconocidas por las personas de su entorno, si no existe este reconocimiento se generarían sentimientos de soledad, existe relación entre el aislamiento y la autoestima (Muchinick y Seidmann, 1998).

➤ Alianza confiable:

La persona puede contar con que va a ser asistida ante cualquier circunstancia. Esta función es provista mayormente por familiares cercanos.

➤ Guía por parte de personas en cuya autoridad se confía como proveedores de consejos y asistencia, tales como profesionales de la salud o sociales.

b) Relaciones secundarias:

Las relaciones secundarias son formales, impersonales e implican a la persona en un solo rol, son instrumentales pues se utilizan para la obtención de ciertos objetivos.

1.3.4 Aspectos conceptuales acerca de la soledad:

El ser humano es sociable por esencia, emerge como consecuencia de vínculos siendo el entorno sociocultural lo que le permite construirse como persona individual al facilitarle el desarrollo de habilidades sociales y estimular su interés de relacionarse con los demás

Cada persona es única, tiene experiencias de vida diferentes y distintas formas de enfrentarlas, algunas veces con más éxito que otras, pudiendo experimentar episodios de soledad durante su vida. La soledad es un sentimiento complejo, universal, con múltiples facetas y orígenes, contextos y significados, siendo una dimensión muy importante del ser humano que va mucho más allá de una situación o estado de ánimo.

La soledad es la expresión de las relaciones que mantiene la persona con su comunidad, la forma social cómo están organizadas las personas genera las variaciones culturales de como las personas perciben y afrontan la soledad. Perlman (2004) refiere que la soledad se presenta en todas sus formas, afecta a la mayoría de las personas y que se encuentra presente en casi en todas las culturas pero que está influenciada por:

- a) *Factores culturales* como el sistema de valores (Cacioppo, 2009; Rokach, 2001, Tilburg et al. 2002), el modelo de relaciones interpersonales, las relaciones familiares, las características de la sociedad (individualista o colectivista), (Cacioppo, 2009), el estigma del solitario (Muchinick y

Seidman, 1998; Killeen, 1998), las relaciones de amistad (Tilburg et al. 2002), la nacionalidad, los antecedentes culturales, la urbanización, la dispersión geográfica de la familia y las expectativas culturales (Tilburg et al. 2002),

b) *Factores individuales* como la personalidad (Rokach, 2001), la percepción de la soledad (Del Barrio, 2010), el sexo (Tilburg et al. 2002), las relaciones de parentesco (Rokach, 2001, Tilburg et al. 2002, Del Barrio, 2010), la forma de convivencia, el vivir solo (Tilburg et al. 2002), la estructura del hogar y las redes personales (Del Barrio, 2010)

c) *Factores determinantes* como la forma en que se mide (Tilburg et al. 2002). Estos factores culturales afectan a las personas que aspiran a alcanzar un nivel deseado de contactos sociales influyendo en su prevalencia, la intensidad, los antecedentes que la causan y el sentido de la misma experiencia.

La soledad, desde su quietud y su silencio atrae e invita al recogimiento, a la interiorización y al contacto íntimo consigo mismo pero también asusta, muchos temores nacen de saberse solos, el temor a la soledad constituye uno de los tres temores básicos del hombre (Muchnik y Seidmann, 1998) junto al temor a la locura y al temor a la muerte. Se estima que el temor básico es a la muerte, pues la locura es una suerte de muerte mental y la soledad es una muerte social pero también vivencial, el temor a la soledad es el temor al sentimiento de la soledad (Martínez, 2004)

La soledad es un sentimiento que trata de desesperanza, de tristeza, de abandono y de pérdida, también de goce y creación, como emoción no existe estado fisiológico ni conductual

característico, sino una situación de expectativa, una "ausencia" a veces sin forma que genera un estado de ansiedad difusa. Las personas que se consideran solas, creen estar más aisladas de lo que deberían estar, perciben una carencia, por el contrario, quienes manifiestan estar aislados, así como lo esperaban, no se sienten solos (Muchinick y Seidmann, 1998).

Klein (1963) se refiere a la soledad como una sensación intensa, una sensación de estar solo sean cuales sean las condiciones del entorno, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. El origen de este estado de soledad interna sería el producto del anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno perfecto que proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las cuales derivan de las ansiedades psicóticas del bebé.

Para Klein (1963), para poder comprender cómo aparece el sentimiento de soledad es necesario remontarse hasta los primeros meses de vida para investigar la influencia de dicho período en las etapas posteriores de la vida. En los primeros meses de vida, la vida emocional del bebe se caracteriza por experiencias recurrentes de pérdida y recuperación. Cada vez que la madre está ausente, el bebé puede tener la vivencia de haberla perdido, sensación que equivale al temor de que haya muerto. Este temor le despierta al bebé la idea de su propia muerte, a lo largo de toda la vida, el miedo a la muerte desempeña un papel importante en la soledad.

Existe desde el comienzo de la vida una tendencia a la integración, tendencia que va creciendo a medida que el yo se desarrolla estando basada en la introyección del objeto bueno representado por el pecho de la madre o sustituto, lo que implica un estrecho contacto entre el

insconciente de la madre y el del niño, lo que constituye el principio fundamental de la más plena experiencia de ser comprendido y está vinculado a la etapa preverbal. Por gratificador que sea, en el curso de la vida futura comunicar los propios pensamientos y sentimientos a alguien con quien se congenia, subsiste el anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, de algo similar a la primitiva relación que se tenía con la madre. Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable, experimentando inevitablemente el bebé cierta inseguridad, siendo esta inseguridad paranoide una de las causas esenciales de la soledad.

Al promediar la primera mitad del primer año de vida, el yo se encuentra ya más integrado, lo cual se manifiesta en una mayor sensación de totalidad, estando el bebé en mejores condiciones para relacionarse con la madre, y más adelante con otra gente, como una persona total. Pero como nunca se logra una integración total, tampoco es posible comprender y aceptar plenamente las propias emociones, fantasías y ansiedades, y esto subsiste como un factor importante en la soledad.

Este estrecho contacto entre la madre y el niño permite el desarrollo de la relación de apego entre la madre y el niño a través de la ternura, la comodidad y el alimento, de acuerdo a las características del apego (seguro, evitativo o ambiguo) será el tipo de relaciones que establecerá en un futuro, si se siente seguro y cuidado, desarrollará la confianza en la gente y en su entorno y aprenderá a tolerar la ausencia de la madre por períodos sin sentirse solo.

La segunda etapa, la de la primera infancia, es la etapa de creación de vínculos y ruptura de vínculos y donde se establece como serán las relaciones interpersonales así como la pertenencia o no pertenencia a grupos. El niño aprende a ser autónomo, a tener más capacidad de control del exterior y a buscar la aprobación de sus padres, si consigue superar la tarea evolutiva de esta etapa tendrá menos dudas en la creación de vínculos a futuro.

En la etapa escolar, la tarea evolutiva es la de hacer cosas y de colaborar con sus padres, si sus acciones son reconocidas, se sentirá capaz de poder hacer las cosas, si no es así, se sentirá inferior afectando su autoestima y su percepción de ser capaz de hacer algo (auto-eficacia), lo que influirá en el establecimiento de relaciones con sus compañeros de colegio condicionando la aparición de perturbaciones emocionales, tales como ansiedad, depresión, desapego y soledad (Erickson , s.f)

Muchnik y Seidmann (1998) refieren que tanto Ainsworth, (1978) como Perlman (1988) y Bowlby, (1989) ponen énfasis en la influencia que las experiencias infantiles vividas en esta etapa tienen sobre la vida social posterior: el apego, la amistad, la intimidad. Para estas autoras, las relaciones de los niños con sus padres condicionan también sus relaciones con sus pares, si éstas son de pobre calidad favorecerán la soledad adolescente.

La adolescencia ha sido consignada en la literatura como la edad de mayor prevalencia de la soledad (Muchnik y Seidmann, 1998; Cacioppo, 2009), en esta etapa se produce un desapego de los padres y una búsqueda de nuevas relaciones con sus pares, siendo el vínculo con los amigos es más importante, pero esta transición trae aparejada un sentimiento de

soledad existencial y una profunda conciencia de estar solo o apartado del mundo. La soledad en esta etapa está vinculada con el fracaso en la satisfacción de necesidades de relación con pares y de relaciones íntimas, afectando la obtención de un sentido de comunidad y sentimiento de pertenencia a una estructura social que lo sostenga (Muchinik y Seidmann, 1998).

En la juventud, según Muchinik y Seidmann (1998), la soledad aparece relacionada con experiencias de inserción en ámbitos institucionales desconocidos que actúan como motivación para conocer gente nueva y entablar relaciones de compañerismo y amistad, algunas de por vida. Es una etapa de inicio de consolidación de vínculos, de experiencias e intereses compartidos, dándose la soledad a nivel de las relaciones de pareja, el joven que no concreta actividades sociales especialmente el fin de semana, se sentirá más solo que aquellos que si la tienen.

En la adultez, el amor implica la integración de apego, protección y vínculo sexual, el matrimonio provee la intimidad, el afecto, la identidad y el cuidado necesario para el bienestar físico y psíquico, siendo la etapa de la vida donde se dan los menores porcentajes de soledad, aunque con tendencia al aumento por el incremento de personas que viven solas en las grandes ciudades y de las familias uni-parentales (Muchinik y Seidmann, 1998).

En adultez tardía, las mujeres que dedicaron todo su tiempo a la crianza de sus hijos y al cuidado de su hogar, suelen atravesar un período de intensa soledad, en comparación con mujeres profesionales o con alguna actividad fuera de su casa (síndrome del "nido vacío"), se

relaciona generalmente con un trastorno de personalidad, más que con la situación coyuntural. Muchnik y Seidmann, (1998) refieren que otra situación crítica en esta etapa, es el divorcio, situación en la que se pierden bruscamente muchos vínculos sociales y además no se tiene con quien compartir la toma de decisiones o las tareas cotidianas.

La edad avanzada, ha sido a menudo considerada como una etapa de la vida caracterizada por la soledad, aunque se sabe que la soledad no es parte del envejecimiento y que el envejecimiento no es el único responsable del desarrollo de la soledad en las personas mayores. Desde la perspectiva del ciclo vital, se sugiere que habrían distintos tipos de soledad en las personas mayores: (a) como una continuación de etapas más tempranas en la vida; (b) como una nueva experiencia o (c) como un estado anterior que ha disminuido en intensidad (Víctor, Scambler y Bond, 2005).

Las investigaciones sobre el grado de soledad en la vejez y su relación con la edad son contradictorias, así hay estudios transversales que han encontrado una correlación positiva entre la soledad y la edad (Ernst y Cacioppo, 1999; Rokach, 1988), mientras que otros concluyen que la soledad es más frecuente en la adolescencia que en la vejez (Jylhiä, 2003; Rokach, 2000; Isidro et al. 1999).

Existen pocos estudios que hayan hecho investigado la prevalencia de la soledad según grupos de edad entre las personas mayores, el Estudio Longitudinal de Envejecimiento Europeo ELSA (Heikkinen, Waters, y Brzezinski, 1983 en Lauder, 2002), que abarcó una muestra de más de 20.000 personas, con edades entre 60 a 89 años, en 10 zonas de Europa y Kuwait, durante

20 años (1979-1999) encontró que el sentirse solo era más frecuente en las personas de 80 a 89 años que entre las de 60 a 69 años, (Holmen, et al.1992 en Jylhä, 2003), el mismo resultado encontró la Fundación Agewell (2010) en un estudio realizado en la India donde se observó que los mayores de 80 años se sentían más aislados o solos en comparación con los mayores de menor edad, alrededor del 93% se encontraban totalmente aislados.

En Argentina Mullins y Berezovsky, (1992), teniendo como eje la conceptualización de soledad de Weiss, quien considera que la soledad se puede diferenciar en dos dimensiones: aislamiento social y emocional, la diferencia entre ambas está en la distribución entre la respuesta emocional afectiva que tienen las personas en sus relaciones sociales y la experiencia real de las relaciones sociales, estudiaron los factores relacionados con la soledad en cuatro comunidades argentinas utilizando como instrumento de medida para la soledad, la Short Form Scale (ULS-4) a la que se le agregó el ítem ¿"diría usted que se siente solo?". La prevalencia de soledad que los investigadores encontraron fue de un 49% en las personas mayores de 75 y de un 29% entre los de menor edad.

Rubio (2004) en un estudio realizado con 2.500 personas mayores españolas encontró que un 74% de las personas mayores que vivían solas referían sentirse muy, bastantes y regularmente solos mientras que en los que vivían acompañados, el porcentaje descendía al 29%, también encontró que los niveles de auto-percepción de soledad se mantenían estables hasta el grupo de 85 y 94 años y que a partir de esa edad, se incrementaba notablemente. El instrumento de medida utilizado fue el ítem 1 de la Escala ESTE, escala diseñada en la Universidad de Granada por Rubio y Alexander (1998).

La soledad es una experiencia de naturaleza subjetiva e individual influenciada por factores culturales lo que dificulta hacer comparaciones de prevalencia entre los diferentes países sin considerar dichos factores. En estudios comparativos entre países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá), con países de Europa (Italia, Alemania, Hungría, Gran Bretaña y Croacia), Japón y Australia realizados por Tilburg, Havens y Jong Gierlveld (2002), los investigadores encontraron que las diferencias de prevalencia de la soledad entre estos países estaba dada por la forma en que se medía la soledad, por las relaciones de amistad, la relación de parentesco, los sistemas de valores de cada sociedad, la dispersión geográfica de la familia, la salud y la edad de las personas investigadas.

A su vez, Cacioppo (2009), en una investigación con personas afroamericanas, latinas y residentes encontraron que los afroamericanos se sentían más solos que las personas blancas residentes y que las mujeres afroamericanas se sentían menos solas que las latinas, en otro grupo de estudiantes chinos comparados con sus pares estadounidenses encontraron que los estudiantes chinos se sentían más solos que sus pares americanos, estas diferencias las atribuyeron al estilo individualista de la sociedad americana versus la cultura colectivista de Asia, y a la importancia que en las sociedades individualista se le asigna a las relaciones de amistad mientras que en las sociedades colectivistas lo importante son las relaciones familiares.

Del Barrio et al. (2010) encontraron en su investigación comparativa entre España y Suecia encontraron que las diferencias entre ambos países estaba dada por la percepción de la soledad, la salud y la estructura del hogar. Otra diferencia estaba en el sistema de cuidados a las personas mayores que en gran medida en España está compuesto por la familia y en Suecia

estos son compartidos con los sistemas públicos y que no siempre los factores individuales explicaban estas diferencias.

Rokach, Moya, Orzeck y Expósito (2001) en un estudio comparativo entre voluntarios canadienses y españoles, encontraron que los canadienses tenían un puntaje más alto en los instrumentos utilizados que los voluntarios españoles probablemente porque estaban más familiarizados con diversos aspectos de la soledad posiblemente por vivir en una sociedad individualista, en cambio, los españoles viven en una sociedad que fomenta las interacciones personales y la mayoría de sus miembros mantienen fuertes lazos familiares lo que habría incidido en su menor puntaje en las sub-escalas utilizadas.

Con respecto a cuáles serían las causas que provocarían soledad en las personas mayores, Laforet (1991) define tres crisis asociadas al envejecimiento que favorecerían la experiencia de soledad: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia.

- a) Crisis de identidad: está dada principalmente por el conjunto de pérdidas que se experimentan de forma acumulativa y que pueden deteriorar la propia autoestima porque aumentan la distancia que la persona mayor percibe entre su yo ideal y su yo real.
- b) Crisis de autonomía: se origina por el deterioro del organismo y de las posibilidades de poder realizar en forma independiente las actividades de la vida diaria.

- c) Crisis de pertenencia: que se experimenta especialmente por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otro tipo permitían adoptar en el tejido social.

La toma de conciencia de estas crisis durante el proceso de envejecimiento permite darse cuenta de la magnitud de la experiencia de soledad que a veces puede ser vivida como una muerte social, una muerte del significado de la presencia en el mundo dada por el cuestionamiento de la propia identidad, de la propia autonomía y del propio ser en el mundo (Bermejo, 2003).

La experiencia de soledad dependerá del grado de control que la persona mayor ejerza sobre su entorno, de la disponibilidad física y temporal que tenga de una persona emocionalmente significativa para él, de la red social de que disponga, de la atribución que haga sobre las causas de su aislamiento y de las condiciones físico-emocionales en las que se encuentre (Montero 1998).

Las condiciones físicas pueden influir en la autonomía de las personas para continuar con su vida independiente en la comunidad, diversos estudios han demostrado que las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes, la hipertensión arterial y el accidente vascular encefálico, el número de enfermedades crónicas, los problemas en la motricidad fina y gruesa, la disminución de la visión y la audición, las caídas a repetición, las dificultades para realizar las actividades básica e instrumentales de la vida diaria limitan en forma progresiva los desplazamientos de las personas mayores fuera de su domicilio incidiendo en la disminución de

sus redes sociales al quedar solo supeditados a las visitas que reciba en su hogar (Savikko, 2005; Luanaigh y Lawlor, 2008; Cacioppo y Hawley, 2009).

En la medida que las personas mayores hayan cumplido con las tareas evolutivas de esta etapa y se encuentren satisfechas con su vida disfrutarán de un bienestar emocional que le servirá como factor protector para hacer frente a las pérdidas que se presentan en esta etapa, a si mismo, en la medida que haya tenido éxito en las metas que se planteó, se sentirá capaz de emprender nuevas tareas y proyectos. La satisfacción con la vida y la auto-eficacia son dos variables que correlacionan en forma inversa con la soledad (Isidro, 1999; Inga y Varas, 2006).

Según Cabezas (2001), la persona mayor que se siente sola, tiene dos posibilidades de hacer frente a la soledad: adaptarse con sus propios recursos y tener éxito, o no conseguir adaptarse dejando de realizar las actividades que normalmente realizaba aislándose socialmente, pudiendo sufrir ansiedad o depresión que originarán un deterioro físico y de funcionamiento con el consiguiente deterioro mental y de la salud en general.

Este mismo autor presenta un modelo de soledad en las personas mayores en el cual considera las crisis asociadas al proceso de envejecimiento y las posibilidades de resolución frente a esta experiencia.

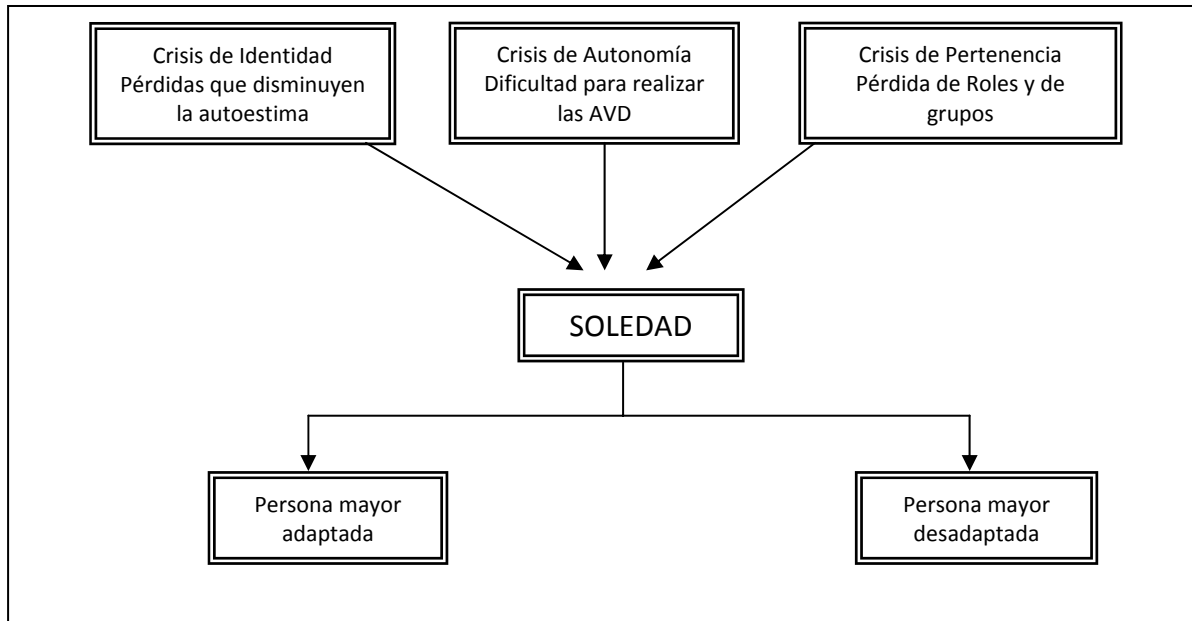


Figura nº 1.44. Modelo de Soledad en las Personas mayores (Cabezas, 2001)

McInnis y White (2001) en un estudio fenomenológico basado en la metodología de Giorgi, realizado con un grupo de 20 personas entre los 71 y 85 años canadienses que se sentían solas, analizaron 1385 frases dichas por los participantes, encontrando que:

- a) Las personas se sentían solas porque habían perdido una relación interpersonal estrecha con alguien que le proveía de afecto (conyugue o amigo), cuidado, seguridad y que se preocupaba por ellos y que ahora no tenían quien cuidara de ellos,

- b) La soledad ocurría como respuesta al dolor, la oscuridad y desolación que acompañaban la percepción del fin de una relación, especialmente a través de la muerte, que la forma de socializar cambiaba, y aunque el entorno intentaba mantenerlos integrados en los grupos habituales, ellos veían complicado compartir con grupos de parejas estando solos,

- c) La soledad era un estado de ansiedad, miedo y tristeza que influía en la aprensión a la disminución del nivel de funcionamiento y a la dependencia, especialmente por problemas crónicos de salud que interferían con su funcionalidad física, para algunos hacer visitas significaba el tener que subir escaleras lo que era una imposibilidad para muchos;
- d) La soledad era un estado de silencioso sufrimiento en que la persona era reacia o incapaz de verbalizar su soledad, ocultando sus sentimientos y su llanto para no molestar a los demás, ya que no todas las personas eran receptivas a sus sentimientos. Temían que expresar su soledad les apartara más de los demás al creer que nadie quiere oír cosas negativas, algunos incluso pensaban que la soledad era su propia culpa,
- e) Las personas solas se describían como meditabundas, tensas o ansiosas, molestas, descuidadas, algunas describían síntomas físicos tales como dolor u opresión al pecho, cambios en el apetito. Para evitar la soledad trataban de mantenerse ocupadas, intentaban reemplazar los sentimientos negativos por otros positivos y establecer nuevas relaciones, la religión y la oración también les era de utilidad para evitar que la soledad se prolongara, algunos además trataban de combatir la soledad porque la veían como un signo de debilidad o un estigma.

Entre las conclusiones a las que llegaron los investigadores y que me parecen interesante es que las personas que viven en condominios creados especialmente para ellos y que incluyen infraestructura para satisfacer sus necesidades materiales y de salud, el vivir en

estos condominios no les excluía de experimentar soledad pues cuando el personal se retiraba por los fines de semana, se sentían más solos, sobre todos aquellos que no tenían familia que los fueran a visitar en los fines de semana o festivos o en fiestas especiales como Navidad.

En Chile existen algunos de estos condominios pero sus residentes son de nivel socioeconómico alto, con estudios universitarios, hasta ahora al parecer no han sido estudiados, mientras que las personas de menores recursos tienen asignadas viviendas en los grupos habitaciones para la población en general, lo que al parecer sería más beneficioso para ellos pues tienen la posibilidad de seguir interactuando con personas de todas las edades y de recibir apoyo de sus vecinos.

En resumen, el que las personas de más edad entre las personas mayores manifiesten más soledad no se debería a la edad per se, sino al declive funcional y al aumento de la discapacidad, a la disminución de la integración social, a la pérdida de sus figuras de apego, a los cambios en los sistemas de apoyo, a los pensamientos de su propia muerte que se aproxima inevitablemente, por la institucionalización y la mala percepción de su estado de salud, (Jylhä, 2003), situaciones que dejan a las personas mayores en un estado de vulnerabilidad tanto al aislamiento social, como al aislamiento emocional (Muchnik y Seidmann, 1998; McInnis y White, 2001).

1.3.5 Evolución histórica de la investigación sobre soledad:

A pesar de que la naturaleza y finalidad de la soledad se ha tratado desde hace mucho tiempo en la filosofía, la teología y la literatura, el estudio científico de la soledad solo comenzó en los años 1970, basado en los avances teóricos de los años 1950 y 1960.

El primer artículo científico acerca de la soledad se remonta tan sólo a los años cincuenta del siglo pasado, nos referimos al ya clásico tratado psicoanalítico de Frieda Fromm-Reichmann escrito en 1959 y a las perspectivas existenciales y fenomenológicas enunciadas por Moustakas y Rogers en 1961 (Cacioppo y Hawley, 2009), desde los estudios de estos autores hasta la actualidad, se distinguen cuatro enfoques que han tratado de explicar porque algunas personas experimentan soledad (Dykstra & Fokkema, 2007; Cacioppo y Hawley, 2009) , así tenemos:

a) Primer enfoque de las necesidades sociales:

Fue desarrollado teniendo como base el enfoque del Desarrollo Social desarrollado por Sullivan en 1953, por Fromm-Reichmann en 1959, por Bowlby en 1963 y por Weiss en 1973.

Con el trabajo de John Bowlby (1963) sobre los vínculos de apego, se inicia la conceptualización teórica de la soledad, por su parte Weiss (1973) define a la soledad como un "un malestar crónico" y determina que las relaciones sociales cubren funciones específicas, (por ejemplo, el apego, la integración social y el cuidado) y que sus deficiencias contribuyen a los sentimientos de soledad, distinguiendo entre la soledad social motivada por la falta de

integración social y la soledad emocional por la ausencia de una figura de apego fiable. Este enfoque ha motivado las investigaciones posteriores en soledad (Dykstra & Fokkema, 2007).

b) Segundo enfoque conceptual de la soledad:

Este enfoque está centrado en el *déficit de las habilidades sociales* desarrollado por Howoritz y French en 1979, por Shaver, Baurmeister y Fuhrman en 1985 y por los *rasgos de personalidad* que dificultan la formación y mantenimiento de las relaciones sociales, abordados por Rubinstein y Shaver en 1982, por Horowitz y Shaver en 1979 y por Russell, Peplau y Ferguson en 1978.

La investigación en el área de habilidades sociales ha demostrado que la soledad se asocia más con la auto-atención, con una escasa capacidad de poner atención al compañero, con una falta de auto-revelación a los amigos, especialmente entre las mujeres, y con la menor participación en grupos organizados, especialmente entre los hombres. Se asocia además con síntomas depresivos, timidez, neuroticismo, baja autoestima, una falta de optimismo y de actividad y por ser menos agradables (Cacioppo y Hawley, 2009).

Estudios preliminares sugieren que el comportamiento y la personalidad solo correlacionan con la soledad crónica pero no con los que están pasando transitoriamente por un estado de soledad debido a factores situacionales como la viudez o la reubicación geográfica (Marangoni e Ickes, 1989 en Cacioppo y Hawley, 2009).

c) Tercer enfoque conceptual de la soledad:

Representado por la teoría de la *discrepancia cognitiva*, caracterizado por los trabajos de Peplau y Perlman (1982), de Jong-Gierveld y Raadschelders (1982), de Jones (1982) y de Dykstra (1990). Este enfoque especifica que la soledad es una consecuencia de las modificaciones en la percepción social y de las atribuciones y la define como la angustia que se produce cuando las relaciones sociales son percibidas como menos satisfactorias de lo que se desea (Peplau y Perlman, 1982, citados por Mullins y Mushel 1992).

Desde la perspectiva de la discrepancia cognitiva, la soledad no es sinónimo de estar solo ni que al estar con otros no se experimente soledad (Peplau y Perlman, 2004), más bien la discrepancia entre lo ideal y lo percibido en las relaciones interpersonales es lo que produce y mantiene los sentimientos de soledad.

d) Cuarto enfoque:

Este enfoque deriva de un *análisis evolutivo* de la soledad que sugiere que los seres humanos pueden llegar a heredar diferentes tendencias a experimentar soledad, pone énfasis en las aptitudes (Cacioppo, Hawkley, et al. 2006). Este enfoque conceptualiza la soledad como una condición desagradable que promueve la motivación para reparar o reemplazar aquellas relaciones sociales que se han roto, esta facultad de restablecer los contactos sociales sería una aptitud heredada de los padres y de la forma de crianza en la que se han promovido la cooperación, el altruismo y las alianzas como un modo de sobrevivir. En estudios realizados en niños y adultos adoptados por Boomsma, et al., (2005) y por McGuire & Clifford, (2000),

confirman que la soledad tendría un componente hereditario importante (Cacioppo y Hawley, 2009).

Estos enfoques teóricos tienen en común el caracterizar a la soledad como una experiencia emocional subjetiva que puede estar o no relacionada con aislamiento social, que es una condición psicológica aversiva y que es causada por algún tipo de déficit en la relación social (Peplau y Perlman, 1982), pero difieren en su especificación al no determinar de qué manera el déficit social conduce a la experiencia de soledad (Mullins y Mushel, 1992).

La soledad ha sido conceptualizada de diversas maneras según haya sido la perspectiva de la investigación desde la que fue analizada así como del área del conocimiento desde la que se le haya abordado.

1.3.6 Conceptualización de la soledad:

La soledad ha sido abordada desde diferentes áreas y disciplinas del conocimiento siendo mencionada en la música, el cine, la literatura y la pintura; la filosofía, la sociología, la antropología, la psicología y la enfermería entre otras disciplinas.

La literatura en sus narraciones, nos indica que mientras los sujetos construyen su mundo, se encuentran con el sentimiento de soledad que los lleva a asumir una postura frente a la vida que puede ser tanto de negación como de aceptación. Miguel de Unamuno (1962, en Torralba, 2004), afirma que “los hombres sólo se sienten de veras hermanos cuando se oyen unos a otros en el silencio de las cosas a través de la soledad”; Octavio Paz (1950) en “El

laberinto de la soledad” describe la soledad como un término abstracto para la explicación existencial, cultural e histórica del pueblo mexicano, que reconoce además la multi-temporalidad, y aúna las épocas históricas en un solo tiempo conciliando las explicaciones históricas, míticas y poéticas en una sola conciencia (Delgado, 1999), Gabriel García Márquez (1967) en “Cien años de Soledad” a través de la historia de los Buendía, explica como todos los personajes están predestinados a padecer de soledad, describe la soledad vivida a pesar de estar rodeados de otros, del aislamiento de algunos personajes, de la soledad en la vejez, del olvido y el abandono (Cardona, 2006).

Desde el punto de vista filosófico, el hombre buscando el sentido de la vida se encuentra con la soledad como una condición inevitable en la búsqueda de la autoconciencia enraizada en su realidad primaria en forma inherente y subjetiva, la forma en que afronta la soledad le permite obtener seguridad y conciencia de sí. Al hombre le cuesta estar solo por temor a la confrontación consigo mismo y lo que pueda significar estar solo socialmente (Mijuskovic en Montero y Sánchez, 2001; Cardona, 2006).

Desde la Antropología y la Sociología se reconoce que el hombre siempre ha sido un ser gregario por excelencia que en su proceso de socialización frecuenta diversos grupos que le permiten fortalecer su identidad, compartir y crear. Pero esta búsqueda de contacto social se ve dificultada en la sociedad actual que sólo fomenta la individualidad y la privacidad dificultando el establecimiento de lazos de amistad resquebrajando la solidaridad y los vínculos, llevando al individuo a sentirse cada vez más solo e incomprendido (Cardona, 2006)

Desde la Psicología se han escrito textos y capítulos en libros relacionados con la soledad donde se exponen perspectivas teóricas de aproximación a la soledad, métodos de estudio, hallazgos y opciones de intervención. Algunos ejemplos de textos son los escritos por Cacioppo y Patrick “Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection” (2008) y por Murphy y Kupshik “Loneliness, Stress and Well-Being: A Helper's Guide” (2002); en cuanto a artículos se pueden citar ¿“Que hacemos frente a la soledad”? (Cabezas, 2001) y “Soledad en el adulto mayor IMSOL-AM” (Montero y Rivera Ledesma, 2009).

Uno de los aportes de la literatura ha sido resaltar la importancia que tienen las figuras de apego para el desarrollo de los vínculos afectivos puesto que desde el nacimiento se experimentan tanto sentimientos y momentos de soledad como también de compañía, jugando un papel relevante el tener figuras significativas para sentirse acompañado cuando se está físicamente solo.

Desde la disciplina de Enfermería se cuenta con teoristas como Hidelgard Peplau (1955) y Callista Roy (1970) que fijaron las pautas de actuación del profesional de enfermería en la experiencia de soledad. Peplau H. (1955) esbozó las características de los usuarios hospitalizados que pueden estar experimentando soledad y que son necesarias que la enfermera reconozca para dar una atención oportuna, puesto que generalmente la persona solitaria no es consciente de la razón por qué hace lo que hace cuando experimenta soledad ya que la soledad no es un estado que se haya elegido sino que a menudo es una experiencia diferente en carácter e intensidad del aislamiento voluntario, que puede expresarse como una sensación de nostalgia, o puede aparecer como una grave agitación.

El modelo de adaptación de Callista Roy (1970) postula que en la soledad se produce un estado de adaptación cuando el ser humano no tiene suficientes vínculos afectivos y la necesidad del individuo por la interdependencia no se satisface, este modelo orienta a la enfermera para que evalúe las manifestaciones conductuales de la soledad para que inicie las intervenciones necesarias para aliviar la situación de soledad del usuario de su atención (Karnick, 2005)

Peplau H. (1955), sugiere que es necesario que la enfermera desarrolle habilidades y conocimiento para buscar en forma precoz la soledad ya que el “el hecho de conocer a priori que variables influyen en su desarrollo, indica dónde se debe buscar aquellos sujetos con alto riesgo de padecer aislamiento social, y permitirá poder realizar una adecuada planificación de acciones preventivas que disminuyan la importancia de este problema”. Para Murphy (2006) es importante que las enfermeras identifiquen a las personas en situación de riesgo de sentirse solas, especialmente aquellas que tienen redes sociales escasas y de manera de ayudarles a crear o mantener mejores redes.

Desde la taxonomía enfermera, a partir de 1982, en la clasificación de los diagnósticos de enfermería se plantean tres diagnósticos relacionados con las relaciones sociales:

a) el “riesgo de soledad” definido como el riesgo que tiene una persona de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás,

b) el “aislamiento social”, definido como la soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros y

c) el “deterioro de la interacción social”, conceptualizado como el intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo (Johnson y Bulechek, 2007).

Desde 1994, el “riesgo de soledad” se define como un estado subjetivo en que una persona está en riesgo de experimentar una vaga disforia. Para evaluar la intensidad de la soledad del paciente hospitalizado, se dispone de la Escala de Severidad de la Soledad que mide la gravedad de la respuesta emocional, social o existencial de aislamiento, consta de 26 ítems con puntuación tipo Likert de 1 a 5 donde 1 es gravedad y 5 ninguna gravedad (Moorhead y cols. 2009).

La investigación empírica desarrollada en la década de los ochenta y años posteriores generó diversas conceptualizaciones de la soledad no comparables entre sí al no coincidir los criterios de los investigadores para definirla, actualmente parece haber acuerdo que al referirse a la soledad, se están refiriendo a un constructo multidimensional que implica una serie de variables biológicas, socioculturales y contextuales y que por sí sola constituye un motivo de estudio.

La soledad es un constructo diferente al de aislamiento, mientras la soledad es un sentimiento subjetivo relacionado con un déficit en las relaciones interpersonales, es el “sentirse solo”, el aislamiento es la ausencia de interacciones sociales y la tendencia de una persona a estar sola y a aislarse de los demás evitando vínculos psicosociales, es de índole objetiva representando el “estar solo”, el aislamiento incluye a las personas que viven solas y en zonas geográficas apartadas (Tomaka, Thompson y Palacios 2006).

Aleixandre (2004) haciendo mención a Di Tomasso (1996) refiere que este autor diferencia entre aislamiento social, medida objetiva de una deficiente integración social que no tiene connotaciones sin subjetivas que surge cuando hay una ausencia de redes sociales positivas y el aislamiento emocional que se origina en la ausencia de relaciones íntimas de apoyo, pudiendo derivar en un aislamiento emocional romántico (falta de pareja) y en un aislamiento emocional familiar (déficits en las redes familiares).

El aislamiento y la soledad difieren además entre sí en que el aislamiento puede llevar a sentimientos de soledad en algunas personas, mientras que algunas personas objetivamente aisladas, pueden no experimentar soledad nunca. Por el contrario, hay personas que pueden sentirse solas aún estando en medio de una gran red social (Tomaka, Thompson y Palacios 2006).

La Real Academia Española (2005) define a la soledad como “la carencia voluntaria o involuntaria de compañía” y como “pesar y melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo”, los sinónimos para la soledad serían aislamiento, abandono, retiro, incomunicación, separación, desamparo, encierro, clausura, destierro, melancolía, nostalgia, añoranza y tristeza y sus antónimos, alegría y compañía (Diccionario de sinónimos y antónimos, 2005 Espasa-Calpe).

Desde el punto de vista empírico, Álvarez, (1983) la define como un estado psicológico que sucede como consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, de la disminución de la participación en las actividades de la sociedad a la que pertenece y a una

sensación de fracaso en la vida; es un sentimiento que la persona debe experimentar pues forma parte de su existencia y de la cual huye, refugiándose en la cultura.

Cardona (2000) afirma que la soledad implica la ausencia de un vínculo afectivo y que se demuestra mediante un sentimiento de miedo ante lo desconocido y que la soledad es el vacío existencial del desamor querido o sufrido.

Para Cencillo (2004), la soledad es un término polisémico que expresa por lo menos cuatro acepciones: carencia de compañía, abandono, incomunicación y extrañamiento socio-ambiental por carencia de códigos comunes y sentirse demás en el mundo por carecer de un cometido, de ideales o de valores (orientadores de la propia trayectoria) y de una función que valga la pena de esforzarse y de existir. Este sentimiento de sentirse demás en el mundo, sería una soledad “seca y endurecida” que suele sentirse en forma negativa mientras que para algunos una cierta dosis de soledad podría ser grata y productiva; la soledad percibida como carencia de compañía sería proporcional al vacío interior y cultural.

Montero (1999) y Montero y Sánchez-Sosa (2001) definen la soledad como un “fenómeno multidimensional, psicológico, y potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto. El impacto de la soledad sobre el funcionamiento psicológico del individuo dependerá de la interpretación que haga éste de sus vivencias vinculadas a carencias afectivas. De tal manera que la soledad

puede ser evaluada como una experiencia negativa o como una oportunidad de crecimiento personal” (Montero y Sánchez-Sosa, 2001, página 21, Montero y Rivera, 2009, página 124).

Para Montero y Sánchez-Sosa (2001) la soledad es “multidimensional porque involucra aspectos tanto de personalidad (evaluaciones cognoscitivas negativas, deficiencias en el desarrollo afectivo, baja autoestima) como de interacción social (tendencia hacia el aislamiento) y dificultades en la manifestación de habilidades conductuales (deficiencia en el establecimiento y consolidación de redes sociales)” (Montero y Sánchez-Sosa, 2001, página 21).

Desde el punto de vista de enfermería que considera al usuario de su atención desde el punto de vista holístico, la soledad podría definirse como un modelo bio-psico-social, pues la persona podría tener una predisposición biológica relacionada con la herencia de rasgos de personalidad que lo hacen susceptible de experimentar soledad, la que podría ser potenciada con la presencia de factores psicológicos como la depresión o el dolor y por factores sociales si no se encuentra integrado socialmente. El concebir la soledad desde esta perspectiva tiene la ventaja de poder determinarse en la valoración que factores están influyendo en que la persona experimente soledad y de esta manera se pueda planificar la intervención de enfermería más adecuada (Luanaigh y Lawlor, 2008).

1.3.7 Modelos explicativos de la soledad:

El desarrollo y aceptación de modelos teóricos sobre la soledad se ha visto dificultado por el hecho de que la soledad es enmascarada a menudo por otros problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad; según Peplau y Perlman, (1982, en Donaldson y Watson,

1996), habrían ocho teorías explicativas de la soledad que se pueden agrupar en las siguientes teorías: psico-dinámica, cognoscitiva, interaccionista, existencial y atribucional. La soledad también ha sido explicada a través de modelos explicativos como el fenomenológico y el integrativo.

a) Teoría Social Cognitiva:

Esta teoría plantea que las personas que se sienten más solas son aquellas que no se creen capaces de llevar a cabo o afrontar con éxito comportamientos de relación social. Sugiere que algunas personas tienden a tener una percepción negativa de sí mismos y del entorno y una predisposición a evaluarse a sí mismos como neuróticos, solitarios y sin valor, que no tienen nada que ofrecer a los demás existiendo relación con la auto-percepción de los déficits de habilidades sociales, de soporte social y falta de atractivo, (Garrido et al. 1999).

La base de la soledad estaría en la discrepancia entre lo que la persona desea o necesita y lo que obtiene en la intimidad y cercanía interpersonal, cuanto mayor es la discrepancia, mayor es la soledad (Peplau y Perlman, 2004); cada persona tendría un nivel de interacción social óptimo y cuando ésta evalúa sus relaciones sociales como deficientes, de acuerdo a determinados estándares, experimentaría soledad, Rokach y Kashy (en Porinchu, 2007), Peplau y Perlman,(2004), dichas evaluaciones estarían influidas por la experiencia pasada de la persona y con la experiencia de otras personas.

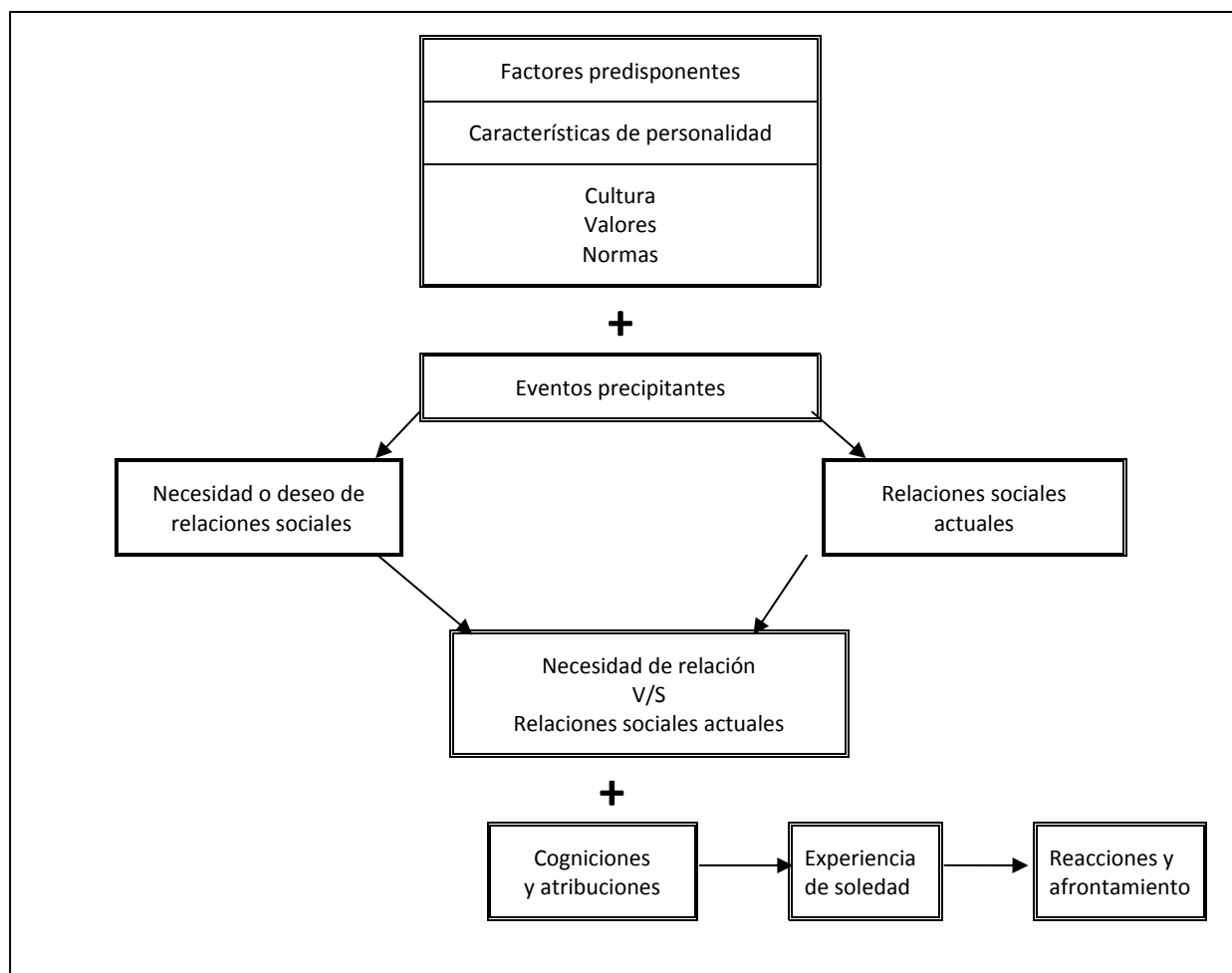


Fig. nº 1.45. Modelo de discrepancia de soledad de Peplau y Perlman 2004 (modificado)

El modelo de discrepancia ayuda a explicar porque algunas personas pueden estar solas por largos períodos sin sentirse solas y otras pueden sentirse solas aunque estén rodeadas de personas; y personas objetivamente solas no se sientan solas porque tienen el nivel de contactos que desean.

Teniendo como base el modelo de discrepancia de la soledad de Perlman y Peplau enunciado en el año 1982, De Jong Gierveld en 1987 (en Montero y Sánchez-Sosa, 2001; Beal, 2006) amplió la perspectiva cognitiva del modelo al considerar las influencias personales,

sociales, las normas y valores a la forma en que las personas perciben e interpretan su red social.

