



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“IDENTIFICAR LA CORRELACIÓN ENTRE SOLEDAD Y
APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD
AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
LUZ MARIA ALVAREZ GUERRERO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A NOVIEMBRE DE 2024.

ABROBACIÓN DELEGACIÓN



Aguascalientes, Ags. A 1 de noviembre del 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ALVAREZ GUERRERO LUZ MARIA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

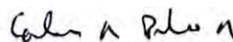
IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES

Número de Registro: R-2024-101-064 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. ALVAREZ GUERRERO LUZ MARIA** asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.



ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

APROBACIÓN ASESOR



Aguascalientes, Ags. 1 de noviembre del 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ALVAREZ GUERRERO LUZ MARIA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES

Número de Registro: R-2024-101-064 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. ALVAREZ GUERRERO LUZ MARIA** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Evelyn Patricia Larraga Benavente'.

ATENTAMENTE:

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE

DIRECTORA DE TESIS

DICTAMEN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Lunes, 03 de junio de 2024**

Doctor (a) Evelyn Patricia Larraga Benavente

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2024-101-064

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir



DICTAMEN UAA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 24/01/25

NOMBRE: ALVAREZ GUERRERO LUZ MARIA **ID** 345476

ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico
TÍTULO: IDENTIFICAR LA CORRELACIÓN ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y EL APOYO SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- NO El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
 No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**,
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Miércoles, 15 de mayo de 2024**

Doctor (a) **Evelyn Patricia Larraga Benavente**

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

[Handwritten signature in blue ink]

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Maestro (a) Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir



EVIDENCIA DE ENVÍO A PUBLICACIÓN



Evelyn Patricia Larraga Benavente <evelynlabe@gmail.com>

RMF - Artículo registrado correctamente

Online submission manuscript <no-reply@permanyemail.com>
Para: evelynlabe@gmail.com

19 de noviembre de 2024, 11:58 a.m.



Estimado/a Dr/Dra Evelyn Patricia,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo "IDENTIFICAR LA CORRELACIÓN ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES." (RMF/0183/24) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Revista Mexicana de Medicina Familiar con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales.

El Editor
RMF



Temistocles 315, Dept. 404. - Col Polanco, Del. Miguel Hidalgo
México D.F., 11560 | sofia.martinez@permanyer.com



JUSTIFICACIÓN DE LA LINEA DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



16 DE DICIEMBRE DEL 2024 Aguascalientes, Ags.

MCB E. SILVIA PATRICIA GONZALEZ FLORES
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
PRESENTE.

Por medio de la presente hago constar que el C. DRA EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE , médico adscrito y asesor de la tesis de la C. LUZ MARIA ALVAREZ GUERRERO de la especialidad de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes.

Se asignó como asesor de tesis siendo integrante del núcleo académico básico, quien actualmente pertenece a esta línea generación del conocimiento LGAC ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES sin embargo realizo tema debido a necesidad de la unidad de medicina familiar No.1

Lo anterior para su conocimiento, sin otro particular por el momento, me despido de usted, agradeciendo su atención.

ATENTAMENTE

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE
COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION UMF1



AGRADECIMIENTOS

Con profunda gratitud, dedico este trabajo a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a su realización.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente, mi asesora de tesis. Su guía, paciencia y conocimiento me han sido de gran valor a lo largo de este proceso. Su pasión por la medicina familiar y su compromiso con la enseñanza me han inspirado a seguir creciendo como profesional.

A cada uno de los médicos que formaron parte de mi desarrollo y crecimiento profesional a lo largo de mi especialidad, les agradezco sus valiosas aportaciones y su disposición para compartir sus conocimientos, y con ello construir una sólida base hacia mi formación.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a la unidad de Medicina Familiar 1 de Aguascalientes expreso mi gratitud por haberme brindado la oportunidad de realizar mi residencia médica. El apoyo que me otorgaron fue fundamental para culminar esta etapa de mi carrera profesional.

A mis compañeras residentes de la especialidad, les agradezco su amistad, compañerismo y apoyo incondicional. Juntas hemos compartido momentos de alegría y de aprendizaje, su amistad ha enriquecido mi vida profesional y personal.

A mis padres, mi más sincero agradecimiento por su amor incondicional y su apoyo constante. Su sacrificio y dedicación han sido fundamentales para que yo pudiera alcanzar esta meta. Su ejemplo es mi mayor inspiración. Gracias por inculcarme el valor del estudio, por creer en mí y por siempre estar a mi lado.

A mi novio, gracias por tu paciencia, comprensión y amor. Tu apoyo incondicional me ha dado la fuerza necesaria para superar los obstáculos y alcanzar mis objetivos.

Finalmente, agradezco a todos aquellos que de una u otra manera contribuyeron a la realización de mi tesis. Su apoyo ha sido invaluable.

DEDICATORIAS

Este trabajo es el fruto de un largo camino en el que he crecido tanto personal como profesionalmente. Y este crecimiento no habría sido posible sin el apoyo de las personas más importantes en mi vida.

A mis queridos padres, Juan Manuel Alvarez Nuño y Silvia Guerrero Rodríguez, dedico este trabajo con profundo agradecimiento y amor. Gracias por creer en mí desde el primer momento. Siempre me han apoyado en cada decisión, brindándome la confianza y el aliento que necesitaba para alcanzar mis metas. Su amor incondicional y su apoyo inquebrantable han sido la fuerza que me ha impulsado a alcanzar esta meta. Gracias por inculcarme el valor del trabajo duro, la perseverancia y la compasión. Su ejemplo de vida ha sido mi mayor inspiración.

A mis abuelos, gracias por sus enseñanzas y por transmitirme su sabiduría, por ser mi refugio y mi fortaleza.

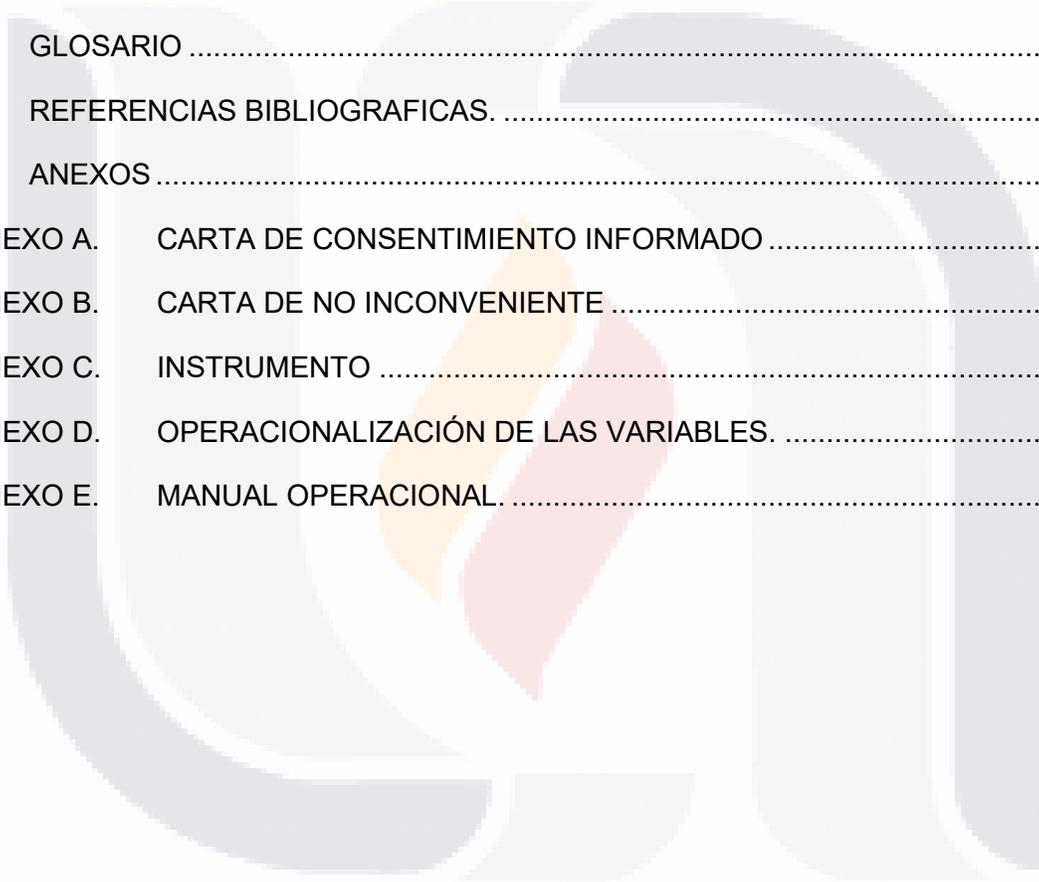
A mis hermanos, Juan Manuel Alvarez Guerrero y Joel Alejandro Alvarez Guerrero, gracias por ser mis mejores amigos, por ser mis cómplices y mis confidentes. Sus palabras de aliento y sus bromas han hecho más llevadero este camino. Gracias por celebrar conmigo cada triunfo.

A mi novio Fernando Marrón Méndez, gracias por tu amor, paciencia y comprensión. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este camino, por animarme en los momentos difíciles y por celebrar conmigo los buenos momentos. Tu apoyo me ha dado la fuerza necesaria para seguir adelante y alcanzar mis sueños.

INDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	MARCO TEORICO	7
2.1.	BÚSQUEDA SISTEMATIZADA DE LA INFORMACIÓN.....	7
2.2.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
2.3.	TEORIAS QUE APOYAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO	19
2.4.	MARCO CONCEPTUAL.....	21
3.	JUSTIFICACION.....	22
3.1.	MAGNITUD Y TRASCEDENCENCIA DEL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	22
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
5.	OBJETIVO	26
5.1.	OBJETIVO GENERAL.....	26
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
6.	HIPÓTESIS.....	27
6.1.	HIPÓTESIS ALTERNATIVA:.....	27
6.2.	HIPÓTESIS NULA:.....	28
7.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
7.1.	DISEÑO.	29
7.2.	UNIVERSO DE ESTUDIO.	29
7.3.	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29
7.4.	MUESTRA.....	29
7.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.	29
7.6.	LOGISTICA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	30
7.7.	PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	31
7.8.	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	31

7.9.	ASPECTOS ETICOS.....	34
7.10.	CONFLICTO DE INTERESES.....	35
7.11.	RECURSOS.....	35
7.12.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	37
8.	RESULTADOS.....	38
9.	DISCUSIÓN.....	48
10.	CONCLUSIONES.....	51
11.	GLOSARIO.....	53
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
13.	ANEXOS.....	58
ANEXO A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO B.	CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	60
ANEXO C.	INSTRUMENTO.....	61
ANEXO D.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	66
ANEXO E.	MANUAL OPERACIONAL.....	74



INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Sexo	38
Tabla 2.	Edad por sexo	39
Tabla 3.	Estado civil	39
Tabla 4.	Ocupación	40
Tabla 5.	Número de hijos por sexo	41
Tabla 6.	Escala de soledad	42
Tabla 7.	Escala de apoyo social (MPSS).....	43
Tabla 8.	Resultados de la escala de soledad por dimensión	45
Tabla 9.	Correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de soledad general	45
Tabla 10.	Correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de apoyo social	46
Tabla 11.	Correlación entre variables sociodemográficas y dimensiones de la escala de soledad con el apoyo social	47

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1.	Sexo	38
Gráfica 2.	Estado civil	39
Gráfica 3.	Estado civil	40
Gráfica 4.	Nivel de soledad por dimensión	44

RESUMEN

Antecedentes: La soledad y el apoyo social son factores cruciales en la salud mental y física de los adultos mayores, influenciando su calidad de vida y bienestar general. En México, la población de adultos mayores ha crecido significativamente, y con ello, la prevalencia de condiciones de salud asociadas a la soledad y la falta de apoyo social. Estudios previos han demostrado que la soledad se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, depresión y deterioro funcional, mientras que el apoyo social adecuado contribuye a mitigar estos efectos negativos. **Objetivo:** Identificar la correlación entre soledad y apoyo social en el adulto mayor de 60 años en la Unidad de Medicina Familiar No.1, OOAD Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal, realizado en 360 adultos mayores derechohabientes del IMSS. Se recolectaron datos sociodemográficos y se evaluaron la soledad y el apoyo social utilizando la Escala de Soledad ESTE y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Los datos fueron analizados con estadísticas descriptivas e inferenciales empleando el software SPSS versión 21, y los resultados se presentaron en tablas y figuras. **Resultados:** La muestra incluyó 360 adultos mayores, con un promedio de edad de 68.05 años y predominancia femenina (62.2%). La mayoría de los participantes experimentó niveles graves de soledad en las dimensiones familiar (94.7%) y social (83.3%). El 67.5% presentó soledad grave en el ámbito conyugal y el 81.1% en crisis existencial. Respecto al apoyo social, el apoyo de familiares fue percibido como alto, especialmente en el contexto familiar. Se observó una correlación significativa entre el apoyo social percibido y la reducción de la crisis existencial (correlación de Spearman = -0.280, valor $p = 0.000$), mientras que la soledad social y familiar se correlacionaron positivamente con la percepción de apoyo social (correlación de Spearman = 0.655 y 0.580, respectivamente, ambos con valor $p = 0.000$). **Conclusiones:** Este estudio resalta la importancia de implementar estrategias para fortalecer el apoyo social en adultos mayores, particularmente en el ámbito familiar y comunitario, como un medio para reducir los altos niveles de soledad observados en esta población.

Palabras clave: Soledad, Apoyo social, Adultos mayores.

ABSTRACT

Background: Loneliness and social support are crucial factors in the mental and physical health of older adults, influencing their quality of life and general well-being. In Mexico, the population of older adults has grown significantly, and with it, the prevalence of health conditions associated with loneliness and lack of social support. Previous studies have shown that loneliness is associated with an increased risk of chronic diseases, depression and functional decline, while adequate social support contributes to mitigating these negative effects. **Objective:** To identify the correlation between loneliness and social support in adults over 60 years of age in the Family Medicine Unit No. 1, OOAD Aguascalientes. **Material and methods:** Quantitative, observational and cross-sectional study, carried out in 360 older adults who are IMSS members. Sociodemographic data were collected and loneliness and social support were assessed using the ESTE Loneliness Scale and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Data were analyzed with descriptive and inferential statistics using SPSS version 21 software, and the results were presented in tables and figures. **Results:** The sample included 360 older adults, with an average age of 68.05 years and male predominance (62.2%). Most participants experienced severe levels of loneliness in the family (94.7%) and social (83.3%) dimensions. 67.5% presented severe loneliness in the marital context and 81.1% in existential crisis. Regarding social support, support from family members was perceived as high, especially in the family context. A significant correlation was observed between perceived social support and the reduction of existential crisis (Spearman correlation = -0.280, p-value = 0.000), while social and family loneliness were positively correlated with the perception of social support (Spearman correlation = 0.655 and 0.580, respectively, both with p-value = 0.000). **Conclusions:** This study highlights the importance of implementing strategies to strengthen social support in older adults, particularly in the family and community setting, as a means to reduce the high levels of loneliness observed in this population.

Keywords: Loneliness, Social support, Older adults.

