

Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia)

Vulnerability factors associated to the perception of social loneliness in older adults from the department of Quindío (Colombia)

Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbeláez Caro, Andrés Ahumada Trejos, Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín y Julián Andrés Velasco Gómez

Universidad de San Buenaventura Medellín¹

Autor para correspondencia: Juan Gonzales Portillo, juancgp9@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción. El objetivo de la presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, con alcance correlacional de temporalidad transversal, fue describir los factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en un grupo de adultos mayores. *Método.* La población de participantes fueron los adultos mayores atendidos en diferentes instituciones de apoyo al adulto mayor del departamento del Quindío (Colombia), y la muestra fue elegida mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. *Instrumentos.* Ficha de caracterización, Examen Cognoscitivo Mini-Mental, Escala de Soledad Social y Cuestionario Breve de Calidad de Vida. *Resultados.* Se halló una relación inversa entre la soledad social o percepción de soledad social con las dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores, principalmente en la habilidad funcional y la educación. No se encontraron diferencias entre los grupos de estudio. *Discusión.* Los factores de aislamiento y de pérdida de integración social afectan directamente la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: Calidad de Vida; Vejez; Soledad; Vulnerabilidad social; Psicología.

ABSTRACT

Objective. This quantitative, descriptive, and correlational cross-sectional study aimed to describe the vulnerability factors associated with the perception of social loneliness in a group of older adults. *Method.* Participants: The population consisted of older adults from different support institutions for older adults in the department of Quindío (Colombia). Participants were selected through non-probabilistic purposive sampling. *Instruments.* Participants responded to a characterization form, the Mini-Mental Status Examination, the Social Loneliness Scale (ESTE II), and the Brief Quality of Life Questionnaire (CUBRECAVI). *Results.* Among the main findings, there is an inverse relationship between social loneliness or perceived social loneliness and the dimensions that make up quality of life in older adults, mainly in functional ability and education. There were no

¹ Extensión Armenia, Barrio Sesenta Casas, Cra. 23 D #4-07, Armenia, Quindío, Colombia.



differences among the study groups. Discussion. Results suggest that the factors of isolation and loss of social integration directly affect the quality of life of older adults.

Key words: Quality of life; Old age; Loneliness; Social vulnerability; Psychology.

Recibido: 23/02/2021.

Aceptado: 22/06/2021.

El envejecimiento es, *per se*, uno de los tópicos más amplios de estudio y análisis de las ciencias humanas modernas, no solo por su connotación biológica y psicológica, sino también por sus repercusiones económicas y culturales. Por tal razón, el propio término es polisémico; no es lo mismo envejecer que conceputar la etapa de la adultez mayor; sin embargo, para los fines de este ejercicio de investigación se ahondará en cómo se construye la vulnerabilidad en las personas que se encuentran en la etapa o ciclo biológico de la ancianidad, dada la percepción de soledad social y familiar que ellos mismos describen. Por consiguiente, es preciso abordar en primer lugar el concepto de *adultez mayor*, lo que puede servir de base para entender, a partir de la evidencia disponible, cómo se construye la vulnerabilidad como consecuencia de la soledad, la cual puede traducirse como una sensación de abandono de tipo psicológico.

El envejecimiento es un proceso natural caracterizado por el ocaso de las funciones vitales (Alvarado y Salazar, 2014), declive que, no obstante, comienza al momento mismo del parto, por lo que no es posible afirmar que solamente en la última parte del ciclo vital “envejece” la persona y, con ello, se deterioran sus procesos biológicos y psicológicos. Es así como, junto con las demás etapas del ciclo vital, el inicio de la ancianidad es un axioma en el que confluyen tanto las ciencias sociales como las biológicas y psicológicas. En 1989, la Organización Mundial de la Salud decretó que el anciano es una persona con una edad que supera los 60 años (*cf.* Hernández, 2014). Es en esta edad cuando se supone que comienza el últi-

mo periodo vital del sujeto humano. Pareciera, entonces, que el propio cuerpo y sus procesos sufren lo que se podría considerar como “fecha de vencimiento”. Un proceso que ilustra adecuadamente esta idea es el de la *apoptosis*, mediante el cual el cuerpo programa su propio declive. La cuestión es que, en la edad “avanzada”, la apoptosis, sumada a los factores patógenos y psicógenos, funge como un factor de riesgo para las personas que comienzan el estado natural de la vejez. Autores como García (2003) consideran la vejez como un “rompecabezas” ya que es un inquietante y siempre novedoso campo de investigación.

El funcionamiento biológico del cuerpo se somete en todo su crecimiento y desarrollo, así como a su mengua a ciertos factores filo y ontogénicos; estos dos elementos se expresan en la edad adulta como el resultado de una danza que ha atravesado todas las etapas vitales, e incluso –y que hasta ahora parece ser la más singular– la etapa de gestación (García, 2003). Es por tal razón que las personas no envejecen igual, y aunque se intente proponer una teoría unificada de la vejez, esta se someterá siempre a su falsación por medio de la evidencia que proveen las diferentes culturas y sociedades humanas. Tal fue el caso de uno de los padres de la neurociencia moderna, Santiago Ramón y Cajal (1934), quien, junto a otros pensadores, consideraron posible construir teorías universales sobre el fenómeno del envejecimiento.

