



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO: SALUD MENTAL PÚBLICA

**DETERMINANTES DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD INCIDENTE
EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

BRENDA SARAI MIRANDA SÁNCHEZ

TUTORA PRINCIPAL

DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

COMITÉ TUTORAL

DR GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

DR. RICARDO OROZCO ZAVALA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., octubre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a todas las instituciones que hicieron posible mi formación profesional: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”; Facultad de Medicina, UNAM; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; al Grupo de Investigación 10/66 y; al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada por cursar esta maestría en un posgrado de calidad.

Haber llegado a este punto de mi vida, no podría ser posible sin todas aquellas personas que forman o que formaron parte de mi vida, Gracias.

Agradezco a mi padre, a la mia mamma, ejemplos de firmeza y constancia; a mis enormes princesas (Citlali y Quetzal), que me motivan a ser un buen ejemplo que seguir; a mis abuelas y abuelos, a mis familiares (aunque algunos ya han partido) por el cariño. A mis amigos del posgrado y a aquellas que se han mantenido a lo largo de la vida y sus nuevas generaciones. Y a mi pequeño Marvin, que me acompañó por un largo tiempo y siempre se mantuvo a mi lado hasta su partida.

A todos mis profesores y profesoras, sin ellos el conocimiento no sería tan maravilloso. En especial al Dr. Ricardo porque siempre tuvo disposición de guiarme, así como de compartir su saber.

A mi jefa. La dra. Sosa, gracias por guiarme como mi directora de tesis, pero también por la confianza, oportunidades y el apoyo que me ha brindado; también a todos los y las integrantes del laboratorio de demencias por permitirme ser parte de este enorme y maravilloso proyecto.

Isaac, gracias por seguir regañándome, por que simboliza una nueva oportunidad para ser mejor persona y profesionista. Gracias por todas las enseñanzas y el trabajo que realizamos, sabes que eres fuente de admiración, gratitud y cariño, gracias también por tu amistad, confianza y por todo el apoyo que me brindas.

Por último, gracias a ti mami, jamás me cansaré de decir lo mucho que te admiro y lo importante que eres para mí. Eres pilar en mi vida, un motor para salir adelante, gracias por ser mi equipo, mi todo TE AMO.

ÍNDICE

Índice de tablas y figuras

Resumen	<u>1</u>
Introducción	<u>3</u>
CAPÍTULO I. Antecedentes	
a. Envejecimiento y vejez.....	<u>5</u>
b. La soledad en personas adultas mayores.....	<u>9</u>
i. Definición y formas de soledad.....	<u>9</u>
ii. Soledad, soledad social y aislamiento social.....	<u>16</u>
iii. Medición de soledad en personas adultas mayores	<u>18</u>
c. Prevalencia y factores relacionados con la soledad en personas adultas mayores en estudios transversales.....	<u>25</u>
i. Prevalencia de soledad.....	<u>25</u>
ii. Características personales y factores sociodemográficos	<u>28</u>
iii. Factores de salud física y mental.....	<u>36</u>
d. Incidencia y causas de la soledad en personas adultas mayores.....	<u>40</u>
e. Consecuencias de la soledad en personas adultas mayores.....	<u>46</u>
f. Grupo de investigación en demencias 10/66.....	<u>48</u>
Planteamiento del problema.....	<u>49</u>
Justificación	<u>50</u>
Objetivo general.....	<u>51</u>
Objetivos específicos.....	<u>51</u>
CAPÍTULO II. Método	
▪ Diseño de estudio	<u>52</u>
▪ Población de estudio.....	<u>52</u>
▪ Muestra	<u>53</u>
▪ Criterios de selección	<u>53</u>
▪ Variables.....	<u>54</u>
▪ Instrumentos	<u>58</u>
▪ Procedimiento.....	<u>58</u>
▪ Análisis de los datos	<u>60</u>
CAPÍTULO III. Resultados	<u>61</u>
CAPÍTULO IV. Discusión y conclusión	
▪ Discusión.....	<u>70</u>
▪ Conclusión.....	<u>78</u>
Referencias.....	<u>79</u>
Anexos.....	<u>85</u>

Índice de tablas

Tabla 1.	
Definiciones de soledad propuestas en el periodo entre 1973 a 2006.....	15
Tabla 2.	
Métodos de medición a partir de un reactivo para soledad en población de 50 años o más...	19
Tabla 3.	
Métodos de medición de soledad a partir de escalas en personas de 50 años o más.....	22
Tabla 4.	
Prevalencia de soledad en personas de ≥ 50 años.....	26
Tabla 5.	
Definición conceptual y operacional, escala de medición y categorías de la variable dependiente y variables sociodemográficas y de contacto social de interés.....	55
Tabla 6.	
Definición conceptual y operacional, escala de medición y categorías de variables satisfacción con la vida, de salud mental y física de interés.....	57
Tabla 7.	
Descripción de la muestra para variables sociodemográficas y de contacto social de interés.....	62
Tabla 8.	
Descripción de la muestra para las variables de satisfacción con la vida, salud mental y física de interés.....	63
Tabla 9.	
Incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar en adultos de ≥ 65 años a tres años de seguimiento (n= 1194)	64
Tabla 10.	
Variables sociodemográficas y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento.....	65
Tabla 11.	
Variables de contacto social y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento.....	66

Tabla 12.
Variables satisfacción con la vida, salud mental y física y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento.....[67](#)

Tabla 13.
Modelo de regresión multinomial para riesgo de desarrollar soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento.[69](#)

Índice de figuras

Figura 1.
Diagrama de flujo para la muestra analizada en la presente investigación.....[54](#)

Resumen.

Introducción: A medida que la población envejece, se presenta un incremento en los problemas de salud en este grupo etario; los cuales pueden ser causados o favorecidos por componentes genéticos, o debidos a cambios en entornos físicos y/o sociales de una persona. Desde un enfoque social, es importante conocer las condiciones en que viven en el día a día las personas adultas mayores y dentro de este rubro, un componente de especial interés son sus redes y entorno social. A este respecto la soledad ha mostrado tener un impacto importante en las personas y se ha documentado su relación con diferentes padecimientos de salud tanto física como mental, motivo por el cual nos adentraremos en su estudio.

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la incidencia de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar en las personas adultas mayores mexicanas de población abierta en un seguimiento a tres años.

Método: Se analizaron datos de 1194 personas adultas mayores, sin soledad al inicio del seguimiento, dentro de los protocolos del Grupo de Investigación en Demencias 10/66 en México. La soledad se evaluó a partir de los auto reportes sobre la presencia o ausencia de soledad, y si dicha condición generaba o no malestar. Se analizó la incidencia de soledad en relación a diferentes variables sociodemográficas; satisfacción con la vida, variables de salud física y mental.

Resultados: Después de tres años, el 28.6% de las personas adultas mayores reportaron por primera vez sentirse solos independientemente que este sentimiento estuviera acompañado o no de un componente emocional de tristeza o y/o malestar. Del total de personas con soledad, cerca de dos tercios (66.1%) reportó soledad incidente con un componente emocional y/o de malestar. Entre los factores asociados al desarrollo de soledad con un componente de malestar, se encontraron: residir en un área rural, ser soltero, vivir solo y tener síntomas depresivos. Y entre los factores asociados a la aparición de soledad sin un componente emocional y/o de malestar, están: ser soltero, viudo, divorciado o separado; tener insatisfacción con su vida, así como presentar discapacidad física en la evaluación basal.

Conclusiones: Es importante continuar con los esfuerzos por establecer métodos adecuados para la identificación de la soledad, sobre todo aquella asociada a malestar emocional, ampliar su campo de estudio; así como promover estrategias que permitan disminuir la frecuencia de esta condición mediante la modificación factores susceptibles de cambio y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Introducción

A mediados del siglo pasado la población mundial comenzó a mostrar un incremento gradual en la cantidad de personas adultas mayores. Este cambio se debe principalmente a la disminución de la mortalidad que también ha contribuido al incremento de la esperanza de vida (los años que se espera que viva una persona) y, a la disminución en el número de nacimientos en una región. El cambio de distribución en la población (envejecimiento poblacional o transición demográfica) comenzó en los países de ingresos altos, no obstante, en los próximos años este cambio demográfico será más rápido en países de ingreso económico medio o bajo.

A medida que la población envejece, viene también un incremento en los padecimientos de salud en este grupo etario; padecimientos que pueden ser genéticos, o debidos a cambios en entornos físicos y/o sociales de una persona. Por ello, poder conocer cómo viven las personas adultas mayores cotidianamente o cómo son sus redes sociales resulta ser fundamental para así adecuar intervenciones que mejoren su salud y calidad de vida. A este respecto, fenómenos como la soledad han mostrado tener un impacto importante en la vida de las personas.

En mi experiencia trabajando como colaboradora en el estudio de investigación del grupo en demencias 10/66 en México, me llamo la atención que las personas adultas mayores pueden experimentar la soledad de diferentes formas. Ya que, de acuerdo a las respuestas durante la entrevista, me percate de diferencias en las personas que la presentaba acompañada de malestar o tristeza. Sin embargo, no encontré antecedentes de esta forma de explorar la soledad, por lo que me pareció importante analizar esta información. Surgiendo así mi pregunta de investigación. Para lo que el propósito de este estudio es explorar los posible

determinantes para la soledad incidente con y sin un componente emocional en personas adultas mayores mexicanas.

A continuación, se presentan los diferentes apartados de la presente tesis, el primero se refiere a los antecedentes, el segundo incluye el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos tanto general como específicos; el tercer apartado, el método, comprende el diseño, población y muestra del estudio, los criterios de selección, variables, procedimiento, instrumentos y análisis. Finalmente, el cuarto y quinto apartado muestran los resultados obtenidos en la presente investigación, así como, la discusión y conclusiones, respectivamente.