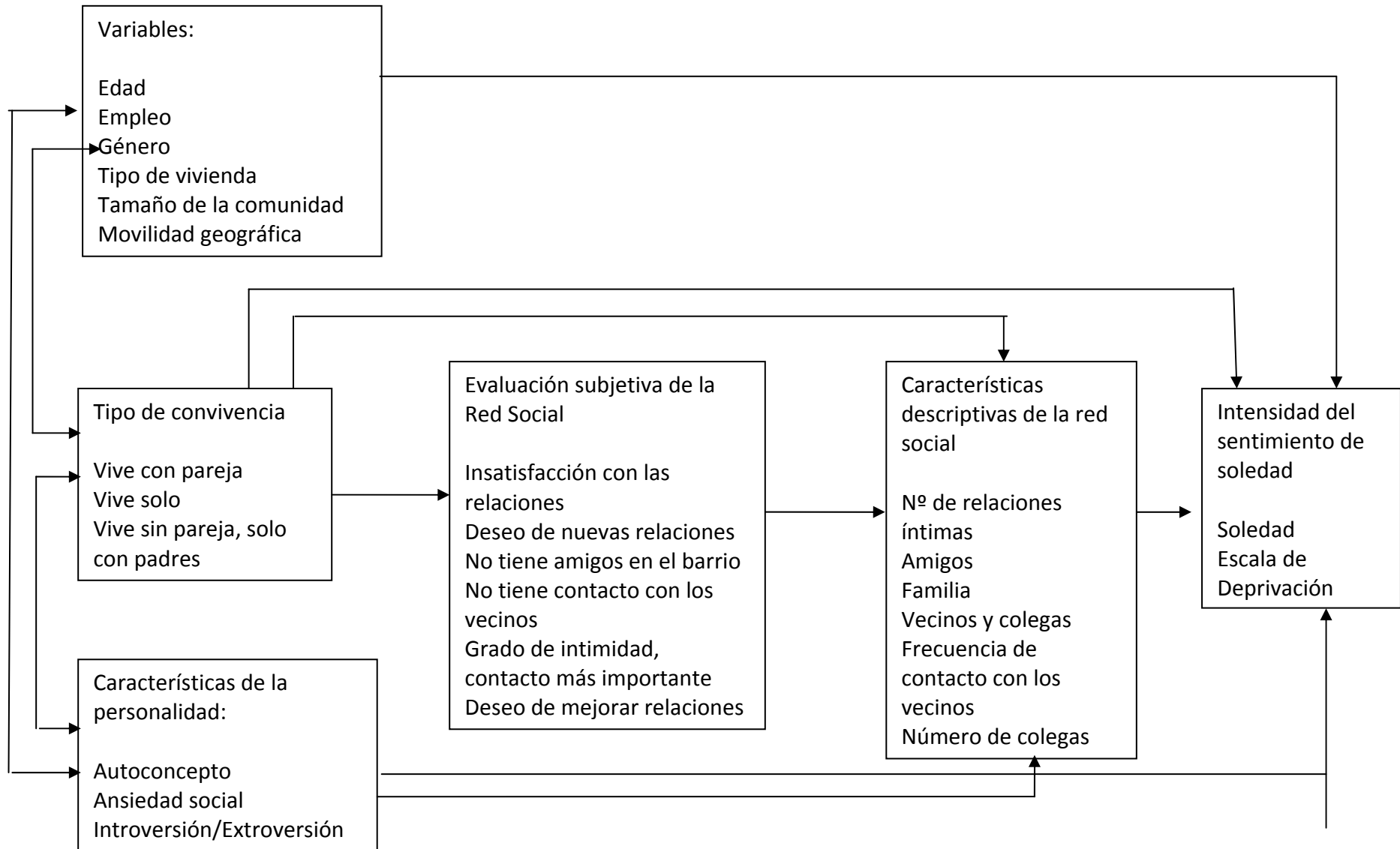
Las valoraciones subjetivas que se realizan en la experiencia de soledad, pueden servir como un factor mediador entre las características de la red social y la experiencia de soledad, uno de los aspectos centrales de este modelo son los sentimientos negativos que se asocian a la falta de compañerismo, a la falta de una relación y / o a algunos aspectos cualitativos de la relación

El marco cognitivo propuesto por Jong Gievelde (1987), hace hincapié en la evaluación de la red social, en dicha evaluación deben considerarse los cuatro factores que se enuncian a continuación:

- a) las características descriptivas de la red social que incluye la cantidad de tiempo pasado con el acompañante deseado,
- b) las evaluaciones subjetivas de los contactos realizados comparados con los contactos deseados,
- c) las variables socio-demográficas y
- d) las características de la personalidad, especialmente el auto-concepto, la ansiedad social y la introversión-extroversión.

Un esquema del modelo propuesto por Jong-Gierveld se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura. nº 1.46. Modelo de Soledad de Jong-Gierveld, 1987 (Beal, 2006)



Otros factores que influyen en la evaluación cognitiva de la soledad incluyen características de la personalidad y variables socio-demográficas como la edad, el sexo, y el empleo.

b) Teoría de la atribución:

De acuerdo a esta teoría, habría dos tipos de causas que originarían la soledad: causas de tipo externas o situacionales y de tipo internas o personales, las causas situacionales se relacionan con la carencia de recursos sociales, económicos y demográficos.

Las causas personales se relacionan con la dificultad para estar solo, con habilidades sociales deficientes y patrones cognitivos disfuncionales, las personas que se sienten solas se caracterizan por el fracaso en sus relaciones interpersonales o por la pérdida de las habilidades interpersonales, por atribuir sus fracasos interpersonales a defectos de ellos mismos y a características relativamente estables como las habilidades sociales o sus rasgos de personalidad como el pesimismo, la baja motivación y el déficit en la ejecución de conductas. La combinación de una baja autoestima y de la incompetencia social interfieren con la satisfacción de iniciar o mantener una relación social (Porinchi, 2007).

Las causas de la soledad se pueden analizar desde tres dimensiones: desde el lugar de la causa, desde la estabilidad y desde el grado de control. Desde el lugar de la causa que origina la soledad, ésta puede ser interna o externa a la persona, el éxito que se atribuye internamente contribuye a aumentar la autoestima, a la inversa, el fracaso atribuido internamente, la disminuye.

La estabilidad se refiere a la constancia o inconstancia temporal de una causa, pudiendo ser la causa estable (invariable) o inestable (variable, influye en las expectativas de éxito y fracaso en el establecimiento de relaciones sociales, puede relacionarse además con sentimientos de desesperanza cuando el fracaso se atribuye a causas interna y estables. El grado de control voluntario sobre la situación puede ser controlable o incontrolable, causas adversas controladas por otras personas causan ira mientras que fracaso de otros incontrolables producen lástima. La soledad se asocia con un escaso deseo de controlar y con la creencia que uno no tiene el control (Muchnik y Seidmann, 1998).

Los patrones de atribución en función del origen de la causalidad pueden ser internos, es decir, atribuyen las situaciones a acciones de la misma persona, o externos en que atribuyen las situaciones a factores del entorno, los factores siempre están externamente a la persona. El estilo atributivo tiene un importante papel en la situación de indefensión aprendida.

La indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables, un acontecimiento es incontrolable cuando no se puede hacer nada para cambiarlo, cuando se haga lo que se haga siempre ocurrirá lo mismo, en la experiencia de indefensión aprendida aparecen conductas de descorazonamiento, pesimismo, falta de iniciativa. Cuanto más interna es la causa más baja es la autoestima de la persona, cuanto más estable es la causa, más perdura la indefensión, cuanto más global es la causa, mas se generaliza la impotencia a otras situaciones, en estilo atributivo característico es el auto-reproche que perpetúa la experiencia de soledad (Seidmann, 2006).

Las personas con estilo atribucional interno con respecto a la soledad tienen niveles más altos de estrategias de afrontamiento que los que hacen atribuciones externas, las personas que hacen atribuciones internas asumirían con mayor responsabilidad su soledad y ejercerían un mayor control sobre su reducción o eliminación (Rubio y Sánchez, s.f).

c) Teoría interaccionista:

Desde el punto de vista de esta teoría, la soledad sería el resultado de dos tipos de déficits: uno asociado con la carencia de una red de apoyo social y otro, vinculado con la falta de una figura de apego particular, ambos déficits son provocados por disrupciones en el sistema de apego.

Se identifican dos tipos soledad: la soledad emocional que ocurre ante la ausencia de una figura de apego que solo puede aliviarse por la incorporación de otra figura de apego o por el reintegro de la que se había perdido y la soledad social derivada de la ausencia de una red social aceptable, esta ausencia sólo puede remediarse por el acceso a dicha red. (Weiss en Donaldson y Watson, 1996; Montero y Sánchez-Sosa 2001; Beal, 2006). La conceptualización de la soledad emocional tiene sus raíces en la teoría del apego de Bowlby (1973) que describe la naturaleza de los lazos entre los niños y los padres (Seidmann, 2006).

Bowlby (1973) distingue tres tipo de apegos: el apego seguro que se da en niños cuyos cuidadores responden a las necesidades del niño cuando éste las presenta, disfrutando ambos de una relación placentera, la interacción es fluida, son confiados, queribles; el apego ansioso/ambivalente, el cuidador ansioso presenta una respuesta de cuidado inestable,

imprevisible, el niño queda crónicamente solo, los niños tienden a explorar menos el ambiente, lloran y se trepan a la madre y el apego ansioso elusivo o evitativo en que el cuidador se caracteriza por ser básicamente inexpresivo y rechazante, el niño se vuelve desapegado, socialmente aislado, irritable y distante (Seidmann, 2006).

Donaldson y Watson (1996) refieren que tanto la soledad emocional como la social no siempre son estados negativos y que la ausencia de otros no es una condición negativa de la soledad ni una condición que no se pueda manejar y que por su parte Jong Gierveld (1987), sostiene que las personas evalúan su soledad emocional y social subjetivamente en términos no sólo de su calidad sino también en términos de su cantidad.

Al analizar las teorías cognitiva y atribucional, se observan que ambas plantean que la soledad está relacionada con determinadas características del comportamiento de las personas solitaria, él cual a su vez es influido por la situación de interacción en la que se encuentra la persona. Muchos estudios se han dedicado a investigar los estados y rasgos con los que está asociada la soledad, estos estudios no sólo han aportado datos acerca de las características de las personas que son más proclives a experimentar soledad, sino que también, aportan ciertos datos indirectos sobre los factores que contribuyen al desarrollo de la soledad (Aza 2004).

Desde la perspectiva de la investigación y la práctica de enfermería con personas de edad avanzada, Donaldson y Watson (1996) sugieren la combinación de las teorías cognitivas y interaccionista, el contexto cognitivo que enfatiza el rol de la percepción en la experiencia

de la soledad, permitiría a las enfermeras evaluar los aspectos subjetivos de la soledad, mientras que la perspectiva interaccionista que considera la soledad como la respuesta a la ausencia de una red social o particular permitiría evaluar la naturaleza de los contactos sociales

d) Teoría psico-dinámica:

Desde esta teoría que tiene como referente la perspectiva de la psicoterapia Freudiana, se define a la soledad como un estado de ánimo sintomático de neurosis que viene de etapas anteriores del ciclo vital y que dificulta que las personas mayores establezcan relaciones. El análisis de los problemas y las situaciones de cariño vividas en la etapa infantil y adolescente y de las características de personalidad puede predecir las estrategias de afrontamiento que utilizarán a futuro las personas las personas que se sientan solas.

Esta teoría considera a la soledad como una situación patológica y no considera el entorno social de la persona mayor, ni su cultura ni el efecto de envejecer que pueden convertirse en causas potenciales de soledad (Donaldson y Watson, 1996).

e) Teoría existencial:

Esta teoría analiza la soledad desde una perspectiva cristiana considerando que el dolor de la soledad se puede considerar como la gloria de estar solo en los momentos más íntimos, cada experiencia de soledad implica la confrontación o el encuentro consigo mismo, la soledad podría ser transformada por aquellos que se relacionan con amor en un estado positivo creando de ese modo la diferencia con la soledad negativa. Hay etapas de la vida

tales como la muerte, donde la persona solitaria tiene que tomar la iniciativa si acepta o no la soledad como compañía (Donaldson y Watson, 1996)

Montero y Sánchez-Sosa (2001) al hacer una revisión exhaustiva sobre el estudio de la soledad, identificaron entre otras la perspectiva existencialista. Dentro de esta perspectiva se hace referencia a la condición ontológica de la soledad donde el ser humano tendría como condición de vida la permanente contradicción entre la separatividad física y la necesidad de vinculación afectiva.

Esta teoría no diferencia muy claramente entre el estado objetivo de estar solo y la sensación subjetiva de sentirse solo, ya que mientras el estar solo puede tener mucho de positivo en términos de la contemplación, la paz y el descanso, se podría confundir con la sensación subjetiva de soledad (Donaldson y Watson, 1996).

f) Modelo Integrativo:

Este modelo propuesto por Montero y Sánchez-Sosa (2001), considera a la soledad como el resultado de déficits en la provisión de relaciones interpersonales (postulado cognoscitivo) y de la identificación de una posible faceta positiva de vivir la experiencia de la soledad (postulado fenomenológico).

Considera los déficits interpersonales al interior de cada tipo de relación (medida unidimensional) y los diferentes referentes de posibles carencias afectivas (medida multidimensional). Incorpora además la perspectiva temporal en la manifestación de la

soledad con base en la percepción que tenga la persona tanto de la cronicidad de su experiencia de soledad, como de su capacidad para establecer relaciones interpersonales duraderas, siendo esta dimensión importante para evaluar posteriormente las conductas de afrontamiento ante la soledad.

g) Una teoría emergente:

Basándose en la Self-determination Theory y la Social Production Function, López (2010) desarrolla un modelo de soledad basado en la satisfacción/insatisfacción de las necesidades afectivas. El modelo relaciona las necesidades insatisfechas con determinados tipos de soledad, determinando que habría tres tipos de causas que impiden que las personas mayores satisfagan sus necesidades afectivas:

- a) Causas relacionadas con las pérdidas inherentes al proceso de envejecimiento, pérdidas relacionadas con figuras significativas de apego como hermanos y pareja, si además la persona no tiene pareja, la pérdida de estas figuras de apego puede originar soledad emocional.
- b) Causas relacionadas con la disminución de la red social por muerte de amigos / amigas o por cambio de domicilio, esta disminución o falta de la red social puede generar sentimientos de soledad social al no tener amigos y amigas con quien divertirse, pasear.

- c) Causas relacionadas con el duelo en el caso de las personas que viven en pareja, especialmente cuando vive solo la pareja, la muerte de uno de ellos representa la pérdida de la figura central de apego en la vejez quedándose solo (a), se queda sin el compañero (a) o sexual y amorosa y debe comenzar a aprender a vivir solo (a), al menos durante un tiempo, después de años de convivencia. La soledad sexual-amorosa si no puede ser compensada en parte por otras figuras de apego familiares o por nuevos vínculos puede hacer especialmente difícil la vejez.

Cuando las necesidades afectivas no se pueden satisfacer, son frecuentes los sufrimientos de soledad por las personas al no tener figuras de apego que los cuiden, no tener amistades con las que compartir el ocio o no tener una relación de pareja a quien abrazar. Dependiendo del tipo de vínculos de los cuales la persona carece, postula tres tipos de soledad:

- a) Soledad emocional que correspondería a la carencia real o percibida de una o varias personas que aceptan al otro tal como es, le expresan y le dan afecto, lo estiman y lo cuidan de manera eficaz e incondicional, sin poner o que no necesitan poner condiciones porque están seguras de que se dan. Para superar esta soledad se requiere que se active el Sistema de Cuidados de forma estable, eficaz e incondicional.
- b) Soledad social debido a la falta de una red social y de amistades con las que poder satisfacer las necesidades lúdicas, de explorar más allá de la familia, de participar en la

comunidad. Es sentida como aislamiento social, marginación, aburrimiento siendo los amigos (a) la manera más importante de satisfacer esta necesidad.

- c) Soledad sexual/amorosa en la que falta al menos, una relación sexual/amorosa con la que disfrutar del contacto sexual y la intimidad amorosa, intimidad amorosa que es sobre todo, una conexión emocional y la capacidad para expresar y entender emociones que llegan a compartirse. Se supera esta soledad a través del Sistema Sexual/Amoroso que proporciona relaciones de apego y cuidado mutuos, si se trata de una pareja estable.

Para la superación de la soledad, la red familiar puede funcionar como red social, algunas amistades pueden funcionar como apoyo emocional y la pareja, que con frecuencia se convierte en la figura de apego más importante, estando diferentes satisfactores afectivos relacionados con los diferentes tipos de soledad. Un esquema de este modelo se presenta en figura en la siguiente página:

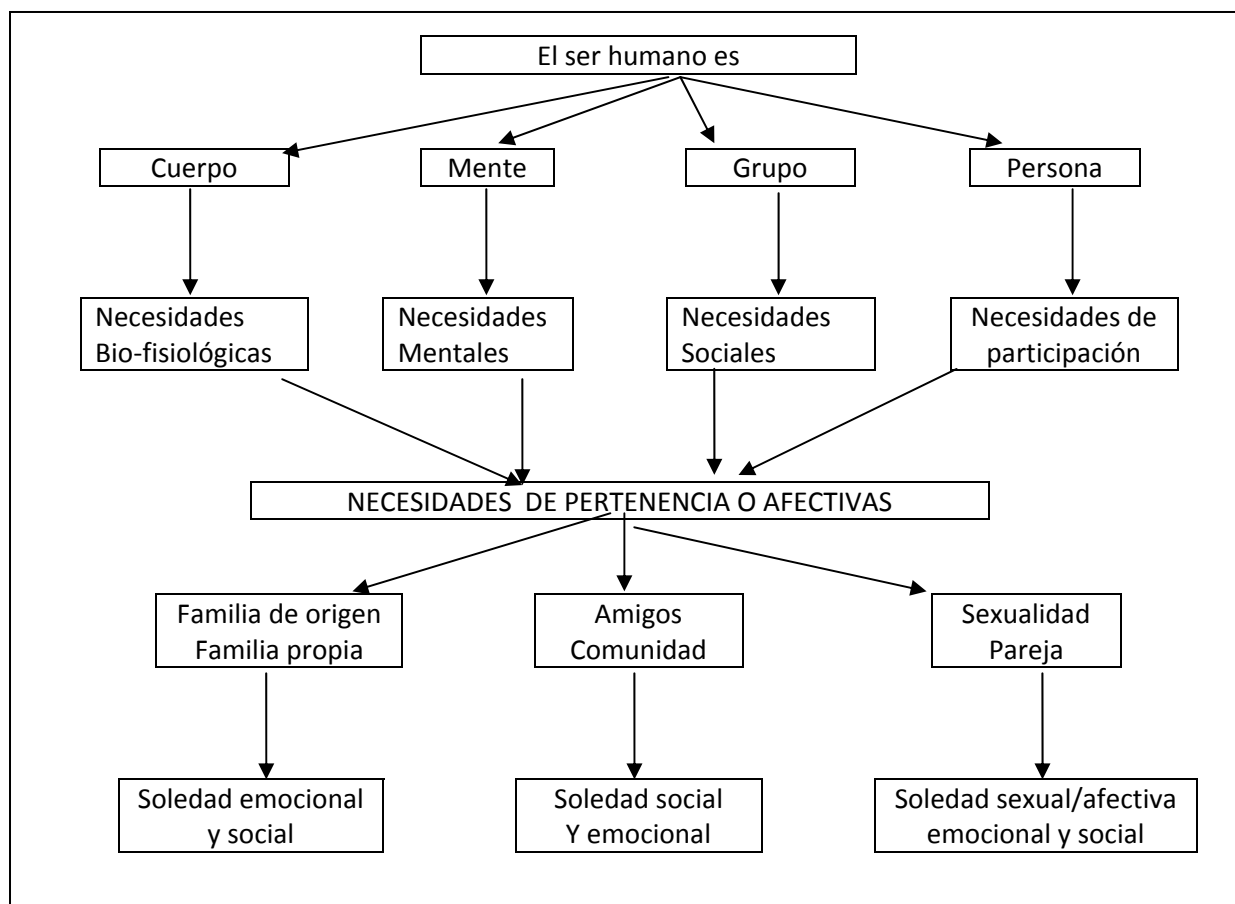


Figura nº 1.47. Esquema de soledad según necesidades afectivas (López, 2010)

1.3.8 Causas de soledad:

Para autores como Weiss (1973, en Víctor, Scambler y Bond, 2005), la soledad tendría su origen en causas “temperamentales” y “situacionales” y para Witzelben (1968, Víctor, Scambler y Bond, 2005) habría una soledad “primaria” y una “secundaria”. La soledad primaria o temperamental (también llamada caracteriológica) tendría su origen en la personalidad o en las diferencias individuales de la persona mientras que la secundaria o situacional se desarrollaría en respuesta a cambios en las circunstancias externas o en el contexto socio ambiental.

a) Causas caracteriológicas:

Las personas solitarias tienden a atribuir sus fracasos interpersonales a defectos propios (fallas en sí misma), a sus características en las habilidades sociales o a sus rasgos de personalidad. Peplau y Perlman (2004) plantean que las características personales pueden contribuir a la manifestación de la soledad en tres niveles: reduciendo la deseabilidad social de la persona y limitando, por lo tanto, sus posibilidades de interacción social, influyendo en el comportamiento de interacción de la persona y dificultando el mantenimiento de relaciones satisfactorias y afectando la capacidad de adaptación social de la persona para evitar, minimizar o aliviar la experiencia de soledad.

La evidencia experimental disponible sobre la personalidad relatan que las personas solitarias son tímidas, introvertidas, tienen una autoestima baja, (Muchnik y Seidmann, 1998), tienen sentimientos depresivos, son neuróticas (Killeen, 1998), tienen poco autocontrol, tienen predisposición a la interdependencia, son hostiles y con tendencia a rechazar a los demás, presentan ansiedad social, tienen una baja motivación y una percepción negativa del propio cuerpo, de la sexualidad, de la salud y de su apariencia, (Horowitz et al. 1979 en Montero y Sánchez-Sosa, 2001), tienen una baja auto divulgación entre amistades del mismo sexo, (Stokes, 1985) y tienen una gran sensibilidad a la crítica de los demás y una mayor sensibilidad al posible rechazo (Muchnik y Seidmann, 1998).

Son además incapaces de verse a sí mismos como organizadores de sus experiencias vitales, no reconocen sus propios fallos, se esfuerzan ofreciendo explicaciones para sus acciones pero parecen no tener claro lo que están diciendo. Esta incapacidad podría tener su

base en una distorsión y limitación de su auto-concepto junto con una falta de autodefinición, apareciendo actitudes generales como la falta de valía, la indefensión y la inutilidad (Peplau, 1955).

Se sugiere que habría una conexión directa entre el entorno social de las personas y sus sentimientos de soledad, así las personas solitarias son más propensas a interpretar su mundo como una amenaza que está más allá de su control, tienen tendencia a percibir situaciones negativas y a temer lo peor, tienen apreciaciones negativas sobre la naturaleza humana y una menor visión positiva de los demás y tienden a percibirse más negativamente en sus interacciones. Esta evaluación negativa las lleva a abordar las interacciones sociales con cautela e implica una falta de empatía, la persona se comporta socialmente de un modo menos competente, lo que se traduce en la utilización frecuente de un control coercitivo (Rubio et al., 2002; Cacioppo, 2002; Franzoi, 2003).

Las personas solitarias hacen más atribuciones internas y estables de su soledad, se perciben fallando sistemáticamente en los contactos sociales y se culpabilizan por sus escasas relaciones interpersonales), se centran en su propia conducta, son egocéntricas tanto en sus apreciaciones como en su estilo de comunicación (Anderson y Rigger, 1991; Sonodgrass, 1987 en Garrido et al. 1999).

Relacionado con el estilo de comunicación, las personas solitarias tienen mayor aprehensión en la comunicación y menor competencia y fluidez para la comunicación interpersonal, las personas tímidas o temerosas en las relaciones tienden a hablar menos,

hacen menos preguntas, cambian con mayor frecuencia de tema al conversar, responden más lentamente a las preguntas que se les hacen, hablan menos sobre temas personales y al conversar con otros, pasan más tiempo hablando de sí mismos, no se dirigen a los demás, no hacen comentarios sobre las otras personas, tienen dificultad para centrarse en otras personas interesándose menos en lo que tienen que decir con quienes interactúan, a menudo no continúan la conversación y formulan menos preguntas, les resulta difícil y penoso sostener una conversación o resolver los silencios (Rubio et al. 2002; Montero, 1998; Garrido et al. 1999).

Esta incapacidad que muestran las personas solitarias en su comunicación dificultaría la formación de amistades debido a su incapacidad para reconocer los estímulos verbales y no verbales vinculados con la interacción social amistosa, al no reconocerlos, no ponen atención ni refuerzan la interacción social reduciendo su capacidad para generar amistades percibiéndose como socialmente incompetentes (Jones, 1982 en Montero, 1998).

Las personas solitarias ya sea por la pérdida de competencia o de habilidades interpersonales, son menos dadas al aprendizaje de habilidades adecuadas de relación y por lo tanto son menos competentes en aquellas habilidades necesarias (asertividad, empatía) para desarrollar y mantener relaciones íntimas y profundas; el temor al rechazo, por esta falta de habilidad, lleva a la persona a evitar a los contactos sociales, evitación que es interpretada como rechazo a los demás y a una atribución de "distante", "fóbica", "evitativa", cuando no de "soberbia" u "orgullosa" (Rubio et al. 2002).

Por el fracaso en sus relaciones interpersonales, las personas solitarias poseen una falta de confianza en las relaciones lo que les impide una apertura a las interacciones sociales, con frecuencia piensan y se comportan de maneras que reducen su probabilidad de establecer relaciones nuevas y gratificantes, recibiendo poco reforzamiento positivo de los demás en relación a su estilo de interacción, por lo general disgustan a los demás o son ignorados porque los consideran débiles, poco atractivos y poco sinceros (Franzoi, 2003).

Las personas solitarias tienen problemas con figuras significativas, pasan más tiempo con desconocidos y menos tiempo con amigos y familiares, tienen pocas citas y sólo tienen amigos casuales más que un amigo íntimo (Franzoi, 2003; Muchnik y Seidmann, 1998).

Cacioppo (2009) refiere que tanto Pickett & Gardner (2005) como Pitterman & Nowicki (2004) señalan que las personas solitarias tienen menos habilidades para descifrar las expresiones faciales y posturales de emoción y que cuando tienen la oportunidad de establecer un contacto social, son menos proclives a aceptar a potenciales nuevo amigos que los no solitarios.

b) Causas situacionales:

Son causas externas a las personas relacionadas con su entorno sociocultural y sobre las que tendría pocas posibilidades de influir, algunas de estas causas son (Killeen, 1998; Aleixander, 2002):

- El duelo, el cual interrumpe las relaciones y amistades con otras personas significativas (Killen, 1998).
- La satisfacción con la relación de pareja, las personas casadas están menos solas, pero las personas en un matrimonio también pueden sentirse muy solas (Berg et al. 1981).
- La falta de una red social.
- El transporte inadecuado (Ryan y Patterson 1987, Rodgers 1989).
- La pobreza y los bajos ingresos (Creecy et al. 1985, McConnell & Matteson 1988, Sears et al. 1991)
- La reubicación, que es común en la sociedad actual (Matteson y McConnell, 1988; Rodgers 1989).
- La hospitalización, algunas personas pueden sentirse solas en hospitalizaciones cortas, pero en hospitalizaciones a largo plazo, ésta podría verse como un respiro a la soledad (Killen, 1998).
- Las actitudes sociales, influencias a las que se ven expuestas las personas en su grupo social como por ejemplo la percepción de los patrones de ocio en el grupo de referencia, el tipo de “censura social” que aplica el grupo a las personas que intentan relacionarse socialmente y la existencia de refuerzos positivos/negativos a estos intentos.
- El nivel de información, referido al nivel de información que la persona tiene sobre las posibilidades de ocio y de relación social así como las creencias que ésta tiene en relación a la realización de actividades de ocio.
- Existencia o no de apoyo social tanto formal como informal.

1.3.9 Tipos de soledad:

Hay muchas clases de soledades, algunos viven forzosamente solos mientras que otros buscan la soledad porque desean independencia, no quieren estar obligados por nada ni por nadie, algunos viven en compañía de muchas personas, pero se sienten solos, incomprendidos, marginados, sin tener a quien confiar su vida, mientras que otros viven enfrascados en mil actividades, sin tiempo para experimentar la soledad en que se encuentran.

El ser humano es capaz de establecer vínculos afectivos con sus semejantes, pero también es capaz de vivir la experiencia de la soledad, de enfrentarse a sí mismo y de entrar en relación con el propio yo. La soledad no se refiere, exclusivamente, al aislamiento geográfico, al hecho de estar físicamente separado de los otros, tampoco se identifica exactamente con la huida “del mundanal ruido”, sino que es un modo de estar y vivir en medio de la sociedad (Torralba 2004).

Desde el punto de vista empírico, se han establecido algunas categorías o tipos de soledad de acuerdo a si la soledad se debe a la carencia de relaciones sociales específicas o a la existencia de cierto tipo de problemas dentro de las relaciones existentes (Weiss, 1973 en Muchinik y Seidamn, 1998).

La literatura existente en el tema describe los siguientes tipos de soledad:

a) Soledad de tipo existencial:

Desde el punto de vista filosófico, está relacionada con el significado de la vida, es la soledad de quien se reconoce como objeto de amor delante de Dios y de los otros, es un conocimiento de sí en el amor, se caracteriza por ser abierta, atenta, apacible y fuente de alegría, aunque se pasen horas dolorosas, no se impone ni se hace sentir como tal, conoce los verdaderos sufrimientos del amor del que ama sin esperar nada a cambio (Roig 2004).

Se relaciona más con la falta de religión o de sentido de la vida que a la falta de lazos interpersonales, aunque hay autores que la consideran auto-extrañamiento (Sadler & Johnson, 1980; Ellison, 1978 en Karnick, 2005). En su aspecto negativo, afecta a la persona que siente que su vida no tiene ningún significado ni propósito, carece de planes y proyectos, se siente desvinculada del mundo actual y de lo que pasa en la vida, no se siente formando parte de una sociedad que ya no es la suya, cuestionándose su participación en un mundo que no es el suyo siendo incapaz de observar y apreciar lo que el entorno le ofrece.

Las personas que experimentan este tipo de soledad es porque carecerían de habilidades adecuadas de relación, lo que se manifestaría tanto en sus relaciones de pareja como con el resto de los ámbitos de la vida (Rubio et al. 2002).

Desde el punto de vista del tipo de déficit existente en las relaciones sociales, Weiss en 1973 clasificó la soledad en soledad emocional y soledad social.

b) Soledad emocional:

Se genera por la ausencia de una relación íntima, estrecha e intensa relativamente perdurable con otra u otras personas que proporcionan seguridad, que solo se alivia con la formación de una nueva relación íntima que provea una sensación de apego, una persona separada de las personas significativas de su entorno teme no saber o no poder resolver contingencias vitales futuras, no tiene referentes culturales con los que orientarse.

Está determinada por factores externos como la muerte de seres queridos y por factores internos como las características de personalidad que facilitarían que algunas personas tengan más disposición que otras a experimentar soledad emocional. Produce un fuerte sentimiento de nostalgia por los buenos tiempos idos del pasado y su principal consecuencia es la depresión.

El déficit que experimente la persona de la relación significativa dependerá en gran medida del apego y de la integración social que haya obtenido de esa relación. El apego es una propiedad de la relación que implica la capacidad hallar una relación de vínculos de mucho amor, comprensión, compromiso y confianza, que provee seguridad y apoyo, puede no requerir cercanía pero sí disponibilidad.

Las relaciones de compromiso son relaciones prolongadas entre dos personas como el matrimonio u otro modo de compromiso, en las mujeres las relaciones de compromiso son las que se generan entre ella y una amiga íntima, con su hermana o su madre, en los hombres son las relaciones que se establecen con los compañeros con los que han compartido

momentos importantes de su vida y entre los que existe una estrecha amistad e, incluso, una cierta complicidad (Weiss, 1992 en Sosa, 1994).

c) Soledad social:

Se origina por la carencia de vínculos sociales significativos con un grupo social cohesivo de pertenencia con quienes se compartían intereses y actividades comunes, desde la perspectiva temporal, está asociada con el miedo al futuro. Está relacionada con la cantidad y calidad de las relaciones con amigos que pueden cubrir diferentes provisiones sociales, tales como servir de guía y otorgar un sentido de valor y pertenencia, para disminuirla se requiere que la persona ingrese a una red de amigos que le provean un sentimiento de integración social, de no lograrlo tendrá como consecuencia sentimientos de ansiedad y en ocasiones de depresión

Entre las posibles causas de la soledad social se encuentran los cambios de domicilio, las migraciones, los cambios sociales, un nuevo ambiente social, una nueva ciudad o trabajo. La persona no se siente "a tono" con los demás, no se siente parte de un grupo de amigos, no tiene nada en común con los demás.

Generalmente se tiende a considerar a la soledad como un problema, pero el que ésta sea considerada como problema u oportunidad dependerá del valor que le asigne la persona a la experiencia de soledad pudiendo valorar la experiencia como positiva o negativa (Escotet 2001).

d) Soledad positiva:

Es considerada como tal cuando permite reservarse ciertos tiempos de soledad para entrar en comunión consigo mismo, para vivir el propio ser con calma, con serenidad, conforme al ritmo propio. Estar sola le permite a la persona reflexionar, comunicarse con Dios (en el caso de los creyentes), recuperarse de las exigencias sociales, valorarse, fortalecer el espíritu, sentir los recuerdos, las ilusiones, los pensamientos y el propio cuerpo y renovar la energía y el entusiasmo para apreciar todo lo que ocurre en su mente y en su vida. Es una vivencia positiva relacionada con la fuerza personal, con la capacidad de saber estar solo basada en la madurez emocional y con el equilibrio de la personalidad (Karnick, 2005)

La soledad es un hecho real, el hombre por el hecho de serlo es un solitario, que piensa, que vive física, psicológica y espiritualmente por él y para él. En esta cosmovisión filosófica, la soledad es esencial para la condición del ser humano y se refiere a las nociones de la libertad personal, la elección, la intencionalidad y responsabilidad (Karnick, 2005)

Las personas que eligen esta forma de vida tienen la libertad de decidir cuándo salir de sus domicilios, qué hacer con su tiempo, de elegir las amistades de forma independiente y de viajar a donde ellas quieran (Jong Gierveld y Raadschelders en Montero y Sánchez-Sosa, 2001; Agüera, 2002; Rodríguez, 2000; Izquierdo, 1994).

e) Soledad negativa:

Las personas pueden elegir estar solas, retirarse temporalmente de las actividades en que participan otras personas y que habitualmente se producen en el desarrollo de la vida

social, pero cuando se está solo sin quererlo, cuando se está separado de los demás cuando se quiere ser parte de ellos, entonces la soledad se percibe como una experiencia negativa, como una experiencia dolorosa y de sufrimiento que se acompaña de un vacío interior y cultural, de sentimientos negativos, tristeza, abandono, ansiedad, depresión, incomunicación absoluta que va en contra del hombre como ser social. Vivir la soledad negativa puede ser consecuencia de no saber estar solo, de sentir temor hacia los otros y de tener comportamientos asociales, además de no poseer los recursos personales para afrontarla (Pérez Marín, 1997 en Cardona y Villamil, 2006; Torralba, 2004; Karnick, 2005).

Es el sentirse solo, es el saberse incomprendido, incomunicado, desconectado del mundo que le rodea, puede estar en un lugar cerrado rodeado de gente y sentirse muy solo porque no hay comunicación ni diálogo entre ellos, a nadie le interesa lo que le ocurra, situación que puede ocurrir incluso al interior de las familias cuando no existe tolerancia y comprensión entre sus miembros. Rubio y Aleixandre (2001) y Escotet (2001) refieren que el “sentirse solo” es un sentimiento que genera pena, apatía, añoranza, tristeza, nostalgia, desinterés por la vida, autismo profundo y graves trastornos emocionales que impactan la satisfacción personal que se asocia a la verdadera soledad.

Como un vacío, la soledad aparece en la vida humana de diferentes formas: como ruptura de un lazo afectivo; como desaparición o alejamiento de una presencia querida o cuando falta alguien que escuche cuando se tiene necesidad de ello. Los episodios en los que la persona se siente abandonada acechan en los rincones de la existencia, es el resultado del choque entre la conciencia individual y la naturaleza social y afectiva. El acusado

individualismo de las sociedades “avanzadas” deja a las personas más indefensas ante la soledad “negativa”. Es la soledad dolorosa y temida que es siempre peligrosa porque desarraiga de los contactos vitales (Martínez, 2004; Cardona, 2006).

Cuando la soledad procede de la sensación de abandono tiene una base común: la tristeza, su profundidad dependerá del nivel de intensidad en que se viva la sensación de abandono, la tristeza a su vez puede derivar hacia la angustia, ante el temor de que la soledad no tenga “salida”. Cuando la angustia no es transitoria puede convertirse en una de las típicas “profecías que se cumplen a sí mismas”: la soledad posee al ser humano, en lugar de que el ser humano “posea” la soledad y abrigue la esperanza de superarla, desborda su sociabilidad y genera un aislamiento pasivamente aceptado, si es que no es prácticamente buscado, es la soledad como patología, una apatía vital que puede ser la antesala de la depresión. En la depresión, la sensación de abandono sin posible ayuda se ahonda, los vínculos sociales se consideran rotos; nada parece ser capaz de movilizar el ánimo, a un cierto nivel de profundidad, la forma de huir de esta depresión sería el suicidio impulsado por la falta de vinculaciones sociales (Martínez 2004).

El sentimiento subjetivo de la soledad no está determinado por la frecuencia objetiva de los contactos puesto que algunas personas se sienten solitarias pero nunca aisladas a juzgar por la cantidad y la índole de contactos sociales comprobables objetivamente sino por la satisfacción con dichas relaciones.

En la vida de todo ser humano pueden existir momentos de sentirse solo. La mayor parte de las situaciones de soledad son transitorias, desde la perspectiva temporal, Young, 1982, (en Montero, 1998), identificó tres tipos de soledad: crónica, situacional y transitoria.

f) Soledad crónica:

Es el resultado de la interacción entre la predisposición genética de la persona y las circunstancias de la vida que están fuera del propio control, es la soledad que se perpetúa más allá de las circunstancias interpersonales que la iniciaron, la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven; o la adultez joven y la edad madura. Las personas con soledad crónica perciben que su soledad se debe a rasgos persistentes de su personalidad (Montero y Sánchez-Sosa, 2001; Aza, 2004, Cacioppo, 2009).

Es también la “soledad terminal” que ocurre cuando se depende de la relación y apoyo de los demás y esta ayuda no es satisfactoria o no se tiene, afecta a muchas personas mayores al final de sus vidas, se experimenta intensamente aumentando la dependencia física y emocional (Escotet, 2001).

g) Soledad situacional:

Se vincula usualmente con eventos estresantes como una separación, la pérdida de una relación, el divorcio o la muerte de la pareja, de los padres o los hijos, son episodios breves, agudos y dolorosos, aunque de remisión más rápida. Es la soledad como estado que se desencadena por factores ambientales y personales.

h) Soledad transitoria:

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

1.3.10 Instrumentos de Medida de la soledad

Para medir las diferencias individuales de la soledad se han utilizado cuestionarios, entre las escalas multidimensionales que miden la soledad emocional y social, la mayoría desarrolladas en los años ochenta, están la Escala de Soledad de UCLA de Russell, Peplau, y Cutrona, 1980; Russell, 1996, la Differential Loneliness Escala de Smchidt & Sermat, (1983), la Loneliness Rating Scale de Scalise, Ginter & Gerstein, (1984), la Escala de Soledad de De Jong y Gierveld Kamphuis, (1985), la Emotional-Social Loneliness Inventory (ESLI) de Vincenzi & Grabosky (1987), la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) de Di Tommaso y Spinner, (1993). A nivel iberoamericano se han diseñado dos escalas para medir la soledad, el Inventario Multifacético de Soledad de Montero y López Lena (1999) en México y la Escala de Soledad Este de Rubio y Aleixandre (1999) en España. Se han realizado traducciones y adaptaciones al español de la Escala de Soledad de la UCLA y de la SELSA.

a) Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia, Lawton 1972, 1975:

Esta escala aunque no fue diseñada para medir la soledad, uno de los factores que mide es la insatisfacción con la soledad, además de medir la agitación, la actitud hacia el envejecimiento. La Insatisfacción con la soledad representa la aceptación e insatisfacción con el grado de interacción

social experimentado en el momento actual, se mide a través de los ítems 3, 8, 10, 13 y 14 de la Escala (Lucas Vaquero, 2003).

b) Escala de Soledad UCLA, Russell, Peplau, y Cutrona, 1980; Russell, 1996:

El instrumento más utilizado es la Escala de Soledad de UCLA desarrollado en el Universidad de California en Los Ángeles, aunque concebida como una escala unidimensional, el análisis de los factores de la Escala han puesto de manifiesto entre dos y cinco dimensiones, una versión abreviada UCLA-3 de esta escala ha sido validada para su uso en encuestas de gran población (Hughes, Waite, Hawkley, y Cacioppo, 2004). La versión 3, Russell, (1996), mide la soledad como la respuesta emocional a la discrepancia entre los niveles de contacto social deseado y los niveles logrados, la integran dos factores: intimidad con otros y sociabilidad (Austin, 1983, Peplau y Cutrona, 1980), consta de 20 afirmaciones que reflejan el grado de soledad del individuo, 9 ítems formulados de forma positiva y 11 de forma negativa, cada ítem tiene 4 opciones de respuesta: 4 a menudo me siento así; 3 a veces me siento así, 2 rara vez me siento así, 1 nunca me siento así.

Las puntuaciones se relacionan con la conducta social, patrones de atribución y sentimientos de abandono, depresión, aislamiento entre otros. A mayor puntuación, mayor nivel de soledad, pudiendo oscilar las puntuaciones entre 20 y 80 puntos (Mc Whirter, 1990; Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo, 2004)

c) Differential Loneliness Escala, Schmidt & Sermat, 1983:

Es una escala basada en la importancia de las relaciones, se centran en la influencia que sobre la soledad ejerce el tipo de relaciones que una persona mantiene, parte de la

premisa de que la soledad sobreviene cuando el individuo percibe como deficitarias sus relaciones románticas, de amistad, familiares o laborales.

Se basa en la definición de soledad como “la discrepancia experimentada entre las clases de relaciones que el propio individuo percibe que tiene y las que a él le gustaría tener” (Schmidt & Sermat, 1983, página 1039) Se solicita a los sujetos que evalúen la cantidad y calidad de sus interacciones en cuatro tipos de relaciones: relaciones románticas-sexuales, de amistad, con la familia y con grandes grupos de o con la comunidad a la que pertenecen. Para cada tipo de relación, la satisfacción o insatisfacción se mide en términos de 5 dimensiones: presencia v/s ausencia, aproximación v/s evitación, cooperación, evaluación, comunicación. Consta de 60 ítems de los cuales 22 hacen referencia a las relaciones de amistad, 18 a las familiares, 12 a las relaciones románticas-sexuales, y 8 a las relaciones con grupos. La forma de respuesta es V o F, de modo que el rango de respuesta de la escala va de 0 (nada solo) a 60 (extremadamente solo) (Schmidt & Sermat, 1983; Marangoni & Ickes, 1989).

d) Loneliness Rating Scale (Scalise, Ginter & Gerstein, 1984):

Mide la frecuencia y la intensidad de una serie de estados afectivos concretos que suelen experimentar las personas que se sienten solas, esta escala se centra en la soledad como un estado emocional y no en sus presuntas causas sociales-relacionales. Tiene 4 sub-escalas: agotamiento, aislamiento, perturbación y abatimiento. El rango de respuesta de la medida total va de 0 a 30 para la frecuencia y de 0 a 50 para la intensidad (Cramer y Barry, 1998).

e) Rasch-Type Loneliness Scale, Jong-Gierveld y Kamphuis, 1985:

Se basa en una conceptualización multidimensional de la soledad de acuerdo a la cual “las personas perciben, experimentan y evalúan su aislamiento y pérdida de comunicación con otras personas” (Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985, página 289). Los autores distinguen 3 dimensiones de la soledad: tipo de privación que hace referencia a la naturaleza e intensidad de la privación social percibida; la perspectiva temporal, referente a la mutabilidad versus estabilidad temporal de la soledad y las características emocionales, ausencia de sentimientos positivos tales como alegría o afecto, y la presencia de sentimientos negativos como miedo, tristeza o inseguridad.

Consta de 11 ítems, 9 de los cuales formaban parte de lo que se llamó “una escala de deprivación” (Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985, página 290), la cual correlacionó altamente con la auto-calificación de soledad de los sujetos, ya que esta escala media fundamentalmente sentimientos de soledad severa, Jong-Gierveld y Kamphuis quisieron desarrollar una escala que explorara tanto los sentimientos menos severos de soledad como los sentimientos más severos; que constara de ítems formulados tanto negativa como positivamente; que representara un continuo latente de deprivación (Jong-Gierveld & Van Tilburg, 1999).

f) Emotional-Social Loneliness Inventory, Vincenzi & Grabosky, 1987:

La escala ESLI es una medida multidimensional diseñada para distinguir entre los 4 constructos a los que Weiss se refirió: aislamiento emocional y social (condiciones) y soledad emocional y social (sentimientos). La escala contiene 15 pares de ítems, la parte izquierda

hace mención al aislamiento y la derecha a la soledad, cada afirmación se responde con una escala de 4 puntos donde 3 corresponde a normalmente es verdad afirmaciones y 0 a raramente es verdad (Vincenzi & Grabosky, 1987).

g) Emotional and Social Loneliness Scales (Di Tomasso y Barry Spinner, 1992, Di Tomasso & Spinner, 1993):

Escala multidimensional compuesta por 37 ítems y 3 sub escalas que distinguen entre el déficit relacional con la familia y las relaciones románticas, evalúa tres dimensiones de la soledad: la soledad social, la familiar y la romántica, los ítems se puntúan en una escala de 1 (en total desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo. Los ítems marcados (*) se puntúan de forma inversa). Se debe presentar los ítems de la escala social en una hoja separada.

En el año 2004, Di Tomasso, Brannen y Best crearon una versión reducida, la SELSA-S por la necesidad de contar con una escala más corta y psicométricamente potente que permitiera evaluar multi-dimensionalmente la soledad en la clínica y la investigación. La SELSA-S es una escala compuesta por 15 ítems seleccionados de la escala original SELSA basado en el peso de los ítems, su varianza y la necesidad de presentar un equilibrio entre los ítems formulados de manera positiva y negativa. Posteriormente en el año 2008, fue adaptada al español por Yárnoz (Di Tomasso y Barry Spinner, 1993; Cramer y Barry, 1998; Yarnoz, 2008).

h) Escala de Soledad en la Tercera Edad (ESTE), Rubio y Aleixandre, 1999:

Esta escala aborda la soledad desde una perspectiva multidimensional, se centra en los déficits existentes en el soporte social de la persona (familiar, conyugal, social y existencial) así como en el sentimiento que esos déficits pueden provocar. Aislaron cuatro factores procedentes de las escalas UCLA, ESLI, SELSA y de Satisfacción Vital de Filadelfia, así como ciertos indicadores subjetivos de soledad como la auto percepción, la percepción de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.

Consta de 34 ítems con respuestas tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5: siendo (1) Nunca, (2) Rara vez, (3) Alguna vez, (4) A menudo y (5) Siempre; las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23,24, 25, 28 se puntúan en forma inversa, es decir, nunca adquiere el valor 5 y siempre el valor 1. La puntuación global de la Escala ESTE se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems, el puntaje mínimo a obtener es de 34 (ausencia de soledad) y el máximo de 170 (soledad). Estos 34 ítems que presentan un coeficiente de Cronbach de 0,9178, se agrupan en cuatro factores o sub-escalas que hacen referencia a la soledad familiar, la soledad conyugal, la soledad social y la soledad existencial (Rubio y Aleixandre, 1999).

i) Inventario Multifacético de Soledad IMSOL, Montero y López Lena, 1999:

El IMSOL posee dos apartados, mismos que evalúan de manera independiente *Fuentes de Afecto Deficitario (FAD's)* y *Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS's)*. Tanto las FAD's como las CAS's incluyen la medición de aspectos positivos y negativos asociados con las conductas de afrontamiento ante la soledad, así como con distintos tipos de déficits afectivos

que facilitan la experiencia solitaria (v.gr. carencia de bienestar personal, de familia, de pareja, de amigos y de compañeros de trabajo). El inventario respeta tanto la unidimensionalidad de cada déficit afectivo en cada tipo de relación, como la multidimensionalidad del fenómeno como totalidad.