Es por ello natural que las reflexiones antropológicas, sociológicas y económicas ofrezcan para las ciencias biológicas y psicológicas un marco de referencia sobre cómo entender la ancianidad según sus formas sociales y culturales. Vera (2011), a partir de una perspectiva antropológica, entendió que la ancianidad es muy diferente en Occidente y en Oriente. Según este autor, “Occidente teme profundamente el envejecimiento, pues se trata de una etapa que va acompañada de un desvanecimiento de la presencia socialmente valorada de los cuerpos jóvenes [de] su potencial productivo” (p. 23). Así, se puede inferir la realidad económica del anciano, pues en su desarrollo social el Occidente ha elucubrado un tipo de ontología o de representación social que considera a las personas “valiosas” según su capacidad de

producción; en otros términos, una persona lo es en tanto pueda producir: tener hijos o pareja, trabajar, tener una profesión u oficio, entre otros.

Gracias a estas consideraciones, las ciencias biológicas, al igual que las ciencias humanas y sociales, han elaborado definiciones precisas de la ancianidad (Rodríguez, 2018), a tenor de tres dimensiones: lo cronológico, lo funcional y lo referente al ciclo vital; además de estas, se precisa comprender las dimensiones social, psicológica y biológica, siendo estos aspectos fundamentales porque resumen al sujeto, y también porque están en constante correspondencia; a este último aspecto es a lo que apunta la visión biopsicosocial del concepto de salud y de bienestar en el paradigma moderno, y es una consecuencia del paradigma de atención integral y humanista para la asistencia de las disciplinas asociadas a la salud física y mental. Colombia ha hecho una apuesta por este paradigma al proponer un modelo de salud en beneficio de los aspectos biológicos, sociales y psicológicos del anciano (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018).

Es importante decir que si bien el envejecimiento no tiene las mismas características en todas las latitudes del globo ni en todas las épocas, lugares y culturas, es posible señalar que hay dos formas de envejecer, conceptualizadas por Rowe y Kahn (1987): un envejecer inusual y otro normativo; este último se bifurca a su vez entre el “exitoso” y otro al que se podría denominar “esperado”, implicando el primero de ellos la caducidad biológica, mientras que el segundo es el envejecimiento en el que intervienen los factores sociales y que depende de la calidad de vida y del contexto social, cultural y económico.

Así, lo biológico marca el sentido y dirección de la decadencia de las funciones corporales y psicológicas, pero las relaciones que el sujeto establece con su medio social, familiar y cultural marcarán el ritmo del tal desplome de la funcionalidad. En cuanto a los procesos psicológicos generales del anciano, esa caída puede observarse específicamente en la alteración del funcionamiento ejecutivo, conjunto de procesos que se ve afectado principalmente en la ancianidad; de este modo, la flexibilidad, la inhibición y la memoria son las más perjudicadas, las cuales a su vez afectan pro-

cesos más generales, como la toma de decisiones, los nuevos aprendizajes o la pérdida del sentido y orientación, entre otros (Binotti, Spina, De la Barrera y Donolo, 2009).

En efecto, hasta este punto ha quedado establecido que la etapa o parte del ciclo vital de la ancianidad o vejez está marcada por el declive de las funciones biológicas, psicológicas y sociales en lo que se denomina envejecimiento normal y esperado; sin embargo, hay otras formas de describir la vejez en término de la calidad o bienestar de vida: productivo, positivo, activo o competente (Martínez, González, Castellón y González, 2018). En este sentido, hay personas que envejecen de modos óptimos o más positivos que otras; además, muchas son aún tan competentes como lo fueron en otras etapas de su ciclo vital. Algunas teorías explican lo anterior como una selección de campos óptimos, esto es, que las personas seleccionan el rol en el que funcionalmente se desenvuelven de una manera adecuada, a lo que se conoce como la teoría de selección, optimización y compensación.

El estado de envejecimiento óptimo o positivo se ha relacionado en diversos trabajos a la capacidad de producción, es decir, a la aptitud que tenga el anciano de desarrollar un rol en su medio social, familiar y cultural a pesar de su edad; sin embargo, tal forma de envejecer se podría reducir en muchos casos debido a la dependencia de familiares por la pérdida de diversas capacidades físicas y cognitivas; por tal motivo, un concepto de envejecimiento positivo debe abordar no solamente la continuidad del rol de la persona en edad avanzada, sino de la adaptación a su nuevo rol vital.

Así pues, de considerarse el envejecimiento positivo como una capacidad de adaptación, se debe implicar también a los factores familiares, sociales y económicos que inciden directamente en el anciano, en particular sobre dos elementos: la calidad de vida y, en ella, el nivel de; este último es un elemento que acompaña el ajuste normativo a cada una de las etapas del ciclo vital, y en la vejez no escapa la persona de sufrir elevados niveles de estrés, aunque en dicha etapa asume otras connotaciones.

Líneas atrás se ha afirmado que existe una correspondencia entre los elementos subjetivos, biológicos y psicológicos del sujeto y los compo-

nentes del medio, o relacionales, como la sociedad, la familia y la cultura. El estrés es uno de los factores negativos que se generan cuando dicha correspondencia no se establece adecuadamente por diferentes motivos, sobre todo por no tener niveles adecuados de calidad de vida, la cual posee dos elementos: el componente físico y la percepción individual y social. El primero refiere, por lo general, a la capacidad de acceder a los mínimos vitales, como alimentación, servicios básicos, servicios sociales, actividades recreativas, educación, vivienda y otros elementos que hagan posible el desarrollo de la personalidad; entre estos también se pueden considerar los componentes intangibles, como familia, cultura, economía, lenguaje y, en resumen, las relaciones con personas y con el medio. El segundo elemento, refiere a la percepción que la persona y su entorno social tienen de los componentes físicos e intangibles antes citados.