CAPÍTULO I. Antecedentes

a. Envejecimiento y vejez

El envejecimiento puede describirse como un proceso que comienza desde el nacimiento del ser humano y al pasar de los años culmina con la muerte (OMS, 2018), con la acumulación de tiempo en el ser humano se presentan también cambios físicos y sociales (Bruno & Acevedo, 2016), por ejemplo, la jubilación, el traslado a una vivienda diferente, o la muerte de amigos y/o la pareja (OMS 2018), estos cambios pueden impactar de una u otra forma la vida de las personas adultas mayores (PAM).

Desde un punto de vista biológico el envejecimiento es una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales y en el cual, incrementa el riesgo de enfermar, no obstante, estos cambios no se presentan de manera lineal o uniforme (OMS, 2018). En esencia el envejecimiento es diferente al concepto de vejez (Rodríguez-Ávila 2018) la cual tiene como característica principal ser la última etapa de la vida del ser humano. Cada sociedad de acuerdo con diferentes características socioeconómicas se encarga de establecer el inicio de la vejez, en países en desarrollo como lo es México se considera como PAM a las personas desde los 60 años, mientras que en otros países puede iniciar a los 65 años. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define como “Persona mayor, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años” (OEA, 2015). Cabe señalar que existen diversos sinónimos que se le otorgan a esta etapa de la vida humana, entre los cuales se encuentran: edad avanzada, ser anciano, adulto mayor o persona adulta mayor; sin embargo, todavía existe un uso intercambiable de estos términos y eso se debe posiblemente a la falta de acuerdo para determinar el inicio de la vejez (Bruno & Acevedo. 2016).

Para poder entender, ya sea el proceso de envejecimiento o la etapa de vejez, se debe recordar que no hay una persona adulta mayor “típica” y que la ausencia de homogeneidad o uniformidad en definir esta etapa, como ya se mencionaba, se debe a efectos o a cambios acumulados en los diferentes entornos biológicos, físicos, sociales y propios de una persona o por inequidades en salud a lo largo de su vida (OMS, 2018). En otras palabras, el envejecimiento de las personas depende también del contexto en el que se desenvuelven y por lo tanto las personas no envejecen de la misma manera (Bruno & Acevedo, 2016).

Es importante, además, considerar que la población mundial ha cambiado y ahora las personas viven más tiempo, por lo que cada vez hay más personas mayores a nivel mundial. Estos cambios se observaron primero en países desarrollados, no obstante, son ahora los países en desarrollo los que mostraran más este incremento en las personas de 60 años o más. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que para el 2050 la cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará y que el 80% de estas PAM vivirá en países de bajo o mediano ingreso económico (OMS, 2018).

En el contexto de México, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL; CELADE, 2009), quien ha realizado un índice sobre envejecimiento en el cual se describe cuatro grupos de países (de envejecimiento incipiente, envejecimiento moderado, envejecimiento moderadamente avanzado y envejecimiento avanzado), coloca a nuestro país entre aquellos con envejecimiento moderado dado sus tasas de fecundidad (países que consideran entre 2 y 3 hijos por mujer) y su índice de envejecimiento entre el 20 y 32% (de un rango <17% y >65%) (CELADE, 2009).

Conocer el cambio en la distribución de los grupos etarios, permite dar cuenta de los retos que representa en la actualidad llegar a ser una persona adulta mayor, pues, aunque en las personas ocurren cambios en cualquier etapa de la vida, la edad avanzada es un periodo de

alta vulnerabilidad para la salud (Ortega-Lenis & Méndez, 2019) ya que a medida que las personas envejecen aumenta la probabilidad de presentar comorbilidades (OMS, 2018). Cuando nos referimos a salud mental, se considera que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neurológico (no por cefalea) atribuyéndose el 6.6% de la discapacidad total a estos padecimientos (OMS, 2017). Mientras que en cuanto a la salud física se considera que la mayoría de las PAM mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes (OMS,2020).

Por lo anterior, se espera que haya además un incremento en las necesidades, demandas, gastos en seguridad y asistencia social para las PAM que tienen más padecimientos y menos funcionalidad (Alonso, et al. 2007; Ochoa-Vázquez, Cruz-Ortiz, Pérez-Rodríguez & Cuevas-Guerrero, 2018), este incremento en las necesidades no solo será para el estado, sino también para las familias y la sociedad en general (Bruno & Acevedo, 2016).

Una de las propuestas que plantea la OMS para poder enfrentar tanto las inequidades en salud como mejorar las condiciones de vida en las PAM debida a su gran diversidad se refiere a propiciar un *envejecimiento saludable*, el cual ha sido definido como “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2018). Sin embargo, esta propuesta aún no está al alcance de todas las PAM, debido al gran y complejo espectro que significa la salud; recordando que esta no abarca solamente la salud física sino también la psicológica.

Parte esencial entre los esfuerzos por promover un envejecimiento saludable apunta a los factores psicosociales, entre los cuales se encuentra la soledad que pueden experimentar las personas, fenómeno que repercute en el cómo se afronta la vida cotidiana y la salud de las personas.

Envejecer saludablemente se encuentra enmarcado en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que tiene el objetivo de “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”. De manera particular se establece que el derecho a la salud para las PAM involucra el derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación (OEA, 2015).

Las Naciones Unidas a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, destaca el Derecho a la salud física y mental de las personas adultas mayores, propone la generación de intervenciones que permitan mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida. (Huenchuan S., 2013). Promoviendo como una de las preocupaciones y recomendaciones en adelante, el establecer el derecho a los cuidados intrafamiliares y comunitarios, pugnando a que “los Estados desarrollarán programas y políticas orientadas a reducir los riesgos de soledad y aislamiento de las personas de edad a través, entre otros, del apoyo a grupos comunitarios de personas de edad y formas tradicionales de organización” (Huenchuan S., 2013).

- b. La soledad en personas adultas mayores
 - i. Definición y formas de soledad

La soledad se puede entender como un sentimiento universal (de Jong Gierveld & Havens, 2004), pues todas las personas son susceptibles de sentirla o experimentarla. En la literatura, se ha estudiado a la soledad desde diferentes enfoques, entre ellos se encuentran el filosófico, el sociológico y el psicológico (Yanguas, et al. 2018; Roselade M., 2007). Estos enfoques han definido a la soledad de manera diversa, reflejando tanto connotaciones negativas, por ser descrito con mayor frecuencia como un estado aversivo o desagradable y con connotaciones positivas, ya que tiene relación con el crecimiento personal, vista como un periodo de privacidad, reflexión y ocasionalmente hasta de plenitud (Roselade M., 2007).

En el presente trabajo, nos centraremos en el estudio de la soledad desde una perspectiva de la psicología y su relación con la salud, misma que se ha propuesto a partir de esquemas conceptuales, como un modelo multidimensional, a partir de diferentes elementos o componentes (Donaldson & Watson, 1996; Montero & Sánchez, 2001; Peplau & Perlman, 1981).

Dentro de los esquemas conceptuales se encuentran el cognoscitivo y el fenomenológico; el primero alude a que la soledad es resultado de dos tipos de carencias, uno asociado con la falta de una red de apoyo social y otro vinculado con la falta de una figura de apego particular. Bajo este esquema se han desarrollado definiciones relacionadas con los huecos emocionales y motivaciones por preferir o no la compañía de otros, así como la disparidad entre el deseo (expectativas) de contar con una red de apoyo o relaciones sociales *versus* las relaciones con las que se cuenta realmente (Donaldson & Watson, 1996; Montero & Sánchez, 2001; Peplau & Perlman, 1981). El esquema fenomenológico, plantea la experiencia de soledad de dos maneras, como positiva, cuando es una forma de autoconsciencia o una fuente de fortaleza

para la persona que la experimenta. Bajo este esquema, la segunda forma de soledad adquiere una forma negativa ante la carencia de afecto, este último entendido como una necesidad básica de las personas (Donaldson & Watson, 1996; Montero & Sánchez, 2001; Peplau & Perlman, 1981).

Entre otras propuestas para poder definir y estudiar la soledad se encuentra, entre las más conocidas, la propuesta dada por Weiss (1973), quien estableció que la soledad podía dividirse en dos tipos, el primero lo denominó soledad social y al segundo, soledad emocional. La soledad social, se refiere a la falta de conexión o satisfacción con las redes de apoyo sociales cuantificables (la cual se abordara en la siguiente sección), mientras que la soledad emocional se refiere a los sentimientos que provoca la ausencia de apego a una persona especial o querida, lo cual se conoce también como el componente subjetivo de la soledad; esta clasificación permite diferenciar a quienes están solos de quienes se sienten solos (Boss, Kang & Branson, 2015; Mullins & McNicholas, 1986; Perlman & Peplau, 1984; Weiss R., 1973).

Otra propuesta es la hecha por Colin Killeen (1998), que describe a la soledad como la presencia de sentimientos angustiosos, deprimentes, deshumanizantes y desapegados que una persona soporta cuando hay un vacío, debido a una vida social y/o emocional insatisfecha; apuntando que la soledad surge ante la confrontación entre una expectativa *versus* la realidad existente entre las relaciones interpersonales o sociales de una persona. Tomaka, Thompson y Palacios (2006), por otro lado, establecen que la soledad es el sentimiento de estar separado o apartado de otras personas, independientemente del tamaño de su red social de apoyo actual.