Está constituido por dos secciones que pueden manejarse de manera independiente: en la primera sección referida a la frecuencia con la que se experimenta la soledad se incluyen 36 reactivos correspondientes a déficits en el afecto provenientes de cuatro fuentes: de la pareja, de las amistades, de los compañeros de trabajo y de la auto-percepción de bienestar emocional. La segunda sección evalúa las conductas de afrontamiento ante la soledad y contiene 28 reactivos que se agrupan en seis sub-escalas hipotéticas: búsqueda de apoyo socio-emocional, aceptación, búsqueda de apoyo religioso, re-interpretación positiva, manifestación de emociones, evitación. Las opciones de respuesta van de 0 a 4, donde 0 es “nunca” y 4 es “todo el tiempo”. Los reactivos marcados con asterisco indican que deben ser convertidos, es decir, asignar al reactivo el valor que le corresponde en el otro extremo de la escala de opciones de respuesta; por ejemplo si es evaluado como 4, se le asigna el valor de 0 (Montero y López Lena, 1999).

En el año 2009, el IMSOL es adaptado por Montero y Rivera-Ledesma para usarlo con personas mayores, el IMSOL-AM. Este instrumento consta de 20 ítems escalares de cinco puntos y mide la frecuencia de la experiencia solitaria en adultos mayores en base a dos factores: la Alienación Familiar compuesto por 10 ítems que aluden a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar y relacionan la experiencia solitaria con la carencia de

afecto proveniente de la familia nuclear, tiene un alfa de .93. El segundo factor, Insatisfacción familiar constituido por 10 ítems que se vinculan con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida, tiene un alfa de .89 (Montero y Rivera-Ledesma, 2009).

En la tabla nº 1.2 se muestra un resumen de los instrumentos de medición de la soledad

Tabla Nº 1.2 Instrumentos de Medición de la soledad

Nombre Escala	Autor	Descripción	Propiedades Psicométricas
De Jong-Gierveld	Jong-Gierveld (1987)	11 ítems, 6 para medir soledad emocional y 5 para la soledad social.	$\alpha = 0.7$ a 0.76 para soledad emocional. Correlación entre sub-escala soledad emocional y total escala entre 0.93 y 0.95
UCLA	Russell (1996)	20 ítems que puntúan entre 1 (nunca) y 4 (siempre).	Alta consistencia interna $\alpha = 0.92$. Test de fiabilidad ($r = 0.73$ después de 1 año)
SELSA	DiTomasso y Spinner (1993, 1997)	37 ítems con respuesta tipo likert. 3 Sub-escalas de medida de la soledad: romántica, familiar y social	Consistencia interna de 0.89 . Correlación moderada de las sub-escalas.
Índice de soledad	Scalise y cols. (1984)	40 adjetivos medidos en escala Likert, 4 dimensiones: agitación, desánimo, agotamiento y soledad	Alta consistencia interna en las 4 sub-escalas ($0.82 < \alpha < 0.89$)
E. soledad emocional y social Wittemberg	Wittemberg (1986)	5 ítems medidos en escala de Likert para medir soledad social y emocional.	Buena consistencia interna en ambas sub-escalas ($\alpha = 0.78$ y 0.76 respectivamente). Ambas sub-escalas correlacionan moderadamente ($r = 0.44$).
E. Diferencial de Soledad	Schmidt y Sermat (1983).	60 ítem v/f divididos en 4 sub-escalas que miden las relaciones : romántica, amigos, familia y sexual	Alta consistencia interna $\alpha > 0.89$, con las subescalas se estima en 0.70
ESTE	Rubio y Alexander (1999)	34 ítems con respuesta tipo Likert 1 (nunca) y 5 (siempre), 4 sub-escalas que miden la soledad social, emocional, existencial y conyugal	$\alpha = 0.91$
IMSOL	Montero (1999)	36 ítems para evaluar soledad divididos en 4 sub-escalas: déficit de afecto proveniente de los amigos, familia y compañeros de trabajo, y bienestar emocional. 20 ítems para medir conductas de afrontamiento para la soledad divididos en 6 sub-escalas: evitación, religioso, aceptación, re-interpretación postiva, apoyo emocional y manifestación de emociones. Respuestas tipo Likert de 0(nunca) y 4 (todo el tiempo).	Bienestar emocional $\alpha = 0.94$ Amigos $\alpha = 0.80$ Pareja $\alpha = 0.85$ Compañeros de trabajo $\alpha = 0.80$ Conductas de afrontamiento: Evitación $\alpha = 0.72$ Apoyo religioso $\alpha = 0.90$ Apoyo socioemocional $\alpha = 0.83$ Expresión emociones $\alpha = 0.75$ Reinterpretación $\alpha = 0.77$ Aceptación $\alpha = 0.75$
IMSOL-AM	Montero y Rivera-Ledesma (2009)	20 ítems con respuesta tipo Likert 0 (nunca) y 4 (todo el tiempo) divididos en 2 sub-escalas: Alienación familiar e insatisfacción personal.	Consistencia interna total escala $\alpha = 0.92$, sub-escalas alienación familiar e insatisfacción personal: $\alpha = 0.87$ y 0.83 respectivamente.

1.3.11 Predictores de soledad:

La investigación sobre las posibles asociaciones de la soledad con algunos factores de riesgo o predictores que pueden influir en el desarrollo la soledad provienen de estudios de corte transversal, dichos estudios indican una asociación de la soledad con el estado de salud, con los aspectos psicológicos y sociales, así como con las características individuales de la persona solitaria (Pinquart y Sörensen, 2003; Theeke, 2009; Caccioppo, 2009).

Rokach (1990) sostiene que aunque la soledad es común a todas las personas, su naturaleza como experiencia subjetiva varía de persona en persona, ocurre bajo diferentes condiciones, influyendo ella, una multitud de causas, con diferentes resultados y consecuencias. Afirma además que la soledad puede ser tanto causa como efecto, y que la causa y el efecto pueden ser lo mismo, como lo muestra la siguiente figura (Killeen, 1998).

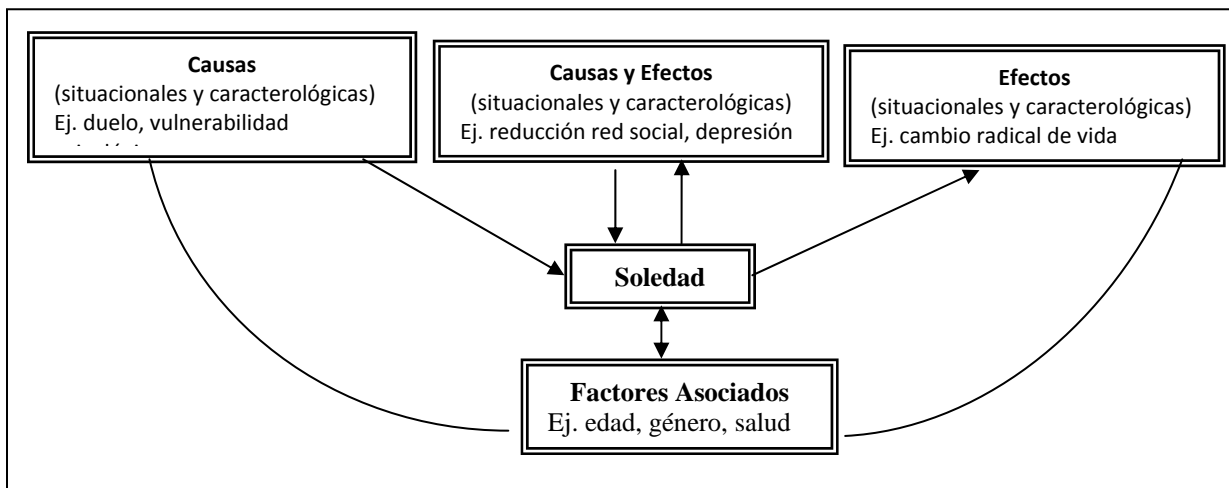


Fig. n° 1.48. Soledad: representación de causas, efectos y factores asociados

En los estudios realizados en personas mayores, éstos muestran que tanto las características individuales como los aspectos físicos, psicológicos y sociales siguientes correlacionan con la soledad:

a) Características individuales:

Entre las características individuales los autores mencionan el sexo, (Moya y Expósito 1993; Franzoi 2003; Muchnik, 1998; Cacioppo, 2009; Anderson, 1998; Killeen, 1998); la edad, (Franzoi, 2003; Pettigrew y Roberts, 2008; Cacioppo, 2009; Anderson, 1998), la edad avanzada (Savikko et al. 2005; Theeke, 2009), el estado civil, (Expósito y Moya, 1993; Muchnik, 1998; Dykstra & Fokkema, 2007; Cacioppo, 2009; Anderson 1998; Savikko et al. 2005; Oksoo, 1999).

b) Estado de salud:

Diversos factores relacionados con la salud pueden limitar la cantidad de contactos sociales y la calidad de la relación con éstos, deficiencias sensoriales como la disminución de la visión y la audición que influyen en una comunicación eficaz, la percepción de una mala salud (Berg et al., 1981; Holmen et als.1992), la sintomatología física de las enfermedades crónicas (Berg et al., 1981, 2009; Cacioppo et al., 2002), las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión (Anderson, 1985; Cacioppo et al., 2002; Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006), la malnutrición (Walker & Beauchene, 1991; Copeman Wylie y Kirk, 1999), las alteraciones del sueño (Berg et al., 1981), la demencia (Wilson et al., 2007), el deterioro de la movilidad, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria contribuyen a la soledad. La soledad influye también en el riesgo de institucionalización y ésta en la soledad, siendo una asociación causal de tipo bidireccional (Cacioppo, 2009).

c) Aspectos psicológicos:

El estado de ánimo depresivo (Cacioppo, 2009; Porinchu, 2007; Pettigrew y Roberts 2008; una auto-evaluación negativa (Theeke, 2009), disminución de la intimidad matrimonial

(Theeke, 2009), abuso de sustancias (Theeke, 2009), los trastornos psicológicos, características de personalidad como el modo de ser (Cacioppo, 2009; Theeke, 2009), la autoeficacia (Aguirre y Vauro, 2009; Gómez y cols. 2007); la satisfacción con la vida (Borg, 2006).

d) Aspectos sociales:

En esta categoría se han incluido una menor situación económica (Anderson, 1998; Theeke, 2009), una menor educación (Theeke, 2009; Cacioppo, 2009), el rol social de soltero (Theeke, 2009), la viudez (Theeke, 2009), el vivir solo (Yeh & Lo, 2004; Savikko et al. 2005), el bajo número de contactos sociales (Theeke, 2009), el bajo número de amigos (Theeke, 2009), la falta de afiliación religiosa (Fry & Debats, 2002; Rokach, 2000; Theeke, 2009), la violencia doméstica (Lauder, Sharkey, y Mummery, 2004), la falta de apoyo social (Expósito y Moya 1995); una red familiar disminuida (Pettigrew y Roberts, 2008), una red de amigos disminuida (Pinquart y Sörensen, 2003; Franzoi, 2003; Cacioppo, 2009, Oksoo, 1999), la calidad de los contactos sociales, (Theeke, 2009; Pinquart y Sörensen, 2003; Cacioppo, 2009); la falta de participación comunitaria (Cattan, Blanco, Bono, y Learmouth, 2005; Cacioppo, 2009), la no realización de actividades agradables y la falta de pasatiempos (Fees et al. 1999; Theeke, 2009).

Para efectos de este estudio, sólo se analizarán las características individuales, los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la soledad que constituirán las variables independientes de la muestra.

1. Características individuales:

a) Edad:

Los adolescentes son el grupo que más informa de soledad, a medida que transcurren las etapas del ciclo vital individual, la soledad tiende a disminuir hasta la edad avanzada (Holmen et al., 1992, en Oksoo, 1999 y Jylhä, 2003), cuando factores como la mala salud y la muerte de los seres queridos incrementa el aislamiento social (Franzoi, 2003). Este aumento de la soledad en las personas mayores aumenta con la edad siendo mayor en los grupos de 75 años y más (Pinquart y Sörensen, 2003), se ha encontrado que un 27% de las personas de 65 a 69 años manifiestan sentirse sola, porcentaje que asciende al 36% entre los mayores de 80 años (González, 2004); aun cuando la proporción es parecida entre los grupos de mayores, el contenido de la sensación de soledad podría ser diferente (Anderson, 1998; Savikko 2005). Si se graficara la soledad a través del ciclo vital, ésta tendría la forma de una "U" poco profunda.

b) Sexo

Aunque la mayoría de los estudios muestran que las mujeres informan soledad en un grado mayor que los hombres (Muñoz, 2002; González, 2004), algunos estudios informan que no han encontrado diferencias (Anderson, 1998) pero que cuando se estudia como una función del estado civil, los hombres solteros refieren más soledad que la mujer soltera (Pinquart y Sörensen, 2003).

Los motivos por los cuales tanto hombres como mujeres se sienten solos son diferentes, así las mujeres tienen una mayor probabilidad de sentirse solas cuando carecen de

interacciones emocionales cercanas a ellas (Stokes y Levin, 1986) mientras que los hombres cuando se sienten privados de las interacciones de grupo (Myers 2001; Franzoi 2003).

Algunas de las interpretaciones para la diferencia de sexo han sido relacionadas con los roles de género y las redes sociales, de acuerdo al género las mujeres estarían más dispuestas a admitir sus sentimientos de soledad que los hombres, los cuales tienden a no expresar públicamente sus propios sentimientos, especialmente cuando éstos son negativos (Anderson, 1998). En relación a las redes, la soledad en los hombres está fuertemente asociada con la calidad percibida de la relación con su pareja y confidente, en cambio la soledad en las mujeres se asocia con la evaluación subjetiva de su red en general (Jong-Gierveld, 1986 en Muchinik y Seidmann, 1998).

c) Estado Civil:

Una de las causas de la soledad es la pérdida de las relaciones de apego (Weiss, 1982), desde este punto de vista, tener una pareja protege a las personas mayores contra la soledad siendo éste una fuente importante de apoyo emocional y tangible. (Seeman y Berkman, 1988 en Oksoo, 1999), la interrupción del estado civil puede implicar la disminución de los contactos sociales que en pareja ambos tenían (Weiss, 1982).

La viudez para las personas mayores significa la pérdida del núcleo social más importante que tenían y la quiebra de un matrimonio que en el caso de muchos mayores representan décadas de convivencia, afectando la organización de las actividades cotidianas,

la relación con el entorno familiar, el uso del tiempo, la participación en actividades sociales y la vinculación social.

La pérdida de la pareja, la falta de relaciones íntimas, de apoyo, y de cooperación desinteresada se convierte en una deficiencia relacional que deja a la persona sin un apoyo vital que afecta su motivo de vivir y genera en ellas, una sensación de soledad emocional especialmente en el período inmediato posterior a su ocurrencia, siendo ésta más difícil para los viudos que para las viudas que generalmente tienen un grupo más amplio de amigas también viudas con quien relacionarse (Rubio y Alexander, 2001).

La soledad también está presente entre las personas que están divorciadas o nunca se han casado (Dykstra & Fokkema, 2007; Pinquart y Sörensen, 2003; Cacioppo, 2009). En caso de divorcio, en que de manera estresante se pierden muchos vínculos sociales, la soledad se haría más intensa en las celebraciones de fiestas, en particular las de fin de año, fechas en que las personas sin pareja tomarían mayor conciencia de su aislamiento y su carencia, de su deseo y necesidad de vínculos sociales más íntimos aumentando la frustración y el sentimiento de fracaso social.

El sexo de la persona desempeña un papel mediador entre el estado civil y soledad, la relación de pareja tendría más efectos beneficiosos para los hombres que para las mujeres, en un estudio realizado En España se encontró que la compañía del cónyuge en el caso de los hombres hacía que solo el 16% de ellos presentaran soledad mientras que la soledad afectaba

a casi el doble de las mujeres que todavía convivían con sus respectivos maridos (Expósito y Moya, 1999; Myers, 2001).

Anderson (1998) refiere que en primer lugar son los hombres y mujeres solteros (as) y en segundo lugar, las mujeres casadas, los grupos que informan más de soledad, siendo las mujeres solteras quienes refieren soledad en mayor proporción que los hombres casados pero que pueden haber excepciones.

d) Forma de convivencia:

Aunque la literatura científica refiere que el sentimiento de soledad se puede experimentar tanto viviendo solo como en compañía de otros, lo cierto es que el vivir solo representa un factor de riesgo para experimentar la soledad especialmente en aquellos que se han visto obligados por las circunstancias, como el no haber tenido hijos, por la falta de espacio en la vivienda de familiares, por la sensación de vacío que podrían tener en un hogar ajeno, el sentirse un estorbo y el deseo de no deteriorar las relaciones familiares, las personas que viven solas tienen un menor sentimiento de integración social y de poder hacerlo, preferirían vivir acompañados (Rubio y Alexandre, 2002).

La tendencia a vivir solo se está extendiendo entre las personas mayores, en España López (2005) encontró en un estudio realizado con personas mayores que vivían solas que el 25% de las personas que vivían solas eran mujeres versus el 11% de los hombres; otra característica de este grupo era que a mayor edad, mayor era el porcentaje de personas que vivían solas, entre el grupo de 65 a 69 años, el 12,28% vivían solas, porcentaje que ascendía al

28% después de los 80 años. Comparando sexo y edad, se observó que el 34% de las mujeres de 80 a 84 años vivían solas.

En relación al estado civil, las personas viudas (75%) y solteras (18%) eran las que en mayor proporción vivían solas, de las personas separadas y divorciadas que viven solas son más los hombres que las mujeres y en cuanto a la localidad de residencia, el mayor porcentaje de personas solas viven en localidades que tiene más de medio millón de habitantes, es decir, en las ciudades más grandes.

En Chile, de acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socio-Económica 2009, el 18,2% de los hogares unipersonales están constituidos por mujeres y el 12,6% por hombres, el 58,5% del total de hogares unipersonales corresponden a personas mayores de 60 años.

Como se observa en los datos, la soledad residencial afecta más a las mujeres que hombres, a las que tienen más de 80 años, a las viudas, la mayor cantidad de personas viven en las ciudades grandes (Aymerich 2008; López 2005).

2. Estado de salud:

La salud puede ser causa de soledad o la salud verse afectada por ella, la soledad puede llevar a un deterioro físico, a una enfermedad mental (Rodgers 1989, Carr y Schellenbach 1993; McWhirter, 1990) e incluso la muerte WinDriver (1993) y Holmen et al. (1992) sugieren que un aumento de la mortalidad se ha asociado con el aislamiento social que a menudo acompaña a la soledad (Killeen, 1998)

La experiencia de la soledad correlaciona con una mala salud (percibida o real) encontrándose asociación entre la mala salud subjetiva y la soledad en varios estudios, las personas de peor salud se quejan más de soledad que las que se encuentran físicamente bien, de acuerdo al sexo, las mujeres que se sienten enfermas, se sienten más solas (Bazo, 1989; Ortiz, 2000; Pettigrew y Roberts, 2008).

Las deficiencias sensoriales como la disminución de la audición y los problemas de visión pueden interferir en la comunicación de las personas, limitando la cantidad y calidad del contacto social contribuyendo así a la soledad (Cacioppo, 2009; Savikko 2005).

La soledad se asocia con los síntomas físicos de las enfermedades crónicas (artritis, hipertensión arterial, diabetes, derrame cerebral y enfermedades neurológicas), las que contribuyen a un mayor nivel de dependencia de la persona (Pinquart y Sörensen, 2003; Pettigrew y Roberts, 2008) y a la disminución de su capacidad funcional, que se expresa en un deterioro de la movilidad que restringe la normal realización de las actividades de la vida cotidiana e influye en la reducción de las actividades sociales, disminuyendo la asistencia a lugares de encuentro social habituales, lo que genera la reclusión de la persona en el ámbito doméstico o en el vecinal, las relaciones sociales quedan limitadas a las visitas que reciben por parte de los familiares y los amigos más cercanos (Iglesias, 2001; Savikko et al. 2005).

3. Aspectos psicológicos:

a) Estado de ánimo:

El estado de ánimo está influido por la depresión, la sensación de estar abandonado sin posibilidad de ayuda, la percepción de que los vínculos sociales se han roto, generan que la persona no tenga ánimo para realizar actividades sociales, esta disminución de los contactos sociales genera sentimientos de soledad y éstos originarían la depresión. Hay estudios que refieren que la soledad y la depresión están fuertemente asociadas, que la soledad es un factor de riesgo para la soledad, las personas mayores que se sienten solas a menudo presentan síntomas depresivos pero no siempre las personas deprimidas se sienten solas, lo que confirmaría que la depresión y la soledad son constructos independientes entre sí (Cacioppo et al., 2006; Luanaigh y Lawlor 2008).

b) La Auto-eficacia:

Es la percepción o seguridad que tiene la persona de poder realizar una conducta determinada, se centra en las habilidades que la persona tiene y en los juicios que tiene de lo que puede hacer con las capacidades que posee. Se la relaciona con la soledad objetiva (aislamiento) y es importante en el afrontamiento de la soledad al representar la preparación psicológica necesaria para iniciar intercambios sociales y mantener relaciones (Bandura, 2001; Salvarezza, 2005)

Las personas que tienen bajas creencias sobre sus propias capacidades evitan la mayoría de los contactos sociales por miedo a no saber afrontarlos o no poder resolver las dificultades que pudieran surgir. Las personas que creen que son capaces de afectar e influir

con sus opiniones sobre los demás y de conseguir que éstos les acepten y que no teman entablar relaciones interpersonales y que no renuncien a priori a las interacciones sociales, pasan menos tiempo solas (Isidro, 1999).

Las personas que se perciben ineficaces se evalúan negativamente considerándose a sí mismos como aburridos, tímidos e inhibidos, aspectos que les lleva a desarrollar comportamientos de aislamiento social que les privan de experiencias gratificantes y de interacciones de calidad limitando las actividades potenciales a realizar, las personas que se consideran a sí mismas de forma negativa se sienten más solas.

En el estudio realizado por Isidro et al. (1999) sobre los determinantes psicosociales de la experiencia de soledad en una muestra de jóvenes españoles, encontraron que la auto-desvaloración era la variable que mas correlacionaba con la soledad subjetiva y que de las variables estudiadas era el único factor que contribuía a la soledad vivenciada.

Las creencias de autoeficacia en las personas mayores han demostrado ser fuertes predictores de la soledad, así se ha visto que la soledad en las mujeres se relaciona inversamente con factores sociales, interpersonales y emocionales de la auto-eficacia y la soledad en los hombres por factores instrumentales, financieros y materiales de la auto-eficacia (Fry y Debats, 2002).

c) La Satisfacción con la vida:

La satisfacción con la vida es el juicio global acerca de la propia vida que hace la persona, es una evaluación cognoscitiva de la calidad de la propia vida, la cual abarca la vida entera. La satisfacción con la vida es uno de los componentes subjetivos del bienestar y de la calidad de vida que tiene relación con la salud mental (Gómez et al. 2007). Los estudios realizados en personas mayores muestran que las personas que tienen rasgos de personalidad pro-sociales y las habilidades interpersonales necesarias para mantener e incrementar las relaciones interpersonales existentes, que están satisfechos con el trabajo, con el matrimonio y con las relaciones interpersonales, cuando creen que son capaces de conseguir sus metas, que viven acompañados, que tienen hijos, que tienen muchos amigos, que tiene una escolaridad alta, que reciben apoyo y refuerzo de quienes los rodean y participan socialmente con su familia tienen un alto nivel de satisfacción con la vida (Gómez, 2007). Las actitudes pro-sociales en las mujeres contribuyen a una mayor satisfacción con la vida en relación a los hombres.

Influyen en un bajo nivel de satisfacción con la vida la falta de relaciones sociales, la mala percepción del estado de salud, la no realización de actividades de ocio, la falta de contacto con la familia, la escasez de recursos financieros en relación con las necesidades y la pérdida de miembros de la familia, la incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el fracaso en el cumplimiento de las metas personales, la soledad y la desesperanza (Aranda y Vara, 2006; Víctor, 2005). Savikko (2005) refiere que encontraron en un estudio con 221 personas mayores de 80 años y más que la dependencia para ir al baño estaba relacionada con la soledad emocional y social.

Si se analizan los factores relacionados con la satisfacción con la vida, se puede observar que muchos de ellos están también asociados a la experiencia de soledad por lo que se podría deducir que las personas con una baja satisfacción con la vida experimentan soledad y viceversa.

a) Nivel de ingresos:

Algunos estudios han reportado una relación entre la soledad y la condición socio-económica, es decir, la soledad se ha encontrado que es más frecuente entre los grupos de ingresos más bajos (Bazo, 1989; Anderson, 1998; Lauder, 2006).

b) Nivel de educación:

Lograr un mayor nivel de educación se asocia en forma indirecta con menos soledad (Pinquart y Sörensen, 2003), el tener mayor educación posibilitaría tener acceso a redes sociales más amplias (Dykstra & de Jong Gierveld, 1999; Lauder, Mummery, y Shaver, 2006), y a un mayor reconocimiento social (Caccioppo, 2009), sin embargo, Rubio y Alexander (2002) encontraron en España que a mayor nivel de estudios, mayor auto percepción de soledad y que los grupos que tenían menos nivel de estudios registraban un bajo nivel de soledad, lo que podría deberse a que a menos exigencias cognitivas, más bajos índices de expectativas.

c) Participación en organizaciones y en actividades de ocio:

Se ha hallado relación entre el sentimiento de soledad y el grado de inactividad y aburrimiento, la falta de participación en actividades sociales, la ausencia de tareas útiles que acostumbraba a hacer en forma previa a la jubilación o la ida de los hijos del hogar, el

descontento y la poca confianza en sí mismos contribuyen al sentimiento de soledad. El aburrimiento puede presentarse aunque existan intereses, cuando no se organizan ni se planifican las actividades diarias, semanales y anuales (Ortiz, 2002; Cardona, 2006).

Pertenecer a un grupo voluntario (por ejemplo, club social, equipo deportivo) o religiosa protegen contra la soledad especialmente la participación en las actividades de los Clubes para Adultos Mayores a quienes viven solos (Cattan, Blanco, Bono, y Learmouth, 2005; Johnson & Mullins, 1989 en Cacioppo, 2009).

d) Apoyo social:

Es el conjunto de provisiones y transacciones interpersonales tanto percibidas como recibidas que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Los apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos y son proporcionados por comunidades, redes sociales y personas de confianza, teniendo en cuenta que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. (Guzmán, Huenchúan y Montes de Oca, 2006; Navarro, Meléndez y Thomas, 2008).

El apoyo social que más influye en los sentimientos de soledad de las personas es el de tipo emocional y el de tipo empático, teniendo mayor importancia los aspectos cualitativos del apoyo social que los cuantitativos en relación con la soledad. La insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre las personas y la pérdida y ausencia de estos lazos de

unión interpersonal han sido relacionados con enfermedades coronaria, accidentes, suicidio, úlceras (Ortiz, 2000).

Con la edad la red social de las personas mayores disminuye debido a la pérdida del cónyuge, amigos y familiares, pudiendo convertirse en una dificultad para satisfacer las necesidades básicas de intimidad y de integración social (Killeen, 1998). Una red social pequeña y una escasa interacción con los amigos y la familia, se relacionan en forma negativa con la soledad (Oksoo, 1999; Arguile, 1990; Muñoz, 1998, 2002; Caccioppo 2005).

El deseo de un número de contactos sociales mayor del que puede encontrarse, el grado insuficiente de confidencialidad en temas de conversación interpersonales y la pérdida de una relación social son una fuente de estrés y factores de riesgo para la soledad (Arguile, 1990; Muñoz, 2002). Los hombres están más aislados que las mujeres, reciben menos apoyo de los hijos, amigos y parientes pero tienen el apoyo de sus esposas, las mujeres tienen una red más amplia de amistades (Albarracín en Agüera, 2001).

Los cambios en las redes sociales producen el desequilibrio entre las necesidades y los deseos de relación social del individuo, tener pocos amigos y pocos íntimos, además de pocos contactos con éstos, correlacionan con el sentimiento de soledad. El número de amigos es valorado positivamente por la sociedad actual, luego un escaso número de amigos se relaciona con la falta de habilidades sociales para iniciar o mantener una red de amigos (Rubio y Aleixandre, 1998).

La falta crónica de interlocutores sociales y la ausencia de compañeros con los que disfrutar de actividades sociales se relacionan más con la soledad que la falta de cualquier otro apoyo social (Torre, 1984; Cacioppo, 2009). La presencia de un confidente y la posibilidad de hacer revelaciones a personas a quienes se consideran íntimas, ayuda a vencer a la soledad (Expósito y Moya, 1999).

El contacto con los amigos para las personas mayores es más importante que el contacto que tiene con los hijos adultos y otros miembros de la familia en la prevención de la soledad. El relacionarse con amigos y la satisfacción recíproca de las relaciones al compartir el mismo estilo de vida, tener puntos de vista y valores similares, disminuye el sentimiento de soledad (Arguile, 1990; Muñoz, 2002).

Los diferentes ritmos de vida de las generaciones más jóvenes, las percepciones negativas de la familia, la ruptura de la comunicación al interior de la familia, la falta de acceso a los miembros de la familia priva a las personas mayores de un contacto social significativo especialmente cuando los hijos se han mudado lejos de la residencia paterna o han emigrado fuera del país y no se tiene un contacto permanente con ellos a través del teléfono, son aspectos que contribuyen a aumentar el sentimiento de soledad (Víctor, 2005; Pettigrew y Roberts 2008). La calidad de la satisfacción con la propia familia tiene una mayor influencia en el grado de soledad experimentado por las personas que la frecuencia de los contactos con la familia en el hogar o a la distancia (Pilosof, 1989; Rodríguez, 2000).

PARTE II METODOLOGIA

2.1 FUNDAMENTOS DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

Según la proyección censal para el año 2010 del total de la población, 2.213.486 personas serán mayores de 60 años, representando un 13% del total de la población con una expectativa de vida de 80,77 años para la población general, de 82,2 años para las mujeres y 76,12 para los hombres. Para el año 2025 se espera que las personas mayores representen el 23% de la población siendo cada vez mayor el número de personas que sobrepasan los 60 años, especialmente el grupo de los de 80 y más años.

El envejecimiento de la población trae asociado también un aumento en el número de personas que viven solas, según la Encuesta de Caracterización Social 2009, el porcentaje de mayores que vivían solos ascendía a un 14.8% y los que vivían en una familias nuclear alcanzaba al 80,7% del total de las familias con un promedio de 3,3 personas.

El fenómeno de la soledad se da en personas de todas las edades, pero es en las personas de edad donde adquiere mayor relevancia dada la implicación de factores afectivos como situacionales en su origen. Se reconoce que la soledad no es un complemento necesario para el envejecimiento y que el envejecimiento no es el único responsable por el desarrollo de la soledad en las personas mayores sin embargo, existe una relación entre el envejecimiento y soledad de acuerdo con la bibliografía revisada.

La literatura gerontológica relaciona la soledad en la vejez con la salud física, con la disminución del sistema inmunológico (Kiercolt-Glaser, Speicher, Holliday y Glaser, 1984) y una baja respuesta inmune al estrés; con las enfermedades crónicas, con altos niveles de ansiedad, depresión y sentimientos de hostilidad, con problemas para dormir, problemas de cognición a lo largo del tiempo, con dificultades en la movilidad física así como con patrones conductuales de evitación social (Expósito y Moya, 2002), su vivencia en forma prolongada puede conducir a una disminución de la autoestima y a una falta de habilidad para hacer frente a las pérdidas inevitables que ocurren en la última etapa de la vida, además la soledad es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad (Luanaigh y Lawlor, 2008).

A pesar de esta evidencia empírica y de que la soledad está presente en la literatura de enfermería desde el año 1955 (Peplau, H. 1955)

- a) que existe un amplio cuerpo teórico que apoya la gestión del cuidado con sugerencias para identificar en forma precoz a las personas que podrían estar experimentando soledad,
- b) que existen datos que muestran que las enfermedades mentales han ido en aumento en el país y dentro de ellas, la depresión constituye la segunda causa específica del total de años potencialmente perdidos y que se conoce la relación entre ésta y la soledad,
- c) que la soledad constituye una preocupación para el 17% de las personas mayores en el país,
- d) que de acuerdo con estudios realizados en Chile, el 20% de las personas mayores manifiesta sentirse solo (Criteria 2009), porcentaje ligeramente más bajo al encontrado por Barros y cols.

(2001) en que el 30% de los entrevistados manifestó sentirse solo frecuentemente y el 35% casi todo el tiempo,

dicha experiencia no ha sido abordada desde la disciplina de enfermería siendo clara la necesidad de cubrir este déficit y aportar evidencia que permita derivar las actuaciones más adecuadas e implementar estrategias de intervención que permitan identificar en forma precoz a aquellas personas mayores que presenten un mayor riesgo de experimentar soledad.

Considerando lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta las diferencias culturales que se pudieran encontrar dado que la mayoría de los estudios sobre soledad en personas mayores se han realizado en Europa y Norte América, el propósito de esta tesis ha sido identificar y analizar algunas variables demográficas, de salud, sociales y psicológicas como predictivas de soledad en las personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, Chile.

La identificación de las variables que pueden predecir la soledad puede contribuir a que el profesional de enfermería mejore la valoración que realiza a las personas mayores donde éstas se encuentren: hospital, centro de salud, domicilio y con la información obtenida diseñe intervenciones pertinentes para evitar o reducir la soledad en las personas mayores.

La elección de las variables predictivas estuvo determinada por la revisión de la literatura, seleccionándose aquellas que aparecían más significativas para predecir la soledad o que correlacionaban con ésta.

La pregunta de investigación que se planteó para este estudio y que se esquematiza en la figura nº 2.1 fue :

“¿Son las variables demográficas, de salud, psicológicas y sociales seleccionadas, predictivas de soledad en una muestra de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, Chile?”

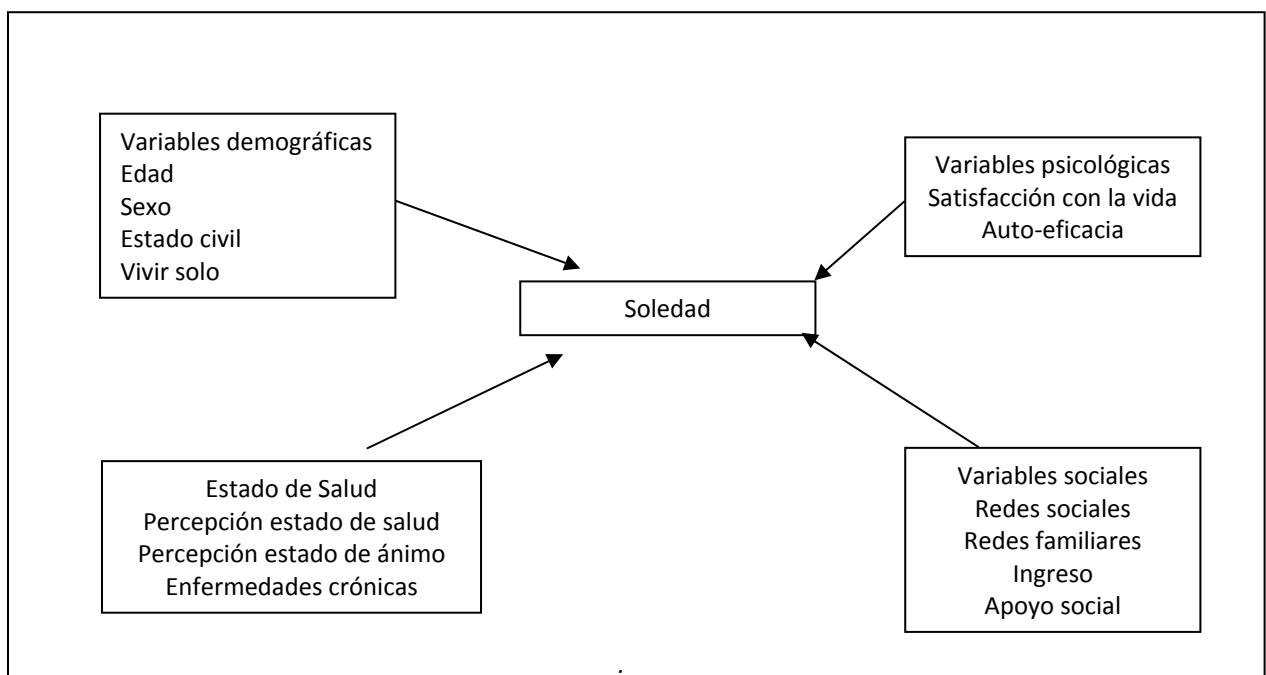


Figura nº 2.1. Modelo de soledad propuesto

2.1.1 Objetivos Generales:

- 1) Caracterizar a una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso desde el punto de vista socio-demográfico, psicológico y de salud.
- 2) Estimar en una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, si existen diferencias significativas entre la soledad y los factores predictores identificados en la literatura como causas de soledad.
- 3) Identificar factores de riesgo asociados a la soledad en una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso.
- 4) Identificar factores protectores de la soledad en una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso.
- 5) Realizar un perfil de riesgo de las personas mayores susceptibles de experimentar soledad.

2.2 Población:

La población está formada por las personas mayores de 65 o más años, de ambos sexos beneficiarias del Sistema de Salud Público que se atienden en los Centros de Salud pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

La población de la comuna de Valparaíso asciende a un total de 93.848 personas al 30 de diciembre del 2009 de acuerdo a la información obtenida del Departamento de Estadística de la Secretaría Ministerial de Salud V Región (2010).

De la población muestreada se han excluido las personas que cumplían las siguientes características:

- a) Personas que no querían responder a la entrevista.
- b) Personas con deterioro cognitivo
- c) Personas con problemas de audición que dificultara la comunicación con el entrevistador.

2.3 Muestra.

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia de trescientas cincuenta personas mayores de 65 años de ambos sexos en cuatro de los catorce Centros de Salud de la comuna.

En la selección de los Centros de Salud se consideró el porcentaje de población de personas mayores de 65 años que atienden y el tener días y horas destinadas a la atención de

este grupo, los Centros de Salud elegidos fueron Barón, Cordillera, Quebrada Verde y Plaza Justicia.

La muestra quedó constituida por un 41,1% de hombres (n=144) y un 58,9% de mujeres (n=206), cuyas edades fluctuaban entre 65 años y 95 años, con una media de 73,24 años, en su selección se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- a) Edad: Personas con 65 o más años de edad, cumplidos a la fecha de aplicar la entrevista.
- b) Sin deterioro cognitivo, el cual se midió a través de preguntas seleccionadas del Mini-Mental State Examination (MMSE)(Quiroga et al. 2004) abreviado incluido en la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-CHILE) (Silva, 2005) que realiza el profesional de enfermería en atención primaria, que le permitieran al entrevistador constatar que la persona mayor estaba orientada en el tiempo.
 - Por favor dígame la fecha de hoy.
 - ¿Qué día del mes?
 - ¿De qué mes?
 - ¿En qué año estamos?
 - ¿Qué día de la semana es?
- c) La voluntad de participar: el deseo de la persona mayor de participar en el estudio una vez que se le explicaban los motivos de la entrevista.

2.4 Tipo de estudio:

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se ha desarrollado un diseño descriptivo de tipo transversal y correlacional, el cual tiene como propósito explorar en una muestra determinada, la relación entre la soledad y las variables demográficas, psicológicas, sociales y el estado de salud de una muestra de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, Chile e identificar a los grupos susceptibles de experimentar soledad al conocer cuáles son los factores de riesgo que inciden en esta experiencia.

Los estudios descriptivos describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para identificar los grupos de población más vulnerables y el primer paso en la investigación de los determinantes de un problema de salud y de la identificación de factores de riesgo, por lo tanto este tipo de estudio, se ajusta a los propósitos de nuestro estudio.

Este tipo de estudio permite expresar los resultados como porcentajes (frecuencia) si la variable estudiada es de tipo cualitativa y a través de medidas de resumen como promedios y desviaciones estándar si son variables cuantitativas, además dependiendo del tipo de variable, pueden categorizarse de acuerdo a criterios clasificatorios previamente establecidos

Los estudios transversales son estudios estadísticos y demográficos de gran utilidad en las ciencias sociales y ciencias de la salud pues permiten medir la prevalencia de un problema de salud o condición en un momento dado.

Los estudios transversales se utilizan fundamentalmente para conocer todos los casos de personas con una cierta condición o de un factor de riesgo en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron. Dicha información es de gran utilidad para valorar el estado de salud de una comunidad y determinar sus necesidades, tipo de estudio que se ajusta con el objetivo principal de la atención de enfermería, el cual es determinar su intervención de acuerdo a los problemas que presenta la comunidad que atiende.

Los estudios correlacionales tratan de determinar si existe o no asociación entre dos variables, para esto es necesario saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada, es decir, evalúan el grado de relación entre dos variables que se pretende ver si están o no vinculadas en los mismos sujetos.

Los estudios correlacionales se realizan cuando: (a) no se pueden manipular las variables de tratamiento porque es imposible manipular físicamente las variables, (b) cuando los sucesos ya han ocurrido, (c) cuando la manipulación de las variables sea ilegal o no ética. Éstos tienen como propósito describir las variables y saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

Si dos variables están correlacionadas, es decir, que una varía cuando la otra también lo hace, y se conoce la correlación, se tiene la base para conocer la magnitud de la asociación entre ambas variables al saber el valor que tiene la otra variable.

En caso de no haber correlación entre las variables, significa que estas variables varían sin seguir un patrón sistemático entre sí, luego habrá sujetos que tengan altos valores en una variable y altos en la otra o viceversa.

2.5 Variables en estudio:

Como variable de resultado se estudió la frecuencia de la soledad y la relación de ésta con variables demográficas, sociales, psicológicas y el estado de salud.

2.5.1 Variable de resultado:

Para este estudio, la soledad se ha definido como “un fenómeno multidimensional, psicológico, y potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (Montero, 1999; p.11). Fue medida a través de los ítems que componen el IMSOL-AM con cinco opciones de respuesta: 0=nunca; 1=casi nunca; 2=algunas veces; 3=la mayor parte del tiempo; 4=todo el tiempo.

Para su utilización en el análisis de regresión múltiple como variable resultado se utilizó en forma dicotómica en las siguientes categorías: soledad (1=si) y no soledad (2=no).

2.5.2 Variables predictivas:

A continuación se describen las variables utilizadas agrupadas en cuatro áreas: demográficas, estado de salud, psicológica y social.

2.5.2.1 Características demográficas:

En esta variable se incluyen el sexo, la edad, el estado civil, los años de viudez, la forma de convivencia, el cambio de domicilio, el número de años que lleva viviendo en el barrio y el tipo de vivienda, estas variables se han definido operacionalmente como sigue:

- a) Sexo: Condición biológica de ser hombre o mujer.
- b) Edad: Años cumplidos cronológicamente al momento de responder a la entrevista.
- c) Estado civil: Categoría legal de convivencia de una persona.
- d) Años de viudez: Número de años en que la persona perdió al cónyuge por fallecimiento.
- e) Forma de convivencia: Referida a la condición de vivir solo o vivir en compañía de otras personas que pueden ser familiares o no.

Un resumen de estas variables con sus respectivos niveles de medición y valores, se muestran a continuación:

Tabla nº 2.1 Variables Demográficas

Variable	Nivel de Medición	Valores
Sexo	Nominal	1=Hombre, 2=Mujer
Edad	Razón	Número de años cumplidos.
Estado civil	Nominal	1=soltero, 2=viudo, 3=separado, 4=casado/conviviendo en pareja.
Años de viudez	Razón	Número de años que esta viudo/a
Forma de convivencia	Nominal	1= acompañado 2=solo
Cambio de domicilio	Nominal	1=no; 2= si
Años que vive en el barrio	Razón	Número de años en el mismo barrio.
Tipo de vivienda	Nominal	1=casa; 2= departamento

2.5.2.2 Estado de salud:

Las variables relacionadas con el estado de salud se seleccionaron teniendo en cuenta la revisión de la literatura e incluyó la auto-percepción del estado de salud y del estado de ánimo, enfermedades crónicas en tratamiento como la hipertensión arterial, la diabetes, la artritis, las enfermedades respiratorias obstructivas, la depresión, además de un ítem para aquellas en tratamiento que no fueron seleccionadas.

Se incluyeron también los problemas urinarios y de memoria por haber antecedentes en la literatura que su presencia afecta la autonomía de las personas mayores, se consultó además el motivo por el cual consultaron en el Centro de Salud. Su definición operacional es la siguiente:

- a) Auto-percepción de salud: Percepción subjetiva que tiene la persona de su salud y la influencia de ésta en su bienestar.
- b) Auto-percepción del estado de ánimo: Percepción subjetiva que tiene la persona de su estado de salud mental para realizar sus actividades habituales.
- c) Enfermedades crónicas: Enfermedades de alta prevalencia, de larga duración y no curables como la insuficiencia cardiaca, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la artritis reumatoide, la diabetes mellitus.

La tabla nº2.2 muestra estas variables con su respectiva nivel de medición y valores

Tabla nº 2.2 Estado de Salud

Variable	Nivel de Medición	Valores
Motivo de consulta	Nominal	1=consulta de morbilidad; 2=consulta crónicos (médico); 3= consulta enfermera; 4=Farmacia; 5= consulta nutricional; 6= consulta nutricionista.
Auto-percepción de salud	Ordinal	1= muy buena; 2= buena; 3=regular, 4= mala; 5= muy mala
Auto-percepción del estado de ánimo	Ordinal	0= siempre; 1= casi siempre, 2= algunas veces; 3= rara vez; 4= nunca
Enfermedades crónicas	Nominal	a=diabetes; b= hipertensión arterial; c= artrosis/artritis; d= problemas urinarios; e= depresión; f= asma/bronquitis g= problemas de memoria; h= otras enfermedades.

2.5.2.3 Características psicológicas:

De todas las variables psicológicas mencionadas en la literatura en relación con la soledad, se seleccionaron la satisfacción con la vida y la auto-eficacia por su influencia en el bienestar emocional de las personas mayores. Para este estudio, ambas se definen como:

- a) Satisfacción con la vida: Se define satisfacción con la vida como el juicio global positivo que se hace en relación a la propia vida, implica una valoración subjetiva y una manifestación verbal de dicho juicio (Carrasco, 2005).
- b) Auto-eficacia: Creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros (Bandura, 2001).

Tabla nº 2.3 Variables Psicológicas

Variable	Nivel de Medición	Valores
Auto-eficacia	Ordinal	1= no es cierto; 2= apenas cierto; 3= Más bien cierto; 4= cierto
Satisfacción con la vida	Ordinal	1= no, no en absoluto; 2=no, apenas; 3= más bien no; 4= ni sí, ni no; 5= más bien sí; 6= sí, bastante; 7= sí, del todo.

2.5.2.4 Características sociales:

En su selección se consideró como criterio el ser las variables más mencionadas en la literatura revisada y por tener un fuerte impacto en la soledad emocional, se consideraron para este estudio el nivel de estudios; la situación laboral (activo o pasivo); si estaba jubilado, los años que llevaba jubilado; los ingresos percibidos; las relaciones sociales, para lo cual se les solicitó la opinión si el tipo de vivienda que habitaban favorecía o no el contacto con los vecinos, el apoyo social percibido la realización de actividades de entretenimiento, el tipo de actividades que realizaba y su frecuencia; las redes sociales familiares y no familiares.

En las redes familiares se les preguntó si tenían hijos, el número de personas que vivían con ellos y su relación de parentesco y el número de familiares de confianza; las redes sociales no familiares estuvieron conformadas por el número de amigos de confianza y el contacto con los vecinos y las redes comunitarias consultando por su participación en organizaciones comunitarias y el tipo de organización en que participaban. La definición operacional de estas variables, es la siguiente:

- a) Nivel de estudios: Se refiere al último nivel de instrucción alcanzado en la enseñanza formal. En Chile para esta cohorte era de seis años para la enseñanza básica, seis años para la enseñanza media, dos o tres años para enseñanza técnica según la carrera técnica y de cinco a siete años en la educación universitaria dependiendo de la carrera.
- b) Trabajo actual: Actividad laboral que desempeña.
- c) Ingresos: Cantidad de dinero mensual que la persona recibe por su trabajo personal o por su jubilación en caso de haber dejado de trabajar.