El distrés deteriora la calidad de vida de las personas. En investigaciones actuales se ha determinado que la vulnerabilidad al estrés se asocia con los niveles de calidad de vida familiar (Chaves y Orozco, 2015; Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013; Maitta, Cedeño y Escobar, 2018). Una explicación plausible es que la calidad en las relaciones familiares y sociales funge como factores de riesgo o de protección ante la vulnerabilidad, o la que podría ser su contrario: la resiliencia. La vulnerabilidad no es más que el grado de exposición que una persona tenga ante una situación negativa y que esta deje una marca en ella. El estrés y la percepción negativa ante los factores de calidad de vida son los elementos que componen los grados de una vulnerabilidad que se puede denominar “psicológica”, para diferenciarla de otros tipos en otros campos de la psicología. En otras palabras, la vulnerabilidad psicológica es la percepción que tiene el sujeto de no poder controlar sus respuestas cognitivas, conductuales y emocionales ante una situación que considera extrema (Gallagher, Bentley y Barlow, 2014); por tanto, se puede tener en cuenta como una característica de personalidad, en tanto hace uso de la historia vital del sujeto, de sus relaciones interpersonales y de los estilos de afrontamiento de los que es capaz para afrontar determinada situación. Para Lazarus y Folkman (1986), la vulnerabilidad

psicológica hace referencia al uso de herramientas construidas por medio de aprendizajes significativos que moldean los aspectos estructurales de la persona, y también de las maneras en cómo afronta determinada situación y en cómo una determinada respuesta se convierte en un estilo (*cf.* Lazarus, 1966).

Las investigaciones sobre la relación de familia y vejez han demostrado que la aquella afecta directamente la calidad de vida del anciano y, además, la manera en que elabora nuevas formas de afrontamiento negativo ante el estrés y otros factores de riesgo, que construyen, en suma, un estado de vulnerabilidad que afecta a su vez el envejecimiento activo y positivo, tornándolo en uno más negativo que hace posible la aparición y aceleración del envejecimiento normativo (Gómez y Segura, 2002; Rodríguez, 2007; Valdez y Álvarez, 2017).

En la literatura científica, el elemento que se observa más afectado por el grado de vulnerabilidad psicológica resulta ser el dominio cognitivo, dado que el estrés y otros factores de riesgo apresuran, como se ha dicho antes, el funcionamiento ejecutivo y el declive normativo al alterar la química cerebral y los procesos básicos de las funciones ejecutivas (Camargo y Laguado, 2016; Hernández, Pedraza y Castillo, 2008; Latorre y Montañés, 1997).

Elaborar una explicación de la incidencia de los factores ambientales y relaciones sobre el bienestar o el malestar psicológico de las personas adultas resulta ser un amplio campo de estudio, principalmente para la psicología. Su enfoque diferencial está marcado por la relevancia de los procesos psicológicos individuales y su repercusión en el bienestar del sujeto. Por tal motivo, es pertinente el presente estudio, en tanto que se orienta a comprender cómo afecta la vulnerabilidad psicológica la percepción de soledad social en un grupo de ancianos.

En Colombia, el tema cobra aún más importancia si se tienen en cuenta los datos sociodemográficos y el interés que el Estado tiene en brindar una adecuada atención a los adultos mayores. En términos legales, en este país el anciano es una persona mayor de 60 años con igual peso ante la ley, en el que se privilegia su dignidad y se le hace

sujeto de derecho. Sobre la vejez, el Estado estipula que esta representa: “una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano [y] constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018, § 4). Es esta una cuestión relevante en los últimos años no solo para la ley y el gobierno en general, sino también para la academia, dado que, según lo indican las cifras de la población en todo el mundo y en Colombia, los ancianos ocupan cada vez un mayor espacio en la población general, por lo que se hace necesario establecer mejores canales para su atención integral.

Según el último censo, realizado en Colombia en el año 2018, el grupo etario conformado por personas de 60 años en adelante representaba 64.1% de toda la población ese año. El crecimiento de la estadística en edades que superan los 60 años es una constante: en 1964 era de 48.4%, para 1973 era de 50.8% y en el año 2005 era de 60.3%, lo que puede justificar la apreciación de que el índice poblacional de personas en edad anciana crezca cada vez más a un ritmo acelerado. De hecho, el registro de envejecimiento en 2018 fue de 60 puntos (Departamento Administrativo de Estadística Nacional, 2019).

Respecto a la dependencia económica de este estrato poblacional, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013) preveía que las personas de más de 60 años corresponderían a 17.8% de la tasa de dependencia en 2015 y de 20.4% en 2020. Tales números son estadísticamente relevantes acerca del comportamiento de la vejez en el país. Por su lado, la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), efectuada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), concluyó que cerca de 30% de los adultos mayores vivían en situación de abandono, 55% se había vinculado a actividades sociales y 80% era dependiente en alguna actividad diaria. Hay reporte de depresión en 41% de las personas de más de 60 años, pero curiosamente el indicador disminuye a medida que se tiene más edad y se cuenta con recursos económicos. Casualmente, se halla también una menor tendencia a realizar

actividades religiosas y a denominarse como una persona creyente cuando se tienen más recursos económicos. Este último es un campo de investigación de gran interés en virtud de que la religiosidad en el anciano ha mostrado ser una forma de paliar el efecto de la percepción de soledad social (Baiza, 2015).