Es posible que las propuestas que ofrecieron primero Weiss (1973), después Killeen (1998), y más recientemente Tomaka, Thompson y Palacios (2006), se hayan basado desde los esquemas cognoscitivo y fenomenológico, respectivamente. No obstante, a lo largo del tiempo se han ofrecido diferentes aproximaciones para el estudio de la soledad, incluso considerando diferentes *elementos* o características que la componen.

Por ejemplo, se ha señalado como componente o elemento de la soledad al tiempo, ya que se le puede entender como soledad *crónica* o a largo plazo, a la experiencia de soledad que tiene repercusiones en la salud y es más duradera. También puede presentarse de una *forma transicional*, esto es, dada por un tiempo “corto” el cual resulta ser suficiente para promover la autorreflexión de cada persona (Young, 1982); otros autores consideran a la soledad *situacional*, la cual se experimenta ante la presencia de algún evento adverso (en Perlman y Peplau, 1984), como lo es la pérdida de un ser querido o el cambiarse de un domicilio a otro; básicamente, tanto la soledad transicional como la situacional se refieren a la soledad, sino como positiva, sí neutra, dado que se relaciona con la adaptación que muestra una persona determinada ante situaciones estresantes.

Desde el área de la salud, frecuentemente se ha descrito que la soledad puede deberse a cambios en el estilo de vida, a la edad, o como consecuencia de mala salud o pérdidas de personas queridas que reducen la red social (Boss, Kang & Branson, 2015; Killeen C, 1998; Peplau & Perlman, 1982), nuevamente planteando la dimensión negativa de la soledad, dado que resulta ser una experiencia displacentera o inadmisibles para una persona (de Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra, 2006).

Otra de las propuestas que se han ofrecido en el amplio abordaje que se ha dado al estudio de la soledad tiene que ver con la propuesta de Jonh Gierveld (1985, 1987) quien señaló que

la soledad era un “modelo multidimensional”, pues se componía de tres dimensiones (elementos): 1) el deseo de tener un amigo o confidente muy cercano (ausencia o deprivación de un vínculo íntimo), 2) los sentimientos de vacío o de abandono que genera la ausencia de ese amigo o confidente (referente a aspectos emocionales) y, la tercera, referente a una perspectiva temporal, entendida como una condición inevitable (largo plazo) o quizá solo temporal (momentánea por elección). La autora identificó, además, cuatro grupos de personas solas 1) los desesperadamente solos; (b) los “solos” que han alcanzado un cierto grado de resignación; (c) los socialmente activos que no perciben necesariamente su situación como inmutable; y (d) los no solos o sólo ligeramente solos (Jong Gierveld, 1987; de Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra, 2006). Basándose en sus tres dimensiones (componentes de la soledad) de Jong Gierveld definió a la soledad como la desagradable sensación (malestar) de carecer de ciertas relaciones (personas cercanas) o de perder un cierto nivel de calidad en los contactos con otras personas; siendo este el resultado de la evaluación subjetiva que hace una persona de su situación social mediada por la calidad no de la cantidad de relaciones que se tienen (de Jong Gierveld, 1987, 2004).

Otra de las propuestas que han sido ampliamente utilizadas con respecto a la definición de la soledad es la que ofrecieron Perlman y Peplau en 1984, tras realizar una revisión teórica sobre el estudio de la soledad, concluyendo que este fenómeno se defina como “una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de una persona es deficiente en algún sentido importante para sí (en cada persona), ya sea cualitativa o cuantitativamente”. Formando parte de su propuesta la existencia de tres componentes para la soledad: 1) es el resultado de carencias en las relaciones interpersonales, 2) es una experiencia subjetiva independiente al aislamiento social (que se relaciona con el contacto físico) y; 3) es estresante y desagradable.

Del mismo modo, un trabajo afín al de Perlman y Peplau sobre soledad realizado por Montero y López-Lena y Sánchez-Sosa (2001), en el cual también destaca el amplio pasaje que se ha descrito para la soledad considerando nuevamente los ya mencionados esquemas fenomenológico y cognoscitivo; así como tomando en cuenta sus componentes temporales y experiencia emocional descritos previamente; se explica a la soledad como un “fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto”. Montero y López-Lena, explicó la soledad como un fenómeno multidimensional dado que, la manera en cómo se presenta y se mide involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognoscitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), habilidades conductuales, interacción social y cultural (Montero y López Lena 1998).

En resumen, es posible observar que las diferentes propuestas sobre la definición de soledad mantienen componentes o elementos en común, como el ser una experiencia subjetiva vinculada a las relaciones sociales y a las emociones. En general estas definiciones muestran particular énfasis en la experiencia negativa y displacentera que representa el sentimiento o experiencia de soledad.

Además, es posible dar cuenta del amplio interés (aunque con dificultad de homogeneizar la información) que han mostrado diferentes investigadores para construir el conocimiento referente a este fenómeno. De hecho, no es extraño encontrar trabajos en los cuales se retoman o integran elementos o definiciones antes propuestos, como lo han hecho en algunas revisiones en años más recientes (Luanaigh & Lawlor, 2008; Yanguas, Pinazo-Henandis & Tarazona-Santabalbina 2018; Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018). Del mismo modo, la

presente investigación, retoma a la soledad como el sentimiento de estar solo, separado o apartado de otras personas (Tomaka, Thompson & Palacios) que puede ser persistente, inevitable y displacentero (Peplau & Perlman, 1982; Jong-Gierveld, 1987).

La conceptualización de soledad que se retoma en este reporte, es una integración de definiciones que se han ofrecido previamente (tabla 1) y con ello queda abierta la posibilidad de hacer vigentes las propuestas ya mencionadas, o bien dar paso a la oportunidad de actualizar o complementar la forma en que se define o se concibe a la soledad en la actualidad. Esto con la intención de que el término sirva de guía para entender su relación con la salud física y/o mental de las personas, particularmente en el contexto de las personas adultas mayores; más aún, cuando se considera la experiencia de la soledad, que genera malestar y no se puede evitar; y cuando no se presenta con el componente negativo o sentimiento de malestar.

Tabla 1.
Definiciones de soledad propuestas en el periodo entre 1973 a 2006

Autor	Año	Definición
Weiss R	1973	Soledad emocional (experiencia subjetiva) → disparidad entre los contactos sociales deseados y situaciones sociales reales
Perlman & Peplau	1981 1982 1984	Experiencia displacentera que ocurre cuando la red social de una persona es insuficiente en algún sentido importante para cada persona Tres características relevantes: -Es el resultado de carencias en las relaciones interpersonales -Es una experiencia subjetiva diferente al aislamiento social (vista como una cuestión física) -Es estresante y desagradable
Mullins & McNicholas	1986	Experiencia emocional afectiva en la que uno comienza a sentir que está aislado de los demás y también apartado de los sistemas y mecanismos de apoyo familiares
Jong-Gierveld J	1987	Experiencia personal y subjetiva, con una desagradable sensación (malestar) de carecer de ciertas relaciones (personas cercanas) o de perder un cierto nivel de calidad en los contactos con otras tomando como elementos para medir la intensidad de la soledad: - el deseo de un amigo o confidente muy cercano - sentimientos de vacío y de abandono por no tener un confidente -perspectiva del tiempo como algo inevitable (largo tiempo) o algo temporal (pasajero)
Killeen C	1998	Es una condición que describe los sentimientos angustiosos, deprimentes, deshumanizantes y desapegados que una persona soporta cuando hay un vacío enorme en su vida debido a una vida social y/o emocional insatisfecha
Montero & Sánchez	2001	Fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica de la persona
Tomaka, Thompson & Palacios	2006	Sentimiento subjetivo de estar solo, separado o apartado de otras personas

ii. Soledad, soledad social y aislamiento social

Otro elemento que con frecuencia genera confusiones al definir la soledad, es el número de conceptos estrechamente relacionados entre sí (Killeen, C, 1998). Ejemplo de ello es la distinción conceptual otorgada por Weiss (1973) para la soledad, que como se expuso antes dividía este fenómeno en dos ramas, por un lado, la soledad emocional (un sentimiento); y por el otro, la soledad social, la cual se refiere a la falta de "conexión" (integración) social, incluso en el sentido de comunidad (o de pertenencia); esta soledad social es también entendida como aislamiento emocional (van Baarsen, et al., 2001).

Esta distinción entre una soledad emocional y una soledad social fue retomada por De Jong Gierveld (1987), quien señaló que la soledad social es un tipo de soledad que se produce cuando una persona carece del sentido de integración social o de participación en la comunidad que podría proporcionar una red de amigos, vecinos o compañeros de trabajo. La soledad social se refiere a la evaluación subjetiva (insatisfacción) de las redes de apoyo con las que cuenta una persona (de Jong Gierveld J., 1998)

Otro de los conceptos que se han estudiado estrechamente relacionados a la soledad, es el aislamiento social (AS); mismo que supone también un obstáculo para el bienestar psicológico y la salud de las personas (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006). El AS suele entenderse como el escaso contacto social o a la poca participación en actividades sociales de cualquier tipo (lúdico, religioso, comunitario, etc.) (Cotterell, Buffel, & Phillipson, 2018; Ibrahim, Abolfathi-Momtaz, & Hamid, 2013; Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013; Tilvis, et al. 2012). En cada individuo, tanto la soledad emocional, social y el AS pueden presentarse simultáneamente, pero esto no es una regla, ya que, aunque relacionados, no son mutuamente dependientes (Murphy, 2006), lo que en ocasiones resulta en que no siempre se presente una

relación entre estos dos fenómenos (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006; Yu et al., 2017), en otras palabras, las personas socialmente aisladas no necesariamente se sienten solas y viceversa (Arroyo, 2021; de Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra, 2006).