- d) Años de jubilado: Número de años en la persona mayor dejó ejercer su actividad laboral por razones de edad o invalidez.
- e) Relaciones sociales: Interacciones sociales, reguladas por normas sociales, entre dos o más personas, teniendo cada una posición social y realizando un papel social
- f) Redes sociales: Conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan a la persona (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003). En las personas mayores se reconocen las redes familiares, las redes no familiares (amigos, vecinos) y las redes comunitarias (grupos organizados de la comunidad).
- g) Tamaño de la red: Número de personas que conforman la red de la persona mayor, en este estudio se consideran el número de amigos, de familiares, si tiene hijos y el contacto con los vecinos.
- h) Participación en organizaciones: Asistencia a organizaciones formales o informales con las cuales se tiene intereses u objetivos comunes.
- i) Actividades de entretenimiento: Actividades placenteras, voluntarias, beneficiosas o positivas que realiza una persona durante el tiempo libre más allá de las obligaciones cotidianas (Molina, 2006).
- j) Apoyo social: Conjunto de provisiones y transacciones interpersonales tanto percibidas como recibidas que operan en las redes sociales, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

La tabla nº 2.4 resume las variables sociales con su respectivo nivel de medición y valores

Tabla nº 2.4 Variables Sociales

Variable	Nivel de Medición	Valores
Nivel de estudios	Ordinal	1=no sabe leer ni escribir; 2=enseñanza básica incompleta, 3=enseñanza básica completa, 4=enseñanza media incompleta, 5=enseñanza media completa, 6=estudios técnicos; 7= enseñanza universitaria.
Trabajo actual	Nominal	1=no; 2= sí. Tipo de actividad que realiza.
Años de jubilado	Razón	Cantidad de años jubilado
Ingresos	Razón	Cantidad de dinero que recibe mensualmente.
Relaciones sociales: a) Tipo de vivienda: favorece el contacto social?	Ordinal	1=mucho; 2=bastante; 3=regular; 4=poco; 5=ninguno.
b) Apoyo social	Ordinal	1=nunca; 2=pocas veces; 3=algunas veces; 4=la mayoría de las veces; 5= siempre. 1= no; 2= si
c) Realización actividades de entretención.	Nominal	1= si, 2= no
d) Tipo de entretención	Nominal	Cuántas veces a la semana, mes o año realiza las actividades de entretención.
e) Frecuencia de realización	Razón	
Redes sociales: a) Redes familiares: ➤ Tenencia de hijos	Nominal	1=si; 2=no
➤ Número de personas que viven con el entrevistado.	Razón	Número de personas que cohabitan.
➤ Relación de parentesco	Nominal	a=esposo/pareja, b=hijos, c=nietos, d=otros familiares, e=empleada.
➤ Familiares de confianza	Razón	Número de familiares
b) Redes no familiares: ➤ Amigos de confianza	Razón	Número de amigos
➤ Contacto con los vecinos	Ordinal	1=nunca; 2=casi nunca; 3=algunas veces; 4=a menudo; 5=muy a menudo.
c) Redes comunitarias: ➤ Participación en organizaciones	Nominal	1=si; 2=no
➤ Tipo de organización	Nominal	1=deportiva; 2=sindicato; 3=religiosa; 4=junta de vecinos, 5=voluntariado; 6=cultural; 7=colegio profesional; 8=club de mayores; 9= otras organizaciones.

2.6 Instrumentos utilizados:

Para el presente estudio se diseñó un cuestionario multidimensional de elaboración propia sin estructura psicométrica, el cual tuvo como base la literatura revisada, el Censo de Población y Vivienda 2002, la Encuesta de Caracterización Socio-Económica, 2006 (CASEN) y la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006 (CVS).

El cuestionario está compuesto por 79 preguntas (Anexo nº7, pág.372) que recogen información sobre las características socio-demográficas de la muestra estudiada y el estado de salud, además de cuatro escalas que miden, el apoyo social, la auto-eficacia, la satisfacción con la vida y la soledad.

2.6.1 Características socio-demográficas:

Constituida por 20 ítems (1 a 17 y 32 a 34) que recogen información de la muestra como la edad, el sexo, el estado civil, la educación, el trabajo, las condiciones de vida, los ingresos y las relaciones y sociales.

2.6.2 Estado de salud:

Consta de ocho ítems (18 a 21) dirigidos a conocer la percepción que tiene de su propia salud y de su estado de ánimo la persona mayor, y de la presencia de enfermedades crónicas (patología y número de éstas).

2.6.3 Características psicológicas:

Constituida por las escalas de Auto-eficacia (ítems 22 a 31) y de Satisfacción con la Vida (ítems 35 a 39), por el Inventario Multifacético de Soledad-AM (ítems 40 a 59) y el Cuestionario MOS de Apoyo Social (ítems 60 a 79).

2.6.4 Descripción de las escalas utilizadas:

a) Escala de auto-eficacia de Bäßler, Schwarzer y Jerusalem, (1996):

Su objetivo es evaluar la confianza que una persona tiene en su propia competencia para manejar situaciones complejas o estresantes, incorpora una única dimensión referida a la auto-eficacia percibida. Consta de 10 preguntas con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos, con respuestas tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: No es cierto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos), a mayor puntaje, mayor percepción de auto-eficacia; los autores sugieren se utilice el puntaje medio obtenido en la muestra como puntaje de corte.

Esta escala ha sido traducida a varios idiomas, la adaptación de la versión española ha sido realizada por Bäessler y Schwarzer en 1996 (Anexo nº4, pag356), los estudios de las características psicométricas de la Escala de Auto-eficacia General (EAG) en español, han demostrado empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante. En un estudio realizado en 22 países por Scholz et al. (2002) en una muestra de ambos sexos con rangos de edad entre los 12 y 95 años, obtuvieron un alfa que fluctuó entre 0.75 y 0.91; en

países de habla hispana como Costa Rica (n=970) obtuvieron un alfa de de 0.81, en España (n=429) de 0.84 y en Perú (n=1029) de 0.80.

En Colombia, Gómez (2007) obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83 mientras que en Chile, Aguirre (2009) y Cid (2010) obtuvieron alfas de 0.889 y 0.84 respectivamente. Estos estudios se resumen a continuación:

Gómez y cols. (2007) investigaron en una muestra constituida por 795 personas entre estudiantes, profesores y administrativos de la Universidad de Los Andes, Colombia, con un promedio de edad de 40,82 años, la relación entre el bienestar subjetivo con la satisfacción en algunos dominios específicos y con la Auto-eficacia. Los resultados del estudio demostraron que en relación a la percepción de Auto-eficacia, la muestra estudiada tenía una visión de control sobre el entorno al obtener un puntaje promedio de 32,26 en una escala cuyo puntaje máximo es de 40, lo cual puede considerarse alto.

Carrasco (2005) estudió la relación entre la participación de los mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida en una muestra de 337 personas entre los 65 y los 103, con un promedio de 74 años de edad, de nivel socioeconómico bajo y de sectores rurales, encontró que la escala de auto-eficacia correlacionaba con escalas de depresión (-0.42 y -0.52); con escalas de ansiedad (-0.43 a -0.60) y con escalas de optimismo (0.55 y 0.57). En el análisis factorial obtuvo un solo factor que explicaba el 39% de la varianza total. Entre sus principales hallazgos encontró que las personas mayores que participan socialmente, tienen una auto-eficacia alta.

Inga y Vauro (2009) estudiaron la autoestima y la auto-eficacia en chilenos, contrastándolas con datos demográficos, la muestra estuvo conformada por 600 personas seleccionadas en forma probabilística en las capitales regionales de Chile, el 35.5% de la muestra tenía entre 45 y 64 y el 5.5% eran mayores de 65 años. Entre los principales resultados encontrados estuvieron que el estado civil no era un factor diferenciador pero si lo era la edad, el sexo, la situación laboral, el nivel socio-económico y la zona geográfica. Las mujeres presentaron un mayor porcentaje de auto-eficacia baja con un 63%, en relación a los hombres que mostraron una auto-eficacia alta con un 55.6%; en relación a la edad, la auto-eficacia baja se encontró entre los 18-19 años y en los mayores de 65 (58.6%).

Cid (2010) realizó una validación para Chile de la Escala Auto-eficacia General con el propósito de contar con un instrumento preciso de medida de auto-eficacia percibida para el país en una muestra de 360 personas de ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción. El coeficiente alfa de Cronbach que se obtuvo (0,84) indica que el 84% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representan diferencias verdaderas entre las personas y 16% refleja fluctuaciones al azar. El resultado permite aseverar que los reactivos o elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada. El puntaje mínimo obtenido por la muestra fue de 16 y el máximo de 40 puntos con un rango de 24 puntos entre ambos. De acuerdo al valor de la media (34.18) y de la mediana (35), las personas en general, se perciben con una buena capacidad de ejecutar una acción, apoyada también por la variabilidad de la suma del total del puntaje que osciló entre 29,34 y 39,02 puntos.

b) Escala de Satisfacción con la Vida: Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985):

Evalúa la satisfacción general con la vida y no aspectos específicos de ésta, incorpora una única dimensión evaluada con 5 ítems referidos a la valoración afectiva de la propia vida. La escala está compuesta por cinco preguntas del tipo: “Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida”. Las posibilidades de respuesta van de 1 a 7, donde 1 es completamente en desacuerdo y 7 es completamente de acuerdo. La escala evalúa los aspectos cognitivos del bienestar (Anexo nº3, pág. 366).

La puntuación mínima es de 5 y la máxima de 35, a mayor puntaje, mayor satisfacción con la vida. De acuerdo al total del puntaje obtenido, la muestra se puede clasificar en extremadamente satisfecha (entre 30 y 35 puntos), satisfecha (entre 25 y 29 puntos), ligeramente satisfecha (entre 20 y 24 puntos), ligeramente insatisfecha (entre 15 y 19 puntos), insatisfecha (entre 10 y 14 puntos) y extrema insatisfacción (entre 5 y 9 puntos). En estudios realizados en Chile (Moyano y Ramos, 2007; Mella et al. 2004) se han obtenido coeficientes alfa entre 0.85 y 0.87

Moyano y Ramos (2007) en una muestra compuesta por 927 personas entre los 17 y 77 años de la Región del Maule, evaluaron el bienestar subjetivo a través de la medición de la satisfacción vital, la felicidad y la salud, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,87 en la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. (1985); la media de la muestra fue de 25,26 con una desviación típica de 5,58. Entre los resultados obtenidos encontraron que las mujeres aparecían más satisfechas que los hombres, que las personas casadas obtenían un puntaje promedio mayor que las personas solteras y de las de mayor edad.

Mella et al. (2004) estudiaron la relación existente entre la variable bienestar subjetivo en las personas mayores y las variables depresión, salud auto-reportada, apoyo social percibido, género y edad, en una muestra de 150 personas beneficiarias del Sistema de Salud Municipal de Talcahuano. La escala en la muestra obtuvo un alfa de Cronbach de 0.85. Entre los principales resultados encontraron que las mujeres presentan un mejor nivel de bienestar subjetivo en comparación con los hombres estando éste determinado por el grado de apoyo que la persona siente que tiene por parte de su entorno, por el género y por la ausencia de síntomas depresivo. En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por el apoyo social percibido, el género y por la ausencia de depresión.

Carrasco (2005) en el estudio citado anteriormente sobre auto-eficacia, evaluó también la satisfacción con la vida a través de la Escala de satisfacción con la Vida de Diener et al. (1985) obteniendo un alfa de 0.87 y la fiabilidad test-retest de 0.82. Al comparar la variable calidad de vida con la satisfacción vital observó que la mayoría de los adultos mayores que presentaban una baja calidad de vida, a su vez eran los que tenían un bajo nivel de satisfacción vital.

Gómez (2007) en Colombia además de estudiar la relación entre el bienestar subjetivo y la auto-eficacia (ver detalle en Escala de Autoeficacia) estudio también la relación entre el bienestar subjetivo con la satisfacción con la vida en algunos dominios específicos obteniendo un alfa de Cronbach para esta muestra de 0,84, la media obtenida por los profesores fue de 28,08, por los administrativos 26,16 y por los estudiantes 26,92, en promedio total 26,93.

c) Cuestionario MOS de Apoyo Social, Sherbourne y Sterwar (1991):

El Cuestionario de Apoyo Social MOS (Anexo nº 6, pág. 370) permite investigar el apoyo social global y cuatro dimensiones: la afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), la instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y emocional/ informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). En la tabla nº 2.5 se aprecian ítems que componen estas cuatro dimensiones.

Tabla nº 2.5 Puntajes mínimo y máximo Escala de Apoyo Social

Tipo de apoyo	Ítems	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Emocional	3-4-8-9-13-16-17-19	8	40
Instrumental	2-5-12-15	4	20
Interacción social positiva	7-11-14-18	4	20
Afectivo	6-10-20	3	15

Está constituido por 20 ítems: el primero, dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, los demás se estructuran de acuerdo a una escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es este puntaje, el alfa de Cronbach es de 0.97 para la puntuación total. El puntaje para las cuatro dimensiones es de:

Revilla et al. (2005) validaron en España el Cuestionario MOS utilizando una muestra de 301 personas entre los 15 y 95 años de edad con patologías crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes mellitus e hipertensión), identificando tres factores: el apoyo

emocional/informacional con un alfa de Cronbach de 0.9411; el apoyo afectivo con un alfa de Cronbach de 0.8557 y el apoyo instrumental con un alfa de Cronbach de 0.870.

Entre los principales resultados encontró que a medida que aumentaba la edad, disminuía la percepción de apoyo social en relación a tener a alguien con quien pasar un buen rato, en tener a alguien que le abrace, alguien con quien divertirse, alguien con quien pueda relajarse y alguien que le ayude a olvidar sus problemas, es decir conforme aumenta la edad de las personas presentan una mayor sensación de soledad.

Rodríguez y Carmelo (2006) validaron el cuestionario MOS en Argentina aplicando el cuestionario a 375 personas obteniendo un alfa de Cronbach de 0.919 para el cuestionario total, identificando tres factores de los cuatro factores del cuestionario original que explicaron el 59,86% de la varianza: apoyo emocional e informacional (0.876), apoyo afectivo (0.843) y apoyo instrumental (0.812), concluyendo que es un instrumento válido para la evaluación del apoyo social percibido.

Landeros y González (2006) en un estudio no probabilístico realizado en 140 mujeres embarazadas que pertenecían a familias nucleares biparentales (107) y mono-parentales (33) y que tenía como objetivo comparar el apoyo social de las mujeres sin pareja con las que lo tenían, obtuvieron un alfa de 0,93 para la escala total, en apoyo emocional de 0.89, en apoyo instrumental de 0.77, en interacción social positiva de 0.87 y en apoyo afectivo de 0.78.

Entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra que las mujeres de familias mono-parentales obtienen un menor puntaje de apoyo social que aquellas mujeres de familias biparentales.

En Chile, el Cuestionario MOS no ha sido utilizado en personas mayores, el único estudio encontrado de su utilización fue en población adulta joven egresada de programas de rehabilitación de drogas realizado por Garmendia et al. (2008), quienes aplicaron el cuestionario MOS a 153 personas que se encontraban en tratamiento por abuso de sustancias, quienes obtuvieron un promedio de 78,9 puntos con un rango entre 30 y 95 puntos.

El único antecedente de uso del cuestionario MOS en personas mayores fue el estudio realizado por Sequeira (2009) en una muestra de 181 personas mayores de 60 años, obteniendo un alfa para el cuestionario total de 0.954 y un puntaje mínimo de 23 puntos y un máximo de 95 con una media de 65 y una desviación estándar de 19. La escala mostró una alta consistencia interna coincidiendo con el estudio realizado por Revilla et al. en Atención Primaria, el 52% de la muestra se ubicó sobre el percentil 75 lo que se relacionaría con una alta percepción de apoyo social en la muestra estudiada.

d) Inventario Multifacético de Soledad-AM (Monero y Rivera-Ledesma, 2009):

El Inventario tiene como objetivo evaluar la experiencia solitaria en relación con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear y la falta de propósito en la vida, está conformado por 20 reactivos con opciones de respuesta de tipo Likert donde 4 corresponde a

“todo el tiempo” y 0 a “nunca”, consta de dos sub-escalas, una denominada “Alienación familiar” ($\alpha=.89$) que alude a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar que corresponde a los reactivos 1-2-4-5-6-8-9-10-11-13-15; la segunda sub-escala denominada “Insatisfacción personal” ($\alpha=.89$) agrupa los reactivos vinculados con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida: 3-7-12-14-16-17-18-19-20. La escala total fluctúa entre 0 y 80 puntos donde, donde 0 es ausencia de soledad, tiene una consistencia interna de $\alpha =.95$

Para obtener el puntaje final de la escala (Anexo nº 5, pág. 368), la autora sugiere que se sumen los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y el total de puntos obtenidos se divida por 20, y así se obtendrá la puntuación total de cada uno de los miembros de la muestra y se podrá determinar la frecuencia de la experiencia solitaria, el mismo procedimiento sugiere para las dos sub-escalas, sumar los puntajes obtenidos en el primer factor que tiene 11 reactivos y en el segundo factor que tiene 9 reactivos y dividir dichos puntajes entre 11 y 9 respectivamente para mantener el rango de calificación de 0 a 4 y así hacer posibles las comparaciones entre ambas sub-escalas.

Para determinar el número de personas mayores que se sienten solas, se utilizará el percentil 70, así las personas que obtengan un puntaje igual o superior a este percentil, son las que experimentan soledad, mientras que las que obtengan un porcentaje igual o inferior al percentil 25, son las que no se encuentran solas.

Rivera- Ledesma y Montero (2009) han utilizado una versión abreviada del Inventario Multifacético de Soledad y la Escala de Carencia del Bienestar cuyos ítem corresponden a la

escala IMSOL-AM en dos estudios realizados en ciudad de México, en el estudio “Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor” realizado con una muestra de 122 adultos mayores de 60 años, con la versión corta IMSOL-VC de 11 ítems obtuvieron una consistencia interna alfa de 0.92, uno de los resultados encontrados fue que a niveles más altos de soporte social se reportan menores niveles de soledad y ansiedad ante el envejecimiento.

En el segundo estudio realizado por Rivera- Ledesma y Montero (2005) sobre la “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos” en una muestra de 125 personas mayores entre los 60 y 70 años, obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72. Entre los resultados encontrados en este estudio fue que las personas mayores que no tienen familiares obtuvieron la media de soledad más alta (24.47), los que contaban con sólo un familiar (20.23) y los que tenían 2 o 3 familiares (19.47); que las mujeres experimentaban mayor grado de sentimientos de soledad (21.53) en comparación con los hombres (16.08).

2.7 Validación:

La validación que se realizó fue referida a la adaptación y adecuación del lenguaje utilizado en el cuestionario. Previo a la aplicación del cuestionario, éste que había sido confeccionado para ser auto-cumplimentado en primera instancia, debió modificarse su redacción, enunciando las preguntas en segunda persona para ser aplicado como una entrevista estructurada ante la negativa de auto-responderla de las personas mayores, las cuales manifestaron su deseo de que se les leyera, lo que hizo aumentar el tiempo de respuesta esperado de 20 a 30/40 minutos.

2.8 Consistencia interna de las escalas utilizadas:

Se evaluó la consistencia interna de las escalas incorporadas en el cuestionario, Escala de Apoyo Emocional MOS, Escala de satisfacción con la vida, Escala de Auto-eficacia y Escala de Soledad del Adulto Mayor a través de la medición del Índice de Consistencia Interna. Las escalas obtuvieron las siguiente alfas de Cronbach:

Tabla nº 2.6 Confiabilidad Escalas utilizadas en el estudio

Escala	Alfa de Cronbach
Cuestionario MOS de Apoyo Social:	.949
a) Apoyo emocional	,926
b) Apoyo instrumental	,842
c) Interacción positiva	,841
d) Apoyo afectivo	.760
Escala de Satisfacción con la Vida	,753
Escala de Auto-eficacia	,874
IMSOL-AM:	.926
a) Alienación Familiar	,871
b) Insatisfacción Personal	,873

La confiabilidad obtenida en las escalas permite su aplicación en el estudio de acuerdo a lo establecido en la literatura (Oviedo y Campos, 2005), en la cual se menciona que el valor mínimo aceptable para el alfa de Cronbach es de 0.70, por debajo de ese valor, la consistencia interna de la escala es baja y no se aconseja su uso

2.9 Procedimiento utilizado en la recogida de datos:

Los pasos que se siguieron para la recogida de datos comprendieron desde la realización de una prueba piloto a la preparación de los entrevistadores y la aplicación posterior del cuestionario definitivo. Las entrevistas se realizaron durante los meses abril a septiembre del 2010

a) Prueba Piloto

La prueba piloto tuvo como objetivo analizar la funcionalidad del cuestionario en general, las posibles modificaciones a introducir, evaluar la adecuación de las preguntas a la finalidad de la investigación, el tiempo empleado en la aplicación, el grado de comprensión y claridad de las preguntas.

La muestra para esta prueba estuvo constituida por 57 personas del mismo rango de edad que la muestra del estudio, la edad mínima fue de 65 años y la máxima de 85 años con una media de 73,6 años (d.t 4,9).

La prueba se realizó en uno de los Centros de Salud no seleccionados para la aplicación final en el mes de diciembre del 2010. En el momento en que las personas mayores concurrían a control con médico o enfermera se les solicitaba su participación en la investigación. Las características de la muestra piloto se describen en la tabla nº 2.7.

Tabla nº 2.7: Características demográficas de los mayores de la prueba Piloto

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	hombre	26	45,6
	mujer	31	54,4
Estado Civil	soltero	6	10,5
	viudo	20	35,1
	separado	5	8,8
	casado/en pareja	26	45,6
	Soltero	6	10,5
Estado Civil	viudo	20	35,1
	separado	5	8,8
	casado/en pareja	26	45,6
	65-69 años	13	22,8
Edad	70-74 años	19	33,3
	75-79 años	19	33,3
	80 y más años	6	10,5
	no sabe leer ni escribir	3	5,3
Escolaridad	EB incompleta	15	26,3
	EB completa	16	28,1
	EM incompleta	7	12,3
	EM completa	10	17,5
	Estudios técnicos	4	7,0
	Estudios superiores	2	3,5

Entre las dificultades halladas en la aplicación del instrumento, se encontró que éste no pudo realizarse en la modalidad de “auto-completación” como había sido diseñado pues las personas mayores se negaron a auto-responderlo aduciendo que no andaban trayendo sus lentes de cerca y que deseaban que se les leyera las preguntas debiendo aplicarse éste mediante entrevista lo que hizo aumentar el tiempo de respuesta esperado de 20 a 40 minutos.

Además del total de encuestas aplicadas en la prueba piloto (60) se debieron eliminar tres pues a las personas mayores a quienes se les estaba aplicando al llegar a las preguntas correspondientes al IMSOL-AM, no quisieron continuar respondiendo quedando incompletas, quedando en definitiva constituida la muestra para la prueba piloto por 57 personas.

b) Entrevistadores

Se trabajó con cuatro estudiantes universitarios a los que les agradaba el trabajo con ancianos y tenían experiencias previas en aplicar encuestas, los cuales acompañaron a la doctoranda en la aplicación de la prueba piloto como una manera de familiarizarse con el cuestionario y observar la forma de comunicarse con las personas mayores.

Una vez aplicadas las encuestas, se conversaban las dificultades que se habían tenido y las observaciones a las preguntas para una posible modificación, llevando un control del tiempo que había tomado su aplicación. Se analizaron además los posibles sesgos del entrevistador especialmente los relacionados con la comunicación no verbal (postura, actitud) y verbal (insistir en las preguntas, tono de la voz, refuerzos a las respuestas).

c) Aplicación del instrumento:

A cada uno de los entrevistadores se les entregó un Instructivo (Anexo nº1, pág. 361) con sugerencias para aplicar el cuestionario y de cómo iniciar la comunicación con las personas mayores y un set de tarjetas con respuestas de aquellas preguntas que tenían más de dos alternativas para facilitar las respuestas de las personas entrevistadas y evitar así confusiones (Anexo nº2, pág, 365)

Con el objetivo de coordinar el trabajo de campo, se determinó un jefe de grupo el cual se encargaba de revisar que las encuestas estuvieran completas y codificaba los formularios.

Las personas mayores entrevistadas eran captadas en las Salas de Espera de los Policlínicos de Adultos por los entrevistadores y otras eran derivadas por el personal de enfermería de dichos Policlínicos. Las personas mayores eran elegidas por disponibilidad de tiempo, de manera voluntaria, y habiéndoseles garantizado una participación anónima

La entrevista se realizaba en una sala habilitada por la Dirección de los Centros de Salud para permitiendo así mantener la privacidad de sus respuestas. La entrevista se iniciaba con la presentación del entrevistador, en la que éste explicaba el motivo de la entrevista resaltando la confidencialidad de la misma y la importancia de la colaboración para conocer más a las personas mayores de la comuna.

En seguida se hacían las preguntas correspondientes al Mini Mental abreviado para determinar si la persona se encontraba orientada en el tiempo, si lo estaba, se continuaba con la entrevista empezando a realizar la preguntas en forma lenta y dando tiempo para las respuestas, en las preguntas con varias alternativas, formulaban la pregunta y mostraban la tarjeta correspondiente a las respuestas pidiéndole al entrevistado que eligiera una respuesta.

2.10 Análisis de la información

Se realizaron tres tipos de análisis para explorar las características de la muestra estudiada: un análisis univariante, bivariado y multivariado. Cada análisis se describe a continuación:

a) Análisis univariante:

Para caracterizar la muestra en estudio, se realizó un análisis preliminar de todas las variables estudiadas, los resultados se presentan a través de resúmenes numéricos: media, desviación típica, puntajes mínimos y máximos para el caso de variables cuantitativas y distribuciones de frecuencias para las cualitativas o cuantitativas con pocos valores; se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach para las escalas utilizadas.

Para poder comparar algunos datos demográficos con los datos estadísticos y la forma en cómo éstos son tratados en el país, además de presentar los datos cuantitativos en forma general, se categorizaron los siguientes ítems:

- El ítem 4 (edad) se categorizó en grupos de edad: de 65 a 69 años, de 70 a 74 años; de 75 a 79 años; de 80 a 84 años; de 85 a 89 años y más de 90 años.
- El ítem 7 (años de jubilado) se categorizó en no responde, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años, de 16 a 20 años y de 21 años y más. Se hizo también una categoría con las personas que reciben una pensión asistencial pues técnicamente no son personas jubiladas.

- El ítem 8 (Monto de ingresos percibido) se categorizó de acuerdo a los quintiles de ingreso de la siguiente manera: quintil I=1; quintil II; quintil III=3; quintil IV=4 y quintil V=5.
- El ítem 17 (¿con quién vive usted habitualmente?) se categorizó en “vive solo con esposa”=1; , vive con esposa y otros familiares”=2; , “vive con otros familiares”=3 y “vive solo”=4.
- En el ítem 21 (¿Está usted en control por alguna de las siguientes enfermedades?) categorizó el número de patologías que cada persona mayor presentaba: 0=sin patologías crónicas, 1=con una patología crónica, 2= con dos patologías crónicas, 3= con tres o más patologías crónicas. Los problemas urinarios y de memoria no se incluyeron en el número de patologías crónicas.
- El ítem 34 (¿Realiza usted alguna actividad para entretenerse? ¿Qué actividad y con qué frecuencia. De acuerdo al número de veces que realizaba la actividad, se categorizó en una vez a la semana”=1, (n=20); “dos o más veces a la semana”=2, (n=164); “una vez al mes”=3, (n=6); “dos o más veces al mes=4, (n=4) y “no realiza actividades de entretención=5, (n=156). De acuerdo al lugar donde realizaba las actividades de entretención, éstas se categorizaron en:“al interior de la casa”=1, (n=137); “fuera de casa”=2, (n=22) y “fuera y dentro de casa”=3, (n=34).

b) Análisis bivalente:

La relación entre la soledad y las variables predictivas se llevó a cabo mediante tablas de contingencia analizando las diferencias de proporciones mediante el test de chi cuadrado en las variables categóricas independientes. Para analizar la relación entre los factores de la

soledad y algunas variables demográficas, se utilizó la prueba de Anova de un factor en las variables independientes continuas y la *t* de student para analizar la relación de éstas con el sexo.

Para el análisis de la soledad en su conjunto y las variables seleccionadas, los ítems que tenían por respuesta números absolutos, se categorizaron de la siguiente manera teniendo en cuenta para ello, la literatura consultada:

- El ítem 4 (edad) se categorizó menores de 80 años y mayores de 80 años.
- La escala de auto-eficacia (ítems 22-31) se categorizó de acuerdo a si las personas se encontraban sobre o bajo la media en eficaces=1 (sobre la media) e ineficaces=2 (si se encontraban bajo la media de acuerdo a la sugerencia que hacen sus autores de considerar la media como punto de corte.
- El ítem 60 (número de familiares/amigos cercanos) se categorizó en: no tiene amigos/familiares, tiene 1-2 amigos/familiares cercanos; de 3 a 5 amigos/familiares; de 5 a 9 amigos/familiares y 10 y más.
- Para la escala de Apoyo Social MOS al no estar validada en personas mayores y no disponer de puntaje de corte, se considero la media del puntaje total para agrupar a la muestra entre los que contaban con apoyo social a los que se encontraban sobre la media y como que no contaban con apoyo social a los que estaban bajo ella.

c) Análisis multivariante:

Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para evaluar el efecto de las variables predictoras en su conjunto sobre el hecho de que una persona se sienta o no sola.

Este modelo asume que el logit de la probabilidad de presentar la característica de interés, en éste caso sentirse solo, es una combinación lineal de las variables predictoras, lo que se puede observar a través del siguiente modelo:

$$\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_m X_m$$

donde p es la probabilidad de sentirse solo, las X representan las distintas variables predictoras, los β son los parámetros a estimar y m es el número de predictoras. Dados los datos, los parámetros del modelo se estiman por el método de la máxima verosimilitud y las exponenciales de estas estimaciones dan los riesgos, en términos de odds ratio (OR), de sentirse solo asociados a cada variable predictora.

Para cada variable predictora categórica se construyeron las correspondientes variables dummy, tantas como categorías de la variable menos una unidad, de tal manera que a cada variable dummy estará asociado un riesgo respecto a la categoría tomada como referencia.

Para integrar el modelo de regresión logística, de las variables demográficas se seleccionaron la edad, el sexo, el estado civil, el vivir solo; del estado de salud, la auto-percepción de salud y del estado de ánimo, la presencia de enfermedades crónicas; de las variables psicológicas, la auto-eficacia y la satisfacción con la vida y de las variables sociales, el nivel de estudios, los ingresos, el apoyo social, la realización de actividades de entretenimiento,

algunas de estas variables se debieron categorizar en variables dicotómicas para integrar el modelo de regresión logística.

- La variable de resultado soledad se categorizó en “solos”=1 (n=107) y “no solos”=2 (n=243)
- La edad, se categorizó en “menores de 80 años”=1 (n=108) y “mayores de 80 años”=2 n=(242) teniendo en cuenta que los estudios de González (2004) y Rubio y Aleixandre (1998) encontraron que sobre los 80 años aumentaba la percepción de soledad.
- El estado civil se categorizó en vive sin pareja=1 (n=180) y vive con pareja=2 (n=170), al haber solo diferencias entre los que vivían en pareja y los que vivían sin ella.
- La auto-percepción del estado de salud, se categorizó como “mala salud”=1 a los que respondieron que su salud era muy mala y mala (n=43) y con “buena salud”=2 a los que respondieron que su salud era regular, buena y muy buena (n=307).
- La auto-percepción del estado de ánimo fue categorizada en “siempre”=1 incluyendo en esta categoría a los que respondieron que se sentían siempre, casi siempre o algunas veces desanimados en las últimas cuatro semanas (n=98) y “nunca”=2 a los que respondieron nunca o rara vez (n=242).
- En relación a las enfermedades crónicas en control, para este análisis se categorizó en “sin enfermedades crónicas”=1, (n=39) y “con enfermedades crónicas”=2, (n=311).
- El nivel de estudios se categorizó en educación básica=1 (n=263), educación media (n=66) y estudios superiores (n=21).
- Los ingresos se categorizaron en “menos de un ingreso mínimo”=1 (n=196) integrado por el quintil I y II y “más de un ingreso mínimo”=2 (n=154), por los quintiles, III al V.

- Se creó una nueva variable dicotómica que se denominó para este análisis como “Integración social” compuesta por los ítems 13, frecuencia de contacto con los vecinos; 31, pertenencia a organizaciones comunitarias y 59, tenencia de amigos.

Esta nueva variable tuvo dos categorías: integrado socialmente y no integrado socialmente, considerando integrado socialmente a la persona que tenía amigos, que participaba en organizaciones y tenía contactos algunas veces, a menudo y muy a menudo con los vecinos

El modelo multivariante se construyó mediante el procedimiento *forward* (hacia delante) debido al relativamente escaso tamaño de muestra en relación al número de potenciales predictoras. En el proceso de construcción del modelo se recategorizaron algunas variables categóricas cuando alguna(s) de las categorías no se diferenciaban estadísticamente de la de referencia.

También se evaluó, mediante técnicas de diagnóstico, la adecuación de la hipótesis de linealidad de las predictoras. Como criterio de inclusión de las variables predictoras, se tomó el valor $p < 0.1$.

2.11 Tratamiento de los datos:

Los datos obtenidos en las entrevistas fueron recogidos en una base de datos creada en el programa SPSS 15.0.

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, versión 15.0 y del programa R versión 2.11.0

La representación gráfica de los resultados se ha realizado mediante el paquete Office 2007, a través del programa Excel y SPSS.

Para presentar los resultados de modelo de regresión, aparte de la tabla, se construyó un gráfico donde aparecen las OR para cada variable junto con sus intervalos de confianza.

PARTE III: RESULTADOS

3. RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se exponen los procedimientos de análisis realizados para la presente investigación y que pretenden dar respuestas a los objetivos planteados. La literatura científica ha puesto de manifiesto una serie de factores que influyen en la expresión de la soledad, tales factores se relacionan con las características individuales de las personas, con su estado de salud, con sus características psicológicas y sociales.

Se realizaron tres tipos de análisis, en el primer análisis efectuado de tipo descriptivo corresponde al perfil de la muestra en estudio caracterizándola desde el punto de vista socio-demográfico, de su estado de salud y de sus características psicológicas.

En el segundo análisis, se analizaron las correlaciones bi-variadas entre la escala IMSOL-AM y las variables predictoras (características demográficas, sociales, psicológicas y estado de salud) con el propósito de ver la posible asociación entre las variables estudiadas, de modo de conocer si las diferencias entre los valores observados en la tabla y los esperados para estos datos son el resultado del azar

El tercer análisis corresponde al análisis de un modelo multi-variante de regresión logística *forward*, el cual permite evaluar el efecto de una determinada característica controlando el posible efecto de las restantes. El modelo se realizó con la variable soledad

(IMSOL-AM) como variable dependiente y un conjunto catorce variables seleccionadas tanto por su relevancia en la literatura científica como por su significación estadística con el objetivo de identificar en qué medida podían predecir la soledad.

3.1 PERFIL DE LA MUESTRA

3.1.1 Descripción de las Variables Demográficas:

a) Edad y Sexo:

El 33,14% (n=116) de la muestra estudiada tenía entre 65 y 69 años; el 49,71% (n=174) entre los 70 y 80 años, el 17,14% (n=60) tenía más de 80 años. La edad media fue de 73,24 años con una desviación típica de 6,063 y una varianza de 36,762. La edad mínima fue de 65 y la máxima de 95 años.

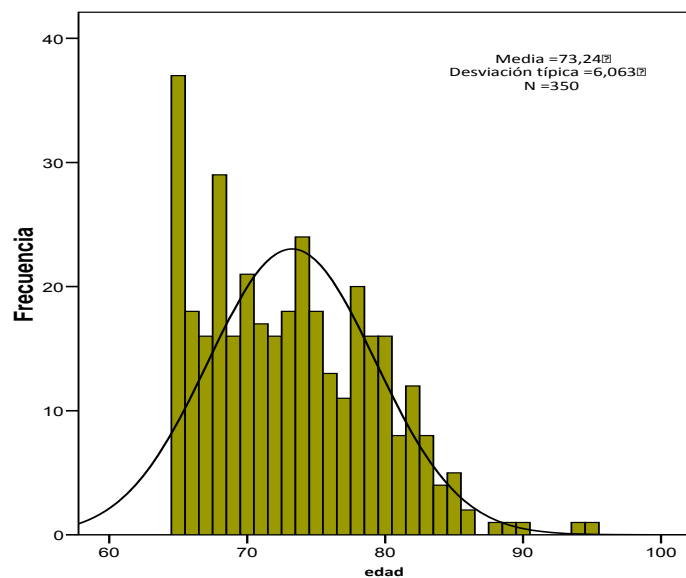


Figura nº3.1. Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de la edad

De acuerdo al sexo, el 41% de la muestra eran hombres y el 58,9% mujeres, aunque las mujeres representan una mayores proporción, la edad promedio de ambos sexos fue de 73,32 años para las mujeres y de 73,12 para los hombres. La distribución porcentual por sexo y edad de la muestra, se presentan en la figura siguiente:

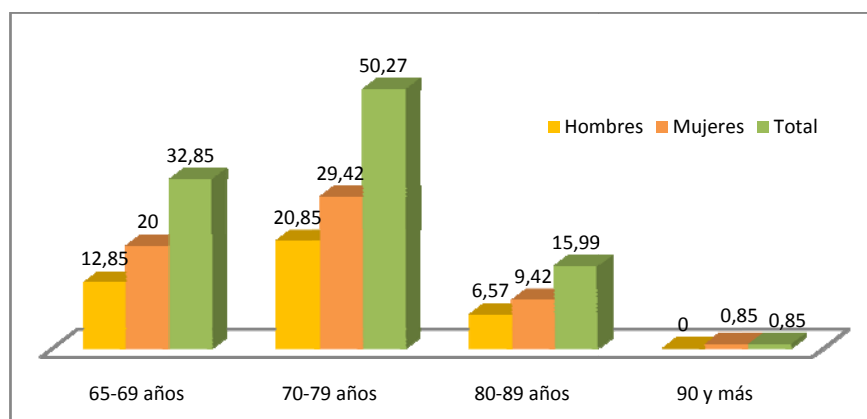


Figura nº 3.2 Distribución porcentual de la muestra según sexo y edad

El 50% de de la muestra se tenía entre 70 y 79años y un tercio de ella entre los 65 y 69 años, siendo más bien una población “joven” ya que solo el 17% tiene sobre los 80 años.

b) Estado civil:

De acuerdo al estado civil, se encontró un 48% de la muestra estudiada viviendo en pareja, un 31,4% viudo, un 8% soltero y un 12% separado. Las personas viudas tenían un promedio de 12 años de viudez, con un mínimo de 1 año (una persona 6 meses) y un máximo de 47 años.

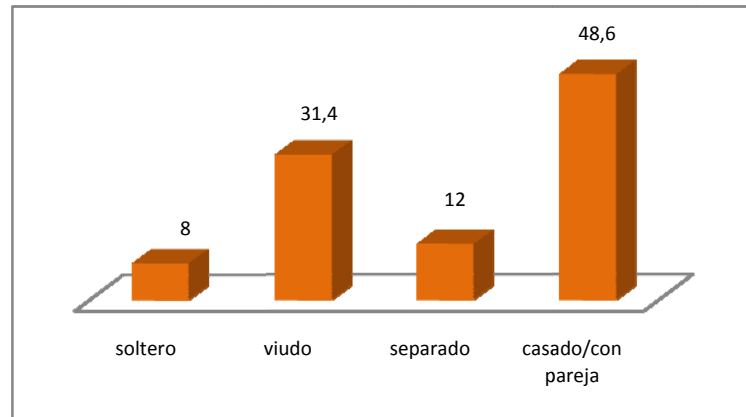


Figura nº 3.3. Distribución porcentual de la muestra según su estado civil

c) Forma de convivencia:

El 18,6% de la muestra vivía solo y un 81,4% acompañado, los que vivían acompañados, lo hacían en diferentes combinaciones como se muestra en la figura nº 3.4

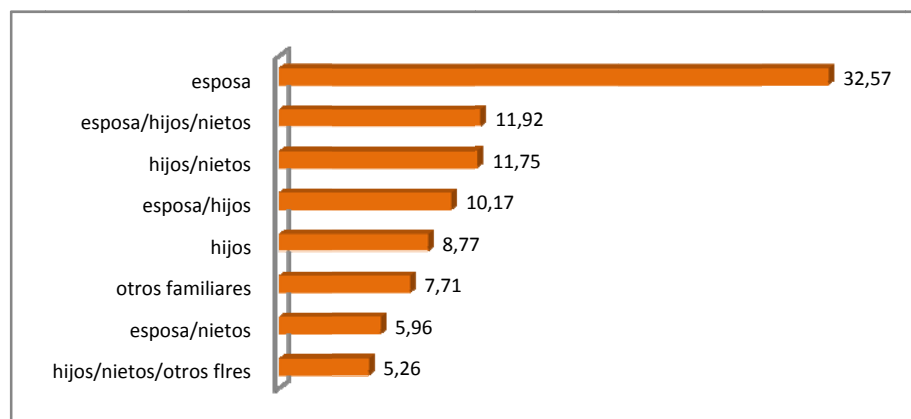


Figura nº3.4 Distribución porcentual de la muestra según su relación de parentesco

De los que vivían acompañados, la mayoría lo hacía con la esposa (32,57%); el 53,83% con la esposa e hijos y/o nietos, el 7,71% vivía con otros familiares como hermanos o cuñados, en tanto una persona vivía con la empleada.

d) Tipo de vivienda y permanencia en el barrio:

El 83,7% de la muestra vive en casa y sólo un 16,3% vive en departamento. La mayoría de las personas mayores han nacido y vivido en el mismo barrio, sólo un 9% de la muestra se había cambiado de domicilio al momento de la entrevista. La media de años vividos en el barrio fue de 35,18 años con una desviación típica de 20 años y una varianza de 400,868, siendo el máximo de años viviendo en el barrio de 85 años y el mínimo uno.

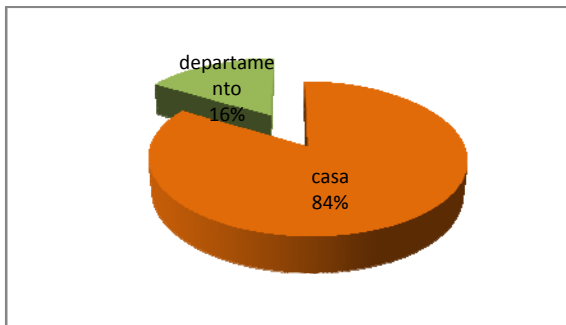


Figura nº 3.5 Distribución porcentual de la muestra según tipo de vivienda que habita

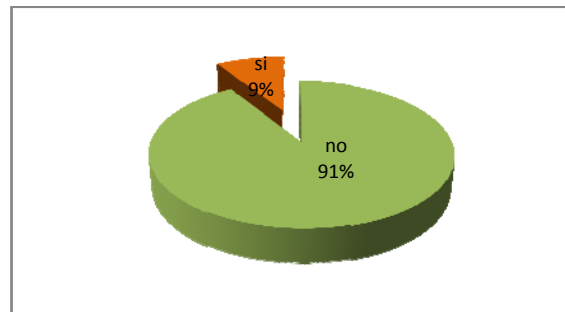


Figura nº 3.6 Distribución porcentual de la muestra según si se ha Cambiado de domicilio

3.1.2 Descripción del Estado de Salud:

a) Motivo de consulta:

El principal motivo de consulta de la muestra fue asistir a control de su patología crónica con médico (38%) y a control de salud con enfermera (27,7%), un 20% fue a retirar medicamentos a farmacia y un porcentaje de alrededor del 3% asistió a consulta con la nutricionista o trabajadora social.

Tabla nº 3.1 Distribución porcentual de la muestra según motivo de consulta

Motivo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Consulta morbilidad	29	8,3
Consulta crónicos médico	133	38,0
Consulta enfermera	97	27,7
Farmacia	72	20,6
Consulta nutricionista	11	3,1
Consulta trabajadora social	8	2,3
Total	350	100,0

b) Auto-percepción de salud:

El 12,3% de la muestra consideraba que en comparación con otras personas de su edad, su salud era mala (0,9%) o muy mala (11,4%), un 30% pensaba que era regular mientras que el 57,7% de la muestra consideró que su salud era buena (37,7%) o muy buena (20%).

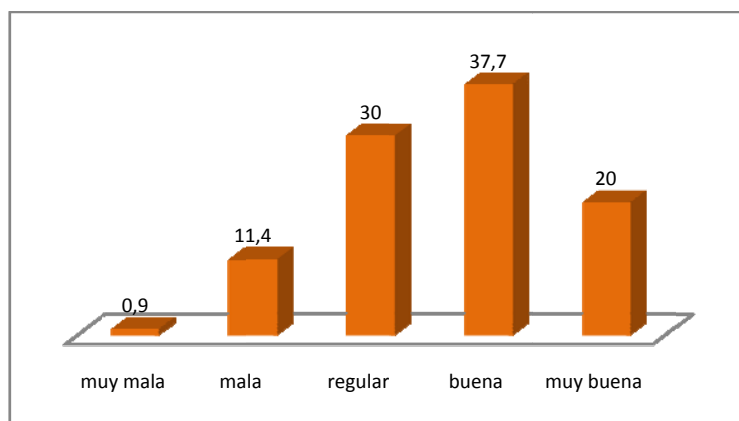


Figura nº 3.7 Distribución porcentual de la muestra según su auto-percepción de salud

c) Auto-percepción del estado de ánimo:

En las últimas cuatro semanas, un 14,3% de la muestra se había sentido desanimada o deprimida siempre o casi siempre; un 16,6% alguna vez, el 17,7% rara vez mientras que un 51,7% nunca se había sentido desanimada o deprimida.

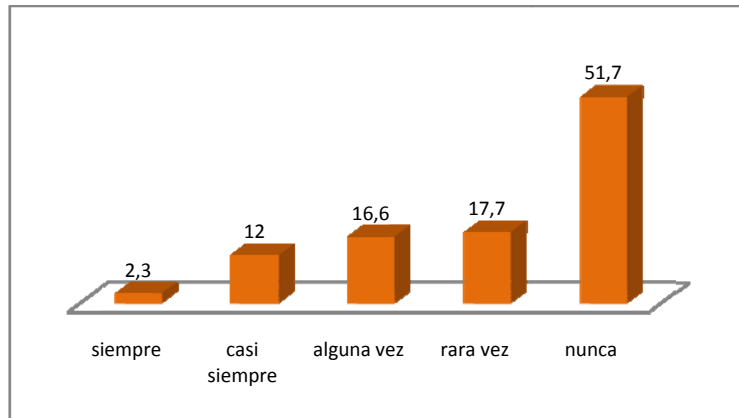


Figura nº 3.8 Distribución porcentual de la muestra según su auto-percepción del Estado de Ánimo

d) Presencia de enfermedades crónicas:

El 89,9% de la muestra presenta enfermedades crónicas, solo un 11,1 declara no tener enfermedades crónicas, el 45% tiene una patología crónica mientras que el 13,7% presenta tres o más patologías crónicas.