En este orden de ideas, la presente investigación indaga en aquellos aspectos que deterioran la calidad de vida en las personas, principalmente en los ancianos mayores en quienes se ha detectado previamente la persistencia de percepción de soledad social debida al abandono físico, afectación traducida como un malestar subjetivo que malogra la calidad de vida en este grupo de personas. Por este motivo, se describen los factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en un grupo de adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia).

MÉTODO

Población y muestra

La población elegida para la investigación fueron 99 adultos mayores que superaban los 65 años, quienes eran atendidos por diferentes instituciones de apoyo a la tercera edad del departamento del Quindío, siendo este el criterio principal para la participación, además de la firma de una carta de consentimiento informado. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de carácter no probabilístico de tipo intencional, mismo que se llevó a cabo en una institución de reposo para adultos mayores de carácter público, en la que parte de la población residente no contaba con vínculos familiares. El criterio de exclusión principal fue no sufrir un deterioro cognitivo severo.

Consideraciones éticas

La presente investigación contó con el aval del Comité de Investigaciones y Bioética de la Universidad de San Buenaventura de la ciudad de Medellín, y además se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones dispuestas en la reglamentación colombiana y consideradas en la Ley 1090 de 2016, específica-

mente en su capítulo VII. Se informó a los participantes sobre las consideraciones éticas de secrecía y buen manejo de la información, su derecho a no participar, a la información, al acompañamiento y el respeto por su intimidad. Al concluir el estudio, se informaron los resultados a quienes estuviesen interesados.

Instrumentos

Mini-Mental State Exam (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

Adaptado por Lobo *et al.* (1995), es un cuestionario que consta de 13 reactivos con los que se mide el estado mental en un momento dado en las dimensiones de orientación visoespacial, tiempo, memoria, lenguaje, atención y concentración. Cuenta con una consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach (α) que oscila entre .82 y .84. Para la calificación del instrumento se emplean las siguientes escalas: Daño cognitivo severo (0-10), daño cognitivo moderado (11-20), daño cognitivo medio (21-26) y normal (27-35).

Escala de Soledad Social, Versión II (ESTE II) (Pinel, Rubio y Rubio, 2009).

Este instrumento consta de 15 ítems, los cuales miden tres factores: percepción de apoyo social, uso de nuevas tecnologías e índice de participación social subjetiva, con α de .72. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos, y se obtiene mediante la suma de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Para la calificación del instrumento se toman los siguientes niveles: bajo (0-10 puntos), medio (11-20) y alto (21-30).

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Fernández y Zamarrón, 1996).

Está compuesto por 21 subescalas agrupadas en las siguientes nueve dimensiones: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios sociales y sanitarios. El cuestionario permite medir la calidad de vida de los adultos mayores por medio del promedio obtenido en cada subescala, para de esta forma llegar a un

puntaje global mediante el cual se ubica al adulto mayor en las categorías de bajo, medio o alto.

El cuarto instrumento fue una ficha de caracterización que tuvo por objeto indagar sobre la situación sociofamiliar, y asimismo obtener información sobre su vinculación a las instituciones donde actualmente se hallaban los participantes.

Procedimiento

Se eligieron diferentes centros de protección y centros de vida para adultos mayores del citado departamento y se obtuvieron las cartas necesarias para la autorización del trabajo de campo. En un segundo momento se elaboró una ficha de caracterización, misma que permitió recolectar los datos de identificación sociodemográfica de cada participante con la finalidad de elegir la muestra. Se seleccionaron los instrumentos de evaluación para medir calidad de vida, soledad social y deterioro cognitivo. Luego, se envió el consentimiento informado al comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura en Medellín para, con su aval, iniciar el estudio, para lo cual se aplicaron las pruebas anteriormente mencionadas a lo largo de diez efectuadas durante tres meses. Cada sesión tuvo una duración promedio de ocho horas en cada institución. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for Social Sciences, versión 23. Se utilizó estadística no paramétrica para el análisis de varianza (Kruskal-Wallis), y para obtener correlaciones se emplearon los coeficientes de correlación de rango Tau de Kendall y Rho de Spearman.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 99 adultos mayores, de los cuales 77.8% fueron varones; la edad de los participantes osciló entre 60 y 97 años, con un promedio de 74 años. El estrato socioeconómico de la población fue de un punto, correspondiente a un nivel socioeconómico bajo, caracterizado por un acceso escaso a servicios básicos y

de salud. En su mayoría (57.6%), los participantes tenían un promedio de un hijo, aunque el máximo de hijos fue de ocho. Respecto al estado civil de la muestra, 44.4% eran solteros, 21.2% separados, 16.2% viudos, 15.2% casados y 3% en unión libre. En la muestra, 63.6% dependía económicamente de subsidios del Estado, seguido de quienes dependían de su familia o de una pensión, con 13.1%, respectivamente; 6% dependía de otras fuentes y el restante 4% manifestó no depender de nadie. Los adultos mayores objeto de esta investigación eran en su mayoría desempleados (53.5%), seguidos por los pensionados (20.2%), personas sin ocupación (23.2%) y empleados (3%). En cuanto a su estado de salud, 43.4% afirmó no tener ninguna enfermedad, y el porcentaje restante se distribuyó entre quienes padecían alguna enfermedad física (34.3%), visual (13.1%), física y visual (8%) y cognitiva (1%).