Aunque la soledad emocional, soledad social y el AS han sido claramente diferenciados conceptualmente, suele suceder que fenómenos como el AS y la soledad se utilizan de manera indistinta en la literatura (Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018) en su medición y en su uso práctico (Perlman, 2004; Valtorta & Hanratty, 2012; Yu et al, 2017); de manera similar a lo que sucede con la soledad social y la red de apoyo. Esto suele suceder debido a la forma en que se miden o evalúan estos conceptos, ya que comúnmente consideran métodos de evaluación conjunta para soledad y AS, soledad emocional y social, o soledad y apoyo social; dada la complejidad de separar algunas características comunes entre los conceptos.

iii. Medición de soledad en personas adultas mayores.

Cuando se trata de conocer la frecuencia con la que se presenta la soledad es importante conocer las diferentes alternativas para medirla. En el estudio de la soledad en las PAM, algunos estudios se han enfocado en conocer la experiencia de soledad a través del auto reporte de un solo reactivo, ya sea con opciones de respuesta dicotómica (presente o ausente; si o no), mientras que otros métodos utilizan opción de respuesta tipo Likert (tabla 2).

Otro de los métodos frecuentemente utilizados para medir y estudiar la soledad en población mayor ha sido a través de conjuntos de preguntas que tienen por finalidad evaluar la soledad de manera escalar o intentando una aproximación numérica a su intensidad o frecuencia (Bermeja & Ausín, 2017; Courtin & Knapp, 2017; Boss, Kang & Branson 2015; Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018), algunas de estas escalas han sido estandarizadas en países de habla hispana e incluso en personas de 50 años o más. En cuanto a las escalas más conocidas señaladas para la medición de la soledad (tabla 3) se encuentran la UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Ferguson 1978), la escala *De Jong Gierveld Scale for Loneliness* (de Jong Gierveld & Kamphuls, 1985), la escala *ESTE* (Rubio & Aleixandre, 1999) y la *IMSOL-AM* (Montero & Rivera, 2009).

Tabla 2.***Métodos de medición a partir de un reactivo para soledad en población de 50 años o más***

Autor(es) (año)	Reactivo(s)	Respuestas/categorías	Clasificación
Holwerda, et al. (2014); Wilson et al (2007)	¿Te sientes solo o muy solo?	Si o no	Dicotomizada como con y sin soledad
Tomstad et al (2017) Sundström, Adolfsson, Nordin & Adolfsson (2020)	Frecuentemente se siente solo	Si o no	Dicotomizada como con y sin soledad
Gao et al (2020)	¿Admite sentirse solo?	Si o no	Dicotomizada como con y sin soledad
Tiikkainen & Heikkinen (2005)	¿Te sientes solo?	Muy raramente/nunca, raramente, a menudo, casi siempre	Dicotomizada como con y sin soledad
Finlay & Kobayashi (2018)	¿Se siente solo?	Si o no	Dicotomizada como con y sin soledad
Jylhä M (2004) de los Santos, P. (2021)	¿Se siente solo?	Nunca, a veces, frecuentemente	Dicotomizada como con y sin soledad
Tilvis et al (2012)	¿Sufres de soledad?	Rara vez o nunca, a veces y a menudo o siempre	Dicotomizada como no solitario y solitario
Yu et al., (2017) Ormstad, Eilertsen, Heir & Sandvik (2020)	¿En la última semana se ha sentido solo?	Nunca, raramente, a veces, frecuentemente	Dicotomizada como con y sin soledad
Dahlberg, Andersson & Lennartsson (2018)	¿Alguna vez te ha molestado el sentimiento de soledad?	Casi nunca, raramente, a veces, casi siempre	Dicotomizada como con y sin soledad

La *UCLA Loneliness Scale*, es una escala diseñada para medir sentimientos generales de soledad y también Aislamiento social (AS) (Russell, Peplau, & Ferguson 1978). Esta escala fue validada en idioma español (Velarde-Mayol, Fragua-Gil & García-de-Cecilia, 2016) y cuenta con una versión revisada, en la cual se cambió la redacción de algunos reactivos para facilitar su uso (Russell D., 1996), dicha versión revisada se ha utilizado (estandarizado) en población hispana (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006). Ambas versiones tanto la de 1978 como la de 1996 cuentan con 20 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. En 2004, se realizó la validación de una versión de tres reactivos de la *Loneliness scale* denominada UCLA-R para su uso vía telefónica (Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004); misma que ha sido utilizada en otros estudios poblacionales (Hawkley & Kocherginsky, 2018; Gerst-Emersona, Shoalib & Markides, 2014; Shankar, Banks & Steptoe).

Otra escala utilizada para medir a la soledad en población mayor es la *De Jong Gierveld Scale for Loneliness* (de Jong Gierveld & Kamphuls, 1985), la cual consta de 11 ítems, que también ha sido validada en español (Buz & Prieto, 2012) además existe una versión breve de 6 ítems (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Ambas versiones buscan medir de manera conjunta la soledad social (percepción de la satisfacción con las redes sociales de apoyo) y la soledad emocional. Esta escala se ha interpretado como una escala de un solo factor (de Jong-Gierveld, & Kamphuls, 1985); pero también se ha interpretado considerado dos subescalas o dos factores (de Jong Gierveld Jenny, van Tilburg, 1999; Cheung, et al, 2020; Hosseinabadi, et al.,2021).

En la Universidad de Granada (Rubio & Aleixandre, 1999) se desarrolló una escala denominada *ESTE*, para evaluar los déficits en el soporte social (familiar, conyugal y social) de una persona, así como el sentimiento que estas carencias pueden provocar; consta de 34 ítems con respuestas tipo Likert con cinco opciones de respuesta cada uno. Los ítems abarcan

cuatro factores: soledad social (como el contacto con otras personas, AS); soledad familiar (como los vínculos con la familia); soledad conyugal (como la relación con una pareja afectiva); y crisis de adaptación (como la percepción que se tiene de uno mismo ante el medio); dicha escala se ha validado en español (Cardona, Villamil, Henao & Quintero, 2010). Cinco años más tarde, se realizó una revisión de la escala, denominada *ESTE-R* en la cual, sólo se modificaron algunos ítems y se cambiaron las opciones de respuesta de afirmación por una puntuación de la frecuencia en que ocurren (Rubio-Herrera, Pinel, Rubio-Rubio, 2009).

Finalmente, en México, se desarrolló una escala para medir soledad en personas adultas mayores, denominada *IMSOL-AM*. En dicha escala se identifican dos factores denominados: 1) alienación familiar (que trata de incompreensión, alejamiento y reprobación familiar, lo cual promueve que una persona se sienta alejado, aislado y abandonado); y 2) insatisfacción personal (para la insatisfacción y carencia de un “propósito en la vida”), consta de 20 reactivos en escala Likert con cinco opciones de puntuación. (Montero & Rivere, 2009).

Tabla 3.
Métodos de medición de soledad a partir de escalas en personas de 50 años o más

Autor (año)	Escala	Número de reactivos y dimensiones
Russell, Peplau, & Ferguson (1978)	UCLA Loneliness Scale	20 ítems tipo Likert. Mide los sentimientos subjetivos de soledad y de AS
Russell D (1996)	UCLA Loneliness Scale (version 3)	
Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, (2004)	UCLA short scale	3 ítems tipo Likert con 3 opciones de respuesta
de Jong Gierveld & Kamphuls (1985)	De Jong Gierveld Loneliness Scale	11 ítems con 3 alternativas de respuesta, 6 miden la soledad y 5 el AS
de Jong Gierveld & Van Tilburg (2006)	De Jong Gierveld Loneliness Scale -breve-	6 ítems miden soledad general, emocional y social (AS)
Rubio & Aleixandre, (1999)	Escala ESTE	34 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, abarcan 4 factores: soledad social (contactos con otras personas, AS); soledad familiar (vínculos con la familia); soledad conyugal (relación con la pareja afectiva); crisis de adaptación (percepción que se tiene de uno mismo)
Rubio-Herrera, Pinel, Rubio-Rubio (2009)	Escala ESTE-R	34 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta
Montero & Rivere (2009)	IMSOL-AM escala de soledad en el adulto mayor	20 reactivos en escala Likert con 5 opciones de puntuación. Factores: 1) alienación familiar (que trata de incompreensión, alejamiento y reprobación familiar, lo cual promueve que una persona se sienta alejado, aislado y abandonado) y 2) insatisfacción personal (para la insatisfacción y carencia de propósito en la vida)

Después de conocer los diferentes métodos de medición y evaluación de la soledad es importante destacar que hay quienes señalan como una limitación en las investigaciones cuando se trata a la soledad a partir de un solo reactivo, dada la dificultad de obtener una medición confiable para este fenómeno; sin embargo también se ha señalado que al tratarse de un fenómeno subjetivo, conocer por auto-reporte el sentimiento o experiencia de soledad de las personas podría ser suficiente para describir este fenómeno y conocer la importancia que tiene para las personas (Gao et al. 2020; Holwerda, et al. 2014; Tiikkainen & Heikkinen 2005) a nivel individual e incluso cultural (Jylhä M., 2004).

Por otro lado, cuando hablamos de las escalas propuestas para medir la soledad es posible observar que estas incluyen reactivos referentes a diferentes componentes y/o fenómenos, algunos de la soledad, pero también están orientadas en gran medida a la medición del apoyo que las personas perciben o tienen por parte de la pareja, familia y/o amistades; así como el AS (contacto con otros, cantidad de amistades) o a la percepción de estar o no satisfechos con estas relaciones sociales y no solamente a la soledad entendida con un componente emocional (o sentimiento). Por ejemplo, mientras que es posible observar que tanto la UCLA en sus diferentes versiones tiene una aproximación al aislamiento social (por ser un aspecto cuantificable del contacto social), así como a la soledad (por ser emocional y subjetiva); la escala de Jong Gierveld ha mostrado evaluar dos constructos diferentes, definidos como soledad (emocional y social); tanto la escala ESTE como la IMSOL-AM se enfocan a diferentes aspectos relacionados a la percepción de apoyo social y familiar, más que al sentimiento de soledad en sí mismo.