1. INTRODUCCIÓN

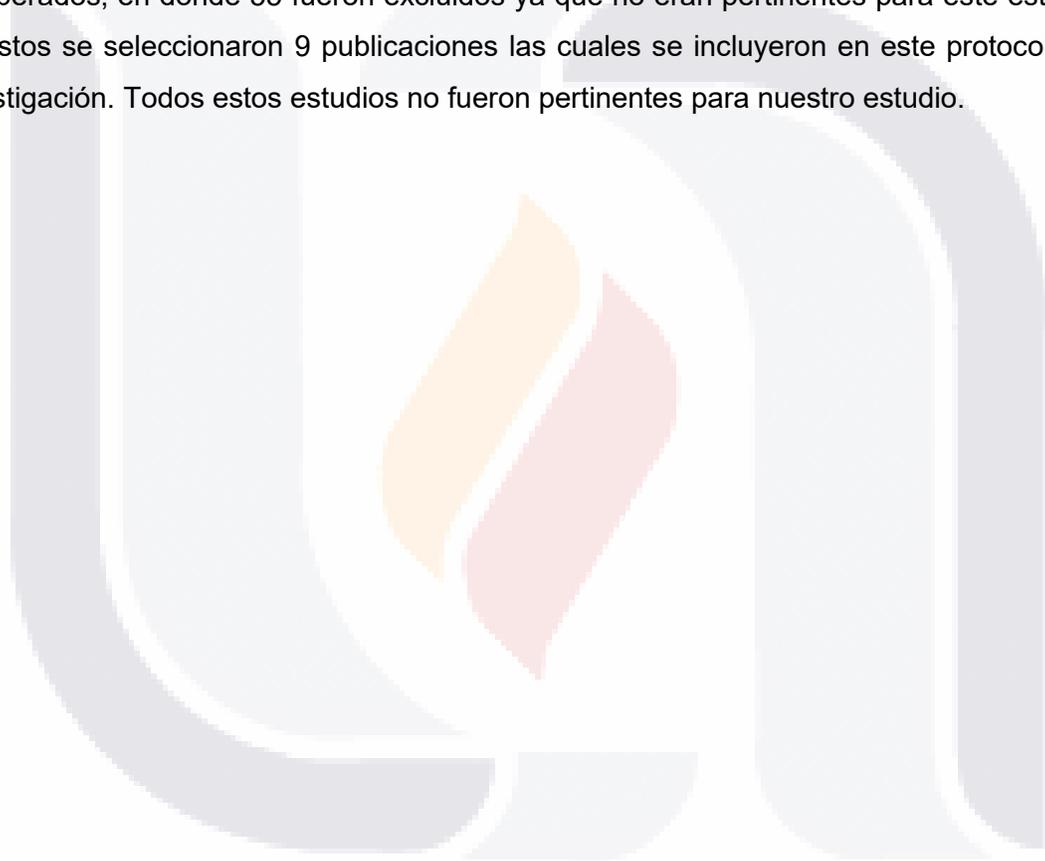
En la actualidad, el envejecimiento de la población representa un desafío creciente para los sistemas de salud, ya que la esperanza de vida ha aumentado y con ello las necesidades específicas de los adultos mayores. En México, como en muchas otras naciones, el número de personas mayores de 60 años continúa en ascenso, lo que plantea nuevos retos para el sector salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Entre los factores que impactan de manera significativa el bienestar de los adultos mayores se encuentran la soledad y el apoyo social, aspectos que influyen profundamente en su salud mental, emocional y física. Diversos estudios han demostrado que la soledad en la vejez se asocia con un mayor riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas, además de un incremento en el riesgo de mortalidad. Sin embargo, el apoyo social adecuado se ha identificado como un factor protector que puede mitigar los efectos negativos de la soledad, favoreciendo una mejor calidad de vida y contribuyendo al mantenimiento de la salud física y mental. A pesar de la evidencia internacional sobre la importancia de la soledad y el apoyo social en los adultos mayores, existe una notable falta de información contextualizada en poblaciones mexicanas, particularmente en aquellas que son atendidas en el sistema de salud pública, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En unidades de medicina familiar, donde se brinda atención primaria a una gran cantidad de derechohabientes, no se dispone de datos específicos sobre la prevalencia de la soledad, los niveles de apoyo social y cómo estas variables se relacionan entre sí en los adultos mayores. Conocer esta información es fundamental, ya que permitiría diseñar e implementar estrategias de intervención orientadas a reducir la soledad y fortalecer las redes de apoyo social, adaptadas a las características y necesidades de esta población.

En este contexto, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo identificar la correlación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores de 60 años atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, OOAD Aguascalientes. La necesidad de esta investigación radica en la creciente vulnerabilidad de los adultos mayores a los efectos de la soledad y el aislamiento, así como en la potencial utilidad de los hallazgos para desarrollar programas de salud integrales que promuevan el bienestar emocional y social de esta población.

2. MARCO TEORICO

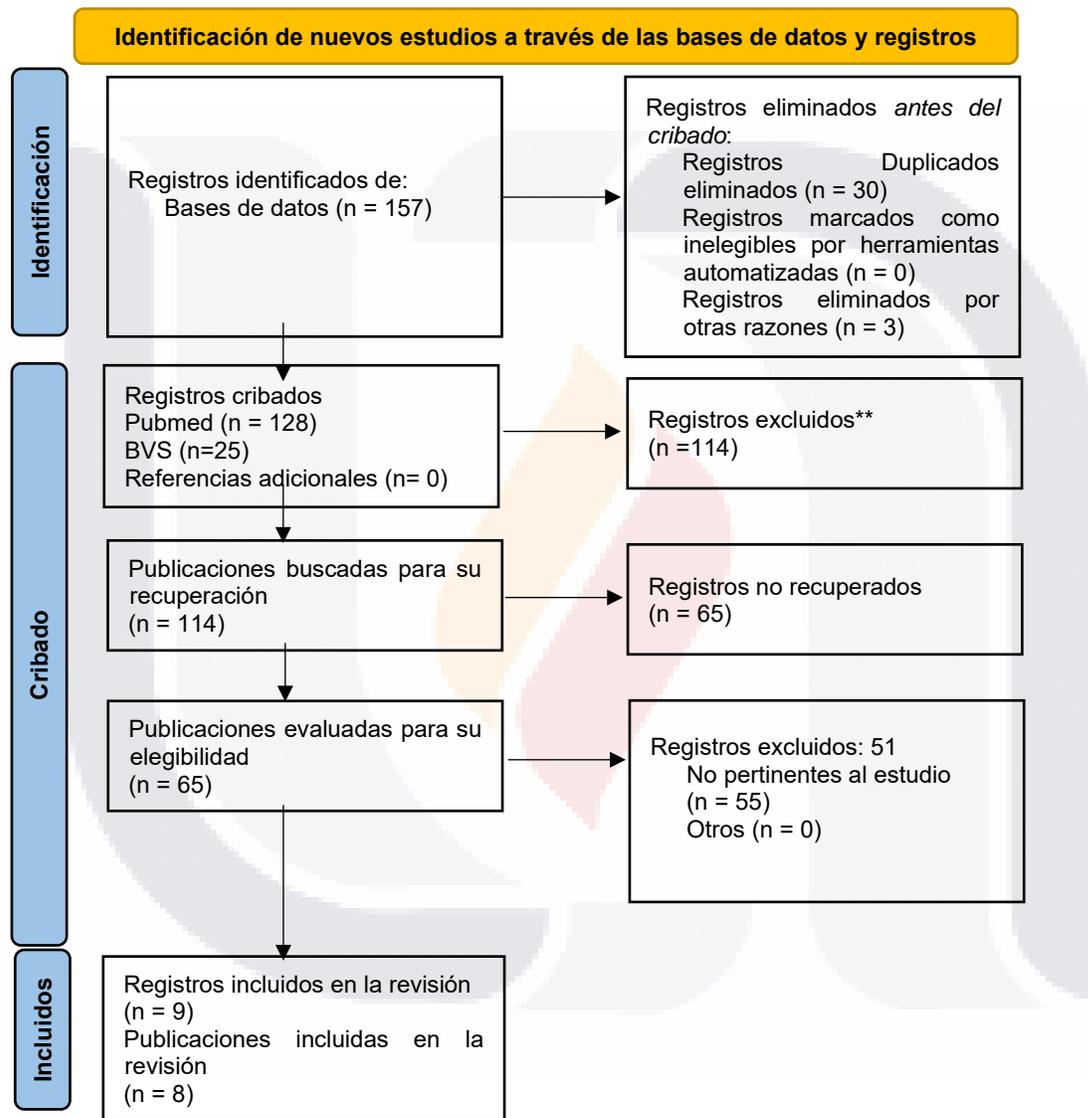
2.1. BÚSQUEDA SISTEMATIZADA DE LA INFORMACIÓN.

Después de realizar una búsqueda sistemática en las bases de información PUBMED y BVS, empleando la siguiente sintaxis Search: ((loneliness[Title])) AND (social support[Title]). Search: ((loneliness[Title]) AND (Elderly[Title])) AND (social support[Title]). Search: (((loneliness[Title/Abstract])) AND (Elderly[Title/Abstract])) AND (social support[Title/Abstract]). Obteniendo 132 artículo en Pubmed, 25 artículos en BVS, de los cuales 114 artículos fueron buscadas para su recuperación, de estos 65 fueron registros no recuperados, en donde 55 fueron excluidos ya que no eran pertinentes para este estudio, de estos se seleccionaron 9 publicaciones las cuales se incluyeron en este protocolo de investigación. Todos estos estudios no fueron pertinentes para nuestro estudio.



BVS

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=en&from=0&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&skfp=&index=ti&q=loneliness+AND+social++support+AND+Elde+ly&search_form_submit= 25 se revisaron de los cuales tantos fueron pertinentes para nuestro estudio.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

2.2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

1.-Joe Tomaka, et al. (2006). Texas. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. (La relación del aislamiento social, la soledad y el apoyo social con los resultados de las enfermedades entre las personas mayores). Objetivo: Examinar las relaciones entre el aislamiento social, la soledad y el apoyo social con los resultados de salud en una muestra de personas mayores de Nuevo México. Material y Métodos: Se realizó en 755 adultos mayores. Todos los instrumentos utilizados fueron traducidos al español y luego traducidos nuevamente al inglés para garantizar la exactitud de la traducción original al español. Para evaluar el aislamiento social se evaluó estructuralmente (utilizando la pregunta "Si vivían solos o con otros") y funcionalmente con un ítem (¿Te sientes socialmente aislado?); la soledad mediante la Escala de Soledad UCLA de 4 ítems y Apoyo Social Familiar y de pertenencia, se evaluó de 2 fuentes familiar y amigos o grupos, utilizando escalas construidas para este propósito. Resultados: Los datos muestran que la soledad y el apoyo social juegan papeles importantes en la salud de la población que envejece, incluidos los hispanos. Para los hispanos un alto apoyo familiar se asocia con resultados de enfermedades más favorables, mientras, que la soledad fue un predictor consistente de resultados de enfermedades cardiovasculares, además con altos niveles de soledad prediciendo hipertensión ($b=0.39$), enfermedades cardíacas ($b=0.58$) y accidentes cerebrovasculares ($b=0.60$), por lo tanto, un mayor apoyo da resultados favorables de la enfermedad. Para los caucásicos, el apoyo continuó prediciendo diabetes ($b=-0.32$), hipertensión ($b=-0.30$) y enfermedad hepática ($b=1.60$), mientras que vivir solo se relaciona negativamente con la enfermedad cardíaca ($b=-0.52$). Los datos muestran que la soledad y el apoyo social juegan papeles importantes en la salud de la población que envejece. El apoyo es el predictor más fuerte y consistente de los resultados de las enfermedades, este fue relacionado con diabetes, hipertensión, enfermedad hepática, artritis y enfisema, y toda menos enfermedad hepática, indicaron una asociación positiva entre el apoyo a la pertenencia y la salud. La soledad subjetiva predijo los resultados de la enfermedad de manera más consistente en la muestra hispana en comparación con la muestra caucásica. Conclusión: Los datos muestran condiciones sociales favorables, como baja soledad y alto apoyo de familiares, amigos y redes sociales, son importantes predictores de los resultados de la enfermedad, tanto en hispanos y en muestras caucásicas. (1)

2.-Qian Tian, et al. (2014). China. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. (El apoyo social intergeneracional afecta el bienestar subjetivo de las personas mayores: roles mediadores de la autoestima y soledad). Objetivo: Investigar los efectos concurrentes de la soledad y autoestima en SWB en ancianos y examinar los efectos mediadores de la soledad y autoestima en la relación entre ISS y SWB en ancianos chinos. Material y Métodos: Los participantes fueron 429 ancianos de China, 193 hombres y 236 mujeres, las edades de los participantes oscilan entre 61 y 72 años. Se utilizó la Escala Social Intergeneracional (ISS). La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) consta de 10 ítems, cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 7 puntos, en este estudio el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,851. La Escala de Soledad Social y Emocional consta de 10 ítems diseñados para evaluar la soledad social y la soledad emocional, las respuestas a cada ítem se dan en una escala tipo Likert de 5 puntos, el coeficiente de Cronbach fue de 0,794. La escala SWB incluye tres subescalas que miden la satisfacción con la vida y los efectos positivos y negativos, la escala consta de 5 ítems en una escala de calificación de 7 puntos. Resultados: Sugirieron que el apoyo social intergeneracional, la autoestima y la soledad se correlacionan significativamente con el bienestar subjetivo, además, mostraron que tanto dar como recibir apoyo se correlacionaron positivamente con la autoestima y el bienestar subjetivo y se correlacionaron negativamente con la soledad. Además, la autoestima, la soledad y el bienestar subjetivo estaban correlacionados entre sí. El modelo de medición incluyó cuatro constructos latentes (Apoyo Social Intergeneracional (ISS), Autoestima, Soledad y Bienestar Subjetivo (BS)), y 10 variables observadas. La prueba del modelo de medición indicó un ajuste satisfactorio a los datos: $\chi^2(29, N=429) = 57,92, \chi^2 / gl = 1,99$; RMSEA=0,041; RMMR=0,051; y CFI=0,97. Todas las cargas factoriales para los indicadores de las variables latentes fueron significativas ($p < 0,001$), lo que indica que todas las variables latentes estuvieron bien representados por sus indicadores. En el modelo estructural se probó el efecto directo de la variable predictora (ISS) sobre la variable dependiente (BS) sin mediadores, el coeficiente de trayectoria directamente estandarizado fue significativo, $\beta = 0,61, p = 0,001$. Luego se probó el modelo parcialmente mediado que contenía mediadores (autoestima y soledad). Sin embargo, quedó que los coeficientes de trayectoria estandarizados de ISS a SWB, autoestima y soledad (0.207); de la autoestima al BS (0.268); y de la soledad al BS (-0,125), fueron todos significativos. Conclusión: El apoyo social puede mantener una buena experiencia emocional y condición física de un individuo; como tal, mejora la salud mental de un individuo. Así, el estado psicológico de un

individuo sirve como puente entre el apoyo social y la salud mental. Un Apoyo Social Intergeneracional (ISS) más intensa experimentada por una persona mayor corresponde a una autoevaluación más positiva; por tanto, se sienten menos solos y experimentan una mayor sensación de felicidad. El resultado indicó que el Bienestar Subjetivo de una persona mayor se ve muy afectado por la ISS. (2)

3.-Lijun Liu, et al (2014). China. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. (El apoyo social media la soledad y la depresión en personas mayores). Objetivo: Investigar el efecto concurrente de la soledad y el apoyo social sobre la depresión y examinó más a fondo el efecto mediador del apoyo social sobre la relación entre la soledad y la depresión entre los ancianos chinos. Material y Métodos: Los participantes fueron 320 personas mayores (edad ≥ 60 años) de seis sanatorios de China, el cual estuvo integrado por 189 hombre y 131 mujeres. Su edad osciló entre 61 y 85 años, con una media de 68,44 años (desviación estándar =8,72). Se utilizó la Escala de Soledad Emocional y Social (ESLS), de 10 ítems de soledad emocional y soledad social, en este estudio el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,841. La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (PSSS), de 12 ítems en donde se calculan tres subescalas: apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo de la pareja, en este estudio el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,914. La Escala de Autoevaluación de la Depresión (SDS), en este estudio el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,796. Resultados: Revelaron que la soledad y el apoyo social se correlacionan con la depresión. El modelo de ecuaciones estructurales indicó que el apoyo social media parcialmente la soledad y la depresión. El modelo final ilustró un camino significativo desde la soledad a la depresión a través del apoyo social. El modelo de medición completo incluyó tres constructos latentes (soledad, apoyo social y depresión) y se probaron ocho variables observadas para examinar si el modelo de medición se ajustaba adecuadamente o no a los datos de la muestra. La prueba inicial del modelo de medición resulta ser un ajuste satisfactorio a los datos: $\chi^2(22, N=310) = 26,996, p < 0,001$; RMSEA=0,046, [0,027, 0,068]; SRMR=0,065; y CFI=0,987. Todas las cargas factoriales para los indicadores de las variables latentes fueron significativas ($p < 0,001$), lo que indica que todos los constructos latentes estaban bien representados por sus indicadores. Además, todas las variables (soledad, apoyo social y depresión) estaban significativamente intercorrelacionadas entre sí, apoyo social con soledad -0,41**, depresión con soledad 0,57**, depresión con apoyo social -0,40** ($p < 0,01$). En el modelo estructural primero se probó el efecto directo de la soledad (variable predictiva) sobre la depresión (variable dependiente) sin mediadores. Los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

coeficientes de trayectoria directamente estandarizados de la soledad a la depresión ($\beta=0,415$, $[0,347, 0,656]$, $p=0,001$) fueron significativos. Luego, se probó un modelo parcialmente mediado que contenía mediadores (apoyo social) y un camino directo desde la soledad a la depresión. Los resultados mostraron que se puede aceptar la bondad de ajuste del modelo: $\chi^2(22, N=310) = 23,750$, $p < 0,001$; $RMSEA=0,047$, $[0,023, 0,098]$; $SRMR=0,069$; $CFI=0,991$, estos resultados mostraron el papel mediador del apoyo social en la relación entre soledad y depresión. La soledad puede exacerbar los síntomas depresivos directamente y el apoyo social puede debilitar esta relación. El efecto de la soledad sobre la depresión a través del apoyo fue del 40,2%. La Prueba del Efecto Mediador del apoyo social entre la soledad y la depresión fue adoptando el procedimiento de estimación Bootstrap en AMOS, en donde la soledad tuvo un efecto directo significativo sobre la depresión (0.450a), con un intervalo de confianza del 95% de 0.247; los efectos directos de la soledad sobre el apoyo social (-0,485a), con un intervalo de confianza del 95% de -0,641; del apoyo social sobre la depresión (-0,240a), con un intervalo de confianza del 95% de -0,457, también fueron significativos, también fue significativo el efecto indirecto de la soledad sobre la depresión a través del apoyo social (0.116a), con un intervalo de confianza del 95% de 0,046. Conclusión: Los hallazgos actuales brindan información sustancial sobre la asociación entre soledad, apoyo social y depresión. (3)