Respecto a su vinculación con las entidades de ayuda o apoyo al adulto mayor, 67.7% de los participantes se caracterizaron como pacientes externos y el resto como pacientes internos. Son pacientes externos los que en su mayoría viven en casa arrendada (48.5%) o en casa propia (18.2%). Se observó como dato interesante que 64.6% de

los participantes vivían solos. El tiempo de vinculación a las diferentes fundaciones de apoyo fue en promedio de 28 meses, siendo el mínimo de un mes y el máximo de 216 meses, lo que corresponde a 18 años.

Variables de estudio

La primera medida de análisis, y que sirvió además para determinar uno de los criterios de exclusión de la muestra, fue el examen del estado mental, gracias al cual se pudo constatar que el 82.8% de la muestra exhibía un funcionamiento normal, en tanto que el restante 17.2% sufría un deterioro cognitivo medio.

Los resultados de la Escala de Soledad Social indicaron que los adultos mayores de la muestra padecían en promedio una soledad social media (82.8%) y el resto un nivel bajo; no obstante, hubo 3% de casos con soledad social alta. Por otro lado, en los del CUBRECAVI se observó que 7.1% de personas tenía una alta calidad de vida, 91.9% una calidad media y solo un caso una calidad de vida baja, correspondiente a 1% de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1. Soledad social y calidad de vida.

		Puntuación de soledad social					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Puntuación CUBRECAVI total recodificado	Bajo	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	Medio	12	13.2	77	84.6	2	2.2
	Alto	2	28.6	5	71.4	0	0.0

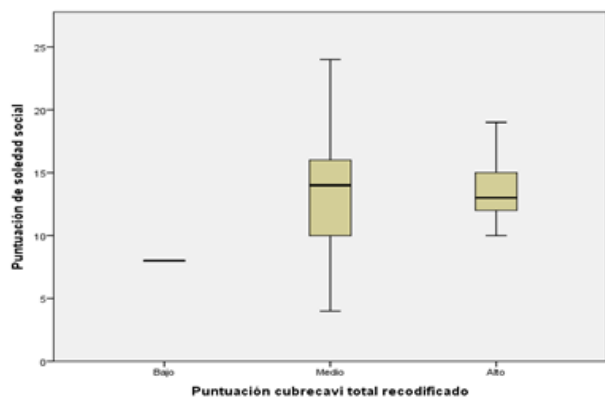
La Tabla 1 muestra que hubo una tendencia en las variables, ya que la puntuación de calidad de vida más baja se encuentra en la puntuación alta de la soledad social, la que sin embargo debe ser confirmada. En este caso, dada la naturaleza de las variables, se usó el estadístico Kruskal-Wallis para evidenciar la diferencia entre los grupos, hallándose que no había diferencias significativas entre las variables de calidad de vida y soledad social y las variables sociodemográficas, lo que significa que entre los subgrupos creados de forma natural dadas las categorías de las variables cualitativas

hubo una distribución equitativa sin elementos a considerar. En la Figura 1 se muestra una relación de la distribución de las medidas de tendencia central de las variables estudiadas.

En la figura se aprecia que la puntuación del grupo de calidad de vida media tiene simetría en las medidas de tendencia central, no así en las dos restantes; en el caso de la baja calidad de vida, las puntuaciones mínimas hacen que no se observen más datos de la misma, por otro lado, la tendencia de la puntuación alta de calidad de vida tiene un mayor índice o tendencia a soledad social alta. El

grupo de mayor variabilidad es el de calidad de vida media, siendo más homogéneo el de calidad de vida alta.

Figura 1. Medidas de tendencia central entre la soledad social y la calidad de vida.



Dadas las características de las variables analizadas, se optó para el análisis de correlación el estadístico

Tau B de Kendall, obteniendo una correspondencia baja inversamente proporcional entre los resultados generales del CUBRECAVI y de la Escala de Soledad Social (Tau: -1.99 ; $p: 0.4 < 0.05$). En un análisis más amplio sobre la relación se encontró que solamente la habilidad funcional se correlacionó con el índice de calidad de vida, si bien el paralelismo fue directo (Rho: $-.198$; $p: .05 \leq .05$), significa que entre menor es habilidad funcional, menor es el grado de calidad de vida.

Acerca de las correlaciones de las variables sociodemográficas recopiladas en la ficha de caracterización con el índice de soledad social, se encontró que el estado civil y la ocupación influyen, el primero, con una correlación positiva baja (Rho: $.25$; $p: .01 < .05$) y la segunda con una correlación negativa también baja (Rho: $-.20$; $p: .04 < .05$). En la Tabla 2 se exponen las correlaciones más importantes entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 2. Correlación de variables sociodemográficas y dimensiones del CUBRECAVI.