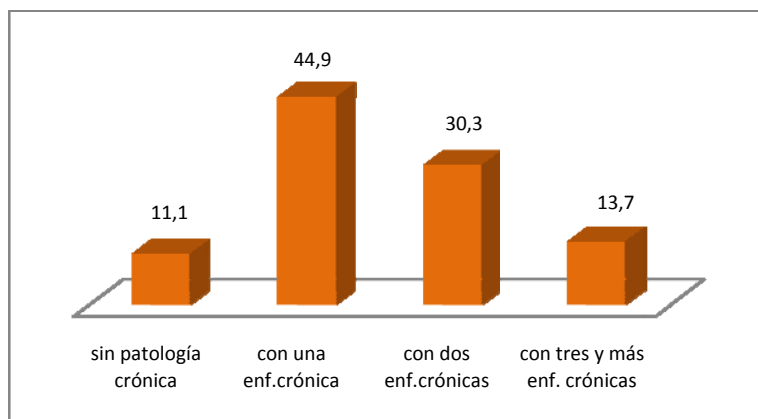


Figura nº 3.9 Distribución porcentual de la muestra según número de patologías crónicas declaradas

La patología crónica más frecuente en la muestra, fue la hipertensión arterial con un 64,3%, seguida por la diabetes con un 40,3%; la artrosis le sigue en importancia con un 18%,

entre el 12% de “otras enfermedades” se encuentran el glaucoma, Parkinson, insuficiencia renal, hipotiroidismo.

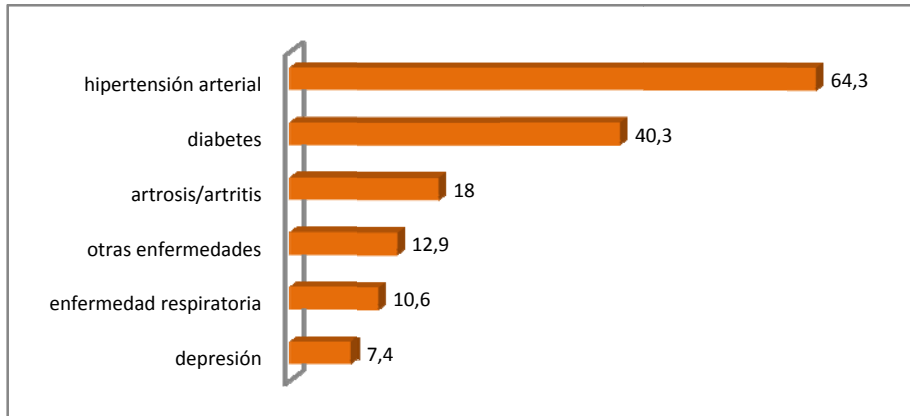


Figura nº 3.10 Distribución porcentual de la muestra según patología crónica en control

Sólo un 6,3% de la muestra refirió tener problemas de memoria y un 5,1% problemas urinarios.

3.1.3 Descripción de las Variables Psicológicas

a) Auto-eficacia:

La media de auto-eficacia obtenida por la muestra fue de 33,68 con una desviación típica de 6,381; el puntaje mínimo fue de 10 puntos y el máximo 40, la varianza fue de 40,712. El 26% (n=91) de la muestra obtiene el total del puntaje de la escala mientras que el 60% de las personas mayores se encuentran sobre la media.

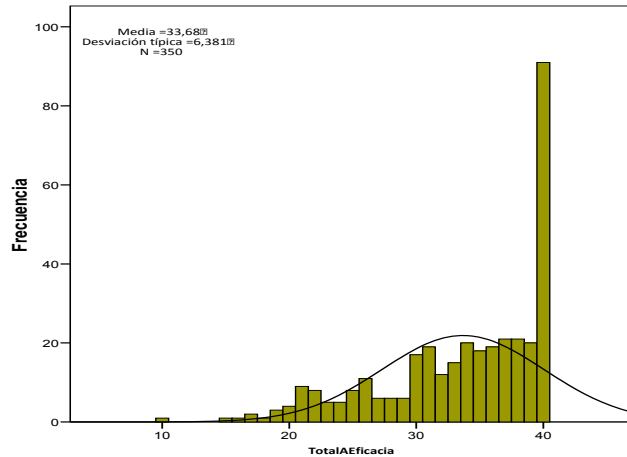


Figura nº 3,11. Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la Escala de Auto-eficacia

b) Satisfacción con la vida:

El 60% (n=210) de la muestra estudiada se encuentra sobre la media de 28,10 con una desviación típica de 5,310 y una varianza de 28,193; el puntaje mínimo obtenido por la muestra fue de 7 puntos mientras que el puntaje máximo fue de 35.

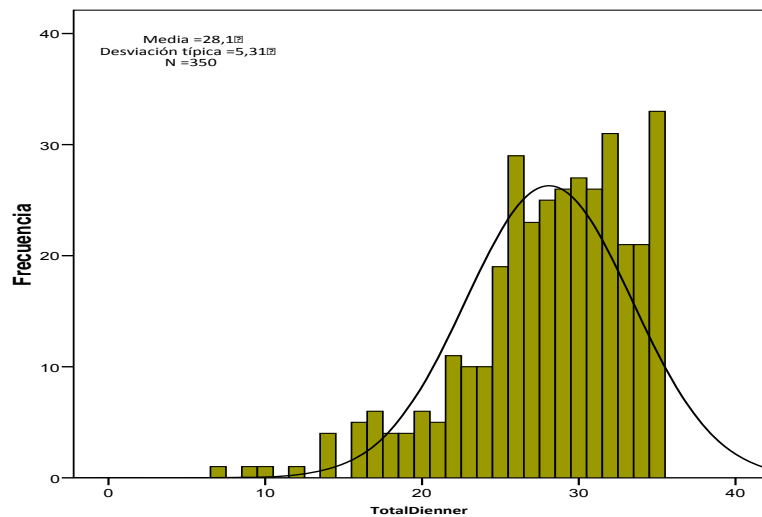


Figura nº 3.12. Distribución porcentual de la muestra según frecuencia del puntaje de la Escala de Satisfacción con la Vida

El 2,3% de la muestra manifestó sentirse entre extremadamente insatisfecha e insatisfecha con su vida, un 12% moderadamente satisfecha con su vida, un 5,4 ligeramente

insatisfecha y el 80,3% de la muestra entre muy satisfecha y extremadamente satisfecha con su vida.

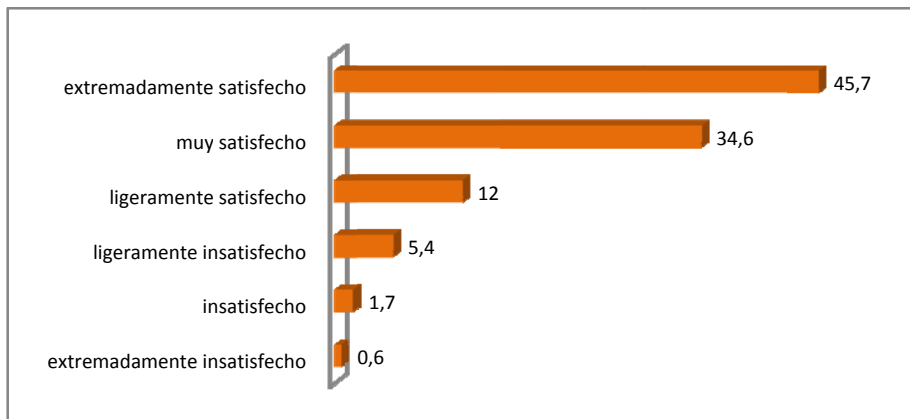


Figura nº 3.13 Distribución porcentual de la muestra según grado de satisfacción con la vida

3.1.4 Descripción de las Variables Sociales

a) Nivel de estudios:

El 49% de la muestra no completó su enseñanza básica que para esta cohorte era de seis años, sólo el 8,6% tenía su enseñanza media completa (12 años) y sólo el 6% accedió a estudios técnicos o universitarios.

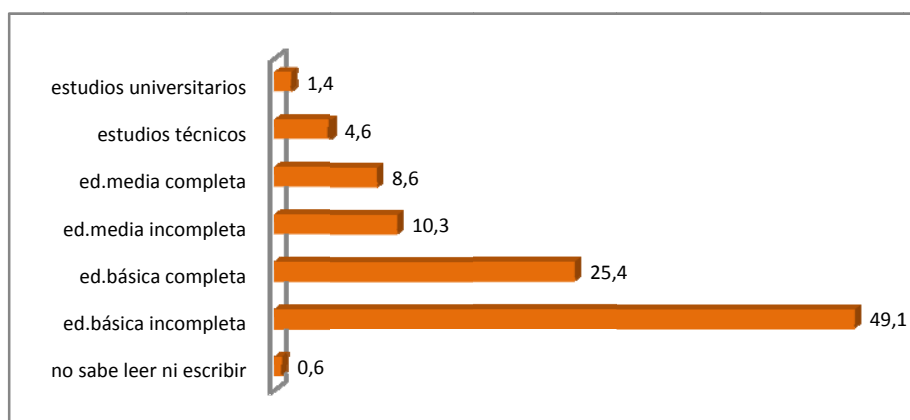


Figura nº 3.14. Distribución porcentual de la muestra según su nivel de estudios

b) Trabajo actual:

Sólo el 10,6% de la muestra se encontraba trabajando al momento de realizarle la entrevista, de las 37 personas que trabajaban, el 91,89% lo hacía en el sector de servicios o actividades terciarias (empleada 23,52%; chofer 17,64%; comercio 11,76); el 2,70% en el sector secundario (construcción) y un 5,40 en actividades primarias (pesca)

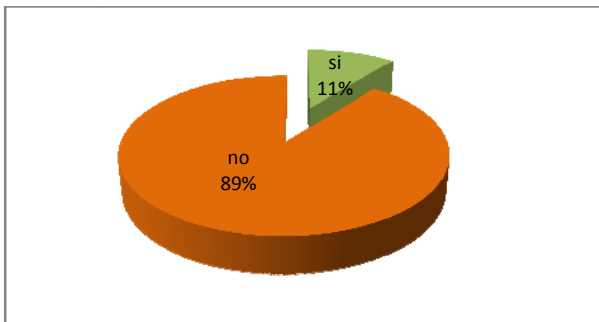


Figura nº 3.15 Distribución porcentual de la muestra según su situación laboral

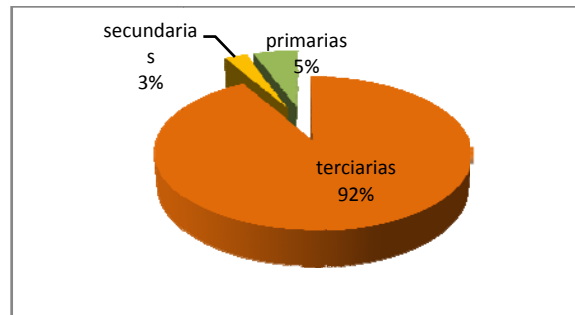


Figura nº 3.16 Distribución porcentual de la muestra según tipo actividad laboral que desempeña

El 72,57% (n=254) de la muestra estaba jubilada, la media de años jubilados fue de 11,71 años con una desviación típica de 9,50; el mínimo de años jubilados fue de uno y el máximo cuarenta años.

c) Ingresos:

El monto mínimo de ingresos de la muestra era de \$50.000 y el máximo \$580.000 mil pesos, con una media de \$135.853 pesos, con una desviación típica de \$78.801, el 12,3% de las personas recibían pensión asistencial⁴ cuyo monto ascendía a \$75.000 pesos. El 40% de la

⁴Pensión asistencial: pensión mensual que se otorga a las personas carentes de recursos, que no han podido obtener un beneficio por un régimen previsional o que sus ingresos sean inferiores al 50% de la pensión mínima

muestra recibía un ingreso inferior a la pensión mínima para los menores de 70 años que para el año 2008 era de \$104.959 pesos.

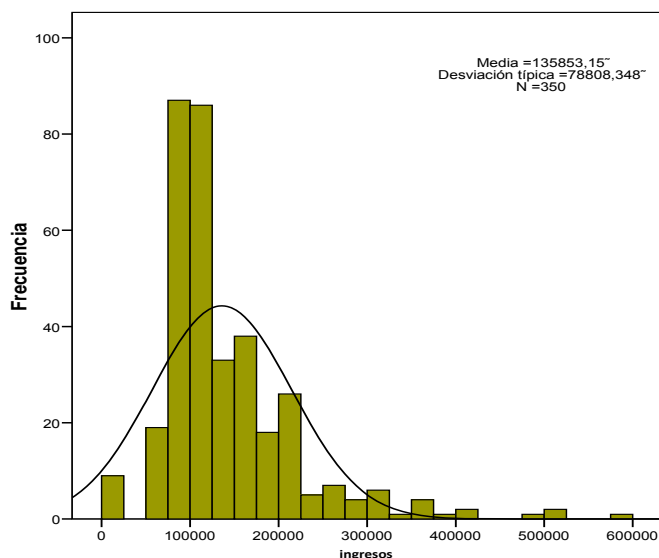


Figura nº 3.17 Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de los Ingresos

De las personas consideradas en el estudio, 29,58% de las personas mayores se encuentran entre los quintiles⁵ más pobres de la población (I y II), el 36,36% en el III quintil, el 27,56 en el IV quintil y el 6,45% de la muestra se encuentra en el V quintil, el de mayor ingresos.

⁵ Cada quintil corresponde al 20 por ciento de la población nacional según el ingreso per cápita del hogar. En el año 2009 el Primer Quintil fluctuaba entre 0 y \$56.481; el Segundo Quintil entre \$56.482 y \$95.650; el Tercer Quintil entre \$95.651 y \$149.386; el Cuarto Quintil entre \$149.387 y \$270.414 y el Quinto Quintil de \$270.415 en adelante. Universidad de Chile.

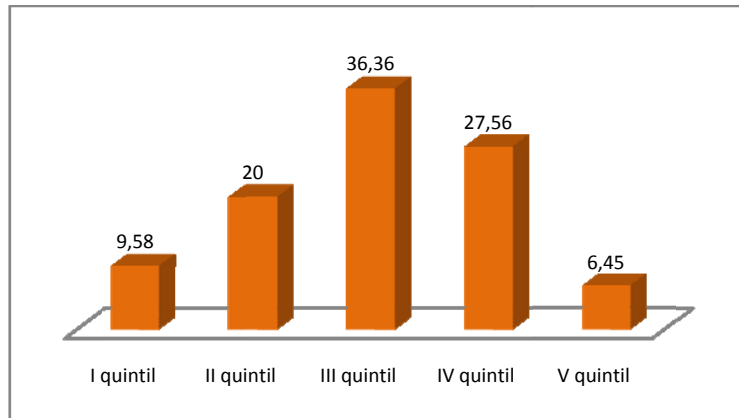


Figura nº 3.18 Distribución porcentual de la muestra según quintil de Ingresos

d) Relaciones sociales:

A la consulta de si el tipo de vivienda que se habitaba favorecía o no el contacto con los vecinos, el 67,7% de la muestra opinó que el tipo de vivienda favorecía (mucho, 43,4%, bastante, 24,3%) el contacto con los vecinos mientras que el 18% que no influía o influía poco.

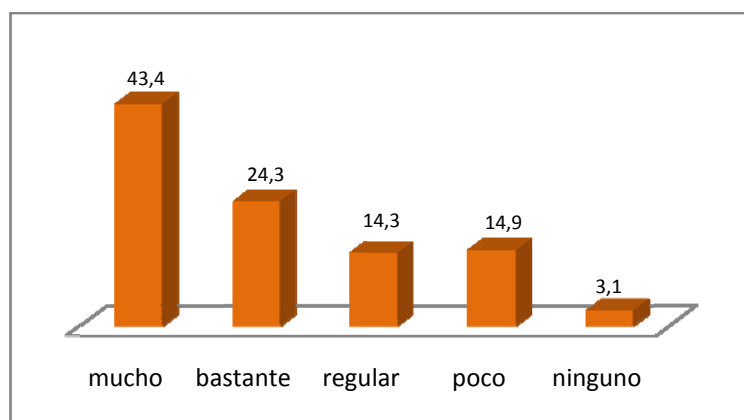


Figura nº 3.19 Distribución porcentual de la muestra según el tipo vivienda y el contacto con los vecinos

Aunque la mayoría de la muestra vive en casa y piensa que ésta favorece el contacto con los vecinos, sólo el 36,5% de ella mantenía contacto con los vecinos. a menudo y muy a menudo; el 34,3% de la muestra no había tenido contacto con sus vecinos durante la última semana mientras que el 25% solo algunas veces.

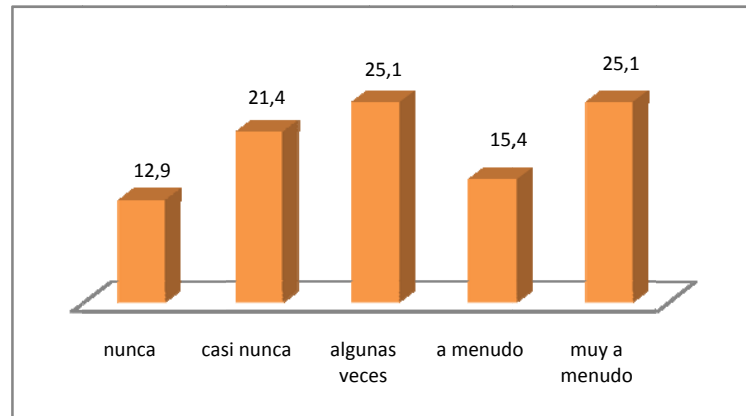


Figura n° 3.20 Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de contacto con los vecinos

e) Realización de actividades de entretenimiento:

El 54,9% de los entrevistados realizaba alguna actividad de entretenimiento, la mayoría de ellas (70,98%) eran realizadas al interior del hogar. Entre las principales actividades efectuadas en el hogar se encuentran el ver televisión (34,89%), tejer (28,12%), leer (26,04%) y escuchar radio (23,43%). Sólo el 11,39% realizaba actividades fuera del hogar, el hacer ejercicios (16,7), visitar familiares (11,45%), visitar amigos (10,93%) y viajar (7,29%) fueron las más citadas..

La mayoría realizaba actividades de entretenimiento al menos dos veces o más a la semana, 84,5%; el ver televisión y tejer son realizadas a diario por las personas mayores, salir a caminar entre dos y tres veces a la semana; las menores frecuencia fueron para viajar o visitar familiares.

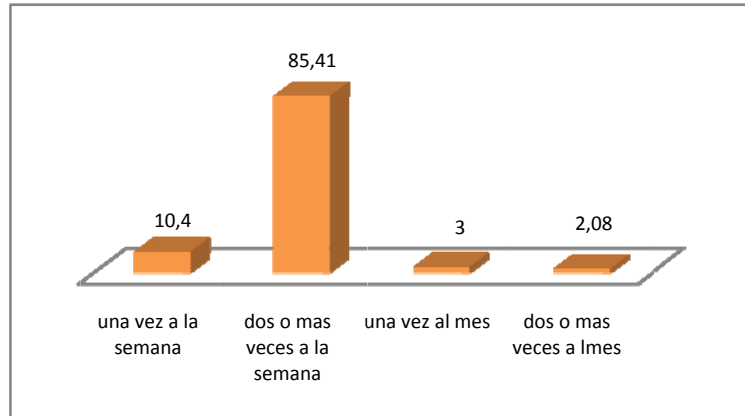


Figura nº 3.21 Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de realización de actividades de entretenimiento

f) Apoyo social:

En la escala de Apoyo Social MOS la media de la muestra fue de 77,27 con una desviación típica de 20,05 y una varianza de 402,209, siendo el puntaje mínimo obtenido de 19 y el máximo de 95, el 28,85% de la muestra obtuvo el puntaje máximo.

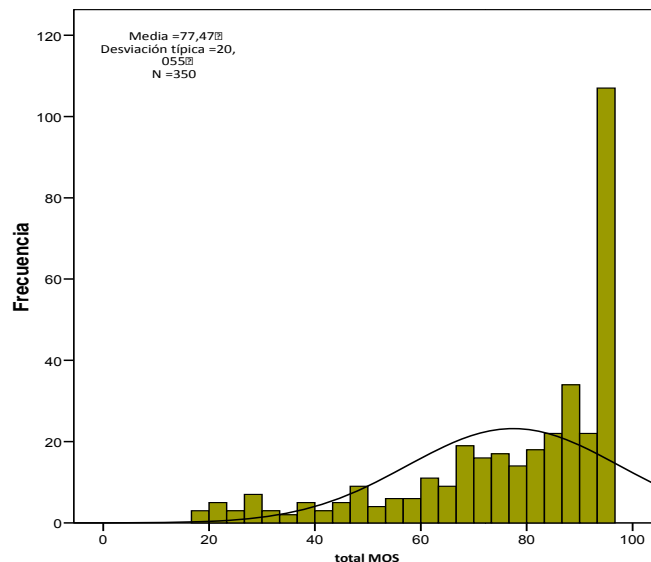


Figura nº 3.22 Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la escala de Apoyo Social MOS

En las sub-escalas, los puntajes mínimos y máximos obtenidos corresponden a los puntajes establecidos. La media para el apoyo emocional fue de 31,32, para el apoyo

instrumental de 17,53, para la interacción positiva de 16,33 y para el apoyo afectivo de 12,17; en la tabla número 11 se muestran los estadísticos descriptivos.

Tabla nº 3.2 Estadísticos Descriptivos de la Escala de Apoyo Social MOS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Escala de A. S. MOS	350	19	95	77,47	20,055	402,209
Apoyo emocional	350	8	40	31,43	9,873	97,478
Apoyo instrumental	350	4	20	17,53	4,541	20,616
Interacción positiva	350	4	20	16,33	4,922	24,227
Apoyo afectivo	350	3	15	12,17	4,003	16,020
N válido (según lista)	350					

g) Tamaño de la red social:

En relación a la amplitud de la red social de la muestra, el 92,6% tenía hijos, el 80,3% tenía familiares cercanos siendo el promedio de ellos de 3,30 (d.t. 3,23), el 55,4% de las personas mayores tenía un amigo cercano con quien sentirse a gusto, el promedio de amigos era de 2,61 (d.t. 2,29).

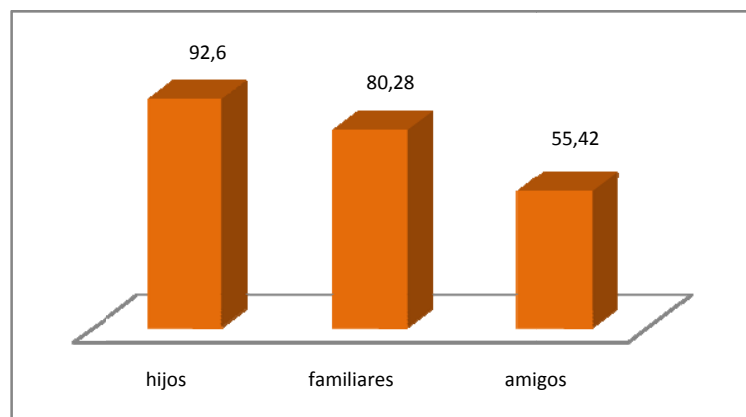


Figura nº 3.23 Distribución porcentual de la muestra según tamaño de su red social

El 7,4% de la muestra refirió no tener hijos, el 19,71% el no tener ningún familiar cercano y el 44,6% amigos cercanos. El relación al número de personas que cohabitan con los personas mayores entrevistadas, éstas vivían en hogares formados en promedio por 3 personas (media 3,38, d.t. 1,7), siendo el mínimo de personas dos y el máximo once personas por vivienda.

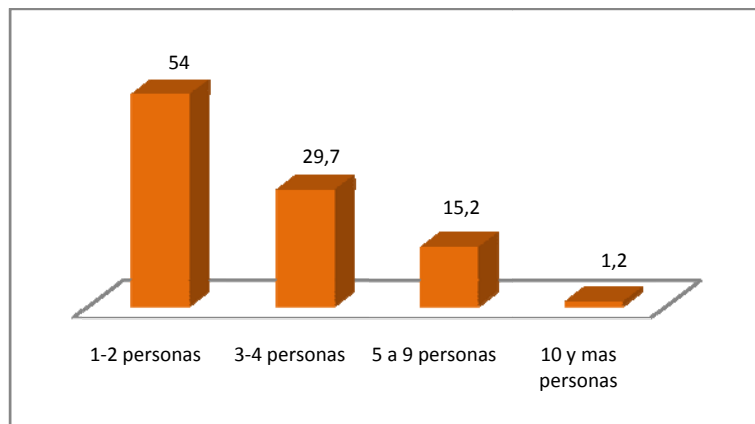


Figura nº 3.24 Distribución porcentual de la muestra según número de personas que cohabitan

h) Participación en organizaciones comunitarias:

El 54,3 (n=190) de la muestra no participaba en ningún tipo de organización comunitaria. De los que lo hacían (45,7%), el 28,12% participaba en una organización de tipo religiosa, el 26,25% en clubes de mayores, el 9,4% en la Junta de vecinos de su comunidad y un 5% en actividades de voluntariado.

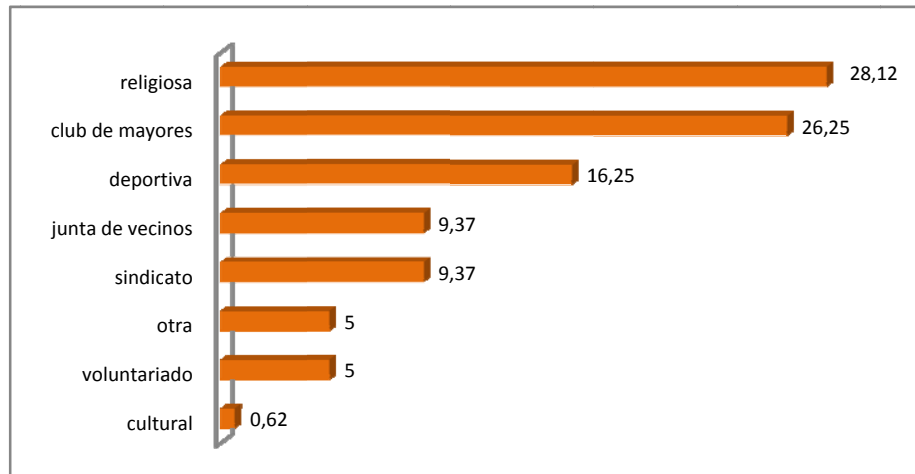


Figura nº 3.25 Distribución porcentual de la muestra según tipo de organización en la que participa

3.2 DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DE RESULTADO SOLEDAD

Los puntajes mínimos y máximos alcanzados por la muestra en el IMSOL-AM fluctuó entre 0 y 76 puntos con una media de 16,39, una desviación típica de 18,5 y una varianza de 342,497.

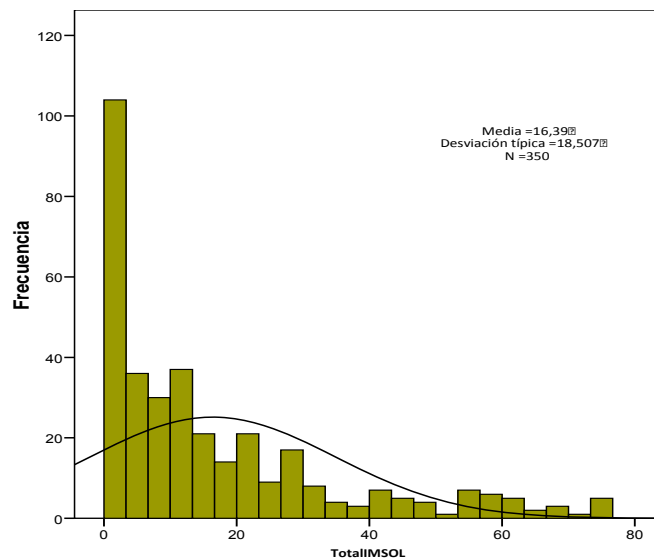


Figura nº 3.26 Distribución porcentual de la muestra según el puntaje de la frecuencia de la Escala IMSOL-AM

Tabla nº 3.3 Estadísticos descriptivos de la Escala IMSOL-AM

Estadísticos	Valor
Mínimo	0
Máximo	76
Media	16,39
Desv. típ	18,507
Varianza	342,297

En cuanto a la frecuencia con que la muestra se sentía sola, presentaba insatisfacción personal y alienación familiar, la distribución se puede observar en la figura nº 3.27

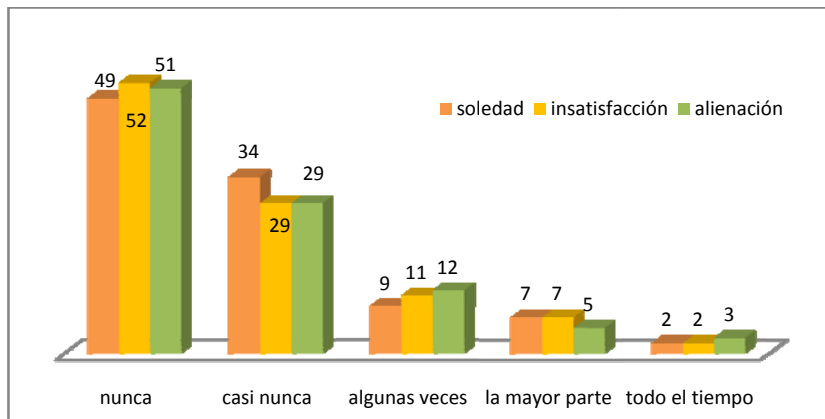


Figura nº 3.27 Distribución porcentual de la muestra según el puntaje de la frecuencia de la Escala de los factores del IMSOL-AM

El 83% de la muestra manifestó no sentirse nunca sola o casi nunca, el 9% algunas veces mientras que el 9% la mayor parte del tiempo o todo el tiempo; esta frecuencia de soledad en la muestra indicaría un bajo nivel de soledad, menos del 20%

Al analizar los factores que componen el IMSOL-AM, se puede observar en la figura nº 3.27 que sólo el 9% (la mayor parte del tiempo, 7% y todo el tiempo, 2%) de la muestra se siente insatisfecha con su vida al carecer de un propósito en su vida. El 8% de la muestra (la mayor parte del tiempo 5% y todo el tiempo, 3%) se siente alejada de su familia, experimentando alienación familiar; el 81% de la muestra se siente comprendida y aprobada por su familia y el 80% se encuentra satisfecha desde el punto de vista personal.

De los factores que componen la escala IMSOL-AM, en la sub-escala de alienación familiar, la media fue de 9,05 y el puntaje máximo fue 43; en relación a la sub-escala de insatisfacción personal, la media fue de 7,35 y el puntaje máximo fue de 35.

Tabla nº 3.4 Estadísticos descriptivos de los factores de la Escala IMSOL-AM

Estadísticos	Alienación Familiar	Insatisfacción Personal
Mínimo	0	0
Máximo	43	35
Media	9,05	7,35
Desv. típ	10.61	8,719
Varianza	112,66	76,015

Las figuras 3.28 y 3.29 muestran la distribución de los puntajes de ambos factores según su frecuencia.

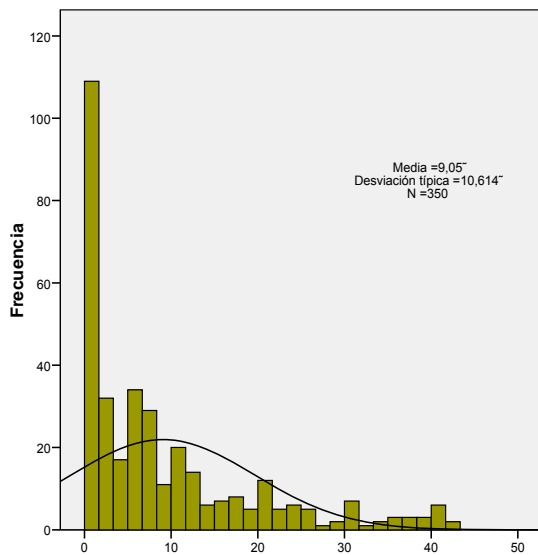


Figura 3.28 Distribución porcentual de la muestra según puntaje de la frecuencia de la sub-escala Alienación familiar

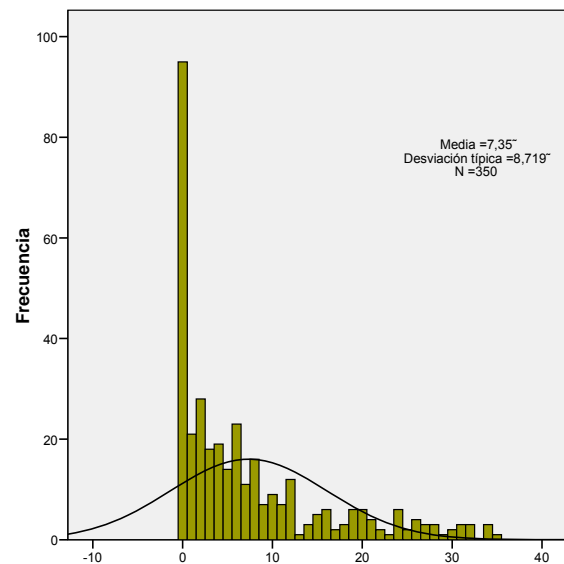


Figura 3.29 Distribución porcentual de la muestra según puntaje de la frecuencia de la sub-escala Insatisfacción familiar

3.3 Confiabilidad de las escalas utilizadas:

La confiabilidad de las escalas se evaluó a través del alfa de Cronbach, siendo los siguientes para cada escala:

Tabla nº 3.5 Confiabilidad Escalas utilizadas

Escales	Puntaje escala	Puntaje obtenido	Media	SD	Alfa escala	Alfa obtenido
IMSOL AM	0-80	0-76	16.39	18,507	0.95	0.996
a) Alienación familiar	0-44	0-43	9,05	10,614	0.89	0.908
b) Insatisfacción personal	0-36	0-35	7,35	8,719	0.89	0.90
Escales de Satisfacción con la vida	5-35	7-35	28,10	5,310	0.85	.770
Escales de Auto-eficacia	10-40	10-40	33,68	6,381	0.84	0.95
Cuestionario de Apoyo social	19-95	19-95	77,47	20,05	0.91	.952
a) Apoyo afectivo	3-15	3-15	12,17	4,003	0.78	.889
b) Apoyo instrumental	4-20	4-20	17,53	4,541	0.77	.921
c) Apoyo emocional	8-40	8-40	31,43	9,873	0.89	.927
d) Interacción positiva	4-20	4-20	16,33	4,922	0.87	.824

En las escalas satisfacción con la vida, auto-eficacia y apoyo social, la muestra en estudio obtuvo los puntajes mínimos y máximos esperados siendo estos ligeramente más bajos en el inventario IMSOL-AM. En cuanto al índice de confiabilidad, en la escala de apoyo social, auto-eficacia e IMSOL-AM, el alfa obtenido fue superior al de la escala original, en la escala de satisfacción con la vida y la sub-escala de interacción positiva de la escala de apoyo social, el alfa de cronbach fue ligeramente menor.

3.4 LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO, CHILE: ANÁLISIS BIVARIADO

Para analizar la soledad percibida en relación al resto de las características de las personas mayores entrevistadas, se realizó un análisis bivariado en tablas de 2x2 para estudiar la posible asociación entre la soledad y cada una de las variables de cada una de las categorías en que se agruparon, utilizando para ello el test de chi cuadrado para las variables categóricas, la prueba Anova de un factor para las variables continuas, además de la t de student para analizar la asociación entre los factores de la soledad y el sexo.

La variable soledad se ha agrupado en dos categorías: se siente solo y no se siente solo, siendo el puntaje de corte utilizado para ello, el percentil 70 del puntaje total obtenido por la muestra, las variables cuantitativas se categorizaron de acuerdo a si la muestra se encontraba sobre o bajo la media en el caso de la auto-eficacia y del apoyo social (eficaz/ineficaz, con apoyo/sin apoyo), en la variable satisfacción con la vida se agruparon las categorías extremadamente satisfecho, muy satisfecho y ligeramente satisfecho en “satisfecho” y las categorías ligeramente insatisfecho, insatisfecho y extremadamente insatisfecho en “insatisfecho”. En el caso de los ingresos, se consideró si estos estaban sobre el ingreso mínimo mensual o bajo éste, la edad se categorizó en menores y mayores de 80 años.

El análisis bivariado ha sido útil para caracterizar la variable de resultado soledad y para identificar en una primera exploración, las variables independientes susceptibles de ser introducidas en el análisis multivariado.

3.4.1 Soledad, factores de la soledad y variables demográficas:

a) Para estudiar la relación de la *soledad* con las variables demográficas, se examinaron cinco variables de este grupo. La tabla nº 3.6 muestra el porcentaje para cada categoría, de las variables de control, de la variable resultado soledad y el nivel de significación para la asociación de ambas.

Tabla nº3.6 Análisis bivariado de la variable soledad y las variables demográficas

Variable		Total N=350	Soledad		p
			Si	No	
Sexo	Mujer	206	34	66	0,130
	Hombre	144	26,4	73,6	
Edad	Menores 80 a.	290	27,9	72,1	0,009
	Mayores 80a	60	45	55	
Estado civil	Soltero	28	42,9	57,1	0,001
	Viudo	110	47,3	52,7	
	Separado	42	35,7	64,3	
	Casado/con pareja	170	17,1	82,9	
Escolaridad	Enseñanza Básica	264	30,3	69,7	0,355
	Enseñanza Media	66	36,4	63,6	
	Estudios Superiores	20	20	80	
Forma de convivencia	Vive solo	65	55,4	44,6	0,001
	Vive acompañado	285	25,3	74,7	

De acuerdo al análisis bivariado entre la soledad y el sexo, las mujeres (34%) se sentirían más solas que los hombres (26,4), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (p=0.130).

En relación a la edad, los resultados muestran que las personas mayores de 80 años se sienten más solas (45%) que los menores de 80 años (27,9%), apreciándose significativa la asociación entre estas dos variables ($p=0.009$).

Al analizar la relación entre la soledad y el estado civil, se observa en la tabla 15 que las personas viudas (47,3%) junto con las solteras (42,9%) y las separadas (35,7%) se sienten más solas que las personas que se encuentran casadas (17,1%). Es decir las personas que se encuentran viviendo sin pareja, ya sean solteras, viudas o separadas son más susceptibles de experimentar soledad que aquellos que viven en pareja, encontrándose que el no tener pareja se asocia significativamente con la soledad ($p=0.001$).

Al analizar la relación entre la soledad y el nivel de escolaridad, se observó que las personas que tienen enseñanza media (36,4%) se sienten más solas que las que tienen enseñanza básica (30,3%) y estudios superiores (20%) aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escolaridad y la soledad.

Las personas que viven solas se sienten más solas que aquellas que viven en compañía de otras personas, asociándose la condición de vivir solo (a) significativamente con la soledad ($p=0.001$), pudiendo esta variable ser modificada en su resultado por variables de control como el sexo y el estado civil.

Aunque las variables sexo y escolaridad no se encontraron en nuestro estudio asociadas a la soledad en el análisis bivariado, se ha decidido incluirlas en el análisis

multivariado dado que en la literatura científica hay estudios que demuestran tanto su asociación como no asociación con la soledad. Al ser estas variables de importancia en la caracterización de las personas mayores, se desea observar si mantienen este mismo compartamiento en el análisis multivariado.

- b) El análisis de las variables demográficas y el factor *alienación familiar* muestra que ésta se asocia significativamente con el estado civil ($p=0.001$), para ver entre que grupos se dba esta diferencia significativa, se realizó la prueba de contraste post hoc DSM la que mostró diferencias entre las personas solteras ($p=0.007$), viudas ($p=0.001$) y separadas ($p=0.004$) con las personas casadas o que tienen pareja.

Contrastada con el sexo, se encontró que las mujeres presentan una media más alta (10.33) que los hombres en el factor alienación familiar, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas ($p=0.004$). A su vez, las personas que viven solas presentan una media más alta (14.25) que aquellas que viven acompañadas en este factor (7,86), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el vivir solo y la alienación familiar.

La edad no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.443$) al igual que el nivel de escolaridad ($p=0.673$)

- c) El analisis bivariado del factor *insatisfacción personal* con el sexo mostró que las mujeres presentan una media más alta (8,57) en este factor que los hombres (5,59),

encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la insatisfacción personal.

El análisis del estado civil con la insatisfacción personal mostró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre ambas variables, al examinar entre que grupos se daban estas diferencias a través de la prueba de contraste post hoc DSM, se encontró que las diferencias se daban entre los solteros con los casados; los viudos con los separados y los casados y el separado con los viudos y los casados.

En relación a la edad, ésta también presenta una asociación estadísticamente significativa con la insatisfacción personal ($p=0.024$) no así con el nivel de escolaridad con la cual no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.655$).

Los que viven solos presentan una media mas alta (10.49) de insatisfacción personal que aquellos que viven acompañados (6,63) encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p=0.006$).

3.4.2 Soledad y Estado de salud:

Las principales variables del estado de salud asociadas significativamente al estado de salud han sido la presencia de algunas enfermedades crónicas, la percepción de mala salud y el desánimo (tabla nº 3.7).

Tabla nº3,7 Análisis bivariado de la variable soledad y la variable Estado de Salud

Variable		Total N=350	Soledad		p
			Si	No	
Enfermedades crónicas	Con enfermedades	311	90,7	9,3	0,079
	Sin enfermedades	39	12	88	
Tipo enfermedad	Diabetes	35	32,4	67,6	0.045
	Bronquitis	37	15,7	84,3	0.036
Crónica	Artritis/artrosis	63	24,1	75,9	0.048
	Hipertensión arterial	225	70,4	29,6	0,112
	Depresión	26	69,2	30,8	0,001
Estado de ánimo	Siempre desanimado	50	78	22	0,001
	Algunas veces	58	56,9	43,1	
	Nunca desanimado	242	14,9	85,1	
Estado de salud	Mala salud	21	48,8	51,2	0.004
	Regular salud	39	37,1	62,9	
	Buena salud	48	23,8	76,2	

En relación al estado de salud y su asociación con la soledad, se encontró en la muestra estudiada que las personas que tienen alguna patología crónica, se sienten más solas que aquellas no tienen, 90,7% y 12% respectivamente. Entre las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial (70,4%) y la depresión (69,2%) serían las que más influirían en que las personas mayores se sientan solas. La diabetes (32,4%), la artritis (24,1%) y la bronquitis (15,7%) influyen en menor proporción en el sentimiento de soledad.

En el análisis estadístico se encontró que tanto la depresión ($p=0.001$), como la diabetes ($p=0.045$), la bronquitis ($p=0.036$) y la artritis/artrosis ($p=0.048$) se encontraron significativamente asociadas con la soledad. A diferencia de lo encontrado en otros estudios, en nuestro estudio, la hipertensión arterial no se encontró asociada a.a la soledad.

Las personas que perciben su salud como mala (48,8%) tienen una mayor posibilidad de sentirse solas que aquellas que perciben su salud como buena (76,2%) al igual que las

personas que se sienten siempre desanimadas, se sentirían más solas que aquellas que siempre tienen buen ánimo. Tanto la percepción del estado de salud como del ánimo tiene una significación estadísticamente significativa con la soledad ($p=0.004$ y $p=0.001$) respectivamente.

Solo un tercio de las personas que presentan problemas de memoria se sienten solas, no existiendo una asociación estadísticamente significativa entre los problemas de memoria y la soledad ($p=0.359$). En relación a las personas que presentan problemas urinarios, aunque el 44,4% de ellas, se siente sola, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los problemas urinarios y la soledad ($p=0.154$).

3.4.3 Soledad y variables psicológicas:

Al analizar la relación entre las variables psicológicas y la soledad, vemos como resultado del análisis bivariado que las personas que se perciben como ineficaces se sienten más solas (58,3%) que aquellas que se perciben eficaces (41,7%), existiendo una relación estadísticamente significativa entre la percepción de eficacia y la soledad ($p=0.001$).

Tabla nº3.8 Análisis bivariado de la variable Soledad y las variables Psicológicas

Variable		Total N=350	Soledad	
			Si	No
Autoeficacia	Autoeficaz	209	41,7	67,8
	Ineficaz	141	58,3	32,2
Satisfacción con la vida	Satisfecho	323	25	75
	Insatisfecho	27	100	0

$p<0.001$

En el mismo contexto, las personas que se sienten satisfechas con su vida, se sienten menos solas (75%) que las que se encuentran insatisfechas (100%). El análisis bivariado de ambas variables con la soledad, ha mostrado una asociación estadísticamente significativa en la muestra estudiada ($p=0.001$).

3.4.4 Soledad y variables sociales:

De las variables sociales estudiadas, las que presentaron una asociación estadísticamente significativa con la soledad en el análisis bivariado fueron el tener amigos ($p=0.003$), la frecuencia de contacto con los vecinos ($p=0.004$), el tener familia ($p=0,001$), la composición del grupo familiar ($p=0.001$) y el apoyo social ($p=0.001$).

Las personas mayores que no realizaban actividades para entretenerse (35,7%) se sentían más solas que aquellas que realizaban alguna actividad en su tiempo libre (26,9%), el análisis bivariado no pudo demostrar una asociación significativa entre ambas variables ($p=0.079$).

En relación a las redes sociales extrafamiliares, las personas mayores que no tenían amigos (38,9%) y los que no tenían contacto con los vecinos (46,3%) o éste era escaso (24,1%), se sentían más solos que aquellos que se relacionaban en forma frecuente con sus vecinos (70,4%) y tenían amigos en quien confiar (75,6%). De la misma manera, aquellos que percibían que no contaban con apoyo social, se sentían más solos (79,8%) que aquellos que si percibían que contaban con apoyo social (23,1%).

En el análisis bivariado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la soledad y el tener amigos en quien confiar ($p=0.003$) y el contacto con los vecinos ($p=0.004$), no así con la participación en organizaciones ($p=0.092$).

Tabla nº3.9 Análisis bivariado de la variable Soledad y las Variables Sociales

Variable		Total N=350	Soledad		p
			Si	No	
Actividades de entretención	Si realiza	193	26,9	73,1	0,079
	No realiza	157	35,7	64,3	
Participación en Organizaciones	Participa	153	26,1	73,9	0,092
	No participa	197	34,5	65,5	
Tiene amigos	Si tiene	193	24,4	75,6	0.003
	No tiene	157	38,9	61,1	
Contacto con los vecinos	Nunca	120	46,3	53,7	0,004
	A veces	88	24,1	75,9	
	Siempre	142	29,6	70,4	
Ingresos	Menos 1MM	196	34,7	65,3	0,080
	Más de 1MM	154	26	74	
Familia	Si tiene	278	24,8	75,2	0,001
	No tiene	72	54,2	45,8	
Composición grupo familiar	Vive solo con esposa	90	17,8	82,2	0,001
	Esposa y otros familiares.	91	19,8	80,2	
	Con otros familiares	104	36,5	63,5	
Hijos	Si tiene	324	28,1	71,9	0,001
	No tiene	26	65,4	34,6	
Apoyo social	Si tiene	218	23,1	76,9	0,001
	No tiene	132	79,8	20,2	

Analizando las redes sociales familiares, se encontró que las personas mayores que tenían hijos se sentían menos solas (28,1%) que los que no tenían hijos (65,4%); al igual que aquellos que vivían sólo con su cónyugue (17,8%) o con su cónyugue y con otros familiares (19,8%) se sentían menos solos que aquellos que no vivían con su esposa pero si con otros familiares (36,5%). Las personas mayores que no contaban con un familiar que les pudiera servir como

confidente y compartir con ellos sus problemas o intereses, se sentían más solas (54,2%) que aquellas que si tenían un familiar en quien confiar (24,8%).