Si bien es importante conocer acerca de la soledad social y el AS, el presente trabajo se centra en el estudio de la soledad desde su rama emocional, ya que la soledad puede ser y es

entendida como un sentimiento. No obstante, como se ha visto, la soledad es un concepto complejo y con un campo de estudio muy amplio. Por un lado, es claro que las personas entienden la idea “sentirse solo” (lo cual en ocasiones podría generar malestar), sin embargo, ello puede diferir culturalmente (Jylhä M., 2004). En México, hay quienes han reportado que cada persona que manifiesta tristeza o malestar emocional por la soledad, las experimentan como sentimientos y emociones, que generan una experiencia singular y única, aunque se pueden identificar algunas semejanzas en ese grupo de personas (Arroyo C, 2021). Por último, no hay que perder de vista, como se mencionó anteriormente, la existencia de reportes que identifican el sentimiento de soledad, pero que no necesariamente lo relacionan a un sentimiento negativo y/o de malestar significativo.

c. Prevalencia y factores relacionados con la soledad en personas adultas mayores en estudios transversales.

i. Prevalencia de soledad

El reporte de las prevalencias de soledad en PAM independientemente del método que se haya utilizado para medirla, o el diseño del estudio, varia presentándose desde un 2% hasta por arriba del 50% (Tabla 4). Entre los estudios que reportan la soledad a través de un solo reactivo, por ejemplo: ¿te sientes solo? o ¿sufres de soledad?, es posible observar prevalencias que van de un 3.8% hasta 32%; mientras que en cuanto a los estudios que han evaluado la soledad a través de conjuntos de preguntas o escalas, se pueden observar prevalencias del 2% hasta por arriba del 45%, incrementándose hasta un 69% cuando se observa su distribución por sexo (Tomstad et al., 2017).

Es importante destacar, nuevamente, la existencia de una falta de acuerdo para elegir el método “adecuado” para medir la soledad (ya sea a través de un reactivo, o bien una escala estandarizada); encontrar una escala que solo mida soledad y no otros fenómenos (como el AS); así como el tomar en cuenta que existen estudios que señalan como población de edad mayor a personas desde los 50 años, aunque esta edad no está considerada dentro de la etapa de la vejez.

Tabla 4.
Prevalencia de soledad en personas de ≥ 50 años

Autor (año)	Participantes	Tipo de población	Soledad (medición)	Prevalencia	Estratificación
Wenger & Burholt (2004)	47 personas entre los 85 y los 102 años	Estudio de base poblacional Inglaterra	8 reactivos sobre contacto/apoyo social percibido (moderadamente solos = 1-2 reactivos positivos, muy solos = 3 o más reactivos positivos)	1979 9% muy solos, 23% moderadamente solos 1987 6% muy solos, 28% moderadamente solos 1995 9% muy solos, 47% moderadamente solos	-
Wenger & Burholt (2004)	534 personas entre los 85 y los 102 años	Estudio de base poblacional, Inglaterra	8 reactivos sobre contacto/apoyo social percibido (baja, moderada alta soledad)	9% muy solos, 29% moderadamente solos	-
Havens, Hall Sylvestre & Jivan (2004)	1868 personas ≥ 72 años	Estudio de base poblacional, Manitoba (AIM), Canadá	índice creado por los autores 5 reactivos a partir de diferentes escalas (0-2 ptos= soledad baja; 3-8 ptos soledad alta)	45% alta soledad 55% soledad baja	47% rurales 43% urbanos
Jylhä M (2004)	787 personas ≥ 60 años	Estudio de base poblacional e institucionalizados, Tampere Finlandia	Un reactivo (nunca, a veces, frecuentemente)	8% frecuentemente 27% a veces	-
Tiikkainen & Heikkinen (2005)	133 personas 80 años en su línea base	Estudio de base poblacional, Finlandia	un reactivo (puntuación dicotómica)	3.8% (en 1990) 1.5% (en 1995)	-
Shankar, Banks & Steptoe (2011)	8688 personas ≥ 50 años	Estudio de base poblacional, Inglaterra	UCLA 3 ítems	2%	-
Tilvis et al. (2012)	3858 personas ≥ 75 años	(Cuestionario postal) muestra del sistema nacional de información, Finlandia	Un reactivo	37%	40.4% mujeres 29.3% hombres
Steptoe et al (2013)	6,500 personas ≥ 50 años	Estudio de base poblacional, Inglaterra	UCLA-R	18.1%	-
Holwerda, et al. (2014)	2173 personas ≥ 65 años	Estudio de base poblacional, Países Bajos	Un reactivo	19.9%	-
Yu et al. (2017)	639 personas entre los 54 y los 80 años	Estudio de base poblacional, Taiwán	Un reactivo	8.6% que completaron el seguimiento	-

Tabla 4. (continuación)**Prevalencia de soledad en personas de ≥ 50 años**

Autor (año)	Participantes	Tipo de población	Soledad(medición)	Prevalencia	Estratificación
Yu et al. (2017)	384 personas entre los 54 y los 80 años	Estudio de base poblacional, Taiwán	Un reactivo	16.1% no completaron el seguimiento	-
Tomstad et al. (2017)	2052 personas ≥ 65 años	Población abierta desde Directori Nacional de Residentes, Noruega	un reactivo	11.6%(total)	66.9% mujeres 33.1% hombres
Hawley & Kocherginsky (2018)	2261 personas ≥ 50 años	Estudio de base poblacional, Estados Unidos	UCLA 3 ítems	30%	34% mujeres 25% hombres
Finlay & Kobayashi (2018)	124 personas ≥ 55 años	Tres áreas de estudio de la zona metropolitana de Minneapolis (Oficina del Censo), Estados Unidos	Un reactivo	32%	-
Gao et al. (2020)	16685 personas ≥ 65 años	Estudio población abierta, multicéntrico (países de ingreso económico medio bajo)	Un reactivo	27.9% Cuba 30.0% Rep dominicana 29.5% Perú 25.3% Venezuela 32.4% México 32.2% Puerto Rico 3.8% China 18.3% India	-
Sundström, Adolfsson, Nordin & Adolfsson (2020)	1905 personas ≥ 60 años	Estudio de base poblacional, Suecia	Un reactivo	-	10.7% sin demencia 17.8% todas las causas de demencia 19.9% Alzheimer 15.9% Demencia vascular
Ormstad, Eilertsen, Heir & Sandvik (2020)	516 hombres 419 mujeres entre 60-79 años	Estudio de base poblacional, Noruega	Un reactivo	-	14.1% mujeres 10.5% hombres
Garay, et al. (2021)	384 personas ≥ 65 años	Una muestra intencional a partir de método bola de nieve en Durango, México	Dos reactivos de la escala ESTE II (nunca, a veces, siempre)	Soledad diurna a veces 38.8% siempre 22.3% nocturna a veces 27.5%, siempre 28.2%	-
de los Santos, P. (2021)	379 personas ≥ 65 años	Una muestra intencional a partir de método bola de nieve en Durango, México	Un reactivo	-	22.4% mujeres 23.2% hombres

ii. Características personales y factores sociodemográficos

Parte de la importancia de conocer con qué frecuencia se presenta la soledad en las PAM, se refiere a qué características personales, factores sociales y de salud se relacionan con la presencia de este fenómeno. Por ejemplo, se ha reportado que la soledad es más frecuente en mujeres que en hombres: 63.3% vs 36.7% ($p < 0.001$) (Stephoe et al 2013), 40.4% vs 29.3% ($p < 0.001$) (Tilvis et al. 2012) respectivamente.

Un estudio reportó resultados dirigidos en el mismo sentido considerando que ser mujer incrementa la probabilidad de reportar soledad (frecuente o a veces) en un 76% más en comparación con los hombres (Jylhä M., 2004). Mientras que hay quienes no han encontrado diferencias en cuanto al sexo y la presencia de soledad (Garay, et al, 2021; Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Cuando se trata de la edad y su relación con la soledad los reportes han arrojado resultados controversiales; hay estudios que han reportado más soledad en los adultos de 70 años o más (Shankar, Banks & Steptoe, 2011; Steptoe et al., 2013; Tomstad et al., 2017), mientras que hay quienes han reportado más soledad en los grupos de los PAM de menos edad (Cacioppo Hawkey & Thisted, 2010; Hawkey & Kocherginsky, 2018).

Entre los estudios que han reportado a la soledad como una variable numérica, hay quienes han encontrado una relación positiva ($r = 0.16$ $p < 0.01$) entre soledad y la edad (Wilson et al., 2007). Un estudio en el cual utilizaron como método de medición para la soledad la UCLA-R (de tres reactivos), reportó un incremento promedio en la escala de soledad ($\beta = 0.013$, intervalo de confianza (IC) 95%: 0.010, 0.017) por cada año de incremento en las personas (Shankar, Banks & Steptoe, 201). Dichos resultados fueron diferentes a los que reportaron

Cacioppo, Hawkley & Thisted (2010) quienes indicaron que la soledad (medida a través de un puntaje obtenido en la UCLA-R), era menor conforme aumentaba la edad (β -0.45, IC 95%: -0.66, -0.032). Hawkley & Kocherginsky (2018) quienes también emplearon la UCLA-R, de igual modo reportaron que el grupo de menor edad (entre los 57 y los 64 años) presentaron más soledad (34%) que las personas entre 65 a 74 años (25%), y que en el grupo de 75 a 85 años (30%).