VARIABLES	Actividad y ocio		Calidad ambiental		Educación		Ingresos		Servicios		Calidad de vida	
	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P
Edad	.064	.531	-.073	.471	-.016	.876	.030	.771	-.237	.018	-.119	.241
Género	-.101	.322	-.155	.124	.207	.040	.096	.343	.171	.090	-.025	.804
Paciente	.264	.008	-.233	.020	-.338	.001	-.334	.001	-.577	.000	-.238	.017
Vivienda	-.263	.009	.158	.119	.372	.000	.290	.004	.461	.000	.219	.029
Convivencia	.228	.023	-.099	.329	-.258	.010	-.171	.092	-.301	.002	-.088	.388
Hijos	-.051	.616	.054	.593	-.203	.044	-.013	.897	.147	.146	-.260	.009
Ocupación	.154	.127	-.075	.459	-.217	.031	-.058	.569	-.227	.024	.131	.197
Dependencia económica	.074	.469	-.063	.536	-.286	.004	-.169	.094	-.196	.052	-.125	.217
Fundación	.113	.267	-.195	.053	-.011	.916	.021	.834	-.016	.875	-.132	.194

Se desprende de la tabla anterior que hay una correlación negativa baja entre la edad y los servicios: a menor edad, mayor índice de servicios. Por su parte, el sexo se relaciona de manera positiva baja con la educación. El tipo de paciente es la variable que más influye en las correlaciones; se halló una relación positiva baja entre el tipo de paciente y la actividad y ocio, se observa además relaciones negativas bajas entre el tipo de paciente y calidad ambiental, educación, ingresos y calidad de vida; dicha variable muestra una correlación

moderada negativa con la variable de servicios. El tipo de vivienda influye de manera inversa en la actividad y el ocio, no así la educación, los ingresos y la calidad de vida en general. La correlación más alta, positiva y moderada del tipo de vivienda fue con servicios. Hubo una correlación positiva baja entre la variable de personas con quienes se vivía y la actividad y ocio, así como una correlación negativa baja entre educación y servicios. El que se tuvieran hijos o no se relacionó de manera negativa baja con educación, y también con el re-

sultado global de calidad de vida. De igual forma la ocupación se relacionó de manera baja y negativa con educación y con servicios, exactamente las dos relaciones que se aprecian en el ítem de dependencia. Por último, se encontró una relación negativa baja con el índice de calidad ambiental y el tiempo de permanencia en la fundación.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue indagar en aquellas condiciones de vulnerabilidad asociadas a la percepción de soledad social que afectan la calidad de vida de los adultos mayores en el departamento colombiano del Quindío. La soledad social fue medida según una escala multidimensional, en tanto que las condiciones de vulnerabilidad fueron evidenciadas por medio del Cuestionario de Calidad de Vida y de la ficha sociodemográfica. A continuación, un análisis de los principales hallazgos, recomendaciones y limitaciones del trabajo.

El estudio aquí propuesto confirma la utilidad de definir el concepto de *soledad*, ya que, tal como afirman Bandari *et al.* (2019), si bien hay una cantidad considerable de investigaciones sobre este tópico, no se precisa claramente el término y, por tanto, resulta ambiguo, sobre todo porque se define en condiciones culturales en los que se ancla. Cabe destacar que en esta investigación la soledad se define como el abandono percibido que, por su naturaleza, afecta el normal funcionamiento del anciano. El adulto mayor puede estar acompañado por instituciones o personas en particular, y no obstante percibirse a sí mismo como abandonado o desvalido porque no cuenta con el apoyo fundamental que había conformado o del que gozaba en el pasado.

Este último punto fue el sustento teórico que orientó los objetivos en que se asentó el presente trabajo, encontrando principalmente una relación inversa entre las condiciones de calidad de vida y el abandono social producto de la soledad social percibida, lo que significa que entre menor es la calidad de vida, mayor será la percepción de abandono. Los resultados confirman los hallazgos previos sobre el problema, especialmente sobre

la relación de las condiciones ambientales, familiares y sociales que inciden en el deterioro de la calidad de vida y en la consecuente percepción de soledad social, no solo en el contexto colombiano sino también en diferentes partes del mundo, como Nigeria (Ugochi y Ebe, 2018), España (Pascual, 2015) y Estados Unidos (Zhang, Liu, Tang y Dong, 2018). Tales resultados expresan que la variable de soledad, si bien contiene un aspecto cultural para su definición, también contiene en sí misma aspectos psicológicos propios de la estructura biológica del ser humano y que traspasan las diferentes culturas.

En adición al punto anterior, las investigaciones en el contexto colombiano sobre el tema apuntan al efecto de las condiciones que generan la percepción de soledad social en la calidad de vida, principalmente el factor económico (Salamanca, Velasco y Díaz, 2019; Sapuy y Ramos, 2018), lo que acontece esencialmente porque las familias han sufrido incesantes transformaciones en los últimos años debido a las migraciones de personas en búsqueda de mejores condiciones en otros países, lo que es un elemento que debe considerarse en posteriores investigaciones, pues se ha demostrado que la desintegración del núcleo familiar afecta a todos sus miembros, y mucho más a los adultos mayores. Además, pudo identificarse que la desintegración familiar es un factor de riesgo importante de depresión en los adultos mayores (Thapa, Visentin, Kornhaber y Cleary, 2018).

Por todo lo anterior, se puede concluir hasta este punto que la familia es un factor esencial en el panorama de la percepción de la soledad social y, por tanto, del abandono de tipo psicológico en los ancianos, confirmando lo señalado por Loor y Rodríguez (2018) en cuanto que la familia genera apoyo y sustento vital, y además es por su medio que los adultos mayores experimentan aislamiento social y soledad moral y física (Bermejo, 2016).