4.-Gül Dural, et al. (2021). Turquía. Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People. (Efecto del apoyo social percibido sobre la capacidad de autocuidado y la soledad entre los Musulmanes mayores). Objetivo: Investigar el efecto del apoyo social percibido sobre la agencia de autocuidado y la soledad entre los ancianos musulmanes. Material y Métodos: Estudio transversal que incluyó a 965 ancianos que cumplieron con los criterios de inclusión (tener 65 años o más, ser capaz de comunicarse), utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, compuesta por 12 ítems siendo una escala Likert de 7 puntos, con un coeficiente de alfa Cronbach que varía 0,78 y 0,92. Escala de Agencia de Autocuidado con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,65 y 0,76. Escala de Soledad para Personas Mayores, con coeficiente alfa de Cronbach 0,97 y 0,84. Resultados: Se determinó que el apoyo social percibido de las personas mayores era importante para explicar la agencia de autocuidado y que el apoyo social percibido representaba el 36% de la agencia de autocuidado. Además, se observó una correlación estadísticamente positiva y moderada entre el apoyo social percibido y la agencia de autocuidado. En el estudio, el apoyo social percibido explicó una proporción

significativa de la varianza en la soledad ($p < 0,05$). El apoyo social percibido representó la esperanza en un 57%. Además, se encontró una correlación estadísticamente negativa y moderada entre el apoyo social percibido y la soledad ($p < 0,05$). Conclusión: El estudio se encontró que había una correlación positiva entre el apoyo social percibido y la capacidad de autocuidado y una correlación negativa entre el apoyo social percibido y la soledad en ancianos musulmanes. (4)

5.-Rosanne Freak, et al (2021). Australia. Social Isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. (Aislamiento social, apoyo social y soledad como predictores de incidencia y mortalidad de enfermedades cardiovasculares) Objetivo: Evaluar el aislamiento social, el bajo apoyo social y la soledad como predictores de Enfermedad Cardiovascular (ECV). Material y Métodos: Es un análisis secundario que utiliza datos del estudio ASPi rin in Reduction Events in the Elderly (ASPREE) y del subestudio del cuestionario ASPREE Longitudinal Study of Older Persons (ALSOP). Se reclutó a 1 adultos mayores de 70 años, sanos que vivían en la comunidad sin ninguna enfermedad que pudiera causar la muerte en los próximos cinco años. Resultados: La mayoría de los participantes tenían una salud social compuesta positiva (92%) al inicio del estudio, y solo unos pocos informaron aislamiento (2%), bajo apoyo (2%) o soledad (5%). Los participantes que eran socialmente aislados eran mucho más propensos a informar un apoyo social bajo, que los participantes no aislados socialmente (29% versus 1%, $p < 0,001$). De manera similar, los participantes que estaban socialmente aislados o tenían poco apoyo social tenían más probabilidades de reportar estar solos (Aislamiento social: 10% vs 5%, $p = 0,001$; Bajo apoyo social: 9% vs 5%, $p < 0,001$). Mientras que el 8% fue categorizado como con mala salud social, solo el 0,05% fue categorizado como pobre en los tres. El aislamiento social, el escaso apoyo, la soledad y la mala salud social predijeron consistentemente eventos de accidente cerebrovascular isquémico. El aislamiento social y el escaso apoyo social (pero no la soledad) predijeron incidentes de ECV, sin embargo, se pudo evaluar la soledad, que predijo ECV fatal, después de ajustar por los factores de riesgo tradicionales, estas relaciones se mantuvieron con una magnitud de asociación ligeramente menor ($\leq 10\%$). Conclusiones: Los adultos mayores sanos, que vivían en la comunidad y con mala salud social tenían un 42% más de probabilidades de desarrollar ECV y el doble de probabilidades de morir a causa de ECV en cinco años. Los hallazgos demuestran que entre los adultos mayores sanos, el aislamiento social y el escaso apoyo social pueden ser más importantes que la soledad percibida para la salud

cardiovascular en la vejez, además resaltan que la mala salud social predice incidentes de ECV más allá de los factores de riesgo biológicos de ECV, y por lo tanto, debe considerarse en futuros modelos de predicción de riesgos. (5)

6.-Jeannette Golden, et al. (2009). Irlanda. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. (soledad, redes sociales de apoyo, estado de ánimo y bienestar en ancianos residentes en comunidades). Objetivo: Examinar la correlación entre red social, soledad, depresión, ansiedad y calidad de vida en personas mayores que viven en comunidad en Dublín. Material y Métodos: Se reclutaron personas de 65 años o más que vivían en la comunidad de cinco consultorios urbanos de Dublin, con un total de 1299 personas. Los síntomas psiquiátricos se realizaron utilizando la entrevista de diagnóstico del Estado Mental Geriátrico (GMS), que se administra mediante una entrevista semiestructurada computarizada GMS-AGECAT. Las redes sociales se evaluaron utilizando el programa de Evaluación del Tipo de Red del Practicante desarrollado por Wenger. La soledad se basó en tres ítems de la entrevista Estado Mental Geriátrico (GMS). La presencia de desesperanza y sentimientos suicidas se evaluó utilizando calificaciones GMS en cinco síntomas: si se consideraba que la vida no valía la pena, ver el futuro como sombrío, tener un sentimiento general de desesperanza o desesperación, desear morir en el mes anterior a la entrevista y deseos de muerte expresados como planes o actos suicidas. El bienestar se evaluó utilizando dos ítems del GMS, satisfacción con la vida y felicidad. El Deterioro cognitivo evaluado por Mini-Mental State Examination de Folstein y se define con una puntuación inferior a 24 puntos. Resultados: Arrojaron que el 35 % de los participantes se sentía solo, el 9 % describía como doloroso, 34% tenía una red social no integrada. Sin embargo, los dos constructos eran distintos: el 32% de los participantes con una red social integrada informaron sentirse solos. La soledad fue mayor en las mujeres, los viudos y los discapacitados físicos y aumentó con la edad, pero cuando se controlaron las variables relacionadas con la edad, esta asociación no fue significativa. El bienestar, el estado de ánimo deprimido y la desesperanza se asociaron de forma independiente tanto con la soledad como con la red social no integrada. La red social no integrada se asocio con un OR de 1,8 ($p=0,009$) para el estado de animo deprimido. Los tres indicadores de soledad se asociaron de forma independiente con el estado de animo deprimido, con un OR de 2,5 para la soledad simple, 3,9 para la soledad dolorosa y 4,2 para la soledad intrusiva. El OR para la depresión asociada con la viudez, ajustado por la soledad, fue de 0.83 ($p=0,385$), así la mayor prevalencia de depresión en la

viudez se explica por la mayor prevalencia de soledad, sin recurrir a otros factores. La desesperanza se asocio tanto con la red social no integrada (OR=2,3, $p<0,001$) como con la soledad, con un OR de 2,4 para la soledad simple ($p<0,001$), la soledad severa aumento la desesperanza (OR=1,8, $p=0,035$). La soledad se asoció, independientemente de la edad, la discapacidad física y la red social, con el 82% del riesgo de estado de ánimo deprimido en quienes se sentían solos, con el 61% del riesgo de depresión en población de edad avanzada. La red no integrada, se asoció con el 40% del riesgo de depresión en aquellos con una red no integrada y el 19% del riesgo total de depresión en la población. La presencia de soledad o de una red social no integrada se asoció con el 81% del riesgo de depresión en aquellos con uno o ambos factores, y con el 70% del riesgo general de depresión en la población de edad avanzada. Conclusión: Tanto la soledad como las redes sociales afectan de forma independiente el estado de ánimo y el bienestar de las personas mayores, lo que subyace en una proporción muy significativa del estado de ánimo depresivo. (6)

7.-Lijuan Chen, et al. (2018). China. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. (La influencia del apoyo social en la soledad y la depresión entre las personas mayores en China: estilos de afrontamiento como mediadores). Objetivo: Examinar el efecto directo del apoyo social y la soledad con efectos mediadores de los estilos de afrontamiento sobre la soledad y la depresión de personas mayores de edad avanzada en China. Material y Métodos: Se utilizaron datos de la Encuesta social longitudinal sobre envejecimiento de China de 2014 (CLASS 2014), en donde se realizó a 1646 personas con una edad media de 79,71 años. Para medir la depresión se utilizó una versión abreviada de la escala CES-D con 9 ítems, mientras que para medir la soledad se utilizó la Escala de Soledad de 3 ítems, que es una versión abreviada de la Escala de Soledad de UCLA. Para evaluar el apoyo social, se centraron en el ofrecido por amigos, en donde a los encuestados se les pregunta sobre el número de amigos con quienes conocieron o contactaron, con quien pueden hablar sobre su privacidad y quien puede brindarles ayuda cuando sea necesario. Resultados: El apoyo social tiene una influencia importante en la incidencia de la depresión y la soledad. Usando los datos del CLASS 2014, se encontró que el apoyo social reduce la frecuencia de la depresión y soledad, y que estas asociaciones están mediadas por los estilos de afrontamiento utilizados por personas mayores. En este modelo, los estilos de afrontamiento representan más 26% del efecto del apoyo social sobre la depresión y más

del 13% del efecto sobre la soledad. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de investigaciones anteriores. Los modelos de medición de apoyo social y estilos de afrontamiento que utilizan CFA generalmente se ajustan bien a los datos: $X^2/gf=2,481$, $CFI=0,990$, $GFI=0,992$ y $RMSEA=0,030$. Sin embargo, la prueba X^2 tiene un valor p significativo que alcanza significación, pero otros índices del modelo, con $X^2/gf(2,481)<3$, $CFI(0,990)$ y $GFI(0,992)>0,9$ y $RMSEA(0,030)<0,05$, lo que sugiere que el modelo de medición se ajusta razonablemente a la muestra. El modelo estructural se ajusta bien a los datos: $X^2(94)=268,739$; $gf=94$; $p<0,001$; $X^2/gf=2,859$; $CFI=0,930$, $GFI=0,983$ y $RMSEA=0,034$. El apoyo social tiene un efecto significativo tanto sobre la depresión como sobre la soledad. Las personas mayores con más apoyo social tienen menos probabilidades de experimentar depresión y soledad ($\beta=-0,125$, $p<0,001$ y $\beta=-0,125$, $p=0,001$, respectivamente). Las personas mayores que utilizaron estilos de afrontamiento positivos experimentaron tasas más bajas de depresión ($\beta=-0,083$, $p<0,001$). Los estilos de afrontamiento negativos se asocian con mayores tasas de depresión y soledad ($\beta=0,251$, $p<0,001$ y $\beta=0,191$, $p<0,001$, respectivamente). Las personas mayores con apoyo social tienen más probabilidades de utilizar estilos de afrontamiento positivos y menos probabilidades de utilizar estilos de afrontamiento negativos (para un estilo de afrontamiento positivo: $\beta=0,176$, $p<0,001$; para un estilo de afrontamiento negativo: $\beta=-0,074$, $p=0,028$, por separado). El efecto total del apoyo social sobre la depresión es $-0,158$, combinando el efecto directo ($-0,125$) y el efecto indirecto mediante el afrontamiento ($-0,033$). Para la soledad, el efecto total del apoyo social es $-0,098$, del efecto directo ($-0,087$) y del efecto indirecto ($-0,012$). Conclusión: El estudio destaca la interacción entre el apoyo social, los estilos de afrontamiento y la soledad y la depresión en las personas mayores en China. Nuestros hallazgos proporcionan evidencia transcultural para las teorías sobre el apoyo social, el afrontamiento y soledad y depresión. Estos resultados también tienen implicaciones significativas para la práctica del trabajo social gerontológico como destacan la importancia de las redes sociales en la construcción de resiliencia. (7)

8.-Ichiro Kai, et al. (2010). Tokio, Japon. Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. (Apoyo social y su correlación con soledad: Un estudio transcultural de los adultos mayores Nepaleses). Objetivo: Analizar la situación del intercambio de apoyo social entre hombres y mujeres mayores y estudiar la validez transcultural de los predictores de soledad en dos castas/etnias nepalés de adultos mayores. Material y Métodos: Para este estudio se adoptó un método de encuestas

mediante entrevista cara a cara mediante un cuestionario estructurado. Los datos para este estudio se tomaron de una encuesta transversal de ancianos nepaleses. El sitio del estudio fue la ciudad metropolitana de Katmandú, para esta encuesta se seleccionaron ancianos Chhetri y Newar, ya que estos constituían la mayoría de castas/etnia en ese distrito. Se seleccionaron 663 adultos mayores para la entrevista y la entrevista se completó exitosamente con 509. Para este estudio los investigadores desarrollaron 13 preguntas estructuradas sobre los diversos tipos de apoyo recibido y brindado durante el último año (incluidos tres tipos de apoyo disponibles) con seis fuentes diferentes de apoyo. Debido a las frecuencias muy bajas en algunos ítems de apoyo social, los autores incluyeron solo 7 ítems de apoyo social recibido (SSR) y apoyo social brindado (SSP) de los 13 ítems incluidos en el cuestionario. Se utilizó la Escala de Soledad R-UCLA. Resultados: el resultado de la prueba t mostró que había diferencias entre hombres y mujeres de edad avanzada en el apoyo social recibido (SSR) del cónyuge ($p < 0,001$). El resultado de la prueba t de muestras pareadas mostró una diferencia entre SSR y SSP con fuentes de apoyo social ($p < 0,05$), niños que viven juntos y amigos/vecinos en la muestra de ancianos de Chhetri y Newar. Los ancianos recibieron más apoyo social de los niños que vivían juntos y brindaron más apoyo a amigos/vecinos, lo que fue cierto tanto en hombres como en mujeres de las dos castas/etnias. La SSR del cónyuge se asoció con una menor soledad tanto en los ancianos Chhetri ($b = -0,217$, $p < 0,001$) como en Newar ($b = -0,253$, $p < 0,001$). No se encontró ninguna evidencia de que hubiera alguna diferencia entre los ancianos Chhetri y Newar ($t = 0,478$, $p > 0,10$). La SSR de niños que viven juntos también se asoció con una menor soledad tanto en los ancianos Chhetri ($b = -0,233$, $p = 0,001$) como en los Newar ($b = -0,290$, $p < 0,001$), y no se encontraron diferencias en ambas muestras ($b = 0,551$, $p > 0,10$). Además, se encontró que la SSR de amigos/vecinos tuvo un marcado impacto en la reducción de la soledad en las muestras de Newar ($b = -0,161$, $p = 0,041$) en relación con las muestras de Chhetri ($b = -0,116$, $p > 0,10$). De la misma manera, la SSP hacia el cónyuge se asoció con una menor soledad tanto en los ancianos Chhetri ($b = -0,238$, $p < 0,001$) como en los Newar ($b = -0,235$, $p < 0,001$). La SSP para niños que viven juntos también se asoció con una menor soledad tanto en los ancianos Chhetri ($b = -0,172$, $p = 0,021$) como en Newar ($b = -0,284$, $p < 0,001$). La SSP con amigos/vecinos también se asoció con una menor soledad tanto en los ancianos Chhetri ($b = -0,152$, $p = 0,026$) como en Newar ($b = -0,147$, $p = 0,027$). El resultado de la soledad mostró además que la SSR de niños que vivían separados se asoció con reducciones significativas en la soledad en los ancianos Newar ($b = -0,256$, $p < 0,001$), tal efecto no estuvo presente en los ancianos Chhetri ($b = 0,023$, $p > 0,10$). De la misma manera,

el SSP para niños que viven separados también se asoció con reducciones significativas en la soledad en los ancianos Newar ($b=-0,259$, $p<0,001$), tal efecto no estuvo presente en los ancianos Chhetri ($b=-0,014$, $p>0,10$). La diferencia entre Chhetri y Newar fue significativa tanto para SSR de niños que viven separados ($t=2,787$, $p<0,01$) como para SSP de niños que viven separados ($t=2,387$, $p<0,05$). Conclusiones: Los resultados de los ancianos Chhetri y Newar mostraron que el principal intercambio de apoyo de los adultos mayores era con los niños que vivían juntos y con su cónyuge, y los amigos/vecinos. Los resultados muestran que la diferencia de género en SSR y SSP, así como el intercambio de apoyo social, es similar en los adultos mayores Chhetri y Newar. Además se concluyó que existe una invariancia transcultural en el apoyo social y su correlación con la soledad entre los adultos mayores Chhetri y Newar de esta muestra. (8)

9.-Riksa Wibawa Resna, et al. (2022). Indonesia. Social environment support to overcome loneliness among older adults: A scoping review. (Apoyo del entorno social para superar la soledad entre los adultos mayores: Una revisión del alcance). Objetivo: Identificar diversos tipos de apoyo social para superar la soledad en los adultos mayores. Material y Métodos: Se utilizó una revisión de alcance descrita por Arksey y O'Malley que constaba de cinco pasos: identificar la pregunta de investigación, identificar los estudios relevantes, seleccionar el estudio, trazar el dato, y cotejar, resumir e informar los resultados. Para la búsqueda se utilizaron 5 bases de datos: Embase, CINAHL, Cochrane, PubMed y Google Scholar. Los criterios de inclusión de los artículos fueron todos los tipos de artículos que discutieran el entorno social de los adultos mayores publicados entre 2012 y principios de 2022 y texto completo en inglés y bahasa indonesio. La búsqueda se realizó el 1 de febrero de 2022 en las bases de datos Embase y CINAHL, mientras que en las bases de datos PubMed, Cochrane y Google Scholar se realizó el 2 de febrero de 2022. Resultados: El total de artículos recuperados de las cinco bases de datos fue de 2,410 artículos. El diseño de investigación de la mayoría de los estudios incluidos fue un estudio longitudinal. Los estudios recuperados se realizaron en seis países: China, Taiwan, Irlanda, Virginia Occidental, Egipto y Turquía. Se identificaron cuatro grupos de apoyo del entorno social que afectan la soledad en los adultos mayores, incluidas: familia, amigos, vecinos y gobiernos. Conclusiones: Las familias, los amigos, los vecinos y los gobiernos se consideran factores importantes para prevenir y reducir la soledad entre los adultos mayores. (9)

2.3. TEORIAS QUE APOYAN LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Existen varias teorías que pueden ser relevantes para comprender la relación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores. Por ejemplo, la teoría del envejecimiento social sugiere que la cantidad y la calidad de las interacciones sociales disminuyen con la edad, lo que puede contribuir a la soledad. Por otro lado, la teoría del apoyo social señala que el apoyo social puede actuar como un factor protector contra la soledad y promover el bienestar de los adultos mayores.