El análisis bivariado entre las variables familia, la composición del grupo familiar y el tener hijos y la soledad, mostró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables y la soledad ($p=0.001$).

Aunque las personas mayores que perciben menos de un ingreso mínimo se sienten más solas (34,7%) que las que perciben dos o más ingresos mínimos (26%) no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas ($p=0.080$).

3.5 SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO, CHILE: ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se ha realizado el análisis multivariante utilizando un modelo explicativo de regresión logística, con la variable de resultado soledad en dos categorías: se siente solo y no se siente solo como valor de referencia.

La introducción de las variables predictoras se realizó mediante el método de selección hacia adelante, construyendo el modelo de regresión logística tanto con las variables que la literatura científica ha señalado como predictoras de soledad como con aquellas variables que tuvieron significancia estadística en el análisis bivariado.

Las variables con que fue construido el modelo fueron la edad, el sexo, el estado civil, el vivir solo, la auto-percepción de salud y del estado de ánimo, el número de enfermedades crónicas, la auto-eficacia, la satisfacción con la vida, el nivel de estudios, el ingresos, el apoyo social, la realización de actividades de entretenimiento y la integración social.

Cuando alguna de estas variables no cumplía con el requisito de la significancia de 0,1, era descartada, procediendo con todas las variables de la misma manera hasta que solo quedaron aquellas variables que cumplían con el requisito de significancia establecido.

Las variables que tuvieron una significancia estadística en el modelo fueron las enfermedades crónicas, tener más de 80 años, el tener pareja, la satisfacción con la vida, la percepción de salud, el apoyo social y el estado de ánimo. El análisis de regresión logística para los predictores de la soledad se muestran en la Tabla nº 3.10.

Tabla nº 3.10 Modelo final del Análisis de Regresión Logística (criterio de salida $p < 0,10$)

Variable	Estimación	Error estándar	Valor z	P
Constante	9.0585	1.9959	4.539	5.66e-06 ***
Enfermedades crónicas	1.3256	0.6342	2.090	0.0366 *
Edad 80 años	0.8758	0.4440	1.973	0.0485 *
Pareja	-0.6486	0.3693	-1.756	0.0790 .
Satisfacción con la vida (10)	-1.7524	0.4221	-4.152	3.30e-05 ***
Percepción de Salud	0.9165	0.5580	1.642	0.1005
Apoyo Social (10)	-0.7717	0.1223	-6.310	2.79e-10 ***
Estado de Ánimo	-1.7673	0.3639	-4.857	1.19e-06 ***
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1				

Según esta tabla, los factores predisponentes para experimentar soledad en las personas mayores son la presencia de enfermedades crónicas ($\beta=1.32$), la percepción de salud ($\beta=0.91$), el tener más de ochenta años ($\beta=0.87$); por otra parte como factores protectores se encuentran el vivir en pareja, estar satisfecho con la vida, un buen estado de ánimo y el tener apoyo social.

Tabla nº 3.11 Riesgo asociado a las variables predictoras

Variable	OR	P	IC al 95%	
			Límite inf.	Límite sup.
Enfermedades crónicas	3.76	0.036	1.09	13.05
Edad 80 años	2.40	0.048	1.01	5.73
Pareja	0.52	0.079	0.25	1.08
Satisfacción con la vida (10)	0.17	3.3e-05	0.08	0.40
Salud	2.50	0.100	0.84	7.47
Apoyo Social (10)	0.46	2.79e-10	0.36	0.59
Estado de Ánimo	0.17	1.19e-06	0.08	0.35

En relación a las enfermedades crónicas se puede decir, en términos de OR, que las personas mayores que tienen enfermedades crónicas, tienen un riesgo de 3.76 (IC 95%: 1.09; 13.05) veces mayor que las personas mayores sin enfermedades crónicas de experimentar soledad a igualdad de condiciones del resto de las variables de la tabla.

Respecto a la edad, las personas mayores que tienen 80 y más años tienen 2.40 (IC 95%: 1.01; 5,73) veces mayor riesgo de sentirse solos que una persona menor de 80 años a igualdad de condiciones del resto de las variables incluidas en el modelo.

Las personas que viven en pareja tienen un riesgo de 0.52 (IC95%: 0.25; 1.08) veces mayor, es decir, la mitad del riesgo de experimentar soledad que aquellas personas mayores que no viven en pareja.

En cuanto a la satisfacción con la vida, por cada diez unidades de aumento en el puntaje de la Escala de Satisfacción con la Vida, el riesgo de sentirse solo se multiplica por

0.17 (IC95%: 0.08; 0.40), en caso de disminuir el puntaje en diez unidades en la escala, el riesgo de sentirse solo se multiplica casi seis veces ($1/0.17=5.9$).

Las personas mayores que refieren una percepción de su salud como mala o muy mala, tienen 2,5 (IC95%: 0.84; 7.47) veces más riesgo de experimentar soledad que las personas mayores que consideran que su salud es buena o muy buena.

Para el apoyo social por cada diez unidades de aumento en el puntaje de la escala de apoyo social, el riesgo de sentirse solo (a) se multiplica por 0,46, a su vez por cada 10 unidades de disminución en el puntaje de la escala, el riesgo de sentirse solo se multiplica por $1/0.46=2.2$

De la misma manera, aquellas personas mayores que refieren nunca o casi nunca sentirse desanimadas, tienen 0,17 (IC95%: 0.08; 0.35) veces más riesgo de sentirse solas que aquellas que nunca se sienten desanimadas o deprimidas.

Las variables que se excluyeron del modelo debido a que no fueron estadísticamente significativas para un error de 0.10 fueron el sexo, el estado civil, la auto-eficacia, el nivel de estudios, los ingresos, la realización de actividades de entretenimiento y la integración social. Estas variables no añadieron información suplementaria a la aportada por las variables que constituyeron el modelo de regresión logística definitivo.

Una representación gráfica de los riesgos descritos en la tabla nº20 junto con sus intervalos de confianza al 95%, se muestra en la figura nº 3.30.

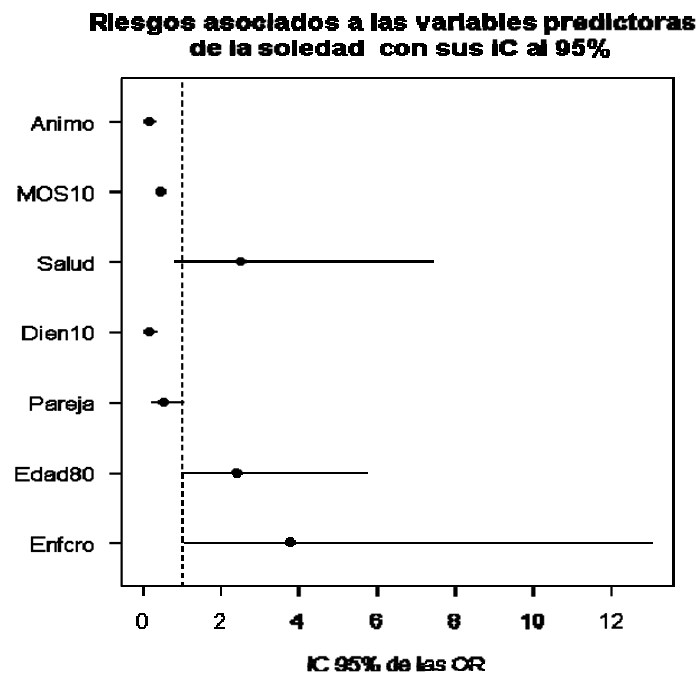


Figura nº3.30. Riesgos asociados a las variables predictoras de la soledad

Las variables de riesgo para la soledad de acuerdo al modelo son tener más de 80 años de edad, tener una mala percepción de la salud y el tener enfermedades crónicas, el vivir solo, sentirse insatisfecho con la vida, percibir un bajo nivel de apoyo social, y el sentirse siempre o casi siempre desanimado.

Actuarían como factores protectores para la soledad el estar siempre de buen ánimo, el contar con apoyo social, sentirse satisfecho con la vida, vivir en pareja, tener menos de 80 años, no tener enfermedades crónicas y tener la percepción de contar con una buena salud.

Para concluir el análisis de este apartado podemos decir que para el modelo final, la lejanía (deviance) asociada fue de 209.23 mientras que para el modelo nulo, modelo que no

contiene ninguna variable explicativa, la lejanía fue de 432.57; por tanto, el valor del llamado estadístico pseudo- R^2 , que trata de cuantificar, por similitud al coeficiente de determinación de la regresión lineal, la parte de variabilidad de la respuesta explicada por las variables explicativas es de 0.52; es decir, podemos afirmar que el 52% de la variabilidad de la variable respuesta, soledad sí o no, queda explicada por las variables explicativas que aparecen en el modelo final.

PARTE IV

DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y ALCANCES

4. DISCUSIÓN

Cuatro objetivos guiaron el desarrollo de esta investigación los que permitieron caracterizar una muestra de personas de 65 y más años que residen en la comuna de Valparaíso, Chile y evaluar los factores que determinan la soledad percibida.

Hasta ahora la mayoría de los estudios realizados en la comunidad en personas mayores han sido estudios cualitativos (McInnis y White, 2001) o de tipo descriptivos transversales (Agewell Study, 2010), pocos estudios han analizado la influencia predictiva de las posibles variables que intervienen en la soledad y de los revisados, éstos solo incluyen algunas de las variables analizadas en este estudio, lo que implica una cierta dificultad al momento de comparar nuestros resultados.

En este estudio no se consideraron algunas variables que también se han asociado con la soledad como la evaluación del grado de funcionalidad para realizar las actividades de la vida y la disminución de la visión y la audición en el área física, en el área mental no se incluyó la depresión y la autoestima, y en área social, no se consideraron la frecuencia y satisfacción con la red social, variables todas que han mostrado una asociación significativa con la soledad en los estudios realizados en Europa y América, los cuales esperamos incluir en próximos estudios sobre la soledad.

El primer análisis de los resultados obtenidos se refiere a la validez de los resultados en cuanto al posible sesgo de selección en la muestra y en la técnica de obtención de los datos.

4.1 VALIDEZ DE LOS RESULTADOS

4.1.1 Sesgo de selección:

Este sesgo se produce cuando la muestra es seleccionada de forma no probabilística como fue en nuestro caso en que la muestra fue seleccionada por conveniencia dada principalmente por su accesibilidad a ella en los establecimientos de salud seleccionados, lo que no permite generalizar los resultados obtenidos a toda la población pero si dar una información preliminar sobre el estado de la soledad en la comuna.

4.1.2 Sesgo de información:

La encuesta es una técnica de investigación que descansa sobre la entrevista entre dos personas, el entrevistado y el entrevistador, y que suele utilizar como instrumento de recogida de información un cuestionario (Rojas, Fernández y Pérez, 1998). Cuando se emplea un cuestionario, la recogida de la información se realiza mediante un auto-informe que la persona entrevistada cumplimenta en el momento actual pudiendo influir en sus respuestas el estado de ánimo que tenga la persona entrevistada ese día, lo que podría haber por una parte, una sobre estimación de su situación o bien una subestimación si la persona no responde a las preguntas relacionadas con la soledad por el estigma que encierra este constructo.

La técnica de entrevista es susceptible de errores tanto por parte del entrevistador como del entrevistado (Hopkins, Hopkins y Glass, 1997), dichos errores fueron posible disminuir a través de la formación previa que recibieron los entrevistadores con el objetivo de

evitar que su actuación condicionara en ningún momento las respuestas de las personas entrevistadas.

4.2 COMENTARIO SOBRE LOS RESULTADOS

4.2.1 Características Demográficas:

En respuesta al **primer objetivo** planteado que tenía como fin caracterizar una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso desde el punto de vista socio-demográfico, psicológico y de salud, se puede comentar lo siguiente:

El porcentaje de mujeres entre las personas de 65 años y más años de la muestra en estudio, fue de un 58,1% y un 41,9% de hombres, similar porcentaje al encontrado en otros estudios realizados con personas mayores en Chile (Barros, 2004; Carrasco, 2005 y Critería, 2009) en los cuales la proporción de mujeres ha sido superior en más del 10% sobre los hombres, diferencia dada por la mayor esperanza de vida de las mujeres de más de 6 años sobre los hombres (mujeres 82,2 años y hombres 72,12) según la proyección censal para el año 2010 (Instituto Nacional de Estadísticas), diferencia que aumenta con la edad, siendo la sobrevivencia después de los 65 años de 20,4 años para las mujeres y de 17,1 para los hombres.

De acuerdo a la edad, el mayor porcentaje de la muestra se encontraba entre los 70 y 79 años (50,27%) y solo un 16,85% tenía sobre 80 años, de acuerdo a los datos estadísticos disponibles, estos porcentajes serían superiores al porcentaje de población del año 2010 en

que el grupo de 70 y más años representan el 31% y los mayores de 80 años el 14,37%, cifras que son concordantes con las características de la comuna de Valparaíso, una de las comunas que registra una mayor proporción de personas mayores en la Región (INE).

Conocer el estado civil de la muestra ha sido útil para caracterizar la población estudiada y como un posible indicador de sus redes sociales. El porcentaje de personas viudas del 31,4% es similar al encontrado por Critería (2009) en Chile (35%) y por Mullins y Berezosvsky (1992) en Argentina (31%), aunque este porcentaje es superior al encontrado en la Encuesta de Caracterización Socio –Económica (CASEN) en el año 2009 (23%). En todo caso hay que recordar que la muestra está constituida por un porcentaje mayor de mujeres y que por su esperanza de vida, hay un mayor porcentaje de mujeres viudas (44,1%) que de hombres viudos (16,9%).

El porcentaje de solteros en la muestra (8%), separados (12%) y casados (48,6%) son porcentajes muy similares a los encontrados por Critería en Chile en el 2009 (9%, 10% y 46% respectivamente) y por la CASEN 2006 (solteros 8,9; separados, 7% y casados, 58,8%). Es importante considerar que en la muestra estudiada si se contabilizó el porcentaje de personas viudas, separadas y solteras, ascendiendo éste al 50,4% de la muestra de personas que viven sin pareja, porcentaje similar al que se da en la CASEN 2006.

En relación a la forma de convivencia, el porcentaje de personas mayores en la muestra que vivían solas alcanzó al 18,6%, porcentaje algo superior al encontrado por Critería en su estudio realizado el año 2009 (13%) y al encontrado por la CASEN 2006 (13,2%) y a la del

Censo del año 2002 cuya cifra era del 11,7%. Esta tendencia a vivir solo ha ido en aumento en los últimos años, como dice López (2005, pág. 27) porque la opción de vivir solo (a) después de la viudez es una opción preferida por las personas viudas sobre la de irse a vivir con algún hijo, especialmente porque ya no habría la connotación negativa de pobreza y desamparo asociado al vivir solo que había antes, además el vivir solo representa para ellas la posibilidad de disponer de libertad para hacer lo que ellas quieren, como manifestó un grupo de mayores en un estudio sobre la Soledad y Conductas de Afrontamiento en Valparaíso (Sequeira, 2009).

El 83,7% de la muestra vive en casa y sólo un 16,3% en departamento, porcentaje coincidente al Informe Estadístico (INE 2003) sobre las condiciones de la vivienda y SENAMA (2009) en que el 85,64% de las personas mayores de 60 años vive en casa y el 8,94% en departamento, cifra que aumenta en la Región de Valparaíso al 11,17%; de acuerdo al mismo Informe, el 77,68% de las personas mayores es propietaria de su vivienda, al parecer este sería uno de los motivos por los cuales las personas mayores registran una media de 35,18 años viviendo en el mismo barrio con una desviación típica de 20 años, lo que además refuerza las relaciones sociales con los vecinos.

4.2.2 Características sobre el estado de salud

La pregunta más utilizada para evaluar la salud percibida y el estado de ánimo es aquella en la que se plantea a la persona mayor “En general, usted diría que su salud es muy buena, buena, regular, mala o muy mala” y “con qué frecuencia en las últimas cuatro semanas, se ha sentido usted desanimado o deprimido”, que corresponden a dos de las 12

preguntas del Cuestionario de Salud SF12, instrumento que proporciona un perfil del estado de salud física y mental de la persona que lo responde y que forma parte de la batería de preguntas que se realizan en la Encuesta de Salud y Calidad de Vida que realiza cada tres años el Ministerio de Salud chileno.

La muestra en estudio piensa que su salud es buena o muy buena en un 57.7% y un 12,3% que es mala o muy mala, este porcentaje de buena salud es superior al obtenido en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2006) en que solo el 38% opinaba que su salud estaba de bien a muy bien, al obtenido por Herrera y cols.(2008) en que el 38,2% opinaba que su salud iba de excelente a buena, al obtenido por Critería (2009) en que el 42% de su muestra evaluaba positivamente su salud y al de la Casen 2009 en que el 39% de las personas mayores encontraron que su salud estaba bien o muy bien.

El porcentaje de personas mayores que percibe su salud como mala o muy mala es superior al obtenido por la ECVS (7,9%) y al de la CASEN 2009 (11%) pero más bajo que el obtenido por Critería (15%) y por Herrera y cols. (18,8%). El alto porcentaje de la muestra que encuentra su salud buena o muy buena puede deberse a que las personas mayores evalúan su salud desde el punto de vista de su autonomía para realizar las actividades de la vida diaria tanto las básicas como las instrumentales más que por la sintomatología de las enfermedades que puedan estar cursando o el número de ellas, y del momento que se desplazan en forma autónoma al centro de salud demuestra que tienen la capacidad de movilizarse en forma independiente sin tener que depender de terceras personas, capacidad muy valorada por las

personas mayores, las cuales expresan que su mayor temor a esta edad es la dependencia (Sequeira, 2009).

En cuanto al estado de ánimo, la muestra en un 69% se encuentra bien de ánimo, porcentaje levemente inferior al encontrado por Criteria (74%) pero superior al encontrado por Herrera y cols. (2008) quienes hallaron un 64%, este alto porcentaje de buen ánimo podría relacionarse con el resultado de la Escala de Satisfacción con la Vida en que un alto porcentaje (80,3%) se encuentra satisfecha con su vida y con el resultado de la sub-escala Insatisfacción Personal del IMSOL-AM en que un 80% se encuentra satisfecha consigo misma.

En relación a las patologías crónicas cursadas por la muestra, la cifra de prevalencia de éstas fue del 89,9%, superior al encontrado por Criteria (2009) que fue del 72%, siendo superior el porcentaje en el caso de que se trate de una enfermedad (44,9% y 35%) o de dos enfermedades crónicas (30,3% y 21%), siendo menor el porcentaje de la muestra que presenta tres o más patologías crónicas (13,7% y 16%). Este alto porcentaje de la muestra con patologías crónicas puede estar relacionado con el motivo de consulta que los llevó al Centro de Salud en que el 38% asistía a control de su patología y 27,7% a control con enfermera, además que desde el punto de vista epidemiológico, con la edad aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas y el número de ellas, siendo mayor la prevalencia en los mayores de 75 años (SENAMA, 2009).

Las patologías crónicas más prevalentes en las personas mayores estudiadas fueron la hipertensión arterial (64,3%), la diabetes (40,3), la artritis/artrosis (18%), las enfermedades respiratorias (10,6) y la depresión (7,4%).

En relación a la hipertensión arterial, la prevalencia en la muestra es superior a la prevalencia encontrada por Herrera et al. (2008), 59,49%; Critería (2009), 49% y SENAMA (2009), 42,5%; en cuanto a la diabetes, la prevalencia en la muestra es el doble al encontrado por el SENAMA (13,45%), Critería (19%) y Herrera (20,2% tabla nº 21). La prevalencia de la artrosis/artritis es coincidente con la prevalencia encontrada por Critería (14%) e inferior a la encontrada por Herrera et al. (31,60%); la prevalencia de las enfermedades respiratorias en la muestra es inferior al encontrado por Herrera et al. (22%) al igual que la de la depresión (14%) informada por el Ministerio de Salud.

Tabla nº 4.1: Prevalencia comparada de enfermedades crónicas entre la muestra y estudios chilenos

Patologías Crónicas	Estudio 2010	SENAMA 2008	Herrera y cols. 2008	Critería 2009	DEIS* 2009
Hipertensión arterial	64,3%	75%	59,4	49%	
Diabetes	40,3	16%	20,10%	19%	
Artritis/artrosis	18%	---	31,60%	18%	
Enfermedades respiratorias	10,6	---	22%	---	
Depresión	7,4%				14%

*Departamento de Epidemiología y Estadísticas, Ministerio de Salud

La diferencia entre los estudios citados puede deberse a que se les ha consultado a las personas entrevistadas por sus patologías y éstas no siempre asumen la cronicidad de sus patologías, también puede deberse a la forma en que la presencia de estas enfermedades ha

sido consultada (pregunta abierta o seleccionando de un listado), aún así, la prevalencia de la hipertensión y la diabetes se corresponden con el perfil epidemiológico del país en cuanto a causa específica de morbilidad.

4.2.3 Características psicológicas

Las variables evaluadas fueron la auto-eficacia y la satisfacción con la vida, en ambas variables la media alcanzada por la muestra fue de 33,68 (d.t 6,38) y de 28,10 (d.t. 5,31) respectivamente.

Respecto a la auto-eficacia, la media de la muestra es similar a la encontrada por Cid (2010) en su estudio (34,18) aunque el puntaje mínimo alcanzado por la muestra fue más bajo que el de Cid (10 y 16 respectivamente). Al analizar los resultados de acuerdo a cuantas personas de la muestra se encontraban sobre la media (alta auto-eficacia), se encontró que el 59,7% de ellas presentaban una auto-eficacia alta, porcentaje ligeramente más alto al encontrado por Aguirre y Vauro (2009) el cual alcanzó a 58,6, este alto porcentaje de personas mayores (un 26% alcanzó el máximo de puntaje de la escala) que se sienten eficaces podría sugerir que las personas de la muestra tendrían una percepción de control del entorno y poseerían habilidades de afrontamiento para hacer frente a los cambios asociados al proceso de envejecimiento y a la soledad (Gómez, 2007).

En relación a la satisfacción con la vida, la muestra obtuvo un alto porcentaje de satisfacción alcanzando un 92,3%, en cuanto a la media obtenida por la muestra, ésta es muy superior a la obtenida por Moyano y Ramos (2007) que alcanzó a 25,26, este alto porcentaje

de satisfacción con la vida podría deberse al alto porcentaje obtenido en la percepción de la salud ya que ésta es uno de los indicadores que influye en la satisfacción con la vida (Borg y cols. 2005) al igual que la percepción de auto-eficacia (Fry y Debats, 2002), además al parecer con la edad, las personas mayores a medida que envejecen van ajustando sus metas según sus posibilidades consiguiendo más satisfacción con las actividades que realizan (Moyano y Ramos, 2007).

4.2.4 Características sociales:

Las variables sociales evaluadas fueron por una parte las relacionadas con la actividad laboral y los ingresos, las relaciones sociales y las redes sociales.

En cuanto a la actividad laboral, el porcentaje de personas mayores de la muestra que aún se encontraba trabajando (10%) fue inferior al encontrado por la CASEN 2009 (15,76%), Critería (13%), Herrera y cols. (2008) quienes encontraron que el 28% de la muestra aún trabajaba, haciéndolo principalmente por cuenta propia y del SENAMA (2009) quien también encontró un 28% de la población mayor trabajando, en la ECV (2006) solo el 2,82% de las personas mayores de 65 años trabajaba.

En cuanto al tipo de actividad que se desempeña, existe una diferencia entre las personas de la muestra quienes se desempeñan principalmente en actividades terciarias (91,89) con las personas entrevistadas por SENAMA en el 2009, las cuales mayoritariamente lo hacían en el sector primario, tipo de actividad que podría estar relacionada con el nivel de educación de las personas mayores en que la mayoría no ha completado la enseñanza media

lo que les limita para desarrollar actividades que reportan un mayor ingreso, habría que considerar en esta diferencia también, que el porcentaje de la muestra que se encuentra trabajando es bajo.

El 72,6% de la muestra se encuentra jubilada con una media de 12 años, porcentaje inferior al encontrado por Critería en el 2009, (81%) y superior al encontrado por Herrera et al. en el 2008, (66,6%); en cuanto al monto de los ingresos, el porcentaje de la muestra que recibe menos del ingreso mínimo (40%) es mayor al encontrado por Critería (31%) y menor al encontrado por Herrera et al. (60,4%).

De acuerdo a la distribución de las personas mayores y según los quintiles de ingreso, se observa que la muestra mayoritariamente se encuentra en el II quintil de ingresos (31%), ingreso superior al encontrado por SENAMA en el 2009 (21,3% I) y en la CASEN 2009 (20,4 %), la proporción de ellos que se encuentra en el quintil de mayores ingresos es muy inferior (7,6%) al obtenido por SENAMA (17,7%) y CASEN 2009 (18,5%) lo que podría deberse a que tanto la CASEN como el SENAMA hacen sus estudios en una muestra seleccionada que abarca a todos los tramos económicos en cambio la muestra fue seleccionada en el sistema público de atención, a donde concurre la mayoría de las personas mayores de menores ingresos.

En general, las personas mayores que continúan trabajando lo hacen por dos motivos, los que tienen un menor nivel de escolaridad generalmente tienen una pensión asistencial cuyo monto es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas y aquellos que tienen un mejor

nivel educacional porque se sienten satisfechos con su trabajo, además que en Chile no existe la obligatoriedad de jubilar a los 60-65 años (SENAMA, 2009).

En relación al nivel de estudios de la muestra, la mayoría de ellos no completaron su enseñanza básica (49,7%) que para ellos era de seis años, un 25,4 % completó su enseñanza básica, sólo un 8,6% tiene 12 años de estudios y el 6% tiene estudios superiores. El porcentaje de mayores que no completó su enseñanza básica y que tiene enseñanza básica completa es menor al mencionado por SENAMA (2009) que encontró que el 56,4% no había terminado su enseñanza básica y el 33,67% si la había completado. El porcentaje de los que tienen 12 años de estudio es también inferior; teniendo el nivel de estudios directa relación con los ingresos, esto podría explicar el alto porcentaje de personas mayores que reciben pensión asistencial, probablemente porque no completaron sus cotizaciones o trabajaban en forma autónoma.

Las relaciones sociales de las personas mayores fueron estudiadas desde el punto de vista del apoyo social y de la realización de actividades. En cuanto al apoyo social percibido, el 62,3% de la muestra se encuentra sobre la media (77), es decir, percibe que cuenta con apoyo social, si consideramos que el puntaje máximo de la escala es de 95 puntos, el valor de la media y el porcentaje alcanzado nos estaría indicando que la muestra posee fuentes de apoyo con los cuales contar en caso de necesidad.

El 82,9% de la muestra tiene quien le ayude en caso de estar enfermo, el 81,1% cuenta con alguien cuando necesita hablar y un 73,2% tiene alguien quien le demuestre amor y afecto, porcentajes similares a los encontrados por Herrera y cols. (2008) quienes encontraron

que el 93% de la muestra tenía quien le ayudara en caso de enfermedad. Sequeira (2009) encontró en personas mayores que participan en organizaciones comunitarias una media 68,7 aplicando el mismo cuestionario y al mismo grupo de edad. El contar con apoyo social facilita la integración social de las personas mayores y al mismo tiempo facilita el apoyo instrumental en caso de necesitar ayuda en caso de enfermedad y de recibir afecto.

Sólo el 55,4% de la muestra realiza actividades de entretención al menos dos veces por semana (84,5%); entre las actividades de entretención que realiza la muestra en estudio son ver televisión (34,8%), escuchar la radio (23,4%), tejer (28,2%), leer (26,04), trabajar en el jardín (17,18%) y hacer ejercicios (16,7%), siendo estos porcentajes superiores a los encontrados por Critería (2009) con la excepción de la realización de ejercicios que es más baja en la muestra(31%) y al encontrado por Herrera et al. (19%), la explicación podría estar en que la muestra es mayoritariamente mujer y los estudios muestran que son los hombres quienes hacen más ejercicios (47% de los hombres en el estudio de Critería, 2009 realiza ejercicios) y las personas que tienen un nivel mayor de educación y en este caso, la mayor parte de la muestra tiene menos de 6 años de escolaridad.

La mayoría de las actividades son realizadas al interior del hogar (70,98%), porcentaje no muy diferente del encontrado por Critería (85%), siendo bajo el porcentaje de personas mayores que realiza actividades fuera del hogar, lo que en alguna medida no facilita el contacto social con otras personas fuera de su entorno familiar. El porcentaje de la muestra que lee, 26,3% equivale a un tercio del porcentaje encontrado por Herrera y et al. (2008) 66%

pero es superior al encontrado por Criteria (2009) ya que en su estudio solo el 10% leía, el bajo porcentaje puede estar influido por el bajo nivel educacional de la muestra.

Hay un 44,6% de la muestra que no realiza actividades de entretenimiento, lo que podría influir en la experiencia de soledad, ya que una forma de hacerle frente es a través de la realización de actividades en el tiempo de ocio (Bermejo, 2003; Rodríguez, 2000). La no realización de actividades recreativas genera aburrimiento en las personas sobre todo cuando se dispone de tiempo y no se ha planificado las actividades diarias, convirtiéndose la inactividad y la falta de participación en actividades de entretenimiento en un factor de riesgo para la soledad (Ortiz, 2000; Cardona, 2006).

La red social con la que cuenta la persona mayor ha sido evaluada desde el punto de vista de las redes familiares (hijos, número de personas que viven con el entrevistado y su relación de parentesco y si cuenta con familiares de confianza), de las redes sociales (amigos de confianza, contacto con los vecinos) y de las redes comunitarias (participación en organizaciones y tipo de organización en que participa).

En relación a la red familiar, el porcentaje de la muestra que tiene hijos alcanza al 92,6%, de acuerdo a la información de la CASEN 2006, el promedio de hijos por familia nuclear es de 1,5. El promedio de personas que cohabitan con el entrevistado es de 3,38 personas, promedio igual al encontrado en el Módulo Familia de la CASEN 2006, de las personas que cohabitan en el hogar, el 32,57% vive solo con la esposa, mientras que el 31,9% vive con la esposa y otros familiares (hijos, nietos, hermanos), porcentajes superiores a los obtenidos por

Criteria (2009) quienes encontraron que el 21% de su muestra vivía solo con su pareja y el 27% con la pareja y otros familiares.

Las personas mayores que viven solo con su pareja constituyen un grupo de riesgo desde la perspectiva socio-sanitaria pues constituyen un grupo vulnerable que está expuesto a situaciones de riesgo como la posibilidad de sufrir caídas o de enfermarse, ambas situaciones implican cuidados que no siempre puede asumir la pareja anciana o si los asume, lo hace con un gran desgaste tanto para su salud física como mental existiendo el riesgo de experimentar agotamiento y disminución de las redes sociales por la imposibilidad de salir de casa haciéndolos susceptibles al aislamiento social y a la soledad, afortunadamente, casi el 83% de la muestra en estudio tiene a algún familiar o alguien cercano que le ayude en caso de enfermedad lo que haría disminuir este riesgo potencial (Aymerich, Casas y Salamó, 2008).

El 80% de la muestra tiene un familiar de confianza a quien contarle sus cosas, porcentaje superior al encontrado por Herrera et al. (2008) (76%); la familia es un factor protector de la soledad para las personas mayores si éstas mantienen buenas relaciones con su grupo familiar, ya que más que la cantidad de familiares o la frecuencia de contacto, lo importante es la calidad y la satisfacción que las personas mayores experimentan con sus relaciones familiares (Rodríguez, 2000), la insatisfacción en las relaciones familiares es un factor de riesgo para la soledad (Porinchi, 2007).

Las relaciones sociales con otras personas con las cuales poder compartir intereses y actividades afines, el mantener contacto con su entorno, son factores protectores para la

soledad, en nuestra muestra el 55,4% tiene al menos dos amigos de confianza a quien contarle sus problemas o compartir intereses y mantiene contacto con sus vecinos a menudo en un 40,5% y algunas veces 25,1%, contacto que se ve favorecido por los años de permanencia en el barrio de la mayoría de las personas de la muestra, lo que tiende a reforzar los lazos sociales.

Las relaciones comunitarias que provienen de la participación en organizaciones comunitarias ha tenido un aumento progresivo aunque los estudios siguen mostrando que la participación aún no supera el 50% de las personas mayores, en nuestra muestra, el 45,7% participa en alguna organización comunitaria, especialmente en las de tipo religiosa (28,12%), Club de Mayores (26,25%), organizaciones gremiales y Junta de Vecinos con un 9,4% de participación en cada una de ellas. Porcentaje de participación que no difiere al encontrado por la ECV, 46,4% y más alto al encontrado por Critería, 27%; en ambos estudios también se encontró que las personas mayores participaban preferentemente en organizaciones religiosas 32,1% y 32% respectivamente, en Club de Adultos Mayores, 31%, siendo más alto el porcentaje de los que participan en las Juntas de Vecinos, 12% y 11% respectivamente.

La participación constituye un factor protector y es un indicador de la calidad de vida en la vejez, de acuerdo al sexo son las mujeres quienes participan más en las organizaciones que los hombres y aquellas que tienen un mayor nivel de escolaridad (Herrera et al, 2008; SENAMA, 2009). En nuestra muestra sería necesario incentivar a que más personas mayores se incorporen a organizaciones comunitarias según afinidad.

Para dar respuesta al **segundo objetivo** del estudio “estimar en una población de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, si existen diferencias significativas entre la soledad y los factores predictores identificados en la literatura como causas de soledad”, se realizó un análisis bivariado entre la variable de resultado soledad y cada una de las variables predictoras, los comentarios a los resultados encontrados se exponen a continuación.

4.2.5 Soledad en las personas mayores:

La mayoría de los estudios realizados en soledad y mayores han incluido una pregunta directa para consultar si la persona encuestada se sentía sola, con una opción de respuesta de tipo dicotómica (si/no) o bien en escala de liker graduando las respuestas desde nunca a siempre para la consulta de con qué frecuencia se sienten solo (a), o bien se ha ocupado la escala de soledad de la Universidad de California (Escala UCLA 2) o la Escala de Soledad de Jong Gierveld que solo tiene 11 items. En habla hispana se han creado dos escalas de soledad, una en España, la Escala de Soledad para la Tercera Edad (Escala ESTE) de Rubio y Alexander (1999) y otra en México, el Inventario Multifacético de Soledad para Adultos Mayores (**IMSOL-AM**) de Montero y Rivera-Ledesma (2009).

En este estudio, se ha aplicado una variación del Inventario Multifacético de Soledad, confeccionado para ser aplicado en personas mayores por Montero y Rivera, 2008, el IMSOL-AM que consta de 20 preguntas y que en la prueba piloto obtuvo un alfa de Cronbach de 0.926.

Los resultados muestran que alrededor del 18% de la muestra se siente solo, un 9% algunas veces, la mayor parte del tiempo (7%) y todo el tiempo (2%), porcentaje inferior al obtenido en otros estudios realizados en Chile, Barros en el 2004 obtuvo un 30% de soledad, Herrera y et al. (2008) un 23% y Critería (2009) un 24%. En estudios extranjeros, la prevalencia ha sido del 83,7% en India (Agewell, 2010), 23% en Finlandia (Savikko, 2005), del 12,3 al 31,8% en mayores de 65 años londinenses (Illife et.al, 2007) y del 19,3% en Estados Unidos (Theeke, 2009).

Estas diferencias tan fluctuantes en la prevalencia de soledad en las personas de 65 y más años puede deberse a que en su medición se ha usado distintos instrumentos, como se decía anteriormente, desde la pregunta directa al uso de instrumentos de medición, instrumentos que muchas veces han sido planteados sobre un solo aspecto de la soledad sin considerar su multi-dimensionalidad; también son diferentes las metodologías utilizadas en las investigaciones que van desde encuestas enviadas por correo, a encuestas auto-complimentadas o a entrevistas realizadas por personas expertas.

Aunque no se pueden comparar entre sí las dos escalas en español que se han confeccionado para medir la soledad en las personas mayores, como referencia se puede comentar que ambas han incorporado la pregunta “se siente solo” como parte de la escala para consultar sobre la soledad en las personas mayores, Sequeira (2009) obtuvo con la Escala ESTE en una muestra de 193 personas de 60 y más años de la comuna de Valparaíso, que un 9,8% respondió que se sentía solo a menudo y un 26,4% algunas veces; en esta investigación, el 18,2% respondió que se sentía solo todo el tiempo o la mayor parte del tiempo y el 10,3%

algunas veces. La diferencia de porcentaje estaría dado en que el primer estudio se realizó con personas mayores de instituciones organizadas y el segundo, con personas mayores que concurrían al Centro de Salud de su localidad y ya sabemos por la literatura científica que las personas que participan en organizaciones sociales, tienen un riesgo menor de experimentar soledad, pudiendo considerarse la participación social como un factor protector frente a la soledad (Cattan y cols. 2005).

4.2.6 Soledad y variables demográficas:

Al analizar la relación de la soledad con las variables demográficas, se encontró que las variables edad, estado civil y la forma de convivencia presentaron significación estadística mientras que en esta muestra, el sexo y la escolaridad no fueron estadísticamente significativas tanto en el análisis bivariado como en el multivariado.

En el **sexo** no hay coincidencias entre los diferentes estudios que han estudiado la asociación entre sexo y soledad, así hay estudios que refieren que las mujeres se sienten más solas que los hombres (Muñoz, 2002; González, 2004) como otros que refieren que no hay diferencias (Anderson, 1998; Lauder, 2004, Theeke, 2005), los resultados del estudio podrían indicar que tanto las mujeres como hombres chilenos tienen la misma sensibilidad para expresar sus emociones o bien dado que tanto hombres como mujeres son socializados respecto a la identidad de género y las mujeres son producto de esta socialización, es posible que las mujeres chilenas tengan experiencia de identidad de género diferente a las de las mujeres finlandesas, australianas o españolas (Savikko, 2005).

Cacioppo (2009) refiere que las mujeres tienden a declarar soledad con mayor frecuencia que los hombres, pero sólo cuando el instrumento de medida incluye términos como "solitario" o "la soledad", pero que cuando el sexo se estudia como una función del estado civil, los hombres solteros se sienten más solos que las mujeres solteras.

En relación al **nivel de estudios**, tampoco hay coincidencias entre los distintos investigadores, Rubio y Alexander (2004) encontraron en España que a mayor nivel de estudios mayor percepción de soledad, lo mismo encontró Mullins (1992) en Argentina, pero Savikko (2005) y Dykstra y De Jong Gierveld, (1999) encontraron que a menor estudio más soledad. Para ambas situaciones los investigadores argumentan diferentes explicaciones, mientras que para Rubio y Alexander (2004) el menor nivel de estudios haría que las personas mayores tuvieran menores exigencias cognitivas y por lo tanto menos expectativas, lo que influiría en el menor sentimiento de soledad, pero por otra parte, los investigadores sostienen que a mayor nivel de educación, hay mayores posibilidades de ampliar la red social y así disminuir el riesgo de soledad.

Para la muestra en estudio que tiene menos años de estudio que el promedio de la población, el que no haya relación entre el nivel de estudios y la soledad, podría deberse a la existencia de otros indicadores que influyen en la disminución del riesgo a la soledad, como el alto nivel de satisfacción con la vida, de auto-eficacia y de apoyo social que tienen las personas mayores entrevistadas disminuyendo así el impacto del nivel de estudios.

Diversos estudios han mostrado la relación entre la **edad** y la soledad, a mayor edad, mayor posibilidad de sentirse solos (Mullins, 1992; Andersson, 1998; González, 2004; Rubio y Alexander, 2004; Victor et al., 2005; Savikko, 2005; Illife et al, 2007; Agewell, 2010) probablemente por la presencia de una mayor cantidad de variables que contribuyen el sentimiento de soledad como por ejemplo la pérdida de la pareja, significativa figura de apego en esta etapa de vida y a la disminución de la funcionalidad por problemas de salud crónicos, además que la percepción de mala salud aumenta con la edad (Bazo, 1988) lo que a su vez influye en el sentimiento de soledad.

Illife (2007) encontró en Finlandia que en el grupo de 65 a 74 años, la prevalencia de soledad era del 12,3%, entre los 75 y 79 años, del 15,2%, entre los 80-84 años, del 20,2% y en los mayores de 85 años, del 31.8%; por su parte, Agewell (2010) halló que el 93% de los hindú se encontraban totalmente solos. En nuestro estudio los mayores de ochenta años presentaron un riesgo 2,40 veces mayor a sentirse solos que los menores de 80 años siendo coincidente con lo encontrado en los estudios citados.

La influencia de la edad en la soledad podría deberse en que los mayores de 80 años comienzan a experimentar más problemas de salud que afectan su capacidad funcional lo que les dificultaría el desplazarse fuera de su hogar con la consiguiente disminución de los contactos sociales; también podría influir que a mayor edad habría una mayor percepción de la finitud de la vida.

Este estudio proporciona evidencia que refuerza que el **estado civil** es un predictor importante de soledad, el 82,9% de la muestra que se siente sola está compuesta por las personas solteras, separadas y viudas, mientras que en las personas casadas, solo se sentían solas un 17,1%. Este resultado es consistente con el resultado encontrado por Oksoo (1999) donde la frecuencia más baja de soledad se daba entre las personas que vivían en pareja, y la más alta en las personas mayores que habían perdido a su cónyuge.

Víctor et al. (2005) refiere que todos los estados civiles exceptuando las personas casadas, presentan más riesgo de sentirse solas, Savikko (2005) agrega que la viudez aumenta el riesgo de soledad al perderse la relación de apego con una figura significativa como es el caso del cónyuge, especialmente si la viudez se ha producido en un lapso de ≤ 6 años pues con la muerte del cónyuge, se pierde al compañero (a) con el que se compartió actividades y reguló la propia autoestima; a un amigo (a), el apoyo económico y la red social que lo protegía (Muchinik y Seidman, 1998).

El matrimonio o el vivir en pareja es un factor protector para la soledad (Cacioppo, 2009), ya que el cónyuge/pareja puede ser una fuente importante de apoyo emocional y tangible, la cual tiene que estar presente en el hogar, cuando se está casado (a), si el cónyuge está ausente, hay una mayor probabilidad que se experimente soledad, pues la ausencia de éste puede ser reflejo de la calidad de las relaciones (Savikko, 2005).

En relación a la **forma de convivencia**, aunque la literatura científica refiere que el sentimiento de soledad se puede experimentar tanto viviendo solo como en compañía, lo

cierto es que el vivir solo representa un factor de riesgo para la soledad, en este estudio el 55,4% que vive solo presenta soledad a diferencia del 25,3% de los que viven acompañados. Este resultado es coincidente con lo encontrado en otros estudios que analizaron esta variable, Rubio y Alexander (2004) encontraron que las personas mayores que vivían solas se sentían más solas que los que vivían acompañados; Savikko (2005) y Agewell (2010) encontraron que tanto las personas que viven solas como las que viven con familiares sin la esposa, se sentían más solos que aquellos que vivían acompañados con su esposa (o) y otros familiares.

Se confirma en el análisis de regresión logística, que el vivir sin pareja es un predictor para la soledad pues el vivir solo contribuye al aislamiento social y a aumentar el sentimiento de soledad, especialmente en aquellas personas mayores que viven solas no por propio deseo sino por factores situacionales que a veces escapan a su control, por este motivo Theeke (2009) sugiere que las enfermeras debiéramos incluir en la valoración funcional de las personas mayores el número de contactos sociales que tiene y considerar las necesidades sociales que tiene y analizar las estrategias pertinentes para buscar fuentes que le provean de contactos sociales.

4.2.7 Soledad y estado de salud:

El análisis bivariado mostró una relación estadísticamente significativa entre la soledad y el estado de ánimo, la percepción del estado de salud y algunas enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades respiratorias, la artritis, también con la depresión pero no

con la hipertensión arterial y con la presencia o ausencia de enfermedades crónicas como categoría.

El deterioro de la **salud** en un grado que afecte la movilidad de las personas mayores limitando o impidiéndole la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es un factor que influye en la reducción de las actividades sociales, las cuales quedan reservadas en gran medida a las que se desarrollan en el espacio doméstico, disminuyendo la asistencia a lugares de encuentro social habituales quedando las relaciones sociales limitadas sólo a las visitas que reciben por parte de los familiares y los amigos más cercanos, lo que genera la reclusión de la persona en el ámbito doméstico o en el vecinal propiciando los sentimientos de soledad (Iglesias, 2001).

En la percepción del estado de salud, influye la valoración que la persona hace de su propio estado y el grado de autonomía que tenga para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las personas que se perciben saludables o que son autónomos en sus ABVD, se sienten menos solos que los que consideran su salud como mala o muy mala (Dykstra y de Jong Gierveld, 1999; Savikko et al.2005).

La salud, puede ser causa de soledad o la salud verse afectados por ella, lo que sugiere una asociación causal bidireccional, Agewell (2010) encontró que uno de cada tres mayores que se sentían solos se encontraban en mal estado de salud y tenían una menor interacción con la gente, el 35.24% de las personas entrevistadas refirió que su salud se había deteriorado aún más desde que se sentía sola.

Los resultados de este estudio muestran que las personas que perciben su salud como mala o muy mala, se sienten más solas que aquellas que tienen una percepción positiva de su salud, siendo coincidente con los resultados obtenidos por Bazo (1989), Mullins (1992), Ortiz (2000), Muñoz (2002), Savikko (2005), Víctor (2005) y Theeke (2009).

Teniendo en cuenta que la soledad es un sentimiento subjetivo y que no siempre se reconoce, es necesario que los profesionales de salud que trabajan con personas mayores tengan presente la posibilidad de que la persona poli-consultante y sobre todo a aquellas en que no se reconoce una causa física para su percepción negativa salud, esté sintiéndose sola siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial en la evaluación de los síntomas tanto físicos como psicológicos que manifieste la persona que consulta.

Uno de los factores que condicionan el nivel de dependencia en las personas mayores son las **enfermedades crónicas**, ya sea por el número de ellas por las cuales está en tratamiento la persona mayor, como por el número de medicamentos indicados y los efectos adversos de éstos como por los síntomas físicos de algunas de ellas que limitan en mayor o menor medida los desplazamientos fuera del hogar (por ejemplo las limitaciones respiratorias o las bajas bruscas de glicemia).

Enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes, el accidente cerebro-vascular y las enfermedades neurológicas que son de tratamientos de larga duración y que generan mayores niveles de dependencia son enfermedades a considerar en la generación del sentimiento de soledad (Pettigrew y Roberts, 2008). La mayoría de las enfermedades crónicas

incluidas en este estudio son controlables o prevenibles con detección primaria, intervenciones sanitarias y modificaciones en el estilo de vida.

Tomaka et al. (2006) refieren que un bajo nivel de soledad, un alto nivel de apoyo familiar y de pertenencia son factores protectores de descompensación para enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes. Un buen estado de la salud y la realización de actividades de auto-cuidado específicas podrían en última instancia contribuir a mejorar la capacidad funcional, a tener una mejor percepción de salud y a disminuir los sentimientos de soledad.

4.2.8 Soledad y variables Psicológicas:

Las dos variables estudiadas como predictoras de soledad, la auto-eficacia y la satisfacción con la vida presentaron una asociación estadísticamente significativa con la soledad en el análisis bivariado manteniendo esta significancia solamente la satisfacción con la vida en el análisis multivariado.

La **auto-eficacia** es importante en el afrontamiento de la soledad pues representa la preparación psicológica necesaria para iniciar intercambios sociales y mantener relaciones, las personas mayores eligen, inician y desarrollan las actividades que se perciben capaz de realizar exitosamente, además cuando creen que serán capaces de afectar e influir con sus opiniones sobre los demás y de conseguir que éstos les acepten, no temen entablar relaciones interpersonales y no renuncian a priori a las interacciones sociales, pasando menos tiempo solas (Salvarezza, 2005).