Cuando se trata de la soledad como una variable nominal, Tomstad y colaboradores (2017), compararon las medias de edad entre el grupo de los que se sentían solos (78.5 años, $DE=7.7$ años) y la media de edad de aquellos que no se sentían solos (74 años, $DE=6.6$), siendo mayores los del primer grupo ($p<0.016$). También, hay quienes han comparado una soledad “baja” versus la soledad “alta” (la diferencia fue dada con respecto al punto de corte, ≥ 6 puntos, obtenido en la escala UCLA-R), tanto la soledad “alta” y la soledad “baja” fue más prevalente en los grupos de menor edad <60 años (32.3% y 29.2%, respectivamente) y para los de 61 a 69 años (29.2% y 35.8%, respectivamente); mientras que en los grupos de más edad la soledad “alta” fue más frecuente (25.2% para los de 70 a 79 y 16.4% para los de 80 o más) que la soledad “baja” (23.4% y 8.5%, respectivamente) (Steptoe et al., 2013).

Hasta aquí es posible observar una consistencia en cuanto a la relación existente entre la soledad y el sexo femenino. Mientras que los resultados que se han obtenido con respecto a la edad y su relación con la soledad muestran diferencias entre los estudios. Por otro lado, cabe destacar que existen otras características que se han encontrado relacionadas con la soledad; por ejemplo, el hecho de que una persona viva sola, Tomaka, Thompson, & Palacios (2006) en un estudio realizado con adultos de 60 años o más, reportaron una correlación positiva entre soledad y vivir solo ($corr$ 0.44, $p<0.01$). En un estudio realizado con 1868

personas de 72 años o más en Canadá, en el cual consideraron a la soledad a partir de un conjunto de preguntas como variable cuantitativa, en sus resultados estratificados por áreas urbanas y rurales, reportó que en personas residentes en área rural, vivir solo incrementaba en promedio la soledad ($\beta=1.248$, $p<0.001$) en comparación con aquellos que vivían con otros, resultados que no fueron significativos para aquellos que vivían en el área urbana (Havens et al, 2004). Otro estudio realizado con 873 mexicanos-americanos de 80 años o más, en el cual utilizaron la UCLA-R (con un rango de 3 a 9 puntos) reportaron que había en promedio más soledad en aquellos que vivían solos ($\beta=0.558$, $p<0.001$) en comparación con los que vivían con otros (Gerst-Emerson, Shovalib & Markides, 2014).

Cuando se trata de la soledad como una variable nominal, un estudio sobre mortalidad y soledad, estratificado por sexo, se reportó que tanto hombres como mujeres que se sentían solos mostraron diferencias significativas con respecto de vivir solo ($p<0.001$) vs no vivir solo (56.4% vs 20.6% en hombres, 46.6% vs 32.0% en mujeres, respectivamente) (Tilvis et al.2012). También hay quienes han observado un incremento en la soledad $OR:8.146$ (IC 95%:4.775–13.897) en aquellos que vivían solos en comparación con quienes vivían acompañados (Tomstad et al. 2017).

Un estudio realizado en 2004, en el cual midieron la soledad a partir de un reactivo, después de ajustar de manera simultánea las variables de interés (edad, sexo, estado civil, con quien vive, funcionalidad, participación social y sobrevivencia a 2 años), se reportó que las personas que vivían solas tenían más probabilidad de presentar soledad ($OR= 2.44$, IC 95%: 1.26-4.72), del mismo modo que lo fue vivir con otros ($OR=1.74$, IC 95%: 1.01–3.00) o vivir en una institución ($OR= 3.21$, IC 95%: 1.15–8.99) en comparación con aquellos que vivían con su pareja (Jylhä M., 2004).

Un reporte, publicado en 2020, con personas de 65 años o más de diferentes países en Latín América, India y China, sobre mortalidad y soledad, reportó en promedio más soledad en aquellas personas que vivían solas para países como Cuba ($RR= 1.62$, 95% $IC:1.35-1.94$), República Dominicana ($RR= 1.35$, 95% $IC: 1.14-1.59$), México ($RR=1.27$, 95% $IC: 1.09-1.48$); Puerto Rico ($RR= 1.47$, 95% $IC: 1.23-1.74$) e India ($RR= 1.72$, 95% $IC: 1.44- 2.06$), en comparación con aquellos que vivían con alguien más (Gao et al, 2020).

El estado civil también ha resultado ser un factor que se relaciona con la soledad; por ejemplo, Gerst-Emerson y colaboradores (2014), reportaron menos soledad en promedio en personas casadas ($\beta = -0.414$, $p<0.001$) en comparación de los solteros. Otro estudio realizado en Canadá con 3692 personas de 65 años o más, en el cual utilizaron la escala de soledad de Jong Gierveld versión breve, reportaron que las personas viudas ($\beta= 0.09$, $p< 0.001$), divorciadas o separadas ($\beta= 0.06$, $p<0.01$) y los solteros ($\beta= 0.03$, $p<0.05$) mostraron un incremento promedio en la soledad cada uno en comparación con las personas casadas (de Jong Gierveld, Van der Pas & Keating, 2015). Havens y colaboradores (2004) reportaron más soledad prevalente para aquellos que eran viudos ($\beta = 0.685$, $p<0.001$) en comparación con los casados entre las personas que vivían en una zona urbana; diferencias que no encontraron para los residentes de área rural.

Stephoe y colaboradores (2013), reportaron que la soledad baja era más prevalente en las personas casadas (74.6%, $p<0.001$) que en los casados con soledad alta (43.1%). Finalmente, Gao y colaboradores (2020), reportaron resultados diferentes entre los países participantes en la investigación, por un lado estar casado mostró una disminución en la soledad en Cuba ($RR= 0.68$, 95% $IC: 0.53- 0.88$) en comparación con ser soltero; mientras que ser viudo mostró un incremento en la soledad en Perú ($RR=1.50$, 95% $IC: 1.16- 1.94$); Venezuela

($RR= 1.52$, 95% IC : 1.15- 2.01); Puerto Rico ($RR= 1.46$, 95% IC : 1.06-2.00), y estar divorciado o separado mostró un incremento en la soledad solo en Perú ($RR= 1.49$, 95% IC : 1.06-2.08) todos ellos en comparación con los solteros.

Otro de los factores que se ha estudiado con respecto a la soledad es la educación, hay quienes han reportado que las personas sin educación presentaban más soledad (alta) (43.7%, $p<0.001$) en comparación con aquellos con soledad baja (32.5%) (Stephoe et al., 2013). Un reporte realizado con 384 datos de PAM en México a partir de la escala *ESTE* para medir soledad (en conjunto con apoyo social percibido), señaló que las personas con escolaridad primaria ($\beta = 5.594$, $p<0.05$), secundaria ($\beta= 10.022$, $p<0.05$) y con estudios técnicos ($\beta =3.690$, $p<0.01$) presentaban más soledad en comparación con las personas que tenían universidad o mayor (Garay et al, 2021).

Otro estudio, realizado con parejas mexicana, reportó los esposos y las esposas ($\beta = -0.007$, $p<0.05$) con más años de educación (por número de años) presentaron menos soledad ($\beta= -0.011$, $p<0.001$) (esposos) en comparación con aquellas PAM con menos años de educación (Saenz J, 2020). Resultados que fueron afines a los obtenidos en el reporte realizado por Gao y colaboradores (2020) quienes observaron que aquellas personas con mayor educación (aquellos que habían terminado la secundaria o superior) presentaron una disminución en la soledad para México ($RR= 0.90$, 95% IC : 0.84-0.96) e India ($RR= 0.76$, 95% IC : 0.69-0.85) comparados con los que no tenían estudios.

Algunos estudios han prestado atención a la relación que mantiene el nivel socioeconómico o los ingresos de las personas con respecto a la soledad. Steptoe y colaboradores (2013), observaron que cuando las personas tenían menos ingresos (considerando quintil uno y dos), las prevalencias entre soledad alta (26.3% y 23.5%, respectivamente) eran mayores que los

que tenían soledad baja (14.9% y 18.5%, $p < 0.001$; respectivamente). Mientras que en otro reporte, contar con más servicios en el domicilio (como un indicador del nivel socioeconómico) mostró una disminución en la soledad para República Dominicana ($RR = 0.89$, 95% IC : 0.83-0.95), Perú ($RR = 0.91$, 95% IC : 0.84-0.98), México ($RR = 0.89$, 95% IC : 0.84-0.94) e India ($RR = 0.81$, 95% IC : 0.75-0.87) en comparación con aquellos que tenían menos servicios en el hogar; así como que recibir una pensión (beneficio otorgado por el gobierno) mostró una disminución en la soledad solo para México ($RR = 0.85$, 95% IC : 0.76-0.95) en comparación con los que no recibían este beneficio (Gao et al, 2020).