Además, es importante considerar factores contextuales que pueden influir en la relación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores. Estos factores pueden incluir características individuales, como la personalidad y la salud física, así como factores socioeconómicos y culturales. Por ejemplo, la disponibilidad de recursos y servicios comunitarios puede afectar la capacidad de los adultos mayores para acceder a apoyo social y reducir la soledad.

2.3.1. Soledad

El sentimiento de soledad fue definido por Salinas (1947) como la distancia interna que siente una persona respecto de los demás y que corresponde a una experiencia subjetiva que puede ocurrir incluso cuando está rodeada de personas. (10)

La Teoría Interpersonal de Sullivan (1953), condujo a la definición psicológica más antigua de soledad, en la que la soledad se entendía como una de las experiencias más dolorosas que una persona puede tener. Años más tarde, Young definió la soledad como una falta real o percibida de relaciones satisfactorias, en la que las personas suelen mostrar síntomas de estrés negativo debido a la falta de relaciones placenteras con sus compañeros.

Los principales aportes al tema de la soledad fueron realizados por Weiss en 1974, cuando propuso la existencia de una tipología para la soledad, dividiéndola en: soledad emocional y soledad social. La primera consiste en la falta de una relación intensa o relativamente perdurable con otra persona, estas relaciones pueden ser de tipo romántico o relaciones personales que generan sentimientos de afecto y seguridad; mientras que la soledad social involucra la no-pertenencia a un grupo o red social, y pueden tratarse de un grupo de amigos que participen juntos en actividades sociales o de cualquier grupo que proporcione un sentido de pertenencia. (11)

Dimensiones soledad

- *Soledad Social.* Percepción de apoyo recibido por terceros para satisfacer necesidades emocionales, toma de decisiones y consejo. Relacionada con la ausencia de una red social más amplia y participativa (hermanos, primos, amigos y vecinos). (19)
- *Soledad Familiar.* Percepción de aislamiento o lejanía con la familia del adulto mayor y su sentido de permanencia a esta. (19)
- *Crisis Existencial.* Percepción de aislamiento y satisfacción con las interacciones sociales del adulto mayor, además explora la preocupación por el apoyo y comprensión de otros. (19)
- *Soledad Conyugal.* Necesidades de afecto del adulto mayor por una pareja. La soledad emocional, relacionada con la ausencia de una relación íntima (pareja, mejor amigo). (19)

2.3.2. Apoyo social

El Apoyo Social es la disponibilidad de personas en quien confiar o poder confiar, y que hace al sujeto sentirse atendido y valorado como persona, así como la ayuda emocional e instrumental para el individuo. Existen dos fuentes de apoyo las formales y las no formales, las formales tienen un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas, por ejemplo, instituciones públicas y privadas, mientras que las no formales están constituidas por redes personales y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, por ejemplo, familia, vecinos o centros comunitarios. Por lo tanto, el apoyo social son todas las formas de ayuda que ofrece la sociedad, son una serie de informaciones dirigidas a una persona para que se sienta amada, cuidada, segura, valiosa e integrada a una red de comunicación. (12)

El modelo del Apoyo Social sostiene que la participación en los espacios sociales y la integración en la familia y la comunidad aumentan el bienestar y mejoran la calidad de vida. Los principales fundamentos de este modelo teórico son: a) Se centra en el estudio de los aspectos sociales; b) Tiene un importante propósito preventivo; c) Se interesa fundamentalmente por los problemas de las personas en situaciones de inestabilidad; d) Se enfoca en trabajar con recursos y potenciales; e) Intentar provocar el cambio mediante la participación activa de quienes están implicados en el problema; f) Tiene como objetivo el empoderamiento y el desarrollo a nivel individual, colectivo, institucional y comunitario. (13)

Las investigaciones han demostrado claramente la importancia de la participación activa de las personas mayores en la vida familiar y comunitaria y el impacto de la integración social en su bienestar y salud general. Las propias personas mayores creen que las relaciones familiares y sociales satisfactorias son un aspecto de gran importancia para su calidad de vida, ya que repercuten positivamente tanto en su salud física como en su estado funcional. (13)

2.3.3. Adulto mayor

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que tienen lugar paulatina y gradualmente como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, y es el resultado de respuestas que se llevan a cabo a todos los niveles (moleculares, celular y orgánico). El envejecimiento se caracteriza por ser universal, irreversible, heterogéneo e individual, intrínseco y letal; es modulado por factores tanto genéticos como ambientales y se manifiesta de forma diferente entre individuos de la misma especie con un genoma idéntico.(14)

2.4. MARCO CONCEPTUAL

Soledad

Rook (1990) definió la soledad como un estado persistente de angustia emocional que ocurre cuando una persona se siente rechazada por los demás o carece de compañeros en actividades que permitan la integración social y la intimidad emocional. (10)

Apoyo social

El Apoyo Social es la “disponibilidad de personas en quien confiar o poder confiar”, y que hace al sujeto sentirse atendido y valorado como persona, así como la ayuda emocional e instrumental para el individuo. (15)

Adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años. (14)

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años. (14)

3. JUSTIFICACION

3.1. MAGNITUD Y TRASCEDENCIA DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

La soledad puede ser causada por diversos factores, como puede ser la pérdida de seres queridos, la falta de actividades sociales, la disminución de la movilidad o la falta de apoyo emocional, además, que nos puede llevar a problemas graves de salud mental como puede ser la depresión y la ansiedad. Mientras que el apoyo social juega un papel importante en la vida de los adultos mayores, ya que este puede provenir de la familia, amigos, vecinos o incluso de grupos comunitarios, el cual puede brindar compañía, ayudar a realizar tareas diarias, brindar apoyo emocional y la sensación de pertenencia a una comunidad. Este estudio se centra en investigar cómo se correlacionan estos dos factores, que son la soledad y el apoyo social, y como afectan la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años. El principal objetivo de este estudio es determinar si existe una correlación significativa entre la soledad y el apoyo social en el adulto mayor de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1, OOAD Aguascalientes. Los resultados de esta investigación podrían tener implicaciones importantes en la promoción de programas de intervención que abordan la soledad en los adultos mayores, a la misma forma se espera obtener resultados que contribuyan al bienestar y a la calidad de vida de los adultos mayores.

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE^N), para el segundo trimestre de 2022 se estimó que en México residían 17,958,707 personas de 60 años y más, esta cifra representa 14% de la población total del país. De este porcentaje el 13% es para los hombres y 15% en las mujeres. El 56% tiene entre 60 y 69 años, el 30% entre 70 a 79 años, y el 14% de 80 años y más. Según el sexo, el porcentaje es ligeramente más alto para los hombres de 60 a 69 años con un 57% de la población, mientras que para las mujeres es un 55%. Según el CENSO 2020 del INEGI, habitan 145,376 personas mayores de 60 años de edad en Aguascalientes, siendo el 10.2% de la población total de la entidad, ocupando la cuarta tasa más alta de adultos mayores. Con un 13% en Calvillo y 5.8% en San Francisco de los Romo. Siendo el mayor número de personas está comprendido en el rango de edad de 60 a 64 años de edad, con 48,306 personas. Según el sexo, en las personas mayores de 60 años las mujeres ocupan el 10.8% y los hombres el 9.6%.(16)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes atiende a más de 70,000 adultos mayores, a quienes diariamente se otorgan 400 consultas de especialidad y 2,500 de medicina familiar, por lo que este grupo de edad ocupa el 50% de la capacidad instalada de los nosocomios. Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, Respecto al sentimiento de soledad, la población de 60 años y más que en 2018 tenía este sentimiento, con un porcentaje de 35.4%, y que en pandemia tuvo COVID-19, en 2021 creció 4.4 puntos porcentuales aumentando a 39.8%.

De acuerdo a los estudios realizados, las condiciones sociales favorables, como baja soledad y alto apoyo de familiares, amigos y redes sociales, son importantes predictores de los resultados de la enfermedad, tanto en hispanos y en muestras caucásicas. (1)El apoyo social puede mantener una buena experiencia emocional y condición física de un individuo; como tal, mejora la salud mental de un individuo. Así, el estado psicológico de un individuo sirve como puente entre el apoyo social y la salud mental. Un Apoyo Social Intergeneracional (ISS) más intensa experimentada por una persona mayor corresponde a una autoevaluación más positiva; por tanto, se sienten menos solos y experimentan una mayor sensación de felicidad. El resultado indicó que el Bienestar Subjetivo de una persona mayor se ve muy afectado por la ISS. (3) Los hallazgos actuales brindan información sustancial sobre la asociación entre soledad, apoyo social y depresión (4) Se ha encontrado correlación positiva entre el apoyo social percibido y la capacidad de autocuidado y una correlación negativa entre el apoyo social percibido y la soledad en ancianos (5)

La soledad, en el contexto de los adultos mayores, puede ser un problema significativo que afecta su bienestar emocional y físico. Puede surgir debido a una variedad de factores, como la pérdida de seres queridos, la jubilación, la enfermedad o la falta de conexión social. La soledad puede tener efectos negativos en la salud mental y física de los adultos mayores, aumentando el riesgo de depresión, ansiedad y enfermedades crónicas. (17) Por otro lado, el apoyo social tiene un papel crucial en la vida de los adultos mayores. El apoyo social puede provenir de diferentes fuentes, como la familia, los amigos, los vecinos y las organizaciones comunitarias, así mismo puede incluir aspectos emocionales, como la compañía y el afecto, así como aspectos instrumentales, como la ayuda con las tareas diarias y el acceso a recursos y servicios.(13) La soledad en los adultos mayores problema en nuestra sociedad actual, la soledad en los adultos mayores puede tener un impacto significativo en su salud física y mental, ya que se asocia con un mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo y deterioro físico. Por otro lado, el apoyo social juega un papel importante

en la vida de los adultos mayores, ya que este proporciona un sentido de pertenencia, conexión emocional y cooperación práctica, que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas. La relación entre el apoyo social y la soledad en los adultos mayores es importante, ya que promover y mantener una red de apoyo sólida puede ayudar a prevenir y reducir el sentimiento de soledad, promoviendo así la salud física y mental de los adultos mayores. Por lo que al realizar este estudio se pretende determinar la correlación entre la soledad y apoyo social en los adultos mayores de 60 años, y con ello elaborar herramientas para los médicos de primer contacto que ayuden en la detección oportuna de la soledad en los pacientes mayores



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Joe Tomaka, et al. baja soledad y alto apoyo de familiares, amigos y redes sociales predictores de enfermedad. (1)**Qian Tian, et al.** Un Apoyo Social Intergeneracional (ISS) más intensa experimentada por una persona mayor corresponde a una autoevaluación más positiva; **Lijun Liu, et al (2014)**. Existe asociación entre soledad, apoyo social **Rosanne Freak, et al (2021)** la soledad y el escaso apoyo social resultado de un mal estado de salud en el anciano **Jeannette Golden, et al.** Tanto la soledad como las redes **Ichiro Kai, et al. (2010)**. concluyó que existe simetría en el apoyo social y su correlación con la soledad entre los adultos mayores . **Posterior al análisis de los** artículos de E. Lopez-Cerda, et al., Rosanne Freak, et al., Joe Tomaka, et al., en donde se estudió la soledad y el apoyo social junto con otras patologías como la depresión y/o enfermedades cardiovasculares, sin embargo no se mide directamente la relación entre soledad y apoyo social. La soledad y el apoyo social son dos aspectos importantes que pueden impactar tanto en el bienestar como en la calidad de vida de los adultos mayores, por un lado, en los estudios de Gül Dural, et al., y Lijun Liu, et al., en donde ambos artículos coinciden en que la soledad y el apoyo social tienen una relación significativa ($p < 0,05$), ($p < 0,01$) respectivamente. Sin embargo, por otro lado a pesar de que en el título en algunas publicaciones se mencione el término “soledad” y “apoyo social” no realizan su medición o no reportan su correlación entre ambas variables. Lo que nos lleva a formular la siguiente pregunta de investigación ¿Existe correlación entre la soledad y apoyo social en los adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes?

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo se identifica la correlación entre la soledad y apoyo social en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes?

5. OBJETIVO

5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la correlación entre soledad y el apoyo social en el adulto mayor de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar la soledad social en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar Soledad Familiar en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar la soledad conyugal en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar el apoyo social de amigos en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar el apoyo de la familia en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar el apoyo de la pareja y otros en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1
- Identificar el nivel de soledad en el adulto mayor de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
- Identificar el nivel de apoyo social percibido en el adulto mayor de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1

6. HIPÓTESIS

- HA Existe una correlación positiva entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.
- HO NO Existe una correlación positiva entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.

6.1. HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

- Existe soledad en el adulto mayor con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.
- Existe apoyo social en el adulto mayor con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.
- Existe correlación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Existe correlación entre la soledad y el apoyo social proveniente de la familia en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Existe correlación entre la soledad y el apoyo social proveniente de amigos en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Existe correlación entre la soledad y el apoyo social proveniente de la pareja y otros en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.

6.2. HIPÓTESIS NULA:

- No existe soledad en el adulto mayor con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.
- No existe apoyo social en el adulto mayor con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.
- No existe correlación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- No existe correlación entre la soledad y el apoyo social de familia en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- No existe correlación entre la soledad y el apoyo social proveniente de amigos en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- No existe correlación entre la soledad y el apoyo social proveniente de la pareja y otros significativas en los adultos mayores con manejo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. DISEÑO.

El presente protocolo de investigación trasversal analítico

7.2. UNIVERSO DE ESTUDIO.

Adultos mayores de 60 años o más que son derechohabientes del IMSS y adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1.

7.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Adultos mayores de 60 años o más que acuden a consulta de la especialidad de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS Aguascalientes.

7.4. MUESTRA.

7.4.1. Cálculo del tamaño de la muestra.

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con la fórmula de proporciones para poblaciones finitas. Considerando que existen 5669 adultos mayores de 60 años con manejo en la consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar No.1 Aguascalientes. Para ello se consideró un IC de 95%, un margen de error de 5%. Obteniendo una muestra de 360 pacientes.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

= 360 Adultos mayores que acude a la consulta de Medicina Familiar No 1 Aguascalientes

7.4.2. Tipo de muestreo.

Para este estudio se realizó un muestreo no probabilístico.

7.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.5.1. Criterios de inclusión

- Tener una edad mayor o igual de 60 años.
- Estar asegurado en el IMSS Aguascalientes.
- Aceptar participar en el estudio.
- Que este bajo manejo del médico familiar del IMSS Aguascalientes.

7.5.2. Criterios de exclusión.

- Tener menos de 60 años.
- Que No estén bajo manejo del médico familiar del IMSS Aguascalientes.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Individuos adultos mayores con deterioro neurológico y cognitivo severo.
- Individuos con alteración visual e individuos que presenten demencias en etapas avanzadas o enfermedades como Alzheimer o sensibilidad extrema.

7.5.3. Criterios de eliminación.

- Cuestionarios llenados de manera incompleta.
- Cuestionarios de pacientes que decidan no participar en el estudio posterior a su aplicación.

7.5.4. Operacionalización de variables.

Ver **ANEXO D**

7.6. LOGISTICA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se dio a conocer al director de la Unidad de Medicina Familiar No.1 el objetivo general del estudio, así como el instrumento y la carta de consentimiento, presentando el número de registro de autorización del Comité Local de Investigación. Se solicitó permanecer en la Unidad durante el mes de febrero de 2024 en un área confidencial del consultorio de medicina familiar (consultorios excedentes anexos a la jefatura, del 1 al 10), con el fin de que el médico tesista pudiera captar a los adultos mayores usuarios, invitándolos a participar en el estudio. A los participantes se les explicó el objetivo general del estudio, y se les aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Medición de Soledad ESTE, verificando que no tuvieran deprivación sensorial auditiva antes de autorizar su participación.

Se dio a conocer a los participantes el objetivo de la investigación y la naturaleza de los instrumentos que se aplicarían.

Se solicitó la firma del consentimiento informado a cada participante.

Los instrumentos mencionados se aplicaron mediante entrevistas cara a cara en un lugar privado y confidencial de la unidad, en el consultorio.

Se estimó un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para la aplicación de ambas escalas (MSPSS y ESTE), las cuales suman 34 ítems. En caso de que algún adulto mayor experimentara una crisis durante la entrevista, el médico tesista derivó al paciente con el médico familiar para su manejo.