Sin embargo, se debe aclarar que los hallazgos del estudio demostraron que no hay diferencias significativas entre los grupos de estudio, ni tampoco entre quienes tienen hijos, viven con familiares o dependen de estos, contrariando algunos análisis que han encontrado diferencias importantes entre quienes tienen apoyo familiar (Cerquera, Uribe, Matajira y Delgado, 2017) y en

la percepción de soledad según el sexo (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2012; Yanguas *et al.*, 2018), y también diferencias entre los adultos mayores, institucionalizados o no (Quintero, Villamil, Henao y Cardona, 2018). En suma, el factor familiar es determinante en la problemática individual (Andrade y Gonzales, 2019).

Si bien no se encontraron diferencias significativas, el riesgo de la percepción de soledad social en general se aprecia como una tendencia cuando disminuyen los factores que comprometen la calidad de vida; la cuestión puntual que se halla en algunas investigaciones (De los Santos y Carmona, 2018; Fernández, 2018; Urrutia, 2004) es que la soledad social es un factor de riesgo para una sintomatología asociada a la depresión, ansiedad y aceleración de las condiciones naturales del declive del funcionamiento ejecutivo. En otras investigaciones, el soporte social es fundamental en la calidad de vida de adultos mayores con algún síndrome neurodegenerativo (Foppa *et al.*, 2018).

Otro hallazgo significativo es que la habilidad funcional se relaciona directamente con el índice de calidad de vida; así, a menor habilidad funcional –o capacidad funcional, como la han denominado otros autores (Quino, Chacón y Vallejo, 2017)–, menores índices de la calidad de vida, lo que se explica por la caída normal de los diferentes procesos propios de la ancianidad, que se evidencian principalmente en la capacidad de autonomía de la persona. Por consiguiente, el nivel de autonomía, de habilidad o de capacidad independiente del sujeto, se ve deteriorada y genera altos índices de frustración; además, implica que el anciano deba generar alternativas para su control conductual, emocional y cognitivo; el problema sobreviene o se agudiza cuando para generar dichas alternativas de control la persona no dispone de un grupo de apoyo o de los recursos que le permitan este proceso; es entonces que se ve afectada la calidad de vida general (Cerquera *et al.*, 2017; Durán, Orbeoz, Uribe y Uribe, 2007; Quino *et al.*, 2017).

Sobre el punto anterior, la incorporación social (Bravo, Noa, Gómez y Soto, 2018) se encuentra también relacionada con la habilidad funcional

y la calidad de vida en general, ya que, tal como se ha demostrado, la ocupación y el estado civil de los participantes influyó en la soledad social, lo que se explica en términos de que el adulto mayor considera que el declive de sus funciones biológicas y psicológicas está en función de las redes de apoyo de las cuales depende; de allí que su relación laboral y sus relaciones desempeñen un papel vital en su vulnerabilidad cognitiva (Segura *et al.*, 2018), ya que la soledad social es básicamente una percepción y en ella están involucrados los demás elementos cognitivos, como la parte afectiva, la cognitiva específica y la conductual (Calderón, 2018).

Por último, se encontró que la dimensión específica de la calidad de vida sobre la que más influyeron las variables sociodemográficas fue la de educación, lo que se explica porque en la mayoría de los participantes el nivel educativo era muy bajo, lo que funciona como un factor de riesgo en este grupo etario (Cardona *et al.*, 2018).

En virtud de los referidos hallazgos, es posible señalar que la percepción de soledad social está influida directamente por las condiciones o dimensiones asociadas a la calidad de vida en general. Se sugiere que en investigaciones posteriores se analicen dos elementos: incluir una medida para investigar los síntomas de orden psicológico en los adultos mayores, lo que fue la principal limitante del presente estudio; e incorporar además una medida específica para el análisis de los grupos de apoyo de los ancianos internados. Asimismo, se recomienda incorporar algunos factores familiares específicos, como la integración o la comunicación, entre otros.

Por tanto, se concluye que existe una relación inversa entre las condiciones sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida y la percepción de soledad social, que la habilidad funcional de los ancianos influye en su calidad de vida y, por último, que el nivel de educación es una de las dimensiones de la calidad de vida que más correlaciona con las variables sociodemográficas, y a su vez influye en la percepción de la soledad social.