Realizar actividad física también ha resultado estar relacionado con la presencia de la soledad, por ejemplo, Wilson y colaboradores (2007) encontraron una correlación negativa entre soledad y realizar actividad física ($r = -0.23$, $p < 0.01$). Mientras que en otro estudio se reportó que la soledad era más prevalente entre las personas que eran físicamente inactivas ($OR = 1.08$, 95% IC : 1.04-1.13) incluso cuando se analiza su efecto junto con el de AS ($OR = 1.06$, 95% IC : 1.02-1.11) (Shankar et al., 2011). Este último dato, referente al AS resulta importante no solo en el estudio citado, sino por la relación que pueden mantener entre sí la soledad y este u otros factores psicosociales como el apoyo que se percibe de otras personas. Por ejemplo, algunos estudios han reportado una asociación positiva entre el aislamiento social y la soledad ($p = 0.10$, $p < 0.001$) (Stephoe et al., 2013); mientras que otros han reportado un aumento en el puntaje de soledad ante la presencia del aislamiento ($\beta = 0.12$, 95% IC : 0.09 -0.15) (Shankar et al., 2011). También hay quienes encontraron una correlación negativa entre la soledad y el apoyo social ($corr -0.37$, $p < 0.01$) (Tomaka, Thompson, & Palacios, 2006); el tamaño de la red social ($r = -0.21$, $p < 0.01$) y menor frecuencia de actividades sociales ($r = -0.18$, $p < 0.01$) (Wilson et al. 2007).

Un estudio realizado con 3584 parejas de PAM mexicanas de 50 años o más, el cual se evaluó la soledad a partir de la UCLA de tres reactivos; reportó, que las apersonas que tenían el apoyo de la pareja presentaban menos soledad ($\beta = -0.122$, $p < .001$) en comparación con aquellos que no sentían el apoyo de su pareja (Saenz J., 2020). En el estudio realizado por de Jong Gierveld y colaboradores (2015), se reportó que la soledad era más frecuente en aquellas personas que tenían menor satisfacción con el contacto que mantenían con sus familiares ($\beta = 0.18$, $p < 0.001$) y amigos cercanos ($\beta = 0.10 < 0.001$) en comparación con quienes sí estaban satisfechos con la frecuencia en que contactaban a sus familiares o amigos cercanos, respectivamente. En sentido contrario, los autores, observaron una disminución el puntaje de soledad en aquellos que contaban con un mayor número de familiares ($\beta = -0.09$, $p < 0.001$) y amigos cercanos ($\beta = -0.05$, $p < 0.01$) en comparación con quienes tenían menos familiares o amistades cercanas, respectivamente; reportaron también una disminución de la soledad en aquellos que indicaron una mayor frecuencia (semanalmente) de contacto con amigos ($\beta = -0.07$, $p < 0.001$) en comparación con quienes se contactaban con menos frecuencia (menos de una vez por mes) con sus amistades; así como menos soledad en aquellos que sentían una pertenencia a su comunidad ($\beta = -0.12$, $p < 0.001$) en comparación con quienes reportaron una menor pertenencia a esta (de Jong Gierveld et al., 2015),.

Un estudio en el cual se reportó a la soledad como variable nominal con personas de 65 años o más además señaló que había menor soledad en aquellas personas que tenían contacto con sus vecinos ($OR = 0.681$, 95% IC : 0.523-0.886) en comparación con quienes no contactaban con vecinos (Tomstad et al. 2017). También, Jylhä M (2004) reportó que las personas que tenían poca participación en actividades sociales tenían el doble de probabilidad de reportar soledad (IC 95%: 1.29–3.18) en comparación con las personas que tenían un alta

participación en actividades sociales. Gao y colaboradores (2020) señalaron que una menor red de apoyo mostró un incremento en la soledad para República Dominicana ($RR= 1.29$, 95% IC : 1.04-1.59), Perú ($RR= 1.37$, 95% IC : 1.05-1.78), Venezuela ($RR= 1.30$, 95% IC : 1.01-1.67), México ($RR= 1.30$, 95% IC : 1.03-1.64) y en Puerto Rico ($RR= 1.29$, 95% IC : 1.06-1.57) en comparación con aquellos que contaban con una mayor red de apoyo.

Finalmente, la satisfacción con la vida también ha mostrado tener una relación con la soledad en las PAM; un estudio realizado en Canadá reportó que en personas residentes en área rural que tenían baja satisfacción con la vida presentaban en promedio más soledad ($\beta =1.117$, $p<0.001$) en comparación con aquellos que reportaron alta satisfacción con la vida, estas diferencias no fueron significativas entre los que vivían en una zona urbana (Havens et al, 2004). Así mismo, Tomstad y colaboradores (2017) reportaron menos soledad en aquellos que estaban satisfechos con la vida ($OR=0.191$, 95% IC : 0.102-0.359) que los que no estaban satisfechos con la vida (Tomstad et al. 2017).

iii. Factores de salud física y mental

Ahora bien, además de las características y factores antes mencionados, las investigaciones han observado resultados referentes a diversos factores de salud física y mental con relación a la soledad. Por ejemplo, el reporte realizado por Garay y colaboradores (2021) encontró que las PAM mexicanas con un reporte de excelente salud ($\beta = 0.349$, $p < 0.05$) y aquellas con salud buena ($\beta = 0.428$, $p < 0.05$) presentaban menos soledad en comparación con las personas que reportaron una salud regular o mala. En el reporte realizado con parejas mexicanas, se observó que tanto esposos ($\beta = 0.099$, $p < 0.001$) como esposas ($\beta = 0.124$, $p < 0.001$) con un reporte de mala salud; y un reporte de muy mala salud (esposos, $\beta = 0.204$, $p < 0.001$; esposas ($\beta = 0.292$, $p < 0.01$) presentaron más soledad en comparación con aquellas parejas con un reporte de buena salud (Saenz J, 2020)

El reporte realizado por Gao y colaboradores (2020), señaló que en República Dominicana las personas con dependencia (personas que requieren cuidados) presentaban más soledad ($RR = 1.26$, 95% IC : 1.03-1.53) en comparación con las que no requerían de cuidados; diferencias que no se encontraron en el resto de los países en Latino América, India y China.

Además, se ha reportado que padecer enfermedades crónicas mantiene una relación con la soledad; Tomaka y colaboradores (2006) reportaron que las personas hispanas con soledad también reportaban tener una enfermedad cardíaca ($OR = 1.78$, $p < 0.05$) más que las personas caucásicas con soledad. Steptoe y colaboradores (2013) reportaron más soledad (soledad alta) en las personas con enfermedad cardíaca (5.1%, $p < 0.05$), con daño pulmonar (2.4%, $p < 0.05$), con antecedente de accidente cerebrovascular (5.1%, $p < 0.001$) y en personas con artritis (46.0%, $p < 0.001$) en comparación con las que reportaron soledad baja. Havens y colaboradores (2004) reportaron en promedio más soledad cuando los participantes tenían 4

o más padecimientos crónicos (estratificados por rurales $\beta= 0.776$, $p<0.01$ y urbanos $\beta=0.959$, $p<0.01$). También, el estudio multicéntrico mencionado previamente reportó que las personas con más impedimentos físicos (de un total de 11 problemas crónicos) tenían en promedio más soledad para todos los países: Cuba ($RR= 1.41$, 95% $IC:1.27-1.55$), República Dominicana ($RR= 1.26$, 95% $IC: 1.15-1.39$), Perú ($RR=1.39$, 95% $IC: 1.27-1.53$); Venezuela ($RR=1.27$, 95% $IC: 1.15-1.41$); México ($RR=1.27$, 95% $IC: 1.18-2.38$); Puerto Rico ($RR= 1.39$, 95% $IC: 1.27-1.53$); China ($RR=1.83$, 95% $IC: 1.24-2.70$); e India ($RR= 1.25$, 95% $IC: 1.14- 1.38$) en comparación con las personas que tenían menos impedimentos físicos (Gao et al., 2020). Joseph Saenz (2020), en su reporte de parejas mexicanas, también reportó que las esposas que tenían una condición crónica (de un total de 7 padecimientos) presentaron más soledad ($\beta= 0.049$, $p<0.001$) que aquellos sin padecimientos; mientras que tanto esposos ($\beta= 0.164$, $p<0.001$) como esposas ($\beta = 0.082$, $p<0.05$) que tenían dificultades en actividades de la vida diaria también presentaban más soledad que las parejas que no tenían estas dificultades.

Por otro lado, en cuanto a la salud mental, hay quienes han encontrado una relación entre soledad y tener enfermedades mentales (de una lista de varios padecimientos) ($OR= 1.069$, 95% $IC: 1.033-1.107$) en comparación con aquellos que no tenían enfermedades psiquiátricas (Tomstad et al., 2017) De manera más específica, se ha explorado la relación que mantiene la soledad con respecto a la depresión, así como con los síntomas clínicamente significativos. Por un lado, se ha reportado una correlación positiva entre soledad y síntomas depresivos ($r= 0.47$ $p<0.01$) (Wilson et al. 2007). Gerst-Emerson y sus colaboradores (2014), reportaron en promedio más soledad en aquellos con síntomas depresivos ($\beta=0.106$ $p<0.001$) en comparación con quienes no tenían síntomas depresivos. Cuando se considera a la soledad

como una variable nominal, también se han encontrado diferencias en cuanto a las prevalencias de soledad (considerada como alta y baja) ante la presencia de depresión clínica (3.3% vs 1.1%, $p < 0.001$, respectivamente) y ante la presencia de síntomas depresivos (soledad alta: 45.2% vs soledad baja: 13.0%; $p < 0.001$) (Steptoe et al., 2013). Shankar y colaboradores (2011), reportaron en promedio más soledad en aquellas personas con depresión ($\beta = 1.21$, IC 95%: 1.14- 1.28) en comparación con quienes no tenían depresión. Finalmente, Gao y colaboradores (2020), reportaron más soledad para aquellas personas con depresión para: Cuba ($RR = 2.29$, 95% IC: 1.91-2.74), República Dominicana ($RR = 1.87$, 95% IC: 1.63-2.14), Perú ($RR = 1.90$, 95% IC: 1.61-2.24); Venezuela ($RR = 1.84$, 95% IC: 1.49-2.26); México ($RR = 1.85$, 95% IC: 1.60-2.12); Puerto Rico ($RR = 1.86$, 95% IC: 1.51-2.30); China ($RR = 11.67$, 95% IC: 5.49-24.83) e India ($RR = 1.96$, 95% IC: 1.68- 2.28) en comparación con aquellas que no tenían depresión.