El entrevistador contó con un manual operacional para asegurar que la información fuera recabada de manera homogénea y válida. Una vez completado el tamaño de la muestra, los datos se vaciaron en hojas de Excel para su procesamiento y análisis estadístico.

7.7. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Tras la aplicación del cuestionario y la obtención de la información, el médico tesista creó una base de datos en Excel, importando la información en cada rubro correspondiente, incluyendo el nombre y tipo de cada variable. Posteriormente, se realizaron los análisis e interpretación de resultados mediante el programa estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), versión 21, que permitió llevar a cabo análisis de estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central, desviación estándar y frecuencias, así como la representación gráfica de datos con histogramas y gráficos. Las variables sociodemográficas se analizaron mediante estadísticas descriptivas con medidas de dispersión y tendencia central, y se generaron gráficos de frecuencia y tablas de contingencia. Las escalas de soledad y apoyo social se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas para cada ítem, con medidas de tendencia central y de dispersión para las puntuaciones globales y frecuencias para las categorías globales y dimensiones. Para explorar la relación entre soledad y apoyo social, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman. La interpretación de la correlación osciló entre -1 y +1, indicando asociaciones negativas o positivas respectivamente, y el valor de 0 indicó ausencia de correlación, aunque no de independencia. Los datos obtenidos de los instrumentos de trabajo de campo se capturaron y almacenaron de forma cotidiana, utilizando un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

7.8. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

7.8.1. Instrumento Soledad.

La escala de medición de la soledad, desarrollada por Rubio y Alexander en 1991, fue validada en la población adulta de México con 30 ítems. Esta escala mide cuatro factores

de soledad: a) Soledad Social (9 ítems), b) Soledad Conyugal (5 ítems), c) Soledad Familiar (6 ítems) y d) Soledad Existencial (4 ítems), con un coeficiente alfa de Cronbach general de 0.92. Las subescalas presentaron los siguientes coeficientes de consistencia interna: Soledad Familiar 0.830, Soledad Conyugal 0.892, Soledad Social 0.909 y Soledad Existencial 0.739. Se utilizó una escala de Likert que va de "Nunca" a "Siempre". En esta aplicación, los factores obtuvieron alfas de Cronbach de 0.82 para soledad familiar, 0.91 para soledad conyugal, 0.85 para soledad social y 0.89 para crisis de adaptación. La reproducibilidad se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman para variables ordinales, donde todas las correlaciones resultaron superiores a 0.7 y significativas, con valores de probabilidad menores a 0.001. Todos los ítems demostraron alta reproducibilidad, excepto "Me preocupo por mi familia" y "Podría contar con mis amigos si necesitara ayuda", que presentaron correlaciones de Spearman de 0.44 y 0.42, respectivamente. Todas las dimensiones mostraron alta consistencia interna, evidenciando la validez de constructo de la escala ESTE en la población de adultos mayores y reflejando una estructura similar a la original, lo cual la hace confiable y válida para su uso en este grupo. Los cuatro componentes principales de la escala explicaron el 55.9% de la varianza. En resumen, la escala ESTE demostró ser un instrumento confiable para el estudio de la soledad en el adulto mayor, permitiendo conocer mejor su realidad. La escala mostró congruencia entre los factores familiar, conyugal, social y crisis de adaptación en relación con variables sociodemográficas, así como buenas propiedades psicométricas en la población estudiada, y pudo aplicarse en adultos alfabetos de cualquier nivel educativo. La validación de la escala indicó una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90 para el total de la escala) y reproducibilidad (coeficiente de Spearman de 0.88). Comparando la escala adaptada con variables sociodemográficas, se observó que el instrumento diferencia significativamente en éstas, lo cual permite profundizar en el conocimiento de este grupo poblacional. (19)

7.8.2. Instrumento Apoyo Social

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) fue desarrollada en 1998 por Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet y Gordon K. Farley en Estados Unidos para evaluar el apoyo social percibido subjetivamente. Las investigaciones previas indicaron una buena confiabilidad interna, con alfa de Cronbach por dimensión: familia 0.87, amigos 0.85, y apoyo social de pareja y otros 0.91; y validez de constructo moderada. El

instrumento fue traducido al español, y se sometió al juicio de expertos en idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. En esta versión en español, se realizó una aplicación piloto en un grupo de adultos mayores hipertensos, que mostró la necesidad de algunas adaptaciones en la escala de respuesta, específicamente cambiándola a una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos, dada la dificultad que presentaron los adultos mayores en comprender términos similares y la variedad de respuestas.

Es un instrumento de autogestión compuesta por 12 ítems con tres dimensiones: familia (3, 4, 8 y 11 ítems), amigos (6,7,9 y 12 ítems) y apoyo social de pareja y otros (1,2,5 y 10 ítems). Cada ítem utiliza una escala Likert la cual consta de 4 puntos (1=casi nunca; 2=a veces; 3=con frecuencia; 4=siempre o casi siempre). Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el apoyo social percibido.

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido constó de 12 ítems. Una puntuación más alta indicó un mayor apoyo social percibido. Los resultados obtenidos mostraron un alto valor de alfa de Cronbach. Las tres subescalas estuvieron moderadamente correlacionadas (coeficiente de correlación de Spearman: otro significativo/familia 0.608; otro significativo/amigos 0.501; familia/amigos 0.627, todos los valores con $p < 0.001$), con un valor alfa de Cronbach general de 0.900 (subescalas de apoyo social de pareja y otros 0.855, familia 0.889, amigos 0.874). En el análisis factorial confirmatorio, el valor de chi-cuadrada fue $p < 0.001$. Para la validez de constructo, utilizando el cuestionario de autoinforme, se observó una correlación negativa con la suma del MSPSS (coeficiente de correlación de Spearman -0.287, $p < 0.001$), lo cual confirmó que es válido y confiable para su uso en esta población. (20)(21)

Posteriormente, Mosqueda Díaz et al. (2015) evaluaron las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, administrada a 247 adolescentes, y determinaron la confiabilidad general de la escala ($\alpha = 0.88$). Se evaluó la validez factorial mediante una matriz rotada de componentes, encontrándose que para el apoyo percibido por amigos y familiares, las cargas factoriales para cada ítem fueron altas (> 0.75). El componente de apoyo percibido por pareja y otros mostró significancia en el nivel de 0.8, justificando así su uso y fiabilidad en esta población. (22)

7.9. ASPECTOS ETICOS

Este estudio incluyó encuestas realizadas a adultos mayores en la unidad de medicina familiar, en donde se investigaron la soledad y el apoyo social en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título 2°, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción II, el riesgo de este proyecto correspondió a una investigación sin riesgo. Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión para este proyecto fueron informados e invitados a participar; el encuestador les proporcionó la información acerca del proyecto, detallando los objetivos, método, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del estudio, afiliaciones institucionales de los investigadores responsables, así como su derecho a participar o no en la investigación y a retirarse del estudio en cualquier momento sin represalias, garantizándose además la confidencialidad de los cuestionarios. Se solicitó a los participantes la firma de un consentimiento informado por escrito, asegurándose de que todos comprendieran adecuadamente la información plasmada en el consentimiento, para luego proceder con la aplicación del instrumento.

La realización de esta investigación fue congruente con la Comisión Nacional para la Protección de Investigación Biomédica y de Comportamiento, conforme al primer principio ético del informe de Belmont de 1976, "Respeto a las personas", en el que se trató a los pacientes como agentes autónomos. También se respetó el segundo principio, "Beneficencia", atendiendo a la decisión de los adultos mayores, evitando hacer daño, maximizando los beneficios y minimizando posibles daños. El tercer principio, "Justicia", se aplicó tratando de igual manera a todos los adultos mayores que participaron en las encuestas.

La aplicación de los principios generales de conducta en la investigación consideró los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y selección adecuada de sujetos de investigación. Los participantes no recibieron ninguna contribución económica, en especie ni de otra índole. No se expuso a los participantes a riesgos, ni obtuvieron beneficios directos; sin embargo, el estudio generó un beneficio social para los derechohabientes del IMSS, dado que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de medicina familiar en apoyo social para adultos mayores que experimentan soledad.

La participación en este estudio fue confidencial, y la información recabada se resguardó bajo estrictas medidas de seguridad para asegurar la confidencialidad, sin revelarse a terceros. Los datos personales se conservarán durante 10 años en el área de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 1.

Se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía para la elaboración de los antecedentes y la redacción de la metodología del proyecto, con base en un conocimiento profundo del campo científico. Esta investigación se alineó con la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Título Quinto, "Investigación para la Salud", Capítulo Único, Artículo 100, ya que su realización no expuso a los participantes a riesgos ni daños innecesarios (Artículo 100, Fracción III), y cumplió con los principios científicos y éticos que justificaron su ejecución, generando nuevo conocimiento sobre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes. Además, se obtuvo el consentimiento informado por escrito, garantizando que los participantes recibieron la información completa del proyecto. (23)(24)

7.10. CONFLICTO DE INTERESES

El autor y el tutor de este proyecto declararon no tener ningún conflicto de interés ético, económico, médico o farmacológico en este proyecto.

7.11. RECURSOS

7.11.1. Humanos.

El investigador principal Luz Maria Alvarez Guerrero, residente de la especialidad de Medicina Familiar.

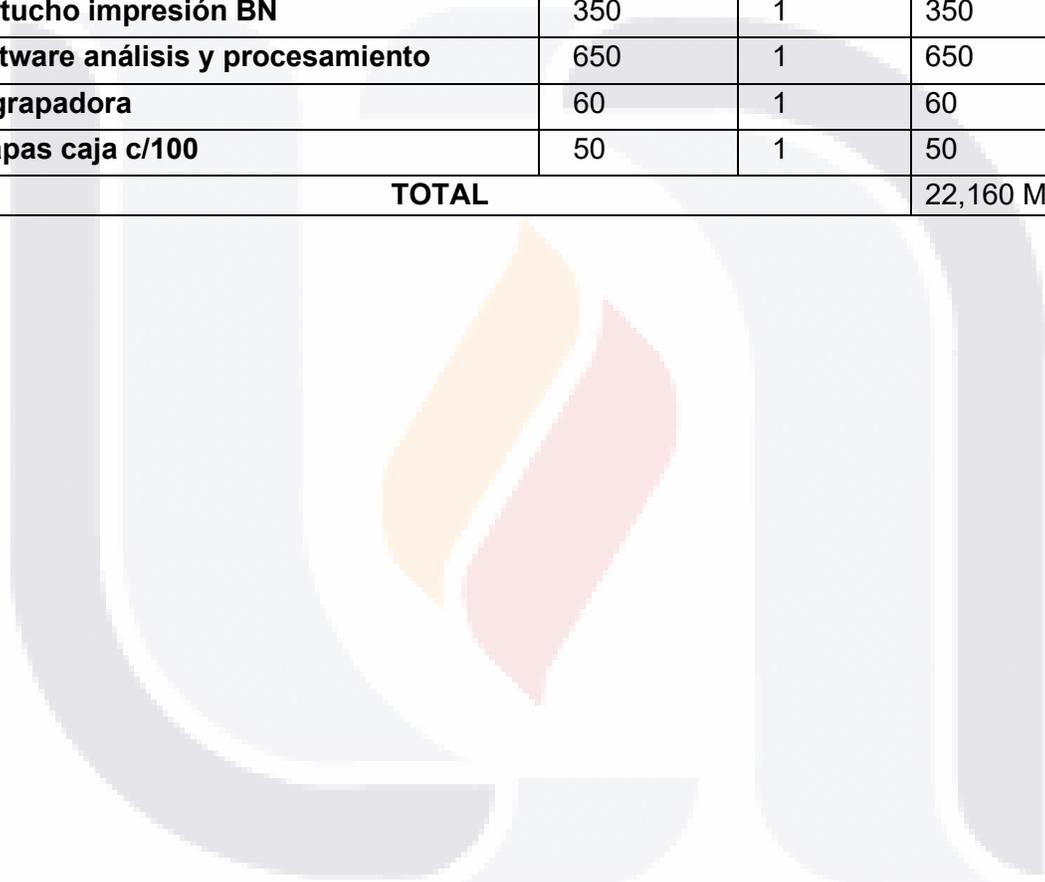
El asesor médico en especialidad de medicina familiar adscrito a la UMF No. 1 quien otorgará vigilancia y asesoría durante todo el proceso.

7.11.2. Financieros.

Para este proyecto se utilizaron papel y lápiz para los consentimientos informados y la realización de encuestas, una computadora, Excel para la recolección de datos y un software estadístico para el análisis correspondiente. Estos recursos fueron proporcionados por la residente encargada.

Tabla de Costos

Categoría	Costo unitario en M.N.	Unidades	Costo total en M.N.
Laptop HUAWEI	17,000	1	17,000
Memoria usb 128 gb	180	1	180
Paquete hojas Blancas	200	6	600
Bolígrafos Caja c/10	50	1	50
Fotocopias	1	720	720
Impresora	2500	1	2500
Cartucho impresión BN	350	1	350
Software análisis y procesamiento	650	1	650
Engrapadora	60	1	60
Grapas caja c/100	50	1	50
TOTAL			22,160 M.N.



7.12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES.	ENERO-FEBRERO 2023	MARZO-ABRIL 2023	MAYO-JUNIO 2023	JULIO-AGOSTO 2023	SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2023	NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2023	ENERO-FEBRERO 2024	MARZO-ABRIL 2024	MAYO JUNIO 2024	JULIO AGOSTO 2024
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X						
Revisión de Literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realización de Planteamiento.					X					
Realización de Marco teórico y conceptual.					X					
Diseño y Revisión del Protocolo.					X	X				
Registro de protocolo ante el comité de investigación.							X	X		
Aprobación del Protocolo.									X	
Trabajo de campo, Aplicación de Encuestas.									X	
Acopio y captura de datos.									X	
Análisis e interpretación de resultados.										X
Realizar Discusiones y Conclusiones.										X
Revisión de la Investigación.										X
Autorización.										X
Elaboración de tesis.										X
Difusión de Resultados.										X

8. RESULTADOS

En la muestra estudiada, compuesta por 360 adultos mayores, se observa una mayor proporción de participantes de sexo femenino con un 62.2% (224 individuos), en comparación con el 37.8% (136 individuos) de sexo masculino, como se muestra en la **Tabla 1** y la **Gráfica 1**. Esto indica que las mujeres representan la mayoría de la población participante en este estudio, mientras que los hombres conforman una menor proporción del total analizado.

Gráfica 1. Sexo

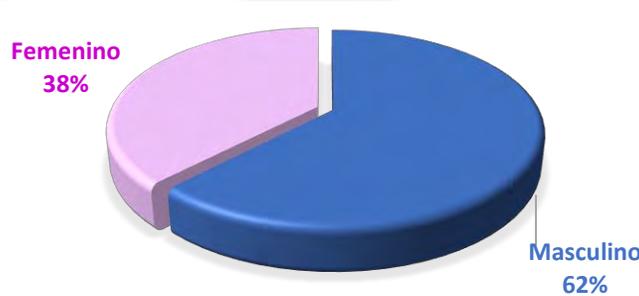


Tabla 1. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	224	62.2%
Femenino	136	37.8%
Total	360	100.0%

Fuente: Escala aplicada

En la muestra analizada, se observó que la edad promedio de los participantes fue de 68.05 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 93 años, tal como se presenta en la **Tabla 2**. Al desglosar por sexo, los hombres mostraron una edad promedio ligeramente superior de 68.38 años, con una desviación estándar de 7.57, mientras que las mujeres tuvieron un promedio de 67.72 años y una desviación estándar de 6.61. En ambos sexos, la edad mínima fue de 60 años, mientras que la edad máxima alcanzó los 93 años en hombres y 90 años en mujeres.

Tabla 2. Edad por sexo

		Edad			
		Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estándar
Sexo	Masculino	68.38	60.00	93.00	7.57
	Femenino	67.72	60.00	90.00	6.61
Total		68.05	60.00	93.00	7.09

Fuente: Escala aplicada

En la distribución de estado civil de los participantes, se observa que la mayoría se encuentra casado, representando el 60.3% (217 individuos) de la muestra total, según se muestra en la **Tabla 3** y **Gráfica 2**. Le sigue el grupo de viudos con un 18.6% (67 individuos), mientras que los solteros constituyen el 11.7% (42 individuos) y los divorciados el 9.4% (34 individuos). Esto indica que la mayoría de los adultos mayores participantes en el estudio están casados, mientras que una menor proporción está en otros estados civiles, siendo los divorciados el grupo más reducido.

Gráfica 2. Estado civil

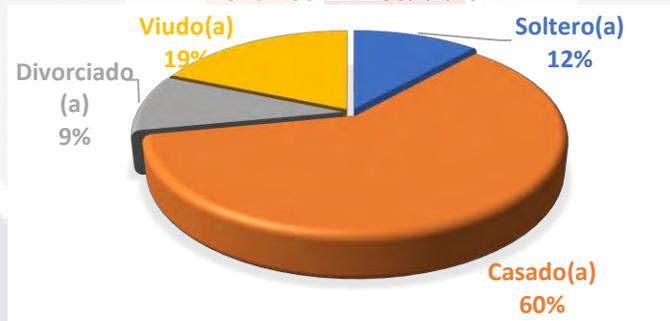


Tabla 3. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	42	11.7%
Casado(a)	217	60.3%
Divorciado(a)	34	9.4%
Viudo(a)	67	18.6%
Total	360	100.0%

Fuente: Escala aplicada

En cuanto a la ocupación de los participantes, se observa que la mayor parte se encuentra jubilado o pensionado, representando el 37.2% (134 individuos) de la muestra, como se aprecia en la **Tabla 4** y la **Gráfica 3**. Le siguen aquellos que se dedican a labores del hogar, con un 30.3% (109 individuos), y los autoempleados con un 16.7% (60 individuos). Por último, el 15.8% (57 individuos) de los participantes se encuentra en empleos formales. Esto indica que la mayoría de los adultos mayores participantes están retirados o dedicados al hogar, mientras que una menor proporción se mantiene en empleos formales o autoempleo.