A su vez, las personas que tienen bajas creencias sobre sus propias capacidades evitan y rechazan participar en aquellas actividades sociales que podrían permitirle sentirse menos solas, derivando en un comportamiento de aislamiento físico y social, por el miedo que sienten a no saber afrontarlas o no poder resolver las dificultades que pudieran surgir no haciendo ningún esfuerzo ni persistir cuando las relaciones no resultan como lo esperaba, reforzando su experiencia de soledad (Garrido y cols. 1999).

En este estudio la muestra presenta un alto nivel de eficacia a diferencia del resultado encontrado por Aguirre y Vauro (2009), quienes encontraron un bajo nivel de eficacia en mayores de 65 años, mientras que Carrasco (2005) encontró que las personas mayores que participan en organizaciones comunitarias se sienten más eficaces.

En el análisis multivariado, la auto-eficiencia no fue estadísticamente significativa como variable predictora de la soledad a diferencia de lo encontrado por Garrido e Isidro (1993) y Fry y Debats (2002) quienes hallaron que la soledad correlacionaba negativamente con la auto-eficiencia que poseía la persona para establecer nuevas relaciones sociales. La diferencia con los estudios citados puede estar dada por el uso de distintas escalas de medida de la auto-eficiencia por una parte y por otra, que en los factores que se asocian con un buen nivel de auto-eficiencia como la edad (nuestra muestra es “más joven”) y la percepción de una buena salud, la muestra en estudio alcanza altos niveles que a su vez estarían influyendo en una alta percepción de eficacia por la muestra entrevistada.

Considerando que en general, las creencias de auto-eficacia pueden ser un factor que puede contribuir a la soledad al reflejar las percepciones o las evaluaciones que tienen las personas de su capacidad para modelar sus pensamiento y emociones de una manera psicológicamente saludable y que la calidad de vida de los adultos mayores mejora mediante el fortalecimiento de la auto-eficacia y del entrenamiento en el auto-cuidado, las habilidades sociales, la resolución de problemas y apoyo social, sería útil que los profesionales que trabajan con personas mayores evaluaran su nivel de auto-eficacia de modo de pesquisar en forma precoz a aquellas personas que tienen un bajo nivel de auto-eficacia y diseñar programas de intervención para fortalecer las creencias de auto-eficacia en esta etapa de la vida y que éstas actúen como un factor protector contra la soledad.

La otra variable independiente estudiada en relación con la soledad fue la satisfacción con la vida, la cual fue estadísticamente significativa tanto en el análisis bivariado como en el multivariado, siendo este resultado coincidente con el encontrado por Inga y Vauro (2006) en el Perú y por Demakakos (2006) en Inglaterra, los estudios coinciden en afirmar que las personas estudiadas que refirieron sentirse solas mostraban índices más bajos de satisfacción con la vida y que la soledad se relacionaba con la satisfacción con la vida independiente de la edad que tuviera la muestra.

Los índices más bajos de satisfacción con la vida se asociaban con la edad (tener más de 80 años), con una escasa relación con amigos y familia, una baja percepción del estado de salud, una situación económica deficiente, todos factores de riesgo que la literatura científica ha asociado también con la soledad, por lo tanto deberían relacionarse siempre en forma

conjunta ambos indicadores, si la persona mayor que estamos atendiendo manifiesta sentirse insatisfecha con la vida, debemos asociarla inmediatamente con la posibilidad que la persona se esté sintiendo sola y no lo esté manifestando o viendo como problema.

4.2.9 Soledad y variables sociales:

Las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la soledad en el análisis bivariado fueron el tener amigos, mantener contacto con los vecinos, el tener familia, la composición del grupo familiar, el tener hijos y el apoyo social. No presentando asociación estadísticamente significativa la realización de actividades de entretenimiento, la participación en organizaciones y los ingresos. En el análisis multivariado solo el apoyo social mantuvo la significancia estadística.

Las redes sociales son prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que amenazan a la persona (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

La red social puede evaluarse desde el punto de vista de su estructura y de su función, la estructura constituye las propiedades de la red (tamaño) y la función se describe como el tipo de intercambio que se da entre los integrantes de la red. Entre los principales tipos de redes se encuentran las redes familiares, las redes no familiares, las comunitarias y las redes institucionales.

En este estudio se analizaron las redes sociales familiares, las no familiares y las comunitarias desde el punto de vista de su estructura, se ha asociado el tamaño de la red con la soledad, cuando ésta es reducida, las personas tienen más posibilidades de sentirse solos siendo especialmente la vejez la etapa de mayor vulnerabilidad pues el tamaño de su red se ve disminuida por factores situacionales como la pérdida del cónyuge, amigos y familiares, pudiendo estas pérdidas convertirse en una dificultad para satisfacer las necesidades básicas de intimidad humana y de integración social contribuyendo así a soledad (Oksoo, 1999).

En este estudio, la muestra tiene una red social compuesta por hijos en un 96%, por 3,3 familiares de confianza (mínimo 1 máximo 15), 2,6 amigos (mínimo 1 y máximo 10), cohabita con 2,61 personas en promedio (mínimo 1 y máximo 10), el 45,7% participa en organizaciones comunitarias especialmente en las de tipo religiosas y clubes de mayores, el 22,5% tiene un contacto a menudo con los vecinos, apoyo social. En el análisis bivariado, presentaron significancia estadística el número de personas que cohabita con el entrevistado ($p < .001$), el grado de contacto con los vecinos ($p = .004$), el 62,9% percibe que no tiene apoyo social ($p < .001$), el tener hijos ($p < .001$), el tener familia ($p < .001$) y el tener amigos ($p = .003$) mientras que la participación comunitaria no fue estadísticamente significativa ($p = .092$). En el análisis multivariante, solo el apoyo social mantuvo su significancia estadística.

Algunos de estos resultados son coincidentes con algunos estudios, por ejemplo Mullins (1992) encontró que quienes tenían poco contacto con los vecinos, no tenían amigos, no tenían hijos o familia se sentían más solos que los que tenían hijos, familia, amigos y además tenían un contacto a menudo con sus vecinos (Cacioppo, 2009).

Las amistades fomentan una pertenencia basada en la proximidad y la convivencia, el contacto con los amigos puede variar por algunas condiciones asociadas con el envejecimiento como los problemas de salud o económicos, la distancia geográfica o un cambio de barrio que puede dificultar la interacción, aún así hay algunos adultos mayores que mantienen amistades por décadas. Los amigos cercanos ejercen una influencia positiva en el bienestar emocional de las personas mayores, proporcionan un apoyo social y emocional que se valora y aprecia porque no es obligatorio, además los amigos son importantes en la prevención o la reducción de la soledad, las personas mayores que tienen contacto con los amigos, especialmente los que residen cerca de ellos y que se encuentran satisfechos con la relación de amistad, están menos solos (Oksoo, 1999).

La falta de amigos hace que las personas mayores sean más vulnerables a la soledad, Demakakos (2006) en un estudio realizado en Londres encontró que tener al menos dos amigos cercanos era una de las mejores maneras de evitar la soledad, también encontró que tanto las personas sin amigos como los que tenían un solo amigo se sentían más solos y que los que se sentían menos solos eran los que tenían entre siete y diez amigos. En futuros estudios sería interesante investigar sobre la estructura y funciones de la red de amigos.

La falta de acceso a algunos miembros de la familia porque se han mudado a otras ciudades o países o bien no tuvieron hijos, hace que las personas mayores se sientan privadas de un contacto social significativo y se sientan más solas, al igual que aquellos que han perdido al cónyuge (Pettigrew y Roberts, 2008). En nuestra muestra tanto la falta de amigos como de familia presentaron una asociación estadísticamente significativa con la soledad.

Un recurso importante para satisfacer las necesidades sociales es el apoyo social que se recibe de la familia, de los amigos, de la comunidad y de las instituciones, cumple una función esencial en la etapa de la vejez pues permite que las personas se sientan parte de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua.

El apoyo social proporciona confianza, compañía, orientación, ayuda instrumental y ayuda emocional y tiene como función mejorar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas y favorecer en las personas el sentimiento de ser cuidado, amado y de que se preocupan de él, que es valorado y estimado, que es miembro de una red de obligaciones mutuas (Barros et al. 2004).

El apoyo social de tipo emocional es el que más se relaciona con la soledad siendo importante los aspectos cualitativos del apoyo más que los cuantitativos. En nuestro estudio tanto en el análisis bivariado como en el multivariado, este se asoció significativamente con la soledad, resultado coincidente con los resultados encontrados por Oksoo (1999) y Savikko, (2005).

En relación a los **ingresos** no se han encontrado muchos estudios que lo hayan incluido como una variable relacionada con la soledad, en los estudios que si lo han hecho (Anderson, 1998; Savikko, 2005; Lauder, 2006; Demakakos et al. 2006) concluyen que a menor ingreso, mayores niveles de soledad.

Solo Mullins (1992) encontró en estudios realizados en Suecia que el ingreso no se relacionaba con la soledad pero él atribuyó esta falta de relación al sistema de bienestar social del país. En nuestro estudio no se encontró relación entre el ingreso y la soledad tal vez debido a que la reforma del sistema previsional ha incorporado una serie de medidas que favorecen a las personas mayores (bonificaciones en los servicios básico, viviendas básicas) contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Otra de las variables que en esta muestra no presentó asociación con la soledad en el análisis multivariado ha sido la **participación en organizaciones**, resultado no coincidente con otros estudios en los cual si se ha encontrado asociación entre ambas variables (Cattan et. Al. 2005; Carrasco; Caccioppo y Hawley, 2009). La afiliación a organizaciones de tipo religiosas es un factor protector para la soledad en general en las personas mayores, en cambio la participación en clubes de mayores sería más beneficiosa para aquellas personas mayores que viven solas; entre las causas que aducen las personas mayores para participar se encuentra la posibilidad de compartir con otras personas, lo que puede interpretarse como una forma de evitar la soledad.

El **tercer y cuarto objetivo** de este estudio fueron identificar algunos factores de riesgo asociados a la soledad en una población de personas mayores así como los factores protectores que podrían hacerla disminuir o no presentarla. Para dar respuesta a estos objetivos se realizó un análisis multivariado de regresión múltiple con catorce variables, algunas con significancia estadística en su relación con la soledad y otras que sin significación tenían fundamentación en la revisión bibliográfica.

Siete predictores significativos de soledad se identificaron en este análisis: la presencia de enfermedades crónicas, la edad, el tipo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud y del ánimo y el apoyo social.

De estos siete predictores de soledad, el modelo de regresión logística permitió identificar dos tipos de factores: aquellos que incrementaban el riesgo de soledad: factores de vulnerabilidad o de riesgo y aquellos que otorgaban un bajo riesgo de experimentar soledad clasificados como protectores.

a) Factores de riesgo:

Los factores de riesgo que aumentaban la vulnerabilidad de las personas para experimentar soledad en este modelo fueron la presencia de enfermedades crónicas (OR 3.76, p 0.036), el tener más de 80 años (OR 2.40 p 0.048) y una baja percepción de salud (OR 2.50 p 0.10).

Resultados coincidentes con los encontrados por Víctor (2005) y Theeke 2009 para las enfermedades crónicas; la edad como factor de riesgo fue coincidente con los resultados de Víctor (2005) pero no con los resultados de Theeke 2009 quien si encontró que la edad era un factor de riesgo para la soledad; la identificación de la baja percepción de salud como factor de riesgo para la soledad fue identificada también por Víctor (2005), Theeke 2009 y Savikko 2005.

b) Factores protectores:

Las variables que predijeron los niveles más bajos de soledad y parecen ofrecer cierta protección contra la soledad son estar de buen ánimo (OR 0.17 p 1.19e-06), contar con apoyo social (OR 0.46 p 2.79e-10), sentirse satisfecho con la vida (OR 0.17 p 3.3e-05), vivir en pareja (OR 0.52 p 0.079).

El buen estado de ánimo se asocia con el deseo de realizar actividades sociales las cuales contribuyen a mantener o aumentar los contactos sociales disminuyendo las posibilidades de experimentar soledad habiendo una relación inversa entre el buen estado de ánimo y la soledad (Porinchi 2007); además un alto nivel de apoyo social correlaciona en forma inversa con la soledad puesto que una cantidad suficiente de lazos de apoyo tienen un efecto positivo sobre las personas contribuyendo a disminuir la posibilidad de experimentar soledad (Oksoo 1999; y Savikko 2005).

Lo mismo ocurre con el vivir en pareja, el tener pareja protege a las personas mayores de la soledad por ser la pareja una fuente importante de apoyo emocional (Oksoo, 1999, Víctor 2005), además si existen una buena relación de pareja, ésta contribuirá a una mayor satisfacción con la vida y a una menor posibilidad de experimentar soledad (Borg 2006).

En cuanto a las variables que no contribuyeron al modelo multivariado como la auto-eficacia, Isidro et al. (1999) encontraron que a mayor nivel de auto-eficacia, menor riesgo de experimentar soledad; el que el sexo no aportara mayores antecedentes al modelo es coincidente con lo encontrado por Víctor (2005) pero no con lo encontrado por Theeke

(2009), siendo congruente con los estudios que refieren que el sexo por sí solo no tiene tanta significancia estadística con la soledad como cuando se la relaciona con otras variables como la edad o el estado civil.

En cuanto a la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios que en este estudio las actividades de entretención que no aportaron más antecedentes que los ya obtenidos por las variables que tuvieron significancia estadística en el modelo de regresión múltiple, Savikko (2005) encontró una estrecha relación entre la soledad y la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de de estudios, la diferencia entre la asociación de estos predictores y la soledad en otros estudios y en este no podría deberse probablemente a las diferencias culturales entre los diferentes países donde se han realizado los estudios y a que en este estudio la soledad fue medida a través de una escala y no a través de una pregunta directa.

El **quinto objetivo** de este estudio estaba relacionado con la realización de un perfil de riesgo de los mayores de la comuna que serían susceptibles de experimentar soledad a las cuales el profesional de enfermería debería pesquisar en forma oportuna para integrarlos a programas de intervención de acuerdo a las necesidades pesquisadas. De acuerdo a esto, se puede concluir que la persona mayor con más probabilidad de experimentar soledad es aquella que:

- a) Tiene 80 y más años,
- b) Cursa con enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis/artritis, con enfermedades respiratorias como la bronquitis y estados depresivos,

- c) Tiene una mala o muy mala percepción de de su estado de salud,
- d) Se siente siempre y la mayoría de las veces desanimada,
- e) No tiene pareja,
- f) Se siente insatisfecha con la vida,
- g) Percibe que tiene un apoyo social deficitario,

4.3 CONCLUSIONES

La soledad es un problema prevalente, previsible para los adultos mayores que debe ser visto como una prioridad en la atención de enfermería comunitaria especialmente al tener el conocimiento de que la soledad se asocia con un estigma social que puede influir en un sub-registro y que por lo tanto la prevalencia podría en realidad ser mayor.

Teniendo en cuenta que la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo socio-demográficos y psicológicos y con el estado de salud, es importante que los adultos mayores en situación de riesgo sean identificados precozmente, saber quién está en riesgo de soledad podría conducir a la elaboración de estrategias preventivas.

Para la población estudiada compuesta por personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso y de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

En relación al **primer objetivo**, las características de las personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso desde el punto de vista socio-demográfico, psicológico y de salud son las siguientes:

4.3.1 Características demográficas:

- a) La proporción de mujeres es mayor que la de hombres, 58,9% y 41% respectivamente.

- b) La edad media de la muestra es de 73,24 años,
- c) El 49% de la muestra tiene menos de 6 años de estudio
- d) El estado civil que predomina es el de viudo (31,4%) y separados (12%).

4.3.2 En relación al estado de salud se concluye que:

- a) La mayoría de las personas de la muestra tienen una buena percepción de su salud (37,7%),
- b) Se sienten siempre de buen ánimo (51,7%),
- c) La mayoría presenta enfermedades crónicas (89,9%) siendo las de mayor importancia la hipertensión arterial (64,3%, la artritis (18%) y la diabetes (40,3%).

4.3.3 De las características psicológicas de la muestra se puede decir que:

- a) La mayoría de la muestra se siente auto-eficaz (60%).
- b) La mayoría se siente satisfecha con la vida (80,3%).

4.3.4 Las características sociales más relevantes de la muestra son que:

- a) El 40% de la muestra percibe menos de una pensión mínima como ingresos,
- b) Menos de un 50% participa en organizaciones comunitarias,
- c) El 55% realiza actividades de entretenimiento, la mayoría al interior de su hogar (71%).
- d) La mayoría dispone de una red social compuesta por hijos (96%), familiares (80,3%) y amigos (55,4%).
- e) El 62,3% percibe que cuenta con apoyo social.

En relación al **segundo objetivo**, se puede concluir que las principales variables independientes predictoras de soledad en las personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso son las siguientes:

4.3.5 Variables demográficas:

- a) La edad (0,009)
- b) El estado civil ($p < 0.001$)
- c) La forma de convivencia $p < 0.001$

4.3.6 Variables psicológicas:

- a) La satisfacción con la vida ($p < 0.001$).
- b) La auto-eficacia ($p < 0.001$).

4.3.7 Variables sociales:

- a) Apoyo social ($p < 0.001$).
- b) Tener familia ($p < 0.001$), tener hijos ($p < 0.001$), tener amigos ($p = 0.003$).
- c) Tener contacto con los vecinos ($p = 0.004$).
- d) Composición del grupo familiar ($p < 0.001$)

4.3.8 Estado de salud:

- a) Enfermedades crónicas: diabetes ($p = 0.045$), bronquitis ($p = 0.036$), depresión ($p < 0.001$) y con la artrosis/artritis ($p = 0.048$).
- b) Percepción del estado de salud ($p = 0.004$).

c) La percepción del estado de ánimo ($p < 0.001$).

En relación al **tercer objetivo**, se concluye que los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso para experimentar soledad son la presencia de enfermedades crónicas, el tener más de 80 años y una baja percepción de salud.

En cuanto al **cuarto objetivo**, los factores protectores que protegen de la soledad a las personas mayores que se atienden en los Centros de Salud de la comuna de Valparaíso son: el estar de buen ánimo, contar con apoyo social, sentirse satisfecho con la vida y el vivir en pareja.

En el **quinto objetivo**, se concluye que el perfil de riesgo de las personas mayores susceptibles de experimentar soledad es el siguiente:

- a) Persona de 80 y más años;
- b) Con enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis/artritis, bronquitis y estados depresivos;
- c) Con una mala o muy mala percepción de su estado de salud;
- d) Que se siente desanimado;
- e) Que no tiene pareja;
- f) Que se siente insatisfecho con la vida y
- g) Que percibe que tiene un deficiente apoyo social.

En respuesta a la pregunta de investigación, se puede concluir que las características demográficas, psicológicas, sociales y el estado de salud presentes en la muestra de personas mayores investigada explicaron el 52% de la varianza de la soledad.

Finalmente se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos establecidos pudiéndose caracterizar la muestra en un primer paso, para luego obtener las asociaciones de las variables predictoras con la soledad, medir la contribución de cada una de ellas en el desarrollo de la soledad y elaborar un perfil de riesgo de la muestra susceptible de experimentar soledad.

4.4 LIMITACIONES

Existen algunas limitaciones en el estudio relacionadas con la representatividad de la muestra, si bien el hecho de utilizar una muestra por conveniencia disminuye los costos económicos y de tiempo no permite generalizar los resultados al resto de la población, sin embargo el control que se ejerció para reducir el sesgo de información fue significativo ya que la omisión de respuestas al cuestionario fue solo del 0,03% y correspondió a nueve personas que no declararon ingresos.

Otra limitación para generalizar los resultados es que sólo se tuvo acceso a las personas que llegaron a solicitar atención a los Centros de Salud, pero se sabe que hay un porcentaje no determinado de personas mayores que no asisten a dichos Centros ya sea porque no consultan en forma oportuna por sus problemas de salud o tienen dificultades para desplazarse hasta el Centro de Salud.

Un factor indirecto que significó tener que aumentar el tiempo destinado al trabajo de campo, fue el seísmo que afectó al país y que hacía que cuando se les hacían las preguntas del cuestionario, las personas empezaban a relatar como lo habían vivido y recordaban además los seísmos anteriores, lo que significó emplear dos meses más en las entrevistas, ya que cada una no debería durar más de media hora alargándose estas hasta una hora.

4.5 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se requiere investigar más sobre la relación entre las diferentes redes sociales en cuanto a su estructura, funciones y atributos de los vínculos, otra línea de investigación puede ser analizar la relación entre la disminución de la capacidad auditiva y de visión con la soledad, la capacidad funcional, con la hipertensión arterial, con las caídas, con la continencia urinaria.

Sería interesante además estudiar la soledad en los “viejo-viejos” para ver si el comportamiento de este grupo es coincidente con los estudios que dicen que así como aumenta la soledad en los mayores de 80 años, esta disminuiría a partir de los noventa años.

Otro foco atractivo de estudio sería estudiar a parejas de ancianos que viven solos, en cuidadores, en personas con enfermedades terminales, comparar la soledad entre personas mayores urbanas y rurales, así como investigar los aspectos positivos de la soledad, puesto que ésta no solo tiene connotaciones negativas sino que hay estudios que señalan del beneficio de estar a solas consigo mismo.

Es necesario además investigar en forma más detallada las sub-escalas del IMSOL-AM y su relación con las distintas variables estudiadas aquí, otro tema a investigar es la validación de la escala de apoyo social en personas mayores y establecer los puntajes de corte para la escala en su totalidad así como de sus sub-escalas.

En fin me parece que el estudio de la soledad es una fuente inagotable de investigación para la práctica de enfermería, puesto que aparte de realizar diagnósticos, se podría evaluar las intervenciones que se realicen para disminuir su impacto en las personas mayores.

4.6 APORTES TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y EMPÍRICOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

La experiencia de soledad ha sido considerada parte fundamental de los conocimientos de enfermería desde los escritos de Hildegard Peplau en 1955, a medida que crece la base del conocimiento de enfermería sobre la relación de la soledad con una serie de factores sociales, psicológicos, demográficos y de salud, es necesario realizar un abordaje bio-psico-social de ésta con un enfoque integral a nivel de las personas, familias y comunidad, considerando las repercusiones de la soledad en la calidad de vida de las personas mayores, es evidente que la soledad debe ser una prioridad para el profesional de enfermería.

Especialmente para aquellas enfermeras que trabajan en salud pública y atención comunitaria y que tienen una relación directa y un rol indirecto en la prevención y detección de la soledad ya que si no podemos evitar que algunas personas experimentan soledad en mayor o menor grado debido a las interacciones y vínculos que se dan entre los factores situacionales y caracterológicos en la vida de las personas, al menos con un diagnóstico oportuno podemos intentar disminuir su impacto.

Uno de los aportes de este estudio ha sido que al haber analizado las variables predictivas desde el punto de vistas de aquellas que aumentan (factores de riesgo) o disminuyen la vulnerabilidad (factores de protección) a la soledad, ha permitido contar con un marco conceptual de considerable potencial para una mejor comprensión de la soledad, que contribuye a la identificación oportuna de las personas que están en riesgo de experimentar soledad, a las cuales mediante la valoración de enfermería se podría focalizar las intervenciones que se requieran.

Otro aporte ha sido la elaboración del perfil de riesgo de las personas mayores que son susceptibles de experimentar soledad lo que permitirá identificar los grupos de riesgo a quienes orientar la intervención de enfermería a través del desarrollo de actividades de promoción de la salud a grupos específicos.

El Inventario Multifacético de Soledad para Adultos Mayores IMSOL-AM al obtener un alto grado de confiabilidad en la muestra estudiada, es un instrumento válido a usar en Chile para medir la soledad en los diferentes grupos de personas mayores.

Un aporte indirecto ha sido conocer el perfil de un grupo de personas mayores que se atienden en los Centros de Salud, este conocimiento que se puede ampliar en la valoración permite focalizar la atención de acuerdo a sus necesidades.

Otro aporte derivado del estudio, es la posibilidad de instaurar una línea de investigación relacionada con la soledad que permita la identificación de otros factores de

riesgo y protectores que no se han estudiado aquí, que permitan una mejor comprensión de los procesos que reducen o amortiguan el impacto de los factores de riesgo identificados, que apoyen intervenciones eficaces y adecuadas para luchar contra la soledad y la exclusión social en la vejez.

REFLEXIÓN FINAL

La soledad es una experiencia interior que tiene la característica de ser poco compartida, de ser dolorosa, que se oculta y de la que no se habla cuando todos por un momento o durante largas etapas de nuestras vidas, la hemos sentido.

Es necesario recordar que la soledad es una pausa que nos permite escucharnos y escuchar, que nos permite convertir el tener en ser, es un compás de espera que nos permite luego compartir lo que hemos hecho propio, lo más importante, lo más íntimo.

Por lo tanto no se trata de evitar los momentos de soledad, sino de que los aceptemos y procuremos incluso de favorecerlos, de modo que aprendamos a vivir en soledad, para que encontremos el sentido de la propia vida y para que podamos establecer con los demás vínculos más sinceros y profundos.

La soledad forzada del otro no puede sernos indiferente, no podemos pasar de largo, puesto que esa soledad se convierte en una exigencia ética para nuestra profesión, debemos por lo tanto, responder activamente a esa soledad forzada, pero también tenemos que ser capaces de abrir espacios en la esfera social para practicar la soledad buscada, esa que nos edifica por dentro.

BIBLIOGRAFÍA

- Agewell Foundation (2010). *Agewell Study on Isolation in Old Age. Agewell Research & Advocacy. Centre, 2,21* New Delhi: autor. Recuperado el 28 de mayo, 2010, de <http://www.agewellfoundation.org>
- Agüera, L., Martín, M., Cervilla, J. (2002). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson
- Aguirre C., Vauro R. (2009). Autoestima y Auto-eficacia de los Chilenos. *Revista Ciencia & Trabajo, 11 (32)*, 111-116. Recuperado el 25 de agosto, 2010 de <http://www.ciencia y trabajo.cl/pdf/32/pagina111.pdf>
- Aleixandre M. (2002). Un modelo teórico sobre la soledad en el mayor. En *Temas de Gerontología IV* (pp.355-367). Granada: Universidad de Granada.
- Aleixandre M. (2004). La soledad en las personas mayores. En N. Yuste, R. Rubio R, M. Aleixandre *Introducción a la Psicología* (pp 213-223). Madrid: Pirámide
- Albala, C., Lebrão, M.L., León, D.Á., Díaz, E.M., Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Publica, 17(5/6)*, 307–22. Recuperado el 20 febrero 2007 de [http:// revista.pah.org/uploads/11364_90050.pdf](http://revista.pah.org/uploads/11364_90050.pdf)
- Albala C., Marín P., Vio F., García C. (2000). *Salud, Bienestar y Envejecimiento, Región Metropolitana, Chile*. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de marzo, 2010 de <http://www.ucursos.cl/medicina/2005/0/.../1/material.../63207>
- Álvarez, E.A. (1994): La amistad en la edad avanzada y el síndrome de la soledad. *Geriátrica 2* (6), 313-316.
- Álvarez M., Martín I. (2004). *Atención a las personas mayores desde la atención primaria*. Barcelona: semFYC.
-

- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2 (4), 264,274. Recuperado el 20 de Julio, 2010 de <http://dx.doi.org/10.1080/13607869856506>
- Andersson, L., Stevens, N. (1993): Associations between early experiences with parents and well-being in old age. *Journal of Gerontology*, 48 (3), 109–116. Recuperado el 1º de diciembre de 2010 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=9&did=5305670&SrchMode=3&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1292266758&clientId=54638&aid=1>
- Argyle, M. (1990). Interacción Social. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.L. Codol (Dir.). *Introducción a la Psicología Social* (pp.223, 244). Barcelona: Ariel
- Aymerich M., Casas F., Salamo A. (2008). Ser mayor y vivir solo o en compañía de otra persona anciana. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 17 (1), 6-11.
- Aza G. (2004). Miedo a la soledad. *Revista Crítica*, 914, 47-50. Madrid: Fundación Castroverde.
- Bäßler, J., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Recuperado el 29 de marzo, 2010 de <http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>
- Bandura, A. (2001): Guía para la construcción de Escalas de Auto-eficacia. *Revista Evaluar*, (2), 1-37. Recuperado el 29 de marzo, 2010 de <http://www.des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>
- Bandura, A. (1995): Sel-Efficacy Theory: An Introduccion. En E. Maddux Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment, Cap 1 pag.3-33. New York: Plenum Pres.

- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84 (2), 191-215. Recuperado el 2 de noviembre 2010 de <http://fates.cns.muskingum.edu/~psych/psycweb/history/bandura.htm>
- Barón, R., Byrne, D. (2002). *Psicología Social*. (8a. ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Barron C.R., Foxall M.J., Von Dollen K., Jones, P.A. & Shull K.A. (1994): Marital status, social support and loneliness in visually impaired people [Abstrac]. *Journal of Advanced Nursing* 19, 272±280. Recuperado el 30 de noviembre, 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11067571>
- Barros, C., Fortes, A., Avendaño, C. (2001) *Componentes de la calidad de vida del adulto mayor*. Informe Fondecyt 1020643. Santiago, Chile.
- Baumeister R.F., & Leary M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. Recuperado el 11 de marzo, 2010 de <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.2.4b/ovid web.cgi>
- Bazo, M.T. (1989). Personas ancianas: Salud y Soledad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 47 (89), 193-223.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literatura. *Issues in Mental Health Nursing*, 27,795–813. Recuperado el 18 de julio, 2010 de <http://www.informaworld.com/smpp/title~content= t713669522>
- Berg, S. Mellström, D. Persson, G. Svanborg, A. (1981) *Journal of Gerontology*. 36(3):342-9, 1981. Recuperado el 1º de noviembre, 2010 de <http://geronj.oxfordjournals.org/content/36/3/342.abstract>

- Berkman, L., Syme, L. (1979): Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents [Abstrac]. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204. Recuperado el 30 de noviembre, 2010 de <http://aje.oxfordjournals.org/content/109/2/186.short>
- Bermejo, J.C (2003): La soledad en los mayores. *Ars Médica* 8(8) 1-12. Recuperado el 26 de julio, 2007 de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art10.html>
- Borg, C., Challberg I.R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 607–618. Recuperado el 26 de septiembre, 2007 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x/pdf>
- Cabezas, J.L. (2001). ¿Qué hacemos frente a la soledad?. En Rubio R., Cabezas J.L. En busca del color, el calor y el sentido de la vejez. (pp.230-234). Granada: Universidad de Granada.
- Cacioppo, J., Hawkley L. (2009). Loneliness. *Chicago Center for Cognitive & Social Neuroscience University of Chicago*, (1-35). Recuperado el 16 de junio, 2010 de <http://www.doxtop.com/browse/dc8c315c/concept-of-loneliness.aspx>
- Cacioppo, J., Hawkley, L., Berstson, G. (2003). The Anatomy of Loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (3), 71-74. Recuperado el 20 octubre, 2007 de <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/chbo3pdf>.
- Cardona, J., Villamil, M. (2006). El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría*, 20(2), 930-938. Recuperado el 6 de junio, 2007 de <http://www.acgg.org.co/revista>.
- Cardona, J. (2000): El Síndrome de Soledad. *Revista Mundo Cristiano*, 39, 40-46.
-

- Carrasco, C. (2005). *Relación entre la Participación de los Adultos Mayores en Proyectos de Promoción de la Salud y su Calidad de Vida*. Tesis de Magíster, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperada el 25 de agosto, 2010 de <http://campusep.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/54/1/Claudia%20Carrasco.pdf>
- Carrol, M., Brue, J. (1989). *Cuidados de Enfermería individualizados en el anciano*. Barcelona: Doyma.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A (2005): Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review. *Ageing and Society*, 25, (1) 41-66. Recuperado el 30 de julio, 2010 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=800757331&sid=1&Fmt=6&clientId=54638&RQT=309&VName=PQD>
- Cencillo, L. (2004): La soledad: nuestro "mal del siglo". *Revista Crítica*, LIV (914), 36-39. Madrid: Fundación Castroverde.
- Cid, P., Orellana, A., Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Auto-eficacia General en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 551-557. Recuperado el 10 de julio, 2010 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>
- Clemente, M.A. (2003). Redes Sociales de Apoyo en relación al proceso de Envejecimiento Humano: Revisión Bibliográfica. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 20(1), 31-60. Recuperado el 6 de junio, 2007 de <http://redalyc.uae.mx/pfd/180/18020103.pdf>
- Cohen, C., Teresi, J., Holmes, D (1985): Social Networks, Stress, Adaptation, and Health A Longitudinal Study of an Inner-City Elderly Population. *Research on Aging*, 73 (3) 409-431. Recuperado el 30 julio 2010 de <http://roa.sagepub.com/content/7/3/409>

Cramer, K., Barry, J. (1999). Conceptualización and measures of loneliness a comparison of subscales. *Personality and Individual Differences* 27 (3) 491-502. Recuperado el 10 de diciembre 2010 de http://www.sciencedirect.com/science?_ob= MImg&_imagekey=B6V9F-3Y6GX1D1&_cdi=5897&_user=654849&_pii=S0191886998002578&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=09%2F30%2F1999&_sk=999729996&wchp=dGLbVzW-zSkzV&md5=538e583b2043edf0ffab5f7b87809fb8&ie=/sdarticle.pdf

Criteria Research. (2009). *Fuerza Mayor, Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno*. Santiago, Chile.: Autor. Recuperado el 23 de abril, 2010 de http://www.superintendenciadeasalud.cl/documentacion/569/articles_5336_recurso_1.pdf.

De la Serna, I. (2007). *Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos*. Madrid: Instituto de Salud Pública, Consejería de Madrid. Recuperado el 1º de mayo, 2010 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/serna-saludmental-01.pdf>

Del Barrio, E., Castejón, P., Sancho, M., Tortosa, M.A (2010): La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 45 (4), 189-195.

Demakakos, P., Nunn, S., Nazroo, J. (2006). Loneliness, relative deprivation and life satisfaction. En Banks, J and Breeze, E and Lessof, C and Nazroo, J, (eds.) Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2) (297 – 338). Londres: The Institute for Fiscal Studies. Recuperado el 10 de noviembre, 2010 de <http://www.ifs.org.uk/elsa/report06/ch10.pdf>

Diccionario de la Lengua Española (2001). Real Academia Española 22ª Ed. Consultado el 20 de julio 2008 en <http://rae.es/rae.html>

Diccionario de sinónimos y antónimos (2005). Espasa-Calpe. Recuperado el 10 de noviembre de <http://www.wordreference.com/sinonimos/acomp%C3%B1amiento>

Diener, E., Emmons, R., Larsen, A. y Griffin, R. (1985). The satisfactions with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75, 1985. Recuperado el 10 de junio de 2008 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=110&sid=4aed548c736445-aa0f-47c556a7906a%40sessionmgr104&vid=4>

Di Tommaso, E., Brannen, C., Best, L. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*. 64 (1) 99-119. Recuperado el 10 de diciembre 2010 de <http://epm.sagepub.com/content/64/1/99>

Di Tommaso, E., Spinner, B. (1993). The Development and Initial Validation of Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences* 14 (1) 127-134. Recuperado el 10 de diciembre 2010 de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V9F-45XV2JX-4X1&_cdi=5897&_user=654849&_pii=0191886993901823&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F1993&_sk=99985999&view=c&wchp=dGLzVtbSkz&md5=e51ce4c9f39a00b84a886ab2fc195077&ie=sdarticle.pdf

Donaldson, J., Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of advanced nursing*. (24), 952-959. Recuperado el 26 de septiembre, 2007 de <http://www.journalofadvancednursing.com>

Dugan, E., Kivett, V.R. (1994): The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist*, 34 (3), 340–346. Recuperado el 30 de

noviembre 2010 de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=29&did=1649475&SrchMode=3&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1292009660&clientId=54638&aid=1>

Dykstra, P, Fokkema, T (2007): Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29 (1) 1-12. Recuperado el 1º de noviembre , 2010 de <http://ics.uda.ub.rug.nl/FILES/root/Articles/2007/DykstraPA-Social/DijkstraPA-Social-2007.pdf>

Erikson, E (s.f): El desarrollo del niño, las etapas de su Ciclo Vital de acuerdo a la teoría psicosocial del desarrollo humano. Recuperado el 2 de noviembre de 2010 de http://www.network-press.org/?erik_erikson

Ellaway, A., Wood, S., Macintyre, S (1999): Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British Journal of General Practice*, 49 (442), 363–367. Recuperado el 30 de noviembre, 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313421/pdf/10736886.pdf>

Ernst, J., Cacioppo, J. (1999): Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied & Preventive Psychology* 8 (1) 1-26. Recuperado el 30 de Julio de <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/ec98.pdf>

Escotet, G., González, G., Flores J.A. (2001): Programa de Intervención Paliativo del Sentimiento de Soledad en el Anciano. *Revista Medicina Integral*, 37 (9), 408-415.

Expósito, F., Moya, M. (2000): Percepción de la soledad. *Psicothema*, 12 (4), 579-585. Recuperado el 10 de julio 2008 de <http://www.psicothema.com/pdf/375.pdf>

- Expósito, F., Moya, M. (1999): Soledad y Apoyo Social. *Revista de Psicología Social*, (14)2-3, 297-31.
- Federación Mundial de Salud Mental. (1999). La salud mental y el envejecimiento. *Psiquiatría Pública*, 11, (5-6), 169-175. Recuperado el 1° de mayo, 2010 de <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf1156/1156inf1.pdf>
- Fericgla, J. (2002). *Envejecer, Una Antropología de la Ancianidad*. Barcelona: Herder
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L. W. (1999): A model of loneliness. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 54(B), 231–239. Recuperado el 13 noviembre, 2010 de <http://www.psychsocgerontology.oxfordjournals.org>
- Florenzano, F. (2008). *Investigación y Prevención del Suicidio en Chile: Contribución de los aspectos contextuales y sociales*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 14 de mayo, 2010 de http://www.psiquiatriauc.cl/jornada_suicidio_en_chile.
- Franzoi, S. (2003). Atracción interpersonal. En *Psicología Social*, (4a.ed.), cap. 11, pag. 431-439. México: McGraw Hill.
- Fritsch, R., Araya, R., Solís, J, Montt, E., Pilowsky, D., Rojas, G. (2007). Un ensayo clínico aleatorizado de farmacoterapia con monitorización telefónica para mejorar el tratamiento de la depresión en la atención primaria en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 135, 587-595. Recuperado el 27 de abril, 2010 de http://www.scielocl/scielo.php?pid=S0034-8872007000500006&script=sci_arttext
- Fry, P., Debats, D. (2002): Self-Efficacy Beliefs as Predictors of Loneliness and Psychological Distress in Older Adults. *International Journal Aging and Human Development*, 55(3),
-

233-269. Recuperado el 18 de julio, 2010 de <http://journalseek.net/cgi-bin/journalseek/journalsearch.cgi?field=issn&query=0091-4150>

Fundación Telefónica Chile (s.f): Adulto mayor: Mas años a la vida, mas vida a esos años. Santiago de Chile: Autor. Recuperado el 5 junio, 2007 de <http://www.simondcirene.cl/pdf/adulto-mayor.pdf>

Garmendia, M.L., Alvarado, M.E., Montenegro, M., Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas, *Revista Médica de Chile*, 136, 169-178. Recuperado el 1º de julio, 2008 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/art05.pdf>

Gómez, V., Villegas de Posada, C., Barrera, F., Cruz, J.L. (2007). Factores Predictores de Bienestar Subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, (2), 311-325. Recuperado el 25 de agosto, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80539208.pdf>

Guajardo, G., Huneeus, D. (2006): Las narrativas de la participación social entre adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación. *Notas de Población*, XXX (77), 17-34. Recuperado el 2 de junio, 2007 de http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p1.pdf

Guzmán, J., Huenchúan, S., Montes de Oca, V. (2006). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. *Serie Seminarios y Conferencias*, N° 30. Santiago: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Recuperado el 13 de noviembre, 2007 de <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones>

- Hector-Taylor, L., Adams, P. (1996): State versus trait loneliness in elderly New Zealanders [Abstrac]. *Psychology Reports*, 78, 1329–1330. Recuperado el 3 de diciembre de 2010 de <http://www.ophsource.org/periodicals/ophta/medline/record/MDLN.8816051>
- Hawkley, Ph.D. & John T. Cacioppo (2010) Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 40 (2) 18–227. Recuperado el 5 de Noviembre, 2010 de <http://www.springerlink.com/content/428245342678247t/fulltext.pdf>
- Herrera, M.S., Barros C., Fernández, B. (2008): *Resultados de Primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en la Vejez, Chile 2007*. Recuperado el 18 de octubre, 2010 de http://www.uc.cl/sociologia/download/encuesta_04_junio.pdf
- Hopkins, K., Hopkins, B.R., Glass G (1997): *Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento*, 3a.edición. México: Prentice Hall.
- Hoyl, T., Valenzuela, E., Marín, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la versión de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 18 (11), 1199-1204. Recuperado el 28 de junio, 2010 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext
- Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L., Cacioppo, J. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26, 655-672. Recuperado el 10 de diciembre 2010 de <http://roa.sagepub.com/cgi/content/abstract/26/6/655>

- Iglesias, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado el 20 de febrero, 2007 de <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2001). Instrumentos para la evaluación de la soledad. *Portal Mayores* Recuperado el 20 de julio, 2008 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentación/especiales/soledad/instrumentos>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2010): Casen 2009 Adulto Mayor. Recuperado el 6 de noviembre, 2010 de http://www.mideplan.cl/casen2009/Casen2009Adulto_Mayor.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). Adulto Mayor en Chile. *Enfoque Estadístico 26 de septiembre 2007*. Recuperado el 10 de marzo, 2007 de http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques_estadisticos.php
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). ¿Cuántos somos?. *Enfoque Estadístico 13 julio*. Recuperado el 9 de abril, 2010 de http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques_estadisticos.php
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2006): CASEN Familia. Recuperado el 19 de febrero, 2009 de http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Resultados_Familia_Casen_2006.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2005). Chile hacia el 2050, Proyecciones de Población. *Monografías Estadísticas N°1*. Recuperado el 20 de abril, 2010 de disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/demografia.php
- Instituto Nacional de Estadística (2004): Primeras Tablas de Mortalidad del Siglo XXI. *Enfoque Estadístico n°21*. Recuperado el 10 de marzo, 2010 de http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2004/files/en0604.pdf
-

- Instituto Nacional de Estadística. (2003): Enfoque Estadístico nº 16, Octubre. Santiago: Autor.
Recuperado el 5 de junio, 2007 de <http://www.senama.cl/Archivos/712.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2002). *Censo Nacional de Población 2002*. Recuperado el 20 de marzo 2007 de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/demografia.php
- Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., Stuck, A.E. (2007). Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *British Journal of General Practice*, 57(537), 267-268.
Recuperado el 18 octubre, 2008 de <http://ukpmc.ac.uk/backend/ptpmcrender.cgi?accid=PMC2043334&blobtype=pdf>
- Inga, J., Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima –Perú. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 475-485. Recuperado el 30 de julio 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750304>
- Isidro, I., Vega, M.T., Garrido, E. (1999): Determinantes psicosociales de la experiencia de soledad. *Revista de Psicología Social*, 14 (1), 55-65.
- Izquierdo, C. (1994). La ancianidad, Nueva Frontera. En *Envejecer y vivir con alegría*, Tomo I. (pp 1-119) Bilbao: Ediciones Mensajero
- Jadresic E., Araya, R. (1995): Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123: 694-699
- Jirón, M., Machado, M., Ruiz, R. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista Médica de Chile*, 136, 1147-1154. Recuperado el 27 de abril, 2010 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000900009&script=sci_arttext

- Johson, M., Bulechek, G. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos de Enfermería, Resultados e Intervenciones*. (2a.ed.). Madrid: Elsevier-Mosby
- Jong-Gierveld, J. & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299. Recuperado el 9 de diciembre 2010 de <http://conservancy.umn.edu/bitstream/102185/1/v09n3p289.pdf>
- Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology. Recuperado el 9 de diciembre 2010 de http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.
- Jylhä, M. (2003). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne du Vieillissement*, 23 (2), 157–168. Recuperado el 30 de junio, 2010 de http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/canadian_journal_on_aging/v023/23.2jylha.pdf
- Karnick, P. (2005). Feeling Lonely: Theoretical Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 18 (1), 7-12. Recuperado el 28 de mayo, 2010 de <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/7>
- Kiecolt-Glaser, J., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C., Garner, W., Glaser, R. (1984): Urinary Cortisol Levels, Cellular Immunocompetency, and Loneliness in Psychiatric Inpatients. *Psychosomatic Medicine* 46 (1) 15-23. Recuperado el 13 de noviembre, 2010 de <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/46/1/15.pdf>
- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 762-770. Recuperado el 28 de noviembre, 2009 de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119123308/abstract>
-

- Klein, M., (1963): Sobre el sentimiento de soledad, (s.f) Recuperado el 18 de noviembre de 2010 de <http://psicosi.com/sobreelsentimientodesoledad-1963-MelanieKlwein-contin>
- Laforet, J. (1991). La Necesidad de pertenencia. En *Introducción a la Gerontología*, (145-168). Barcelona: Herder.
- Landeros, R., González, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16 (002), 179-157. Recuperado el 24 de abril, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116204.pdf>
- Larson, R., Zuzanek, J., Mannell, R. (1985): Being alone versus being with people: Disengagement in the daily experience of older adults [Abstrac]. *Journal of Gerontology*, 40 (3),375–381. Recuperado el 3 de diciembre 2010 de <http://geronj.oxfordjournals.org/content/40/3/375.abstract?citedby=yes&legid=geronj;40/3/375>
- Lauder, W., Mummery, K., Sharkey, S. (2006). Social capital, age and religiosity in people who are lonely. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (3), 334–340. Recuperado el 19 de marzo, 2008 de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118513605/home>
- Lauder, W., Sharkey, S. & Mummery, K. (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 88–94. Recuperado el 23 de junio, 2010 de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118779271/PDFSTART>
- Lemus y Yáñez, 1986: Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis de Grado no publicada. Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 22 de noviembre 2009 de <http://sibuc.uc.cl/sibuc/site/artic/20070130/pags/20070130115024.php>
-

López, F. (2010): ¿Por qué los afectos y la sexualidad en la vejez son asuntos tan importantes?.

En Felix López La sexualidad y el afecto en la vejez, Madrid: Pirámide (en prensa)

López, J (2005): *Personas mayores viviendo solas: La autonomía como valor en alza*. Madrid:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Lunaigh, C., Lawlorz, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 1213–1221. Recuperado el 18 de Julio, 2010 de

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/4294/home?CRETRY=1&SRETRY=0>

Lucas Vaquero, M.V. (2003). Compilacion de técnicas para una evaluación multidimensional

en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación. Recuperado el 30 de julio del 2008 de

<http://www.ugr.es/~master/master/descargas/LucasVaquero.pdf>

Marangoni, C., Ickes, W. (1989). Loneliness: A Theoretical Review with Implications for

Measurement. *Journal of Social and Personal Relationships* 6, 93-128. Recuperado el 4

de diciembre 2010 de <http://spr.sagepub.com/content/6/1/93>

Marín, P.P. (2007): Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las

personas mayores. *Revista. Médica de Chile*, 135 (3)392-398. Recuperado el 1º de

noviembre, 2010 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n3/art16.pdf>

Martínez, C. (2004). La soledad, una presencia hecha de ausencias, *Revista Crítica*, 914,31-35.