REFERENCIAS

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gereko*, 25(2), 57-62.
- Andrade, J. y Gonzales, J. (2019). Relación entre clima social familiar y tipos de funcionalidad en familias desplazadas en el Quindío. *Tempus Psicológico*, 2(2), 170-200. Doi: 10.30554/tempuspsi.2.2.2904.2019.
- Baiza, J. (2015). *Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono*. Trabajo de grado. Cd. de Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Bandari, R., Reza, H., Mohammadi, F., Ebadi, A., Ali, A. y Montazeri, A. (2019). Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Revisión Sistemáticas*, 8(26), 2-6. Doi: 10.1186/s13643-018-0935-y.
- Bermejo, J. (2016). La soledad en los mayores. *Ars Medica*, 32(2), 1-20. Doi: 10.11565/arsmed.v32i2.264.
- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M. y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 4(2), 119-126.
- Bravo, N., Noa, M., Gómez, T. y Soto, J. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista de Información Científica*, 97(3), 596-605.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29, 182-191. Doi: 10.20453/rmh.v29i3.3408.
- Camargo H., K. y Laguado J., E. (2016). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga (Santander), Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. Doi: 10.22267/rus.171902.79.
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D. y Morales, S. (2018). Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Biomédica*, 38, 101-113. Doi: 10.7705/biomedica.v38i0.3846.
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2012). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19.
- Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y. y Delgado, M. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Perspectivas Psicológicas*, 13(1), 215-227. Doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.06.
- Chaves, L. y Orozco, A. (2015). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento al estrés en soldados: un estudio correlacional. *Revista de Psicología*, 7(1), 35-56.
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23. Doi: 10.15517/psm.v15i2.29255.
- Departamento Administrativo de Estadística Nacional de Colombia (2019). *Resultados preliminares, censo de población y vivienda 2018*. Recuperado de: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/#cuantos00>.
- Durán, D., Orbegoz, L., Uribe R., A. y Uribe, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Fernández, R. (2018). Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales. *Enfermería Comunitaria*, 6(2), 8-19.
- Fernández B., R. y Zamarrón, M. (1996). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida: CUBRECAVI*. Madrid: Tea.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": A practical guide for grading the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Foppa, A., Vargas P., C., Bagatini, F., Chemello, C., Fleury, M., Marín, M. y Rocha, M. (2018). Percepciones de pacientes con enfermedad de Parkinson sobre la calidad de vida. *Revista de Ciencias de la Salud*, 16(2), 262-278. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6769.
- Gallagher, M.W., Bentley, K.H. y Barlow, D.H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571-584. Doi: 10.1007/s10608-014-9624-x.
- García, P. (2003). Bioquímica y fisiopatología del envejecimiento: Genes viejos. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 69(3), 54-82.
- Gómez, C. y Segura, P. (2002). Estrés en pacientes gerontopsiquiátricos: descripción de factores estresantes biopsicosociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(1), 57-66.
- Hernández, E., Pedraza, G. y Castillo, M. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Archivos de Medicina Familiar*, 9(4), 127-132.
- Hernández, M. (2014). Envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 361-378.
- Latorre, J. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicología Clínica*, 2(3), 243-264.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales A., F., Pascual F., L., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1995). Revalidación y estandarización del Cognition Mini-Exam en población geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-774.
- Loor, C. y Rodríguez, J. (2018). El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Disponible en <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Maitta, I., Cedeño, M. y Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 8, 1-17. Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>.
- Martínez, T., González, C., Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Finlay*, 8(1), 59-65.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013). *Envejecimiento demográfico Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). *SABE Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado de: <https://bit.ly/2le5QPe>.
- Pascual, S. (2015). *La soledad en las personas mayores*. Trabajo de grado. Valladolid (España): Universidad de Valladolid.
- Pinel, M., Rubio, L. y Rubio, R. (2009). *Un instrumento de medición de la soledad social: Escala Este II. Calidad de vida*. Granada (España): Universidad de Granada.
- Quino Á., A., Chacón S., M. y Vallejo C., L. (2017). Capacidad funcional relacionada con actividad física en el anciano. *Revista de Investigación en Salud*, 4(1), 86-103. Doi: 10.24267/23897325.199.
- Quintero E., A., Villamil G., M., Henao V., E. y Cardona J., J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública*, 36(2), 49-57. Doi: 10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07.
- Ramón y Cajal, S. (1934). *El mundo visto a los ochenta años. Impresiones de un arterioesclerótico*. Valladolid (España): Maxtor.
- Rodríguez, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía*, 6(17), 1-8.
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: edad, salud y sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87-88.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Salamanca R., E., Velasco, Z. y Díaz, C. (2019). Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavieja, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(1), 27-128. Doi: 10.11144/Javeriana.ie21-1.efam.
- Sapuy, L. y Ramos, F. (2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista de Educación Física*, 10(22), 85-98.
- Segura C., A., Cardona A., D., Segura C., A., Muñoz R., A., Jaramillo A., D., Lizcano C., D. y Morales M., S. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2), 210-221. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.8.
- Thapa, D., Visentin, D., Kornhaber, R. y Cleary, M. (2018). Migration of adult children and mental health of older parents 'left behind': An integrative review. *PLoS ONE*, 13(10), 1-30. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205665>.
- Ugochi, B. y Ebe, M. (2018). Describing reasons for loneliness among older people in Nigeria. *Journal of Gerontological Social Work*, 61, 640-658. Doi: 10.1080/01634372.2018.1487495.
- Urrutia, E. (2004). *Estudio exploratorio descriptivo sobre la percepción de realidad que tiene una muestra de mujeres adultas mayores pertenecientes a un centro comunitario para el adulto mayor de la comuna San Bernardo*. Trabajo de grado. Santiago de Chile; Universidad de Chile.
- Valdez H., M. y Álvarez B., C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 113-121. Doi: 10.19136/hs.a17n2.1988.
- Vera, J. (2011). Antropología de la vejez: el cuerpo negado. *Ciencia*, 62(1), 20-25.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo H., S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75. Doi: 10.5569/1134-7147.66.05.
- Zhang, W., Liu, L., Tang, F. y Dong, X. (2018). Social engagement and sense of loneliness and hopelessness: Findings from the PINE Study. *Gerontology & Geriatric Research*, 3(5), 1-8. Doi: 10.1177/2333721418778189.