Gráfica 3. Estado civil

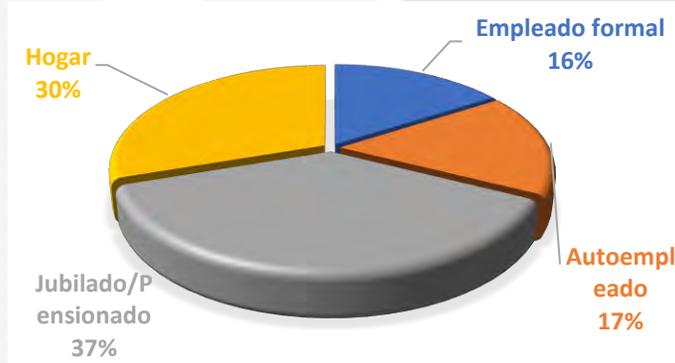


Tabla 4. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Empleado formal	57	15.8%
Autoempleado	60	16.7%
Jubilado/Pensionado	134	37.2%
Hogar	109	30.3%
Total	360	100.0%

Fuente: Escala aplicada

En la **Tabla 5**, se presenta el número promedio de hijos por sexo entre los participantes del estudio, observándose que los hombres tienen un promedio de 3.22 hijos con una desviación estándar de 2.08, mientras que las mujeres tienen un promedio de 3.26 hijos con una desviación estándar de 1.99. En general, el promedio de hijos para la muestra total es de 3.24, con un rango que varía de 0 a 12 hijos y una desviación estándar de 2.04.

Tabla 5. Número de hijos por sexo

		Número de hijos			
		Promedio	Mínimo	Máximo	Desv. Estándar
Sexo	Masculino	3.22	0.00	12.00	2.08
	Femenino	3.26	0.00	9.00	1.99
Total		3.24	0.00	12.00	2.04

Fuente: Escala aplicada

En la **Tabla 6**, que muestra los resultados de la Escala de Soledad aplicada a los participantes, se observa una diversidad en las percepciones de soledad y apoyo emocional. La afirmación "Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales" obtuvo respuestas positivas, con 131 personas señalando "siempre o casi siempre". En contraste, el ítem "Me siento solo" mostró que 155 personas respondieron "casi nunca", sugiriendo una menor sensación de soledad en muchos participantes. Igualmente, la mayoría indicó un sentido de pertenencia, pues 242 respondieron "siempre o casi siempre" a "Siento que pertenezco a mi familia". Asimismo, el ítem "Me encuentro a gusto con la gente" también recibió una respuesta positiva con 233 personas en la categoría de "siempre o casi siempre". Por otro lado, los ítems relacionados con el aislamiento, como "Me siento aislado(a)" y "Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie", tuvieron altos valores en "casi nunca", con 191 y 177 respuestas, respectivamente, indicando que estas sensaciones no son predominantes en la muestra. En general, estos datos reflejan que los participantes cuentan con apoyo social y emocional, aunque algunos aspectos específicos de soledad siguen presentes en menor grado.

Tabla 6. Escala de soledad

Ítems	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1-Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	80	67	82	131
2-Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo	93	76	79	112
3-¿Con qué frecuencias sientes que hay gente que realmente le comprende?	59	94	96	111
4-Me gusta la gente con la que salgo	35	57	65	203
5-Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.	85	105	52	118
6-Mi familia se preocupa por mí.	49	54	74	183
7-Realmente me preocupo por mi familia.	14	26	51	269
8-Siento que pertenezco a mi familia.	29	30	59	242
9-Me siento que cercano(a) a mi familia	26	55	58	221
10-Me siento solo	155	105	43	57
11-¿Con que frecuencia siento que no hay nadie cerca de mí?	148	110	65	37
12-¿Sientes que tienes alguien que quiere compartir su vida con usted?	111	63	63	122
13-Me siento solo(a) cuando estoy con mi familia.	151	105	62	42
14-Me encuentro a gusto con la gente.	27	38	62	233
15-Me siento aislado(a).	190	91	33	46
16-Me siento satisfecho con los amigos que tengo.	81	50	64	165
17-Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie.	177	91	44	48
18-Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.	182	85	47	46
19-Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y el aliento que necesito.	127	46	60	127
20-Siento que estoy enamorado(a) de alguien que me ama.	146	48	49	117
21-Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.	118	53	58	131
22-Contribuyo a que mi pareja sea Feliz.	108	53	60	139

Fuente: Encuesta aplicada

En la **Tabla 7**, que presenta los resultados de la Escala de Apoyo Social Percibido (MPSS), se observa que la mayoría de los participantes perciben un alto nivel de apoyo social. El ítem "Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar" obtuvo 197 respuestas en la categoría de "siempre o casi siempre", indicando una fuerte percepción de apoyo en situaciones de necesidad. De manera similar, 182 participantes afirmaron "siempre o casi siempre" sentir que su familia trata de ayudarles, y 171 indicaron recibir el apoyo emocional necesario de su familia. Además, 179 personas señalaron que tienen "siempre o casi siempre" a alguien que les ofrece consuelo cuando lo necesitan. En cuanto a la interacción social, el ítem sobre compartir problemas con la familia recibió 178 respuestas en "siempre o casi siempre", reflejando un buen nivel de confianza familiar. No obstante, algunos ítems relacionados con el apoyo de amigos, como "Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme", presentaron un menor nivel de respuesta positiva, con 133 en "siempre o casi siempre". En general, los datos muestran que los adultos mayores perciben un alto grado de apoyo social, especialmente en el ámbito familiar, aunque el apoyo de amigos se percibe de manera menos frecuente.

Tabla 7. Escala de apoyo social (MPSS)

Ítems	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1-Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	31	69	63	197
2-Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas.	31	84	69	176
3-Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	38	72	68	182
4-Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	45	88	56	171
5-Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	70	55	56	179
6-Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	100	78	49	133
7-Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	95	86	50	128
8-Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	49	72	61	178
9-Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos.	93	80	48	139

10-Hay una persona que se interesa en lo que yo siento	76	47	71	166
11-Mi familia me ayuda a tomar decisiones	95	70	50	145
12-Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	101	81	53	125

Fuente: Encuesta aplicada

En la **Gráfica 4** y la **Tabla 8**, se presentan los niveles de soledad por dimensión en la población estudiada. En la dimensión de soledad social, el 83.3% (300 personas) experimentó un nivel grave de soledad, mientras que el 16.7% (60 personas) presentó un nivel moderado. En cuanto a la soledad familiar, se observa una prevalencia del nivel grave con un 94.7% (341 personas), frente al 5.3% (19 personas) con nivel moderado. La crisis existencial también mostró una alta incidencia de soledad grave con un 81.1% (292 personas), en comparación con el 18.9% (68 personas) en nivel moderado. Finalmente, en la soledad conyugal, el 67.5% (243 personas) reportó un nivel grave de soledad, mientras que el 32.5% (117 personas) se ubicó en el nivel moderado. Estos datos reflejan que en todas las dimensiones evaluadas, la mayoría de los participantes experimenta un nivel grave de soledad, siendo la soledad familiar la dimensión con mayor prevalencia de este nivel.

Gráfica 4. Nivel de soledad por dimensión

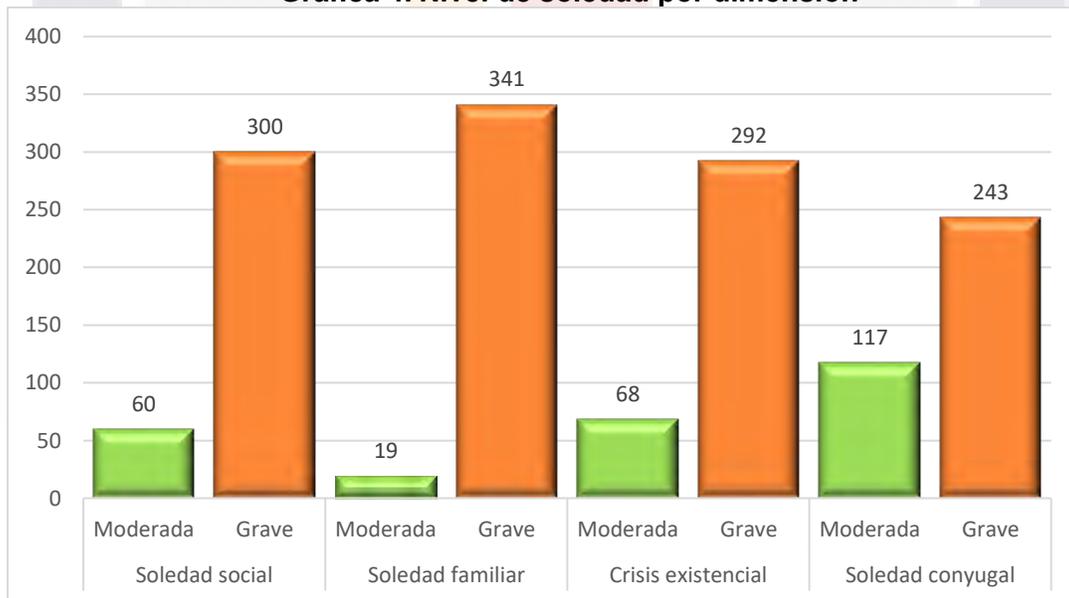


Tabla 8. Resultados de la escala de soledad por dimensión

		Frecuencia	Porcentaje
Soledad social	Moderada	60	16.7%
	Grave	300	83.3%
Soledad familiar	Moderada	19	5.3%
	Grave	341	94.7%
Crisis existencial	Moderada	68	18.9%
	Grave	292	81.1%
Soledad conyugal	Moderada	117	32.5%
	Grave	243	67.5%

Fuente: Encuesta aplicada

En la **Tabla 9**, se muestra la correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de soledad general en la población analizada. En cuanto al sexo, los hombres y las mujeres presentan niveles similares de soledad moderada y grave, sin diferencias estadísticamente significativas (valor $p = 0.359$). Sin embargo, al analizar el estado civil, se observa una correlación significativa (valor $p = 0.000$), donde el grupo de casados tiene una mayor prevalencia de soledad grave (121 individuos) en comparación con otros estados civiles. En términos de ocupación, también se identificó una diferencia significativa (valor $p = 0.001$), con una mayor incidencia de soledad grave entre los jubilados/pensionados (62 individuos) y las personas dedicadas al hogar (50 individuos). Estos resultados indican que el estado civil y la ocupación están significativamente asociados con el nivel de soledad en esta muestra de adultos mayores.

Tabla 9. Correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de soledad general

		Nivel de Soledad		Chi-Cuadrado	Valor p.
		Moderada	Grave		
Sexo	Masculino	79	57	0.84	0.359
	Femenino	141	83		
Estado civil	Soltero(a)	36	6	65.52	0.000
	Casado(a)	96	121		
	Divorciado(a)	29	5		
	Viudo(a)	59	8		
Ocupación	Empleado formal	41	16	17.122	0.001

	Autoempleado	48	12		
	Jubilado/Pensionado	72	62		
	Hogar	59	50		
Total		220	140	Nivel de confianza del 95%	

Fuente: Escala aplicada

En la **Tabla 10**, se presenta la correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de apoyo social en la población estudiada. En relación con el sexo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de apoyo social entre hombres y mujeres (valor $p = 0.106$). En cuanto al estado civil, se observa una correlación significativa (valor $p = 0.037$), con los casados presentando una mayor proporción de apoyo social alto (75 individuos). Respecto a la ocupación, también se detectó una diferencia significativa (valor $p = 0.000$), destacándose que los jubilados/pensionados tienen una mayor incidencia de apoyo social alto (55 individuos) en comparación con otros grupos ocupacionales. Estos hallazgos sugieren que el estado civil y la ocupación están significativamente asociados con el nivel de apoyo social en los adultos mayores de esta muestra.

Tabla 10. Correlación entre variables sociodemográficas y el nivel de apoyo social

		Nivel de apoyo social			Chi-Cuadrado	Valor p.
		Bajo	Mediano	Alto		
Sexo	Masculino	57	32	47	4.479	0.106
	Femenino	88	75	61		
Estado civil	Soltero(a)	21	9	12	13.382	0.037
	Casado(a)	72	70	75		
	Divorciado(a)	17	11	6		
	Viudo(a)	35	17	15		
Ocupación	Empleado formal	30	17	10	25.569	0.000
	Autoempleado	36	14	10		
	Jubilado/Pensionado	40	39	55		
	Hogar	39	37	33		

Total	145	107	108	Nivel de confianza del 95%
-------	-----	-----	-----	----------------------------

Fuente: Escala aplicada

En la **Tabla 11**, se muestra la correlación entre variables sociodemográficas y dimensiones de la escala de soledad con el apoyo social en la población estudiada. No se observó una correlación significativa entre la edad y el apoyo social (correlación de Spearman = -0.063, valor p = 0.235) ni entre el número de hijos y el apoyo social (correlación de Spearman = 0.062, valor p = 0.240). Sin embargo, se encontraron correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones de soledad y el apoyo social, siendo la más alta en la soledad social (correlación de Spearman = 0.655, valor p = 0.000), seguida de la soledad familiar (0.580, valor p = 0.000) y la soledad conyugal (0.501, valor p = 0.000). En contraste, la crisis existencial presentó una correlación negativa significativa con el apoyo social (correlación de Spearman = -0.280, valor p = 0.000). El puntaje global de soledad también mostró una correlación positiva significativa con el apoyo social (0.615, valor p = 0.000), indicando que a mayor nivel de soledad en general, se percibe un menor apoyo social.

Tabla 11. Correlación entre variables sociodemográficas y dimensiones de la escala de soledad con el apoyo social

	Correlación Spearman	Valor p
Edad	-0.063	0.235
Número de hijos	0.062	0.240
Soledad social	0.655	0.000
Soledad familiar	0.580	0.000
Crisis existencial	-0.280	0.000
Soledad conyugal	0.501	0.000
Soledad (puntaje global)	0.615	0.000

Fuente: Escala aplicada

9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los adultos mayores participantes experimentan niveles elevados de soledad en diversas dimensiones, especialmente en las áreas de soledad familiar y crisis existencial. Además, los resultados indican que el apoyo social percibido, en particular el de familiares, juega un papel relevante en la mitigación de ciertos aspectos de la soledad, aunque los niveles de soledad siguen siendo elevados en varios ámbitos. En esta discusión, se abordan las posibles explicaciones teóricas de estos hallazgos, se comparan con los resultados de estudios previos y se exploran las limitaciones y posibles aplicaciones prácticas de esta investigación. Desde una perspectiva teórica, los elevados niveles de soledad observados en este estudio pueden explicarse en parte por el concepto de soledad estructural en los adultos mayores. Esta idea sugiere que la soledad en la vejez no siempre es el resultado de una ausencia de compañía, sino de una falta de conexión significativa o de reciprocidad emocional con las personas cercanas. En el contexto familiar, muchos adultos mayores viven con familiares o mantienen contacto frecuente, pero podrían percibir una falta de profundidad en estas relaciones, lo que explicaría el alto porcentaje de soledad familiar. Este fenómeno de soledad estructural puede estar relacionado con cambios en la dinámica familiar que ocurren en la vejez, como la dependencia de los hijos para el apoyo, lo cual puede afectar la percepción de autonomía y satisfacción en las relaciones familiares.

Los resultados de este estudio son congruentes con los hallazgos de Tomaka et al. (1), quienes observaron que la soledad en los adultos mayores se asocia con peores resultados de salud, incluyendo condiciones cardiovasculares y otros problemas crónicos, especialmente entre los adultos mayores hispanos. Estos hallazgos sugieren que la soledad en la vejez no solo es un problema emocional, sino que también puede tener repercusiones físicas significativas. En nuestro estudio, aunque no se evaluaron directamente los resultados de salud física, la prevalencia de soledad y el bajo apoyo social de amigos podría implicar un mayor riesgo de complicaciones de salud en esta población, subrayando la necesidad de intervenciones que reduzcan la soledad para mejorar tanto la salud mental como la física en los adultos mayores. Estos resultados indican una correlación negativa significativa entre el apoyo social y la crisis existencial, lo que sugiere que el apoyo social puede desempeñar un papel importante en mitigar sentimientos de aislamiento profundo y falta de propósito. Este hallazgo se alinea con el estudio de Lijun Liu et al. (3), quienes identificaron que el apoyo social media la relación entre la soledad y

la depresión en personas mayores. Al igual que en el estudio de Liu, en este estudio la correlación negativa entre el apoyo social y la crisis existencial puede reflejar cómo las redes de apoyo, al ofrecer compañía y un sentido de pertenencia, ayudan a disminuir sentimientos existenciales negativos. Esto es particularmente relevante en el contexto de los adultos mayores, quienes, al enfrentar la jubilación, el deterioro físico y la posible pérdida de seres queridos, pueden sentir que su propósito en la vida se vuelve más limitado.