Madrid: Fundación Castroverde.

Marriner, A., Raile,M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* 6ª Ed. España:Elsevier

McInnis, G., White, J. (2001). A Phenomenal Exploration of Loneliness in the Older Adult.

Archives of Psychiatric Nursing, XV (3), 128-139. Recuperado el 23 de junio, 2010 de

<http://www.sciencedirect.com/science>

- McWhirter, B. (1990). Factor analysis of the revised UCLA Loneliness Scale. *Current Psychology*, 9 (1) 56-68. Recuperado el 30 de noviembre 2010 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=111&sid=b64774d6-5346-4d3e-8591-ca7e2f8c04f8%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=bth&AN=9701290188>
- Mejías, L., Serrano, M. (2000): *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid: Ediciones D.A.E (Grupo Paradigma)
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Revista PSYKHE*, 13 (1), 79-89. Recuperado el 30 de agosto, 2010 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext
- Mendoza-Parra, S., Merino, J.M., Barriga, O.A. (2009). Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2) 105-112. Recuperado el 17 de agosto, 2010 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a02.pdf>
- Milos, P., Larrain, A., Simonetti, M (2009): Categorización de Servicios de Enfermería. Propuesta para asegurar una Atención de Calidad en tiempos de escasez de Enfermeras. *Revista Ciencia y Enfermería* XV (1) 17-24. Recuperado el 2 de noviembre, 2010 de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art03.pdf>
- Milos, P. (2005 octubre): Responsabilidad ética-legal de la Gestión del Enfermería y de los procesos médicos delegados. Ponencia presentada en el 1^{er}. Congreso Internacional de Gestión en Enfermería. Santiago, Chile. Recuperado el 13 de noviembre de 2006 de <http://www.slideshare.net/jansplus/gestin-del-cuidado-paulina-milos>
-

- Miranda, V., España, M., Gillmore, M. (2007). *Diagnóstico de la situación económica y social de los adultos mayores*. Santiago: Ministerio de Planificación. Recuperado el 20 de septiembre, 2007 de http://infopais.mideplan.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=86&Itemid=1
- Ministerio de Planificación. (2006). *Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional: Trabajo e Ingresos*. Recuperado el 10 de febrero, 2009 de <http://www.mideplan.cl/casen/Estadisticas/ingresos.html>
- Ministerio de Planificación. (2006). *Resultados Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional: Adulto Mayor*. Recuperado el 23 de abril, 2010 de <http://mideplan.cl>
- Ministerio de Planificación. (2006). *Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional*. Recuperada el 10 de febrero, 2010 de <http://www.mideplan.cl/casen/Estadisticas>
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión*. Recuperado el 8 de mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud. (2008). *Estudios AUGE*. Recuperado el 8 de mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>
- Ministerio de Salud. (2006). *II Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud*. Recuperada el 24 de junio, 2010 de <http://www.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud. (2003). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Recuperado el 1° de mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud. (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado el 9 de mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>.

- Ministerio de Salud. (2002). *Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010*. División de Rectoría Sanitaria del Departamento de Epidemiología. Recuperado el 8 de mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud. (2000). *Encuesta Calidad de Vida y Salud*. Recuperado el 9 mayo, 2010 de <http://www.minsal.cl>.
- Monreal, M., Musitu, G., Pérez, V (2006): Potenciar las habilidades sociales en las personas mayores. En V. Pérez J.L. Malagón, Muñoz, L. (dir.) *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. (pp.87-100). Sevilla:Dykinson, S.L.
- Montero, M., Rivera-Ledesma, A. (2009). Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor. *Revista de Conducta, Salud y Temas Sociales*, 1 (1), 59-67. Recuperado el 24 de febrero, 2010 de <http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/viewFile/382/361>
- Montero-López Lena M., Rivera-Ledesma, A: (2009) Soledad en el Adulto Mayor IMSOL-AM: en A.L. González Celis (ed). *Evaluación en Psico-gerontología*. México: El Manual Moderno. Pag123-131
- Montero, M., Sánchez, J.J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: Un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24 (1), 19-27. Recuperado el 14 de julio, 2007 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/.../ArtPdfRed.jsp?>
- Montero, M. (1999): *Soledad: Desarrollo y validación de un Inventario Multifacético para su medición*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F, México.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier-Mosby.

- Moyano, E., Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 2 (22), 177-193. Recuperado el 23 de julio, 2008 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762007000200012&script=sci_arttext
- Muchnik, E., Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: EUDEBA,
- Mullins, LC., Elston, CH.,Gutkowski, SM. (1996): Social Determinants of loneliness among older Americans [Abstrac]. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 122 (4), 455–654. Recuperado el 1º de diciembre 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8976599>
- Mullins, L., Mushel, M. (1992). The Existence and Emotional Closeness of relationship with Children, Friends and Spouses: The Effect on Loneliness Among Older Persons. *Research on Aging*, 14 (4),448-470. Recuperado el 23 de junio, 2010 de <http://roa.sagepub.com/content/27/6/725.full.pdf+html>
- Mullins, L., Berezovsky, M. (1992): Estudio de los factores relacionados con la soledad entre los ancianos de cuatro comunidades de Argentina. *Revista de Gerontología* 4, 212-220.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide
- Murphy, F. (2006). Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nursing older people*, 18 (5), 222-225. Recuperado el 23 de junio, 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16827061>
- Myers, D. (2001). *Psicología Social*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Naciones Unidas. (2009). *World Population Ageing 2009*. New York, Estados Unidos: Autor. Recuperado el 18 de septiembre, 2010 de <http://www.un.org/es/development/desa/news/population/elderly-population.shtml>
-

- Navarro, E., Meléndez, J., Thomas, J. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 18 (1), 19-25.
- Nilsson, B., Lindström, U., Naden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 93–101. Recuperado el 20 de julio, 2010 de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118610697>
- Oksoo, K. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1082-1088. Recuperado el 30 de Julio, 2010 de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bin/full/text/11903426/PDFSTART>
- Olivares-Tirado, P., Salazar, B. (2007): Impacto del Envejecimiento en el Gasto en salud: Chile 2002-2020, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, julio. Consultado el 5 de mayo 2010, disponible en: http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-3517_recurso_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental, Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado el 1° de Mayo, 2010 de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública*. [On line]. Washington, Estados Unidos: Autor. Recuperado el 1º de julio, 2010 de http://new.paho.org/hg/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2796
- Ortiz, T. (2000). Psicología de la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 10 (2), 66-91.
-

- Oviedo, H., Campos, A. (2005): Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXIV (4), 572-580. Recuperado el 1º de octubre, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634409.pdf>
- Pelechano, V. (2000) *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel Psicología
- Pennix, B., Van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Boeke, P., Deeg, H., Van Eijk, M. (1999): Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 151–168. Recuperado el 2 de diciembre 2010 de <http://jah.sagepub.com/content/11/2/151.full.pdf+html>
- Peplau, H. (1955). Soledad. En *Teoría Interpersonal en la Práctica de la Enfermería*. Trabajos seleccionados de Hildegard Peplau. A. Werner, S. Roustin (eds.). Barcelona: Masson.
- Perlman, D (2004): European and Canadian Studies of Loneliness among Seniors. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement* 23 (2), 181-188. Recuperado el 13 de noviembre, 2010 de <http://muse.jhu.edu/journals/cja/summary/v023/23.2permanent.html>
- Pettigrew, S., Roberts M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging & Mental Health*, 12 (3), 302-309. Recuperado el 20 de Julio 2010 de <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802121084>
- Pilosof, N. (1987). *Soledad y Comunicación*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, España.
- Porinchu, D. (2007). Self, Social, and Family Perceptions in Relation to Loneliness Controlling for Depression among Individuals with Schizophrenia . *The Internet Journal of Mental Health*. (4) 1. Recuperado el 1º de marzo 2007 de http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_mental_health/
-

- Puig, M., Lluch, M. T., Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20 (1), 9-14.
- Quiroga P., Albala C., Klaasen G. (2004): Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Médica de Chile* 132, 467-478. Recuperado el 15 de octubre de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n4/art09.pdf>.
- Revilla, L., Castillo, L., Bailón, E., Medina, I. (2005). Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia (And)*, 6 (1), 10-18. Recuperado el 1º de julio, 2008 de <http://www.samfyc.es/Revista/pdf/v6n1/03.pdf>
- Rivera-Ledesma, A., Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Revista de Salud Mental*, 18 (6), 51-58. Recuperado el 17 de julio, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262807.pdf>
- Rodríguez, S., Carmelo, H. (2006). Validación del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, (7), 155- 168. Recuperado el 1º de julio, 2008 de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/psicodebate7.html>
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20 (4), 159-166.
- Rodríguez, M. (2000). La soledad de las personas mayores. *Revista de Orientación Familiar*, (21), 57-58
- Rodríguez, M. (1999). *Sociología de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Roig, J. (2004). La soledad en la sociedad contemporánea. *Revista Crítica*, (914), 20-25. Madrid: Fundación Castroverde.
-

Rokach, A. (2002, junio): Loneliness in old age: The effects of culture on coping with it.

Ponencia presentada en la 4ª Convención bianual de la Sociedad de Estudios Psicológicos y Sociales, Toronto, Canadá. Recuperado el 13 de noviembre, 2010 de <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED472963.pdf>

Rokach, A. (2001). Strategies of coping with loneliness throughout the lifespan. *Current*

Psychology, 20 (1) 3-18. Recuperado el 20 de octubre, 2010 de [http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&hid=105&sid=ee6ade3c-6e42-42a6-ade809331da848b0%40sessionmgr110&bquery=\(JN+%22Current+Psychology%22+AND+DT+20010301\)&bdata=JmRiPWJ0aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&hid=105&sid=ee6ade3c-6e42-42a6-ade809331da848b0%40sessionmgr110&bquery=(JN+%22Current+Psychology%22+AND+DT+20010301)&bdata=JmRiPWJ0aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)

[http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&hid=105&sid=ee6ade3c-6e42-42a6-ade809331da848b0%40sessionmgr110&bquery=\(JN+%22Current+Psychology%22+AND+DT+20010301\)&bdata=JmRiPWJ0aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&hid=105&sid=ee6ade3c-6e42-42a6-ade809331da848b0%40sessionmgr110&bquery=(JN+%22Current+Psychology%22+AND+DT+20010301)&bdata=JmRiPWJ0aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)

Rokach, A., Moya, M., Orzeck, T., Expósito, F (2001): Loneliness in North America and Spain.

Social Behavior and Personality 29 (5) 477-490. Recuperado el 13 de noviembre, 2010 de

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=106&sid=web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=106&sid=e028a1a3-559f-4a2e-9a80-76f7d53838fc%40sessionmgr111>

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=106&sid=e028a1a3-559f-4a2e-9a80-76f7d53838fc%40sessionmgr111>

Rokach, A. (2000). Strategies of coping with loneliness throughout the lifespan. *Current*

Psychology, 20 (1) 3–18. Recuperado el 3 de diciembre 2010 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=119&sid=709dae55-9c03-462c-83b5efb28ea8a2fo%40sessionmgr111&vid=4&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=b#th&AN=4801781>

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=119&sid=709dae55-9c03-462c-83b5efb28ea8a2fo%40sessionmgr111&vid=4&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=b#th&AN=4801781>

Rokach, A. (1990). Surviving and Coping with Loneliness. *Journal of Psychological*, 124 (1) 39-

54. Recuperado el 3 de diciembre 2010 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=119&sid=494e896d-f868-4487-b3b2-67aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=367aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=3>

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=119&sid=494e896d-f868-4487-b3b2-67aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=367aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=3>

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=119&sid=494e896d-f868-4487-b3b2-67aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=367aab5d517e8%40sessionmgr111&vid=3>

- Rokach, A. (1988). The experience of loneliness: A tri-level model. *Journal of Psychology*, 122 (6) 531–544. Recuperado el 6 noviembre, 2010 de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfview er?vid=3&hid=105&sid=971bda4e-5016-4156-b60c04cfdab31d98%40sessionmgr104>
- Rojas, G. (2009). Depresión. *Medwave*, X (4). Recuperado el 8 de abril, 2010 de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Conferencias/4495>
- Rojas, A., Fernández, J., Pérez, C (1998): *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Rubio, A. (2007): *Superando la Soledad*. Barcelona: Amat.
- Rubio, R. (2010): *La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la Escala ESTE*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado el 19 de abril 2010 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=1&id=57466&irPag=1&clave=hr1ml6J8B5&pos=1>
- Rubio, R. (2004): La soledad en las personas mayores. Portal Mayores. Recuperado el 10 febrero, 2007 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Rubio, R., Aleixandre, M., Lara, R., Elipe, M., Sánchez, H. (2002). Satisfacción con la relaciones de pareja y soledad. *Temas de Gerontología Social IV*, (445-456). Granada: Universidad de Granada.
- Rubio, R., Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinar en Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Rubio, R., Aleixandre, M. (1999). La escala “este”, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Revista Geriátrika*, 15 (9), 396-405.
-

- Rubio, R., Cabezas, J.L. (1997). Habilidades sociales en el contexto interdisciplinar. En *Temas de Gerontología Social II* (404-405). Granada: Universidad de Granada.
- Rubio, R., Sánchez, M. (s.f). La problemática de la soledad en los mayores, apunte Departamento de Psicología Evolutiva, Universidad de Granada.
- Salvarezza, L. (2001). *El envejecimiento: Psiquis, poder y tiempo*. Buenos Aires: Eudeba
- Sánchez, M., Lara, R., Elipe, M. (2001). Provisiones sociales, En R. Rubio, J.L. Cabezas. En *busca del color, el calor y el sentido de la vejez* (231-). Granada: Universidad de Granada.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E., Pitkälä, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41 (3), 223-233. Recuperado el 23 de junio, 2010 de <http://sciencedirect.com/science?>
- Seeman, T. (2000): Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults [Abstrac]. *Public Health Nursing*, 17(3), 160-168. Recuperado el 30 de noviembre 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11067571>
- Seidmann, S. (2006). Tipos de Apego según Bolwy. Recuperado el 20 de noviembre 2010 de <http://www.altillo.com/exámenes/uba/psicologia/psicosoc/psicosoc2006resumenb.asp>
- Sequeira, D. (2009): *Soledad y Conductas de Afrontamiento en Mayores Chilenos*. Tesina para obtener la Suficiencia Investigativa, Doctorado en Gerontología Social, Universidad de Granada, Granada, España.
- Sequeira, D. (1998). *Envejecimiento y salud mental*. Apunte de clases Taller de Autocuidado. Valparaíso: Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso.
-

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009): Las personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile: Autor.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2007). *Datos generales de la población adulta mayor: aspectos socio-demográficos, estadísticas e indicadores*. Recuperado el 6 de abril, 2010 de <http://www.senama.cl/dinamico/noticias.aspx?idDo=19&idTd=105idDo=19&idTd=10idDo=19&idTd=10>

Silva, Juana. (2005): Evaluación Funcional Adulto Mayor EFAM-Chile. *Medwave*, Edición Enero. Recuperado el 20 de febrero, 2008 de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/Geriatria2003/Evaluacion/667>.

Silva, Juana. (2004). Inseguridades sociales y tercera edad. *En Foco*, 30. Santiago: Expansiva. Recuperado el 9 de abril, 2010 de http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/15092004125149.pdf

Schmidt, N., Sermat. V. (1983). Measuring Loneliness in Different Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44 (5) 1038-1047. Recuperado el 18 de julio 2010 de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfDownloadURL&_method=download&_orig=browse&_tockey=%23toc%237201%231983%23999559994%23658114%23FLP%23&_auth=y&_version=1&refSource=toc&_pubType=J&PDF_DDM_MAX=20&_cdi=7201&_hunk=0&view=c&go=&count=22&pdfDownload=download&count=22&_subId=10593734&_acct=C000035398&_version=1&_userid=654849&md5=f58e3bdf789ba1c5b22ba0e72d25cd2b

Scholz, U., Schwarzer, R., Gutiérrez, B., Sud, S. (2002): Is Perceived Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 22 Cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251. Recuperado el 29 de marzo, 2010 de <http://www.logisens>.

com/resourceFiles/General_Self-Efficacy_Scale2.pdf

Sherbourne, C.D., Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medecine* 32 (2) 705-714. Recuperado el 15 de julio de 2010 de http://www.science.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VBF-4663C2N-HK-1&_cdi=5925&_user=654849&_pii=027795369190150B&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=12%2F311%2F1991&_sk=999679993&wchp=dGLzVzb-zSkzV&md5=c3bba980236be19b7113eb6ec4ca2bd9&ie=/sdarticle.pdf

Speck, R.V., Atteave, C.L. (2000). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.

Sosa, D. (1994). Duelo, soledad y depresión. En *Envejecimiento y Psicología de la salud*. (73-234). Madrid: Siglo XXI

Stokes, J. (1985). The Relation of Social Network and Individual Difference Variables to Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (4), 981-990. Recuperado el 23 de junio, 2010 de http://www.sciencedirect.com/science?_

Tilburg, T., Havens, B., Jong Gierveld, J (2004): Loneliness among Older Adults in the Netherlands, Italy, and Canada: A Multifaceted Comparison. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement* 23 (2): 169-180. Recuperado el 30 de Julio de http://muse.jhu.edu/journals/canadian_journal_on_aging/v023/23.2tilburg.pdf

Theeke, L. (2009). Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (5) 387-396. Recuperado el 23 de junio, 2010 de <http://www.psychiatricnursing.org/>

Toldos, M.P., Báguena, M.J. (2005). Criterios de respuesta cualitativos en la batería de habilidades interpersonales en personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(2),106-118.

- Tomaka, J., Thompson, S., Palacios, R. (2006). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging and Health*, (18), 359-384. Recuperado el 18 de Julio de <http://jah.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/3/359>
- Torralba, F. (2004). La soledad como experiencia. *Revista Crítica*, (914), 26-29. Madrid: Fundación Castroverde,
- Ubillos, S., Barrientos, J. (202): Relaciones interpersonales, atracción y amor. En J. F Morales, D. Páez, A. Komblit, D. Asún, Psicología Social (1ª, pp.201-234). Buenos Aires: Prentice Hall.
- Vara, A., Inga, J. (2006). *Calidad de Vida de Adultos Mayores de 60 años en Lima-Perú, Estudio Piloto Psicométrico y Análisis Psicométrico*. Recuperado el 15 de marzo, 2007 de http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/calidad_vidaPsicogerontologia_08.htm
- Vargas, R. (s.f.): Percepción de la soledad de los ancianos por los pobladores de Ironcollo, Cochabamba. Recuperado el 4 de octubre de 2007 de <http://www.ucbcb.edu.bo>
- Vicenzi, H., Grabosky, F. (1987). Measuring the Emotional/Social Aspects of Loneliness and Isolation. *Journal of Social Behavior and Personality*. 2 (2) 257-270. Recueprado el 1º de diciembre 2010 de <http://pao.chadwyck.co.uk/PDF/1292498277544.pdf>
- Víctor, C., Scambler, S., Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in latter life: a survey of older people in Great Britain. *Aging & Society*, 25 (3) 357-375. Recuperado el 30 de julio, 2010 de http://journals.cambridge.org/download.php?file=2FASO25_03%2FS0144686X04003332a.pdf&code=6fc581e6d0967325d563057d88374391
-

- Villa, J. (2010). Conferencia europea “La salud mental y el bienestar de las personas mayores” La prevención y la promoción de la salud mental como reto para la sociedad europea. *60 y Más Cuadernos*, XVI (293). Recuperado el 13 septiembre, 2010 de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/cuadernos.pdf>
- Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 8, 1, 103-116. Recuperado el 10 de diciembre 2010 de <http://www.ijpsy.com/Volumen8/num1/187/adaptación-al-castellano-de-la-escala-para-ES.pdf>.
- Yeh, J., Lo, S. (2004): Living Alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behaviour and Personality* 32(2), 129-138. Recuperado el 13 de noviembre de 2010 de <http://www.deakin.edu.au/dro/eserv/DU:30006590/lo-livingalone-2004.pdf>

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS

Tabla nº 1.1	Porcentaje de mayores de 60, 65 y 80 años en el mundo y regiones, 2009	35
Tabla nº 1.2	Instrumentos de Medición de la Soledad	174
Tabla nº 2.1	Variables demográficas	202
Tabla nº 2.2	Estado de Salud	204
Tabla nº 2.3	Variables psicológicas	204
Tabla nº 2.4	Variables sociales	207
Tabla nº 2.5	Puntajes mínimos y máximos Escala de Apoyo Social	214
Tabla nº 2.6	Confiabilidad Escalas utilizadas en el estudio	219
Tabla nº 2.7	Características demográficas de los mayores de la prueba piloto	221
Tabla nº 3.1	Distribución porcentual de la muestra según motivo de consulta	237
Tabla nº 3.2	Estadísticos descriptivos de la Escala de Apoyo Social MOS	247
Tabla nº 3.3	Estadísticos descriptivos del Inventario IMSOL-AM	250
Tabla nº 3.4	Estadísticos descriptivos de los factores de la escala IMSOL-AM	252
Tabla nº 3.5	Confiabilidad escalas utilizadas	253
Tabla nº 3.6	Análisis bi-variado de la variable soledad y variables demográficas	255
Tabla nº 3.7	Análisis bi-variado de la variable soledad y el estado de salud	259
Tabla nº 3.8	Análisis bi-variado de la variable soledad y variables psicológica	260
Tabla nº 3.9	Análisis bi-variado de la variable soledad y variables sociales	262
Tabla nº 3.10	Modelo final del Análisis de Regresión Logística	265
Tabla nº3.11	Riesgo asociado a las variables predictoras	266

Tabla nº4.1	Prevalencia comparada de enfermedades crónicas entre la muestra y estudios chilenos	275
-------------	---	-----

INDICE DE FIGURAS

Figura nº 1.1	Proporción de mujeres según edad a nivel mundial, 2009	36
Figura nº 1.2	Distribución de la población por grupo etario y sexo, Chile, 2010	40
Figura nº 1.3	Pirámide de población, Chile 1975-2010	41
Figura nº 1.4	Distribución de la población urbano-rural, Chile 2005-2020	42
Figura nº 1.5	Esperanza de vida al nacer, a los 60 años y a los 65 años, Chile 1970-2050	43
Figura nº1.6	Porcentaje de personas mayores de 60 años, Chile, 2000-2050	44
Figura nº 1.7	Índice de envejecimiento, Chile, 1975-2050	45
Figura nº 1.8	Distribución de la población según sexo, Chile, 2000-2020	46
Figura nº 1.9	Distribución de las personas mayores de 65 años por zona y sexo, Chile, 2006	46
Figura nº 1.10	Distribución de las personas mayores de 60 años según grupos de edad, Chile, 2010	47
Figura nº 1.11	Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y grupo de edad, Chile, 2010	48
Figura nº 1.12	Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y estado civil, Chile, 2006	49
Figura nº 1.13	Distribución de las personas mayores de 60 años según religión, Chile, 2004	49

Figura nº 1.14	Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo de hogar, Chile 2007	50
Figura nº 1.15	Distribución de familias unipersonales según sexo y grupo de edad, Chile 2007	51
Figura nº 1.16	Años de escolaridad de las personas mayores de 60 años según sexo y quintil de ingreso, Chile 2009	52
Figura nº 1.17	Porcentaje de participación de las personas mayores de 60 años según sexo, Chile 2003-2006	53
Figura nº 1.18	Actividades que realizan las personas mayores de 60 años en su tiempo libre según sexo	54
Figura nº 1.19	Porcentaje de ocupación de las personas mayores de 60 años según sexo, Chile 2009	55
Figura nº 1.20	Tipo de Actividad laboral desempeñada por las personas mayores de 60 años, Chile 2009	56
Figura nº 1.21	Distribución de las personas mayores de 60 años según ingresos percibido, Chile 2006	57
Figura nº 1.22	Distribución de las personas mayores de 60 años jubiladas según sexo, Chile 2008	58
Figura nº 1.23	Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo de pensión que percibe, Chile 2009	58
Figura nº 1.24	Distribución de las personas mayores de 60 años según tipo de sistema de atención en salud	59

Figura nº 1.25	Distribución de las personas mayores de 60 años según su percepción del estado de salud y sexo, Chile 2006	60
Figura nº 1.26	Distribución de las personas mayores de 60 años según enfermedades crónicas según grupo de edad, Chile 2006	61
Figura nº 1.27	Distribución de las personas mayores de 60 años según grado de discapacidad, Chile 2004.	62
Figura nº 1.28	Distribución de las personas mayores de 60 años según síntomas depresivos en el último mes y año y edad, Chile 2003	71
Figura nº 1.29	Tasa de suicidios en la población total, Chile 1997-2005	72
Figura nº 1.30	Tasa de suicidios según grupos de edad, Chile 2005	73
Figura nº 1.31	Distribución porcentual de los problemas de salud mental, Chile 2006	76
Figura nº 1.32	Distribución porcentual de las personas mayores de 60 años según puntaje obtenido en SF12	76
Figura nº 1.33	Distribución de las personas mayores de 60 años según sexo y dificultad para realizar las actividades sociales, Chile 2006	77
Figura nº 1.34	Porcentaje de personas mayores de 60 años según síntomas de ansiedad, estrés o ansiedad, Chile 2006	78
Figura nº 1.35	Distribución de las personas mayores de 60 años según estado anímico y sexo, Chile 2009	79
Figura nº 1.36	Distribución de las personas mayores de 60 años según estado anímico y edad, Chile 2009	80

Figura nº 1.37	Distribución de las personas mayores de 60 años según principales preocupaciones, Chile 2009	81
Figura nº 1.38	Distribución de las personas mayores de 60 años según aspectos negativos asociados a la edad, Chile 2008.	82
Figura nº 1.39	Distribución de las personas mayores de 60 años según deterioro cognitivo y zona de residencia Chile 2000-2003.	83
Figura nº 1.40	Distribución de las personas mayores de 60 años según grado de deterioro cognitivo, Chile 2009	83
Figura nº 1.41	Distribución de la población según síntomas depresivos en el último mes y año, Chile 2003.	88
Figura nº 1.42	Tasa de suicidios en la población total y en mayores de 65 años, Chile 1997-2005	90
Figura nº 1.43	Tasa de suicidios en mayores de 65 años según sexo, Chile 1997-2005	91
Figura nº 1.44	Modelo de Soledad en las personas mayores.	126
Figura nº 1.45	Modelo de discrepancia de soledad	141
Figura nº 1.46	Modelo de soledad de Jong-Gierveld	143
Figura nº 1.47	Esquema de soledad según necesidades afectivas	153
Figura nº 1.48	Soledad: representación de causas, efectos y factores asociados	175
Figura nº 2.1	Modelo de Soledad propuesto	195
Figura nº 3.1	Distribución porcentual de la muestra según frecuencias de edad	233
Figura nº 3.2	Distribución porcentual de la muestra según sexo y edad	234

Figura nº 3.3	Distribución porcentual de la muestra según estado civil	235
Figura nº 3.4	Distribución porcentual de la muestra según relación de parentesco	235
Figura nº 3.5	Distribución porcentual de la muestra según tipo de vivienda que habita	236
Figura nº 3.6	Distribución porcentual de la muestra según si se ha cambiado de domicilio	236
Figura nº 3.7	Distribución porcentual de la muestra según su auto-percepción de salud	237
Figura nº 3.8	Distribución porcentual de la muestra según su auto-percepción del estado de ánimo	238
Figura nº 3.9	Distribución porcentual de la muestra según número de patologías crónicas declaradas	238
Figura nº 3.10	Distribución porcentual de la muestra según tipo de patología crónica en control	239
Figura nº 3.11	Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la Escala de Auto-eficacia.	240
Figura nº 3.12	Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la Escala de Satisfacción con la Vida.	240
Figura nº 3.13	Distribución porcentual de la muestra según grado de Satisfacción con la Vida	241
Figura nº 3.14	Distribución porcentual de la muestra según su nivel de estudios	241

Figura nº 3.15	Distribución porcentual de la muestra según su situación laboral	242
Figura nº 3.16	Distribución porcentual de la muestra según tipo de actividad laboral que desempeña	242
Figura nº 3.17	Distribución de la muestra según frecuencia de los ingresos	243
Figura nº 3.18	Distribución porcentual de la muestra según quintil de ingreso	244
Figura nº 3.19	Distribución porcentual de la muestra según tipo el tipo de vivienda y el contacto con los vecinos.	244
Figura nº 3.20	Distribución porcentual de la muestra según tipo frecuencia de contacto con los vecinos	245
Figura nº 3.21	Distribución porcentual de la muestra según frecuencia de realización de actividades de entretención.	246
Figura nº 3.22	Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la escala de Apoyo Social MOS	246
Figura nº 3.23	Distribución porcentual de la muestra según tamaño de su red social	247
Figura nº 3.24	Distribución porcentual de la muestra según número de personas que cohabitan	248
Figura nº 3.25	Distribución porcentual de la muestra según tipo de organización en la que participa	249
Figura nº 3.26	Distribución porcentual de la muestra según frecuencia puntaje de la Escala IMSOL- AM	250
Figura nº 3.27	Distribución porcentual según el puntaje de la frecuencia de los	251

	factores escala IMSOL_AM	
Figura nº 3.28	Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la sub- escala Alienación Familiar	252
Figura nº 3.29	Distribución de la muestra según frecuencia del puntaje de la sub- escala Insatisfacción Familiar	252
Figura nº 3.30	Riesgos asociados a las variables predictoras de la soledad con sus IC al 95%	268

ANEXOS

ANEXO nº1

INSTRUCTIVO ENCUESTA CALIDAD DE VIDA (SOLEDAD)

Estimado Sr. Entrevistador (a):

Para asegurar un nivel confiable de respuestas de la persona mayor que entrevistará y evitar su cansancio y el sesgo en las respuestas que puedan influir en el posterior análisis de la información, se ruega seguir las indicaciones que a continuación se enuncian.

I.- Generales:

1. Preséntese diciendo su nombre y solicite su colaboración para responder a las preguntas que le hará a continuación, si él está de acuerdo en participar.
2. Especifique que la entrevista durará como máximo 30 minutos y que le Agradece su disponibilidad de tiempo.
3. Ponga énfasis en la importancia de su colaboración para saber más sobre la situación de las personas mayores en el país.
4. Al realizar la entrevista, evite quedar de espaldas a la luz, ésta evitará que la persona entrevistada le vea bien.
5. **No** mencione la palabra soledad, refiérase al estudio diciendo que es sobre la calidad de vida, de modo de evitar que la persona por no reconocer su soledad, no sea veraz en sus respuestas.
6. **No** lea los subtítulos de los temas de la entrevistas, éstos son solo orientadores de la estructura del cuestionario

7. En algunas preguntas, se requiere para una mayor comprensión de ella y evitar el sesgo en la respuesta, que le muestre al entrevistado la tarjeta que contiene las alternativas de respuesta a dicha pregunta.
8. Registre el Centro de Salud donde está realizando la entrevista.

II. Entrevista

Lea la pregunta en forma pausada y mirando siempre al entrevistado, mostrando cuando corresponda la Tarjeta de Respuesta.

1. Pregunta 2: registre el número de años que está viudo (a) el entrevistado.
2. Pregunta 4: pregunte los años que acaba de cumplir, si no recuerda, pregunte por la fecha de nacimiento o si tiene documento de identidad.
3. Pregunta 6: consulte por la actividad remunerada que está realizando.
4. Pregunta 7: registre el número de años que lleva jubilado, si dice que trabaja pero que no tiene jubilación, consulte si tenía imposiciones.
5. Pregunta 8: registre el monto de la jubilación, pensión o cantidad de dinero que dispone para pasar el mes.
6. Pregunta 16: registrar el número de personas que duermen en casa diariamente, no las personas ocasionales.
7. Pregunta 17: registre en la hoja de respuesta, las personas que viven con él según su relación de parentesco.
8. Pregunta 18: consulte el motivo por el cual concurrió al Centro de Salud.
9. Pregunta 19: explique que a contar de esta pregunta, le mostrará una tarjeta que contiene todas las respuestas posibles a las preguntas que le hará y que por favor le señale en la

- tarjeta cual es su respuesta. A continuación, muéstrole la **Tarjeta de Respuestas nº1** de la apreciación de su salud.
10. Pregunta 20: Muéstrole la **Tarjeta de Respuesta nº2** de la pregunta relacionada con el estado de ánimo.
11. Pregunta 21: consulte si está en control periódico por algún problema de salud diagnosticado en el Centro de salud, registre las patologías por las cuales está en control.
12. Preguntas 22-31: pásele la **Tarjeta de Respuesta nº3** explicándole que a las preguntas que le hará a continuación, debe responder eligiendo una de las respuestas de la tarjeta, que debe elegir aquella que más lo interpreta.
13. Pregunta 32 y 33: pregúntele si participa en alguna organización comunitaria, grupo o Asociación, registre todas las que le mencione. Si la organización en la cual participa no está entre las enumeradas, regístrela en ¿Cuál?.
14. Pregunta 34: Consulte por las actividades que realiza para entretenerse (por ejemplo ver TV, escuchar radio, salir, etc.) y la frecuencia con que lo hace, registrando la actividad y el número de veces que la realiza a la semana, mes o año.
15. Preguntas 35 a 39: pásele la **Tarjeta de Respuesta nº4** explicándole que a las preguntas que le hará a continuación, debe responder eligiendo una de las respuestas de la tarjeta, que debe elegir aquella que más lo interpreta
16. Pregunta 40 a 59: pásele la **Tarjeta de Respuesta nº5** explicándole que a la pregunta que le hará a continuación, debe responder eligiendo una de las respuestas de la tarjeta, que debe elegir aquella que más lo interpreta
17. Pregunta 60: explique que la pregunta se refiere acerca de si el familiar es el confidente al igual que el amigo, se refiere al mejor amigo (a), que no todos los familiares y amigos
-

actúan como confidentes. Anote el número de familiares y amigos de este tipo que el entrevistado tiene.

18. Pregunta 61 -79: pásele la **Tarjeta de Respuesta nº6** explicándole que a las preguntas que le hará a continuación, debe responder eligiendo una de las respuestas de la tarjeta, que debe elegir aquella que más lo interpreta

Una vez terminadas las preguntas, consulte si quiere agregar algún comentario o hacer alguna observación referida con la entrevista, si refiere que no, agradézcale el haber participado en el estudio y que sus respuestas serán de gran utilidad para éste. Informe que si quiere saber más sobre el estudio puede consultar con la investigadora a cargo del estudio en el correo electrónico que indica en la tarjeta.

ANEXO nº2

TARJETAS DE RESPUESTAS

Tarjeta de Respuestas nº1 Pregunta 19

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
-----------	-------	---------	------	----------

Tarjeta de Respuesta nº2 Pregunta 20

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
---------	--------------	---------------	----------	-------

Tarjeta de Respuesta nº3 Preguntas 22-31

No es cierto	Apenas Cierto	Más bien Cierto	Cierto
--------------	---------------	-----------------	--------

Tarjeta de Respuesta nº4 Preguntas 35 - 36 – 37 – 38 – 39

No, en absoluto	No, apenas	Más bien no	Ni sí, ni no
-----------------	------------	-------------	--------------

Más bien sí	Sí, bastante	Sí, del todo
-------------	--------------	--------------

Tarjeta de Respuesta nº5 Pregunta 40 a 59

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
----------------	---------------------------	---------------	------------	-------

Tarjeta de Respuesta nº6 Preguntas 61– 79

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
-------	-------------	---------------	---------------------	---------

(representación en tamaño reducido)

ANEXO nº3

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Diener, Emons, Larsen y Griffin, 1985)

A continuación hay cinco frases, que reflejan cómo pueden pensar y sentirse las personas respecto a su vida. Con la siguiente graduación de 1 a 7, indique con toda sinceridad en qué punto de ellas se encuentra y siente. Marque con una cruz el número que corresponde a su respuesta

1= No, en absoluto

2= No, apenas

3= Más bien no

4= Ni sí, ni no

5= Más bien sí

6= Sí, bastante

7= Sí, del todo

1. Mi vida, en casi todo, responde a lo que aspiro	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son buenas	1	2	3	4	5	6	7
3. Hasta ahora, en mi vida, he logrado cosas que eran importantes para mí	1	2	3	4	5	6	7
4. Si volviese a nacer, cambiaría bastantes cosas en mi vida	7	6	5	4	3	2	1
5. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO nº 4

ESCALA DE AUTOEFICACIA (Bäbler, Schwarzer y Jerusalem, 1996)

A continuación, usted encontrará una serie de frases relacionadas con su capacidad para resolver situaciones, Indique por favor la opción que más se ajusta a su forma de resolver dichas situaciones

	No es cierto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1. ¿Puede encontrar la manera de obtener lo que quiere aunque alguien se le oponga?.	1	2	3	4
2. ¿Puede resolver problemas difíciles si se esfuerza lo suficiente?.	1	2	3	4
3. ¿Le es fácil persistir en lo que se propone hasta llegar a alcanzar sus metas?	1	2	3	4
4. ¿Confía en que puede manejar eficazmente acontecimientos inesperados?.	1	2	3	4
5. ¿Puede superar situaciones imprevistas gracias a sus cualidades y recursos?	1	2	3	4
6. Cuando se encuentra en dificultades ¿puede permanecer tranquilo/a porque cuenta con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles?.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, en lo general ¿es usted capaz de manejarlo?.	1	2	3	4
8. ¿Puede resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario?.	1	2	3	4
9. Si se encuentra en una situación difícil, ¿se le ocurre generalmente qué debe hacer?.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, ¿se le ocurren varias alternativas de cómo resolverlo?.	1	2	3	4

ANEXO nº5

IMSOL - AM (Montero y Rivera-Ledesma, 2009)

Enseguida encontrará una serie de preguntas que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. ¿Siente que solo cuenta consigo mismo (a).?	4	3	2	1	0
2. ¿Se siente rechazado (a)?	4	3	2	1	0
3. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su futuro?	4	3	2	1	0
4. ¿Se siente aislado (a)?	4	3	2	1	0
5. ¿Se siente incomprendido (a) en su familia?	4	3	2	1	0
6. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	4	3	2	1	0
7. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Se siente encerrado (a) en mi mismo (a)?	4	3	2	1	0
9. ¿Se siente solo (a)?	4	3	2	1	0
10. ¿Se siente apartado (a) de su familia?	4	3	2	1	0
11. ¿Se siente abandonado (a)?	4	3	2	1	0
12. ¿Siente su vida vacía?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente que su familia desconoce sus sentimientos?	4	3	2	1	0
14. ¿Se siente insatisfecho (a) con mi vida?	4	3	2	1	0
15. ¿Siente que su familia desaprueba su manera de ser?	4	3	2	1	0

16. ¿Siente que su vida carece de propósito?	4	3	2	1	0
17. ¿Se siente desamparado (a)?	4	3	2	1	0
18. ¿Siente que la soledad es su única compañía?	4	3	2	1	0
19. ¿Siente que su vida está llena de conflictos y tristeza?	4	3	2	1	0
20. ¿Se siente triste?	4	3	2	1	0

ANEXO nº6

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS (Sherbourne y Sterwar. 1991)

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

1. Aproximadamente, ¿cuántos familiares/amigos cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el n.º familiares _____ y de amigos cercanos _____

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5

11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO nº7



Investigación sobre Calidad de Vida en los Adultos Mayores Porteños

Centro de Salud _____

Código

Estimado Sr. (a):

Un equipo de investigadores universitarios con la colaboración de la Dirección del Área de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, se encuentra realizando una investigación para conocer algunas dimensiones relacionadas con la calidad de vida de los adultos mayores de la Comuna de Valparaíso.

Nuestro interés es conocer su opinión sobre aspectos relacionados con su salud, con la capacidad suya para resolver problemas, con su satisfacción con lo que ha hecho hasta ahora y con sus redes de apoyo social.

Para poder cumplir con este propósito, se requiere contar con su colaboración y participación, para lo cual es necesario que responda a **todas** las preguntas que le hará el entrevistador, pues ello contribuirá a una mejor interpretación de la información que usted aporte. Toda la información obtenida será tratada en forma confidencial.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Para empezar, ¿Podría decirme cuál es su estado civil?

Soltero₁ Viudo₂ Separado₃ Casado/viviendo en pareja₄

2. Si ha respondido que está viudo (a) ¿cuántos años hace que esta viudo(₇)

3. ¿Cuál es su sexo:

Hombre₁ Mujer₂

4. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?
5. ¿Cuál es su nivel de estudios?
No sé leer ni escribir₁ Básica incompleta₂ Básica completa₃
Enseñanza Media incompleta₄ Media completa₅ EstudiosTécnicos₆
EstudiosUniversitarios₇
6. ¿Trabaja usted actualmente? (trabajo remunerado)
No₁ SI₂ ¿En qué trabaja usted? _____
7. Si está jubilado, ¿cuánto tiempo hace que jubiló?
8. Sus ingresos mensuales son de:
9. ¿Se ha cambiado usted de domicilio en el último tiempo?
No SI ¿Cuánto tiempo hace que se cambió?
10. ¿Cuántos años lleva viviendo en su actual barrio?
11. ¿Vive usted en casa₁ o departamento₂
12. El vivir en un determinado tipo de vivienda puede condicionar el que podamos relacionarnos más o menos con la gente. ¿Cree usted que el vivir en la vivienda en que vive, le permite tener contacto con la gente?
Mucho₁ Bastante₂ Regular₃ Poco₄ Ninguno₅
13. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia conversó con sus vecinos?
Nunca ₁ Casi nunca₂ Algunas veces₃ A menudo₄ Muy a menudo₅
14. ¿Tiene usted hijos?
SI₁ NO₂
15. ¿Vive usted solo o acompañado?
SI₁ NO₂
16. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluyéndose usted? _____
-

17. ¿Con quién vive usted habitualmente?:

	SI ₁	NO ₂
Esposo(a)/pareja		
Hijos (as) _b		
Nietos _c		

	SI ₁	NO ₂
Otros familiares _d		
Empleada _e		

II. ESTADO DE SALUD:

18. Hablemos ahora de su salud ¿Podría decirme por qué motivo ha venido al Consultorio?

Consulta de Morbilidad₁ Consulta de crónicos (médico)₂ Farmacia₄
 Consulta Enfermera₃ Consulta Nutricional₅ Consulta Asistente Social₆

19. En comparación con otras personas de su edad, usted diría **en este momento**, que su salud es:

Muy buena ₄ Buena ₃ Regular ₂ Mala ₁ Muy mala ₀

20. ¿Con qué frecuencia en las **últimas 4 semanas**, se ha sentido usted desanimado (a) o deprimido (a)?

Siempre Casi siempre₁ Algunas veces₂ Rara vez₃ Nunca₄

21. ¿Está usted en control por algunas de las siguientes enfermedades?

	SI ₁	NO ₂
Diabetes _a		
Hipertensión Arterial _b		
Problemas de huesos _c (Artrosis– Artritis)		
Depresión _e		
Bronquitis – Asma _f		
Problemas de memoria _g		
Problemas urinarios _d		
Otra ¿Cuál?		

III.- SATISFACCIÓN CON LA VIDA

A continuación hay cinco frases, que reflejan cómo pueden pensar y sentirse las personas respecto a su vida. Con la siguiente graduación de 1 a 7, indique con toda sinceridad en qué punto de ellas se encuentra y siente. Marque con una cruz el número que corresponde a su respuesta

1= No, en absoluto 2= No, apenas 3= Más bien no
 4= Ni sí, ni no 5= Más bien sí 6= Sí, bastante 7= Sí, del todo

22. Mi vida, en casi todo, responde a lo que aspiro	1	2	3	4	5	6	7
23. Las condiciones de mi vida son buenas	1	2	3	4	5	6	7
24. Hasta ahora, en mi vida, he logrado cosas que eran importantes para mí	1	2	3	4	5	6	7
25. Si volviese a nacer, cambiaría bastantes cosas en mi vida	7	6	5	4	3	2	1
26. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

IV.- AUTOEFICACIA

A continuación, usted encontrará una serie de frases relacionadas con su capacidad para resolver situaciones, Indique por favor la opción que más se ajusta a su forma de resolver dichas situaciones

	No es cierto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
27. ¿Puede encontrar la manera de obtener lo que quiere aunque alguien se le oponga?.	1	2	3	4
28. ¿Puede resolver problemas difíciles si se esfuerza lo suficiente?.	1	2	3	4
29. ¿Le es fácil persistir en lo que se propone hasta llegar a alcanzar sus metas?	1	2	3	4
30. ¿Confía en que puede manejar eficazmente acontecimientos inesperados?.	1	2	3	4
31. ¿Puede superar situaciones imprevistas gracias a sus cualidades y recursos?	1	2	3	4
32. Cuando se encuentra en dificultades ¿puede permanecer tranquilo/a porque cuenta con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles?.	1	2	3	4
33. Venga lo que venga, en lo general ¿es usted capaz de manejarlo?.	1	2	3	4
34. ¿Puede resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario?.	1	2	3	4

35. Si se encuentra en una situación difícil, ¿se le ocurre generalmente qué debe hacer?.	1	2	3	4
36. Al tener que hacer frente a un problema, ¿se le ocurren varias alternativas de cómo resolverlo?.	1	2	3	4

37. ¿Pertenece usted a alguna asociación u organización comunitaria?

SI₁ NO₂

38. ¿En qué tipo de Institución participa usted?

Deportiva₁ Sindicato₂ Religiosa₃ Junta de Vecinos₄ Voluntariado₅

Cultural₆ Colegio Profesional₇ Club de Mayores₈ Otra₉

¿Cuál? _____

39. ¿Realiza usted alguna actividad para entretenerse?

NO₁ SI₂ ¿Qué actividad?₃ _____ Frecuencia₄ _____

V.- INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE SOLEDAD PARA ADULTOS MAYORES (IMSOL-AM)

Enseguida encontrará una serie de preguntas que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
40. ¿Siente que solo cuenta consigo mismo (a).?	4	3	2	1	0
41. ¿Se siente rechazado (a)?	4	3	2	1	0
42. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su futuro?	4	3	2	1	0
43. ¿Se siente aislado (a)?	4	3	2	1	0

44. ¿Se siente incomprendido (a) en su familia?	4	3	2	1	0
45. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	4	3	2	1	0
46. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la vida?	4	3	2	1	0
47. ¿Se siente encerrado (a) en mi mismo (a)?	4	3	2	1	0
48. ¿Se siente solo (a)?	4	3	2	1	0
49. ¿Se siente apartado (a) de su familia?	4	3	2	1	0
50. ¿Se siente abandonado (a)?	4	3	2	1	0
51. ¿Siente su vida vacía?	4	3	2	1	0
52. ¿Siente que su familia desconoce sus sentimientos?	4	3	2	1	0
53. ¿Se siente insatisfecho (a) con mi vida?	4	3	2	1	0
54. ¿Siente que su familia desapruueba su manera de ser?	4	3	2	1	0
55. ¿Siente que su vida carece de propósito?	4	3	2	1	0
56. ¿Se siente desamparado (a)?	4	3	2	1	0
57. ¿Siente que la soledad es su única compañía?	4	3	2	1	0
58. ¿Siente que su vida está llena de conflictos y tristeza?	4	3	2	1	0
59. ¿Se siente triste?	4	3	2	1	0

VI.- APOYO SOCIAL

60. Aproximadamente, ¿cuántos familiares/amigos cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el n.º familiares _____ y de amigos cercanos _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
61. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
62. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
63. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
64. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
65. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
66. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
67. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
68. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
69. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
70. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
71. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
72. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
73. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
74. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
75. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
76. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
77. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
78. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
79. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Desea hacer usted algún comentario?

Le agradecemos su colaboración.