Otro aspecto notable de este estudio es la dependencia emocional en el apoyo familiar y conyugal, particularmente entre los participantes casados. Esto es consistente con los hallazgos de Kai et al. (8), quienes observaron que el apoyo del cónyuge y los hijos es crucial para reducir la soledad en los adultos mayores. Los resultados de nuestro estudio mostraron que, si bien los adultos mayores perciben un alto nivel de apoyo social de sus familiares y parejas, también existe una elevada prevalencia de soledad en las áreas familiar y conyugal. Esta aparente paradoja puede explicarse teóricamente por la ambivalencia en las relaciones familiares en la vejez, donde, aunque los adultos mayores reciben apoyo, este no siempre es emocionalmente satisfactorio o puede generar sentimientos de dependencia, lo cual puede incrementar la percepción de soledad. Este hallazgo sugiere que las intervenciones no solo deberían enfocarse en la cantidad de apoyo social disponible, sino también en su calidad y en cómo se percibe este apoyo en términos de independencia y reciprocidad. Un hallazgo adicional de este estudio es la correlación positiva entre el apoyo social intergeneracional y el bienestar subjetivo, lo cual coincide con el estudio de Tian et al. (2). Tian et al. encontraron que el apoyo social de generaciones más jóvenes contribuye significativamente al bienestar de los adultos mayores, mediado por una mayor autoestima y menor soledad. En nuestro estudio, se observó que los adultos mayores que reportaron apoyo social elevado en las dimensiones familiares y de pareja experimentaron menores niveles de crisis existencial, sugiriendo que las relaciones intergeneracionales pueden desempeñar un papel protector contra sentimientos de aislamiento. Sin embargo, en nuestro estudio no se investigaron aspectos como la autoestima, lo cual podría ser una variable relevante a considerar en futuros estudios para explorar cómo el apoyo social puede mejorar la percepción de sí mismos en los adultos mayores.

La comparación con otros estudios, como el de Golden et al. (6), sugiere que la red y el apoyo sociales son factores críticos en la mitigación de la soledad y el estado de ánimo

depresivo en los adultos mayores. Golden et al. encontraron que la soledad se asocia de forma independiente con un estado de ánimo deprimido y un menor bienestar, lo que es consistente con los hallazgos de nuestro estudio, donde la crisis existencial se correlaciona negativamente con el apoyo social. Esto resalta la importancia de redes de apoyo social integradas y emocionalmente satisfactorias para mantener el bienestar mental de los adultos mayores, una consideración que debe tenerse en cuenta en el diseño de programas de intervención para esta población. Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El diseño transversal impide establecer causalidad entre soledad y apoyo social, limitándose a describir correlaciones entre estas variables. La utilización de un muestreo no probabilístico también limita la generalización de los resultados a la población total de adultos mayores, ya que esta muestra específica podría no representar a todos los derechohabientes del IMSS en la UMF No. 1. Además, el empleo de cuestionarios autoadministrados introduce un posible sesgo de respuesta, ya que algunos participantes pueden no sentirse cómodos al informar sobre sus niveles de soledad o percibir su apoyo social de manera precisa. A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio aportan información valiosa para la planificación de intervenciones que busquen mitigar la soledad en adultos mayores. Se sugiere el diseño de programas que no solo incrementen la cantidad de apoyo social disponible, sino que también se enfoquen en mejorar la calidad de estas interacciones, promoviendo relaciones familiares y de pareja que satisfagan necesidades emocionales profundas. Las intervenciones también podrían incluir actividades que promuevan la independencia y la autonomía en la vejez, reduciendo la percepción de dependencia emocional que podría contribuir a la soledad en las relaciones familiares.

Los resultados subrayan la importancia de ampliar el enfoque hacia el apoyo social intergeneracional, alentando interacciones con generaciones más jóvenes que no solo proporcionen apoyo práctico, sino que también ayuden a fortalecer la autoestima y el bienestar subjetivo de los adultos mayores. El uso de información detallada sobre el tipo de apoyo social que es más eficaz para reducir la soledad podría guiar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de esta población. Además, se recomienda realizar estudios longitudinales para profundizar en la relación causal entre soledad y apoyo social, así como explorar el impacto de estas intervenciones a lo largo del tiempo.

10. CONCLUSIONES

El análisis de la muestra de 360 adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes permite caracterizar un perfil sociodemográfico y una descripción detallada de las dimensiones de soledad y apoyo social, cumpliendo con los objetivos planteados en el estudio. La mayoría de los participantes son mujeres (62.2%), con una edad promedio de 68.05 años y una estructura mayoritaria de casadas (60.3%). La ocupación más común es la jubilación o pensión (37.2%), seguida por labores en el hogar (30.3%), lo cual podría influir en los niveles de soledad y apoyo social observados. Además, el promedio de hijos es de 3.24, con una ligera variabilidad entre hombres y mujeres. En cuanto a los niveles de soledad, los datos revelan que la mayoría de los adultos mayores experimentan un nivel grave de soledad en las distintas dimensiones evaluadas. La soledad social, familiar y conyugal presenta una incidencia elevada, con el 83.3%, 94.7%, y 67.5% de los participantes reportando un nivel grave en estas dimensiones, respectivamente. Particularmente destacable es el alto nivel de soledad familiar, lo cual indica que, aunque estos adultos mayores pueden estar rodeados de familiares, no perciben un nivel adecuado de conexión emocional. La crisis existencial también es notable, con un 81.1% de la muestra que la experimenta en grado grave, lo que sugiere una reflexión profunda y posiblemente negativa sobre su propósito o valor en la etapa actual de la vida.

En relación con el apoyo social, los resultados muestran una percepción positiva, especialmente en el ámbito familiar, donde muchos participantes reportan que "siempre o casi siempre" tienen alguien que les ayuda en momentos de necesidad. Sin embargo, el apoyo de amigos se percibe de forma menos frecuente, lo que refleja una limitación en redes de apoyo fuera del círculo familiar. Los datos también evidencian que el estado civil y la ocupación están significativamente asociados con los niveles de soledad y apoyo social. Los casados presentan tanto mayores niveles de soledad grave como apoyo social alto (valor $p = 0.000$ para soledad y 0.037 para apoyo social), indicando una posible ambivalencia en las relaciones de pareja en esta etapa de la vida. Por otro lado, los jubilados/pensionados y quienes se dedican al hogar muestran un patrón dual: presentan altos niveles de soledad grave (valor $p = 0.001$) y, al mismo tiempo, son quienes perciben un apoyo social elevado (valor $p = 0.000$), especialmente de familiares. Esto podría reflejar una dependencia emocional de sus redes de apoyo debido a la falta de ocupación laboral, así como una limitación en interacciones sociales fuera de su entorno inmediato. Finalmente, al examinar la correlación entre las dimensiones de soledad y el apoyo social,

se observa una relación significativa. Existe una correlación positiva entre la soledad social (correlación de Spearman = 0.655, valor $p = 0.000$), soledad familiar (correlación de Spearman = 0.580, valor $p = 0.000$) y soledad conyugal (correlación de Spearman = 0.501, valor $p = 0.000$) con el apoyo social, lo que sugiere que, a mayor percepción de soledad en estas áreas, existe una mayor dependencia en el apoyo recibido, posiblemente en un intento de compensación emocional. En contraste, la crisis existencial tiene una correlación negativa significativa con el apoyo social (correlación de Spearman = -0.280, valor $p = 0.000$), lo que indica que, a medida que se incrementa el apoyo social, disminuye la percepción de soledad existencial, resaltando la importancia de un círculo de apoyo para mitigar sentimientos de aislamiento profundo y falta de propósito. En general, el puntaje global de soledad correlaciona de manera positiva con el apoyo social (correlación de Spearman = 0.615, valor $p = 0.000$), respaldando la hipótesis de que el apoyo social puede influir en la percepción de soledad en los adultos mayores. Estos hallazgos confirman la presencia de soledad y apoyo social en los adultos mayores y revelan una relación compleja entre ambas variables, especialmente al considerar el tipo de apoyo (familiar, de amigos o de pareja) y las distintas dimensiones de la soledad. La investigación, por lo tanto, subraya la importancia de estrategias de intervención que fortalezcan tanto las redes de apoyo formal como informal, para abordar los distintos niveles de soledad y mejorar la calidad de vida en este grupo poblacional.

11. GLOSARIO

Soledad: Malestar emocional que se experimenta cuando un individuo percibe una falta de conexión significativa con los demás o se siente incomprendido y aislado. En adultos mayores, la soledad puede surgir por cambios en la estructura familiar, pérdida de seres queridos y una reducción en las interacciones sociales.

Soledad social: Sensación de aislamiento o falta de pertenencia a un grupo o red social, lo que genera en la persona un sentimiento de marginalidad, rechazo o desconexión del entorno social.

Soledad familiar: Percepción de distanciamiento emocional o falta de conexión profunda con los miembros de la familia. Puede incluir sentimientos de incompreensión o una ausencia de reciprocidad emocional en las relaciones familiares.

Soledad conyugal: Sentimiento de vacío emocional en la relación de pareja, que se manifiesta cuando uno de los miembros de la pareja percibe que no recibe el apoyo o afecto necesarios, a pesar de tener un vínculo marital o sentimental.

Crisis existencial: Sentimientos de insatisfacción y aislamiento que surgen cuando una persona reflexiona sobre el propósito, el significado o el valor de su vida. En adultos mayores, estos sentimientos pueden intensificarse debido a cambios físicos, sociales y familiares.

Apoyo social: Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la comunidad, redes sociales, familiares o personas de confianza, que ayudan a una persona a enfrentar situaciones difíciles. En el contexto de los adultos mayores, el apoyo social se considera esencial para mitigar la soledad y mejorar la calidad de vida.

Apoyo social percibido: Percepción subjetiva de una persona sobre la disponibilidad y calidad de apoyo que recibe de familiares, amigos o comunidad. Es un indicador importante de bienestar emocional, ya que influye en cómo una persona enfrenta desafíos y estrés.

Escala de Soledad ESTE: Instrumento de evaluación psicológica diseñado para medir la soledad en sus distintas dimensiones (social, familiar, conyugal y existencial) en poblaciones adultas. En este estudio, se utilizó para evaluar la percepción de soledad en adultos mayores.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): Instrumento que mide el apoyo social percibido de diferentes fuentes, como familia, amigos y pareja. Es útil para evaluar la percepción de apoyo en contextos sociales y se ha validado en diversas poblaciones, incluyendo adultos mayores.

Correlación de Spearman: Prueba estadística utilizada para medir la relación entre dos variables ordinales o cuando los datos no cumplen con los supuestos de normalidad. En este estudio, se utilizó para analizar la relación entre los niveles de soledad y el apoyo social percibido.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health*. junio de 2006;18(3):359-84.
2. Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *J Health Psychol*. 1 de junio de 2016;21(6):1137-44.
3. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 1 de mayo de 2016;21(5):750-8.
4. Dural G, Kavak Budak F, Özdemir AA, Gültekin A. Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People. *J Relig Health*. 1 de abril de 2022;61(2):1505-13.
5. Freak-Poli R, Ryan J, Neumann JT, Tonkin A, Reid CM, Woods RL, et al. Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC Geriatr*. 1 de diciembre de 2021;21(1).
6. Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009;24(7), 694–700. <https://doi.org/10.1002/gps.2181>
7. Chen, L., Alston, M., & Guo, W. (2019). The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *Journal of Community Psychology*, 47(5), 1235–1245. <https://doi.org/10.1002/jcop.22185>
8. Chalise, H., Kai, I., & Saito, T. (2010). Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 71(2), 115–138. <https://doi.org/10.2190/AG.71.2.b>
9. Resna, R. W., Widiarti, Nofiantoro, W., Iskandar, R., Ashbahna, D. M., Royani, & Susilawati, S. (2022). Social environment support to overcome loneliness among older adults: A scoping review. In *Belitung Nursing Journal* (Vol. 8, Issue 3, pp. 197–203). Belitung Raya Publisher - Belitung Raya Foundation. <https://doi.org/10.33546/bnj.2092>

10. Vera Bail D. Práctica Profesional: Familia y enfermedad crónica UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE PSICOLOGÍA. 2014.
11. Barbenza M, Montoya I. El sentimiento de soledad. Su relación con los factores de personalidad de Eysenck. Revista Latinoamericana de Psicología, Colombia.1991; 23(1): 101-11-
12. Montero M, Lena L, José Sánchez-Sosa J. LA SOLEDAD COMO FENÓMENO PSICOLÓGICO: UN ANÁLISIS CONCEPTUAL. Salud Mental. 2001; 24(1).
13. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. J Psychol. 2012; 146(1-2):85-104.
14. Francisca Expósito, Miguel Moya. Soledad y apoyo social. Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology. 1999; 14:2-3, 297-316.
15. Claudia Josefina Arias. La Red De Apoyo Social En La Vejez Aportes Para Su Evaluación. Revista de Psicología da IMED. 2009; 1:1, 147-158.
16. Pinazo A, Bellegarde M. La soledad de las Personas Mayores conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. 2018.
17. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 568/22 30 DE SEPTIEMBRE DE 2022 PÁGINA 1/6 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES • Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición. Citado 30 de diciembre de 2023 [Internet]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.
18. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 394/23 6 DE JULIO DE 2023 PÁGINA 2/33. COMUNICACIÓN SOCIAL ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM) Y ENCUESTA DE EVALUACIÓN COGNITIVA 1 [Internet]. Org.mx. [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21
19. Cardona J, Villamil MM, Henao E, Quintero A. Validación de la escala ESTE de soledad en la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 416-27.

20. Acosta C, García R, Vales J, Echeverria S, Rubio L. Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2017; 22(3): 364-372.
21. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess. Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30-41.
22. Stewart RC, Umar E, Tomenson B, Creed F. Validation of the multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS) and the relationship between social support, intimate partner violence and antenatal depression in Malawi. *BMC Psychiatry*. 17 de junio de 2014;14:180(1).
23. John Ryan K, Boston Joseph Brady M V, Robert Cooke HE, Jonsen AR, Patricia King F, et al. Informe Belmont Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación. Disponible en: <https://uis.com.mx/contenidos/belmont.pdf>
24. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

13. ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>del estudio:</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN, DE INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN DE SALUD SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
	<p>IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES.</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Aguascalientes Ags.</p>
<p>Número de registro:</p>	<p>En tramite</p>
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Investigar la soledad y el apoyo social en los adultos es fundamental para identificar estrategias efectivas de intervención y promoción a la salud. Al comprender cómo el apoyo social puede influir en la soledad en esta etapa de la vida, los profesionales de la salud podrán implementar estrategias para mejorar el bienestar emocional y social de los adultos mayores, y con ello mejorar su calidad de vida. El objetivo Identificar la correlación entre la soledad y el apoyo social en los adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Aguascalientes.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>El investigador asociado investigará a los participantes a llenar los cuestionarios, el primero de características sociodemográficas, posteriormente el cuestionario de soledad ESTE Adaptado y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>El riesgo generado por la aplicación de las encuestas es que puede generar labilidad emocional debido a los enunciados pronunciados en los cuestionarios que abarcan temas de emociones en el participante. En estos casos contamos con el soporte del encuestador para manejar dicha situación y canalizar al participante afectado al servicio de urgencias para ser valorado por psiquiatría o ser canalizado al servicio de psicología si es necesario. No se realizarán procesos invasivos. La molestia será el tiempo invertido.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>El beneficio de participar en este estudio se obtendrá de manera colectiva, al mejorar los conocimientos sobre la soledad y apoyo social en los adultos mayores de 60 años en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Aguascalientes.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Se brindará de manera individual y confidencialidad a cada participante.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Se firmará la carta de consentimiento informado previo al estudio. El participante puede retirarse en el momento en que lo decida, en caso que decida hacerlo no conllevara consecuencia en la atención.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima, no se entregará a terceros.</p>
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica)</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> X</p>	<p>No autorizo que se tome la muestra</p>

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Mejor escrutinio y monitoreo de la presión arterial

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador principal: Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 4492693749e- mail: wenche83@hotmail.com

Investigador asociado: Dra. Luz María Alvarez Guerrero. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No.1 Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No.1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 3320628583 e- mail: luzalvarez901@outlook.com

Colaboradores: En esta sección se pondrá el nombre de quien realice la encuesta

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

DR EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE

(Aquí se pondrá el nombre y firma del participante)
Nombre y firma del sujeto

(Aquí se pondrá el nombre del encuestador)
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 (Aquí el nombre de un testigo)
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2 (aquí el nombre de un testigo)
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO B. CARTA DE NO INCONVENIENTE



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Unidad de Medicina Familiar 1
OOAD Aguascalientes, Ags

Aguascalientes Ags a 07 de Mayo del 2025

Dr Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

Asunto: Carta de no inconveniente

Por este medio manifiesto que **no tengo inconveniente** para que la **Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente con matrícula 99013190** investigadora principal adscrita en la Unidad de Medicina Familiar N°1 OOAD Aguascalientes realice el proyecto **IDENTIFICAR LA CORRELACION ENTRE SOLEDAD Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, OOAD AGUASCALIENTES**.el cual es un protocolo de la médico residente Luz Maria Alvarez Guerrero, Matricula 98012802 con sede en el Hospital General de Zona N°1.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dr. Javier Bernal Alarcón
Director de la Unidad de Medicina Familiar N°1
OOAD Aguascalientes, Ags



ANEXO C. INSTRUMENTO

Sección 1. Datos Sociodemográficos.

1. Nombre.

Nombre: _____

2. Edad.

Edad: _____ años.

3. NSS

NSS: _____

4. Estado civil.

Ejemplo:

Soltero	Casado	Divorciado	Viudo

5. Ocupación.

Empleado formal	Autoempleado	Jubilado/pensionado.

6. Número de hijos.

1 a 3	3 a 5	>5

SECCION 2

<u>Escala ESTE Adaptada.</u>					
Ítems		Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Siempre o casi siempre.
Soledad Social.	1.-Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.				
	2.- Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo.				
	3.- ¿Con qué frecuencia siente que hay gente que realmente le comprende?				
	4.- Me gusta la gente con la que salgo.				
	5.-Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.				
Soledad Familiar.	6.- Mi familia se preocupa por mí.				
	7.- Realmente me preocupo por mi familia.				
	8.- Siento que pertenezco a mi familia.				
	9.- Me siento cercano(a) a mi familia.				
	10.- Me siento solo(a).				
	11.-¿Con que frecuencia siento que no hay nadie cerca de mi?				
	12.-¿Sientes que tiene alguien que quiere compartir su vida con usted?				

Crisis Existencial.	13.-Me siento solo(a) cuando estoy con mi familia.				
	14.- Me encuentro a gusto con la gente.				
	15.- Me siento aislado(a).				
	16.- Me siento satisfecho con los amigos que tengo.				
	17.- Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie.				
	18.- Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.				
Soledad Conyugal.	19.- Tengo un(a) compañero(a) sentimental que me da el apoyo y el aliento que necesito.				
	20.- Siento que estoy enamorado(a) de alguien que me ama.				
	21.- Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.				
	22.- Contribuyo a que mi pareja sea feliz.				

SECCION 3

<u>Cuestionario MSPSS (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido)</u>				
Ítems.	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia.	Siempre o casi siempre.
1.- Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2.- Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas.				
3.-Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.				
4.- Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				
5.- Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6.- Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7.- Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8.- Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9.- Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos.				
10.- Hay una persona que se interesa en lo que yo siento.				

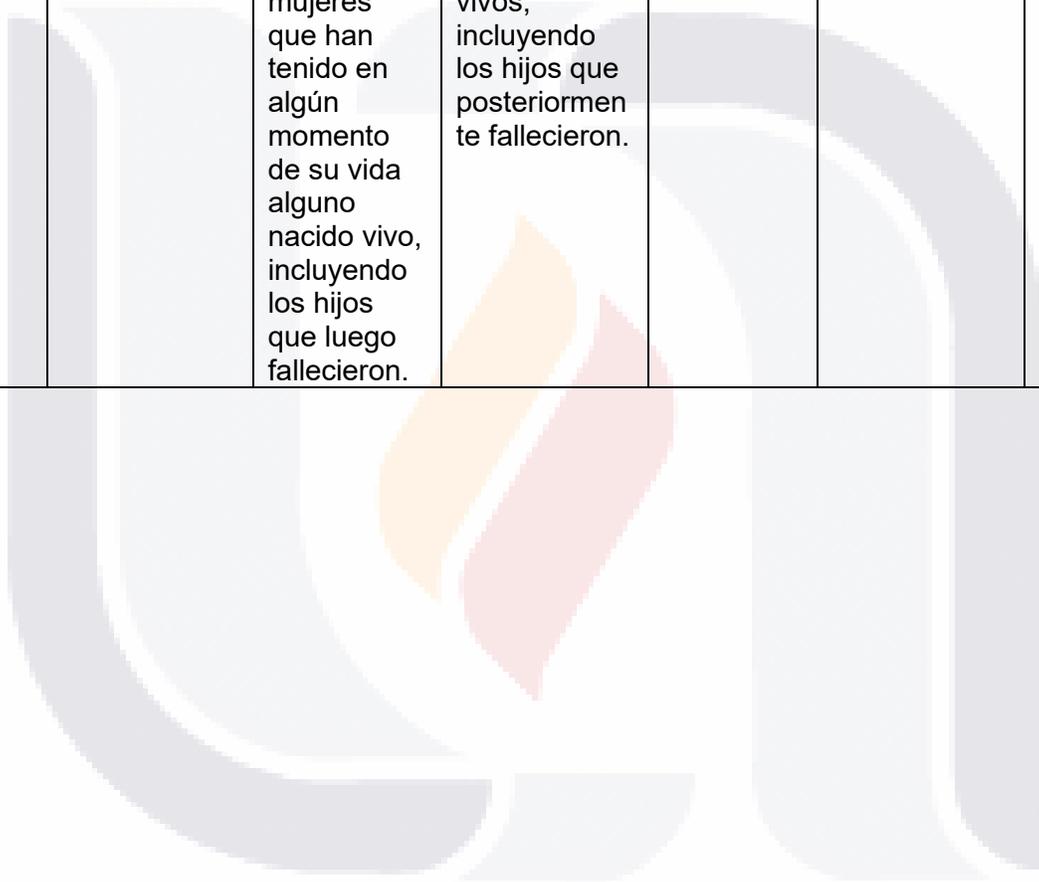
11.- Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
12.- puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				



ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Objetivo.	Variables.	Definición conceptual	Definición operacional.	Ítems.	Tipo de escala, variable y medición.	Indicador.
Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años de la UMF No.1.	Edad.	Evaluación en tiempo de la existencia de un individuo que comprende el periodo en que nace hasta que muere.	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual.	1	Cuantitativa numérica.	
	Estado civil.	Grupo de situaciones o características con relevancia jurídica que posee la persona ante la familia, engloba varios estados relativos al matrimonio y al parentesco; referente al matrimonio (soltero, viudo, casado, divorciado, concubino); respecto al parentesco (consanguinidad o afinidad).	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la encuesta.	4	Cualitativa nominal.	1.- soltero 2.- Casado. 3.- Divorciado 4.- Viudo.

Ocupación.	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Tener un trabajo y salario estable en cierto momento.	5	Cuantitativa nominal.	1.- Empleado formal. 2.- Autoempleado. 3.- Jubilado/pensionado.
Número de hijos.	Número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que posteriormente fallecieron.	6	Cuantitativa numérica.	1.- 1 a 3 2.- 3 a 5 3.- >5



**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO ESCALA ESTE
MODIFICADA.**

Objetivo.	Definición Conceptual.	Dimensión	Concepto	Ítems.	Tipo de escala, variable y medición.	Indicador.
<p>Determinar la percepción de soledad mediante la escala ESTE en los adultos mayores de 60 años, UMF No.1 del IMSS Aguascalientes</p>	<p>SOLEDAD: Malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales.</p>	<p>Soledad Social.</p>	<p>Es una carencia de relaciones afiliativas que genera un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento, generando una falta de pertenencia a un grupo o red social.</p>	<p>1.- Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.</p> <p>2.- Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejos.</p> <p>3.- ¿Con qué frecuencia siente que hay gente que realmente le comprende?</p> <p>4.-Me gusta la gente con la que salgo.</p> <p>5.-Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda</p>	<p>Muestreo no probabilístico o muestra dirigida.</p>	<p>1=Nunca. 2=A veces. 3=Con frecuencia. 4=Siempre o casi siempre.</p>
		<p>Soledad Familiar</p>	<p>Percepción de aislamiento o lejanía con la familia del adulto mayor y su sentido de permanencia a esta.</p>	<p>6.-Mi familia se preocupa por mí.</p> <p>7.-Realmente me preocupo por mi familia.</p> <p>8.-Siento que pertenezco a mi familia.</p>	<p>Muestreo no probabilístico o muestra dirigida.</p>	<p>1=Nunca. 2=A veces. 3=Con frecuencia. 4=Siempre o casi siempre.</p>

				9.-Me siento cercano(a) a mi familia.		
		Crisis Existencial.	Percepción de aislamiento y satisfacción con las interacciones sociales del adulto mayor, además explora la preocupación por el apoyo y comprensión de otros.	<p>10.-Me siento solo(a).</p> <p>11.- ¿Con que frecuencia siento que no hay nadie cerca de mí?</p> <p>12.- ¿Sientes que tiene alguien que quiere compartir su vida con usted?</p> <p>13.-Me siento solo(a) cuando estoy con mi familia.</p> <p>14.-Me encuentro a gusto con la gente.</p> <p>15.-Me siento aislado(a).</p> <p>16.-Me siento satisfecho con los amigos que tengo.</p> <p>17.-Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie.</p> <p>18.-Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.</p>	Muestreo no probabilístico o muestra dirigida.	<p>1=Nunca.</p> <p>2=A veces.</p> <p>3=Con frecuencia.</p> <p>4=Siempre o casi siempre.</p>
		Soledad	Necesidades	19.-Tengo	Muestreo no	1=Nunca.

		<p>d Conyugal.</p>	<p>de afecto del adulto mayor por una pareja.</p>	<p>un(a) compañero(a) sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito.</p> <p>20.-Siento que estoy enamorado(a) de alguien que me ama.</p> <p>21.-Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.</p> <p>22.- Contribuyo a que mi pareja sea feliz.</p>	<p>probabilístico o muestra dirigida.</p>	<p>2=A veces. 3=Con frecuencia. 4=Siempre o casi siempre.</p>
--	--	------------------------	---	--	---	---

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO ESCALA
MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO MSPSS**

Objetivo	Definición conceptual	Dimensión	Concepto	Ítem	Tipo de escala, variable y medición	Indicador
Determinar la percepción del apoyo social mediante la escala multidimensional de apoyo social percibido en los adultos mayores de 60 años, UMF No.1 del IMSS Aguascalientes.	APOYO SOCIAL: Se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas), proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis.	Apoyo social de amigos.	Es un grupo de individuos que convergen en una posición similar o igual, poseen casi la misma edad, e interaccionan con el mismo grupo comunitario.	6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	Escala tipo Likert Cualitativa	1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.
				7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.		1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.
				9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos.		1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.
				12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.		1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.
		Apoyo social de Familia.	Es la presencia de la unidad familiar en el lapso de discapacidad,	3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.	Escala tipo Likert Cualitativa	1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre

			<p>enfermedad y asistencia de uno de sus integrantes.</p>	<p>4. Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.</p> <p>8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.</p> <p>11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.</p>		<p>o casi siempre.</p> <p>1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.</p> <p>1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.</p> <p>1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.</p>
		<p>Apoyo social de la pareja y otros.</p>	<p>Es la ayuda que proporciona cuando se tiene problemas a través de medidas de seguridad, soporte, amor, afecto y mayor comunicación por parte de la pareja o alguna otra persona de importancia.</p>	<p>1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.</p> <p>2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien con quien puedo compartirlas.</p>	<p>Escala tipo Likert Cualitativa .</p>	<p>1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.</p> <p>1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.</p>

				5. hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.		1=Casi nunca. 2=A veces 3=Con frecuencia 4=Siempre o casi siempre.
--	--	--	--	---	--	---



ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL.

El presente manual operacional permitirá homologar la logística para la elaboración de las encuestas del proyecto nombrado “Soledad y Apoyo Social en el Adulto Mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes” el cual consta de tres secciones:

Sección 1. Datos Sociodemográficos.

Esta sección está integrada por variables relacionadas con las características socioeconómicas de los adultos mayores.

7. Nombre.

El entrevistador preguntará al adulto mayor cuál es su nombre completo, comenzando por apellido paterno, apellido materno y nombre(s).

Ejemplo:

Nombre: _____

8. Edad.

El entrevistador cuestionará al adulto mayor su edad actual, y la registrará en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

Edad: _____ años.

9. NSS

El entrevistador tomará el número de seguro social con 10 dígitos de su cartilla medica y lo registrará en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

NSS: _____

10. Estado civil.

El entrevistador cuestionará al adulto mayor su condición civil en ese momento, se le darán opciones del cuestionario y el paciente seleccionará una.

Ejemplo:

Soltero	Casado	Divorciado	Viudo

11. Ocupación.

El entrevistador cuestionará al adulto mayor a que se dedica actualmente, se le darán las opciones y el paciente seleccionará una.

Ejemplo:

Empleado formal	Autoempleado	Jubilado/pensionado.

12. Número de hijos.

El entrevistador preguntará al adulto mayor cuantos hijos tiene actualmente, y se registrará el número en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

1 a 3	3 a 5	>5

Sección 2. Escala de Soledad ESTE Adaptada.

Esta escala consta de 22 ítems, la cual evalúa cuatro dimensiones que son soledad social, soledad familiar, crisis existencial, soledad conyugal. Se le indica al paciente que marque según sea su respuesta (Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre).

1. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene a alguien que llene sus necesidades emocionales, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
1. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.				

2. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene amigos a los que puede recurrir cuando necesita un consejo, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.

2. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo.				
---	--	--	--	--

3. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente le comprende?

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, con qué frecuencia siente que hay gente que realmente lo comprende, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
3. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente le comprende?				

4. Me gusta la gente con la que salgo.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si le gusta la gente con la que sale, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
4. Me gusta la gente con la que salgo.				

5. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si puede contar con sus amigos si necesita ayuda, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
5. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.				

6. Mi familia se preocupa por mi

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si su familia se preocupa por él, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
6. Mi familia se preocupa por mi				

7. Realmente me preocupo por mi familia.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si su familia se preocupa realmente por él, su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
7. Realmente me preocupo por mi familia.				

8. Siento que pertenezco a mi familia.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se siente que pertenece a su familia, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
8. Siento que pertenezco a mi familia.				

9. Me siento cercano(a) a mi familia.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se siente cercano(a) a su familia, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.

9. Me siento cercano(a) a mi familia.				
---------------------------------------	--	--	--	--

10. Me siento solo(a).

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se sienten solo(a), marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
10. Me siento solo(a).				

11. ¿Con que frecuencia siento que no hay nadie cerca de mí?

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de él, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
11. ¿Con que frecuencia siento que no hay nadie cerca de mí?				

12. ¿Sientes que tiene alguien que quiere compartir su vida con usted?

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si siente que tiene a alguien que quiera compartir su vida con él, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
12. ¿Sientes que tiene alguien que quiere compartir su vida con usted?				

13. Me siento solo(a) cuando estoy con mi familia.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se siente solo(a) cuando esta con su familia, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
13. Me siento solo(a) cuando estoy con mi familia.				

14. Me encuentro a gusto con la gente.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se encuentra a gusto con la gente, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
14. Me encuentro a gusto con la gente.				

15. Me siento aislado(a).

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si me siento aislado(a), marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
15. Me siento aislado(a).				

16. Me siento satisfecho con los amigos que tengo.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se siente satisfecho con los amigos que tiene, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
16. Me siento satisfecho con los amigos que tengo.				

17. Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si está preocupado(a) porque no puede confiar en nadie, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
17. Estoy preocupado(a) porque no puedo confiar en nadie.				

18. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si se siente sin apoyo o comprensión cuando cuenta sus problemas, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
18. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.				

19. Tengo un(a) compañero(a) sentimental que me da el apoyo y el aliento que necesito.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene un compañero(a) sentimental que le brinde el apoyo y el aliento que necesita, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
19. Tengo un(a) compañero(a) sentimental que me da el apoyo y el aliento que necesito.				

20. Siento que estoy enamorado(a) de alguien que me ama.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si siente que esta enamorado(a) de alguien que lo ama, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
20. Siento que estoy enamorado(a) de alguien que me ama.				

21. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene a alguien que llena sus necesidades emocionales, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
21. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.				

22. Contribuyo a que mi pareja sea feliz.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si contribuye a que su pareja sea feliz, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
22. Contribuyo a que mi pareja sea feliz.				

Sección 3. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

Esta escala consta de 12 ítems, la cual evalúa tres dimensiones que son familia, amigos y otros significativos. Se le indica al paciente que marque según sea su respuesta (Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre).

1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si cuando necesita algo, tiene alguien quien le pueda ayudar, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				

2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si cuando tiene penas o alegrías tiene alguien con quien las puede compartir, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas.				

3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene la seguridad de que su familia trata de ayudarla, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.				

4. Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si su familia le brinda la ayuda y apoyo social que necesita, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
4. Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				

5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si hay una persona que le ofrece consuelo cuando lo necesita, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				

6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si tiene la seguridad de que sus amigos tratan de ayudar, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.

6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
---	--	--	--	--

7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si puede contar con sus amigos cuando tiene problemas, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				

8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si puede conversar de sus problemas con su familia, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				

9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si cuando tiene alegrías o penas puede compartirlas con sus amigos, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos.				

10. Hay una persona que se interesa en lo que yo siento.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si hay una persona que se interesa por lo que siente, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
10. Hay una persona que se interesa en lo que yo siento.				

11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si su familia le ayuda a tomar decisiones, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				

12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.

El entrevistador le preguntará al adulto mayor, si puede conversar de sus problemas con sus amigos, marcando su respuesta marcando con una X. se codifica de la siguiente forma: Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Siempre o Casi siempre.

Ejemplo:

Ítem.	Casi nunca.	A veces	Con frecuencia.	Siempre o Casi siempre.
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				