Otro de los factores de salud mental frecuentemente estudiados con respecto a la soledad se refiere a la cognición de una persona. Gerst-Emerson y colaboradores (2014), reportaron que las personas que obtuvieron un mayor puntaje en el Mini Mental State Exam (MMSE, instrumento que sirve para evaluar cognición, donde a mayor puntaje mejor cognición) presentaron en promedio una disminución en la soledad ($\beta = -0.039$, $p < 0.001$) que quienes tuvieron un menor puntaje. Mientras que otro estudio reportó que la presencia de demencia mostró una relación con más soledad para México ($RR = 1.20$, 95% IC: 1.01-1.41) y China ($RR = 3.29$, 95% IC: 1.41-7.70) en comparación con las personas sin demencia (Gao et al, 2020).

Hasta ahora se describió la evidencia que algunos estudios han documentado, señalando la relevancia que tiene el estudio de la soledad en las PAM debido; por un lado, por la frecuencia

en que la soledad se presenta en esta población y por otro por la relación que tiene la soledad con algunas características individuales, el estilo de vida, la salud física y/o mental de las PAM. Ahora bien, queda por describir la evidencia existente en estudios de seguimiento con la intención de conocer la dirección que puede estar presente entre estos factores y la soledad.

d. Incidencia y causas de la soledad en personas adultas mayores

Al igual que la prevalencia de soledad, la incidencia de este fenómeno suele variar en diferentes poblaciones, esto puede deberse en parte a la forma de medición o evaluación de la soledad. Hay estudios que han medido la soledad a partir de la UCLA-R (tres reactivos), ejemplo de ello fue en un estudio a 5 años de seguimiento de base poblacional con adultos de 57 años o más, en el que se reportó que el 21.31% de la muestra habían desarrollado soledad tras el seguimiento (Hawkley & Kocherginsky, 2018). Otro estudio realizado con 1563 personas de 60 años o más, reportó una incidencia de soledad del 31.6% después de cuatro años de seguimiento (Emerson, Boggero, Ostir & Jayawardhana, 2018). Y más recientemente, un reporte de base poblacional realizado con 4906 personas de 50 años o más, reportó una incidencia del 17.40% después de 4 años de seguimiento (Loefflera & Steptoe, 2021).

Por otro lado, se encuentra el reporte de soledad incidente a partir de estudios que han evaluado a este fenómeno a través de un reactivo. Marja Jylhä (2004), realizó un estudio de seguimiento a 10 y 20 años para conocer las transiciones en el reporte de soledad, incluida la soledad incidente. En su reporte señaló que las personas que conformaron el seguimiento a 10 años reportaron una incidencia de soledad del 19% (n=366), mientras que para el grupo que inició el estudio en 1979 sin soledad y se le siguió durante 20 años, representó el 25% de la muestra (n=107) con soledad incidente. (ya fuera soledad reportada en la segunda o tercera medición). Ormstad y colaboradores (2020) en su estudio a 5 años de seguimiento con personas entre los 60 y 79 años reportaron que del total de la muestra el 10.5% (n=54) de los hombres y el 14.1% (n=59) de las mujeres desarrollaron soledad tras el seguimiento. Mientras que otro estudio realizado con 133 personas de 80 años reportó después de 5 años

de seguimiento, que el 9.8% de la muestra que había iniciado la evaluación sin soledad desarrolló soledad (Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Un estudio realizado por, Dahlberg, y colaboradores (2018), reportó que el 12.8% de las personas presentaron soledad para el seguimiento; no obstante, es importante tomar en cuenta que en este estudio no se reportó cuántas personas iniciaron la evaluación con soledad por lo cual no es posible determinar su incidencia (Dahlberg, Andersson & Lennartsson, 2018). Finalmente, un estudio que reportó la soledad a través de un conjunto de ocho preguntas sobre apoyo y contacto social percibido, incluido el reporte de soledad; señaló que el 26% de la muestra que no tenía soledad al inicio del seguimiento desarrolló soledad después de 8 años (Wenger & Burholt, 2004).

Luego entonces, en relación con el desarrollo de la soledad en las PAM, se encuentran algunas características y factores que, aunque relativamente poco, se ha descrito su asociación con este fenómeno. Aunque algunos autores no han encontrado una relación entre soledad y el sexo en estudios de longitudinales (Tiikkainen & Heikkinen, 2005). Hay quienes han reportado un mayor riesgo para las mujeres *OR*:1.18 (*IC* 95% 1.02-1.37) que para los hombres (Loefflera & Steptoe, 2021). Es posible observar la misma tendencia en cuando a la edad, algunos autores no han encontrado un efecto entre esta característica sobre la soledad (Hawkley & Kocherginsky, 2018), mientras que otros sí. Marja Jylhä (2004), quien es su análisis de 10 años de seguimiento comparó las transiciones en la soledad (es decir, personas sin soledad, con soledad incidente, aquellos que se recuperaron de la soledad y aquellos que presentaron soledad en ambas evaluaciones), señaló que las personas con soledad incidente tenían más edad (media:67.5 años, $p=0.047$.) que los otros grupos (sin soldad: 66.6 años, recuperados de la soledad: 65.9 años y soledad en ambas mediciones: 67.0 años). Igualmente, Loefflera y Steptoe,

(2021) reportaron que la edad incrementaba el riesgo para desarrollar soledad *OR*: 1.013 (*IC* 95% :1.005-1.022) por cada año de incremento en las PAM.

En cuanto al estado civil un estudio reportó que aquellos que no estaban casados tenían más riesgo de desarrollar soledad después de cuatro años de seguimiento (*OR*: 1.55, *IC* 95%: 1.32-1.82) en comparación con las personas casadas (Loefflera & Steptoe, 2021). Emerson y colaboradores (2018), reportaron por un lado mayor riesgo para el desarrollo de soledad en las personas que habían iniciado la evaluación casados, pero que ya no tenían una pareja en el seguimiento *OR*: 3.24 (*IC* 95%: 1.83-5.71) y por el otro señalaron que las personas que se encontraban casadas tanto en la evaluación basal como en el seguimiento tenían menor riesgo en desarrollar soledad *OR*: 0.50 (*IC* 95%: 0.36- 0.70) tras el seguimiento. No obstante, algunos estudios no encontraron un efecto entre el estado civil y la soledad (Dahlberg, Andersson & Lennartsson, 2018; Hawkey & Kocherginsky, 2018).

La escolaridad o educación no mostro un efecto en el reporte de Hawkey & Kocherginsky, (2018). Mientras que Emerson y colaboradores (2018) observaron que las personas que tenían una escolaridad de secundaria con diploma o superior, tenían menos riesgo de padecer soledad *OR*: 0.62 (*IC* 95%: 0.42-0.90) en comparación con aquellos que tenían menor grado de educación.

Finalmente, otra de las características que se han estudiado como predictoras para soledad es la raza u origen étnico. Un estudio de seguimiento a cuatro años reportó que las personas de origen hispano tenían menos riesgo de desarrollar soledad *OR*: 0.48 (*IC* 95%: 0.24-0.96) en comparación con los no hispano-blancos (Emerson, Boggero, Ostir & Jayawardhana, 2018). En el mismo sentido, Hawkey & Kocherginsky (2018) reportaron menor riesgo para soledad

incidente en los hispanos *OR*: 0.50 (*IC* 95%:0.26, 0.98) en comparación con las personas de origen blanco.

En cuanto a los factores sociales, es posible observar que algunos autores han encontrado una asociación con respecto a la soledad incidente. Por ejemplo, Hawkley y Kocherginsky (2018), reportaron que las personas con más apoyo de sus familiares tenían menos riesgo de desarrollar soledad *OR*: 0.61 (*IC* 95%:0.43, 0.85) en comparación con aquellas personas que no contaban con apoyo familiar; mientras que la participación en reuniones sociales y religiosas no mostraron estar asociadas a la incidencia de soledad. Dahlberg y colaboradores (2018), reportaron que aquellas personas que no tenían apoyo social en la evaluación basal tenían el doble de riesgo de desarrollar soledad tras 20 años de seguimiento (*OR*= 2.28, *IC* 95%: 1.07–4.88) en comparación con quienes si tenían apoyo de otras personas en la línea base. Mientras que, mantener un bajo nivel de contactos, bajo nivel de actividad social y asistir a reuniones religiosas tanto en línea base como después de 10 años no presentaron relación con la soledad 20 años después.

Entre las condiciones de salud que han resultado predictoras para la soledad se encuentran tener limitaciones funcionales. Por ejemplo, Hawkley y Kocherginsky (2018) reportaron que aquellas personas con limitaciones funcionales incrementaban el riesgo de desarrollar soledad *OR*: 1.26 (*IC*95%: 1.07- 1.49) en comparación con aquellos que no tenían limitaciones funcionales.

Otro factor que se ha estudiado es el dolor. Un estudio se reportó que aquellas personas que sufrían o se quejaban de dolor presentaron mayor riesgo de soledad *OR*: 1.58 (*IC* 95%: 1.28-1.95) en comparación con aquellas personas que no sufrían de dolor (Loefflera y Steptoe, 2021). También, Emerson y colaboradores (2018), reportaron más riesgo de desarrollar

soledad en quienes sufrían de dolor tanto en la evaluación basal como en la de seguimiento *OR*: 1.58 (*IC* 95%: 1.08-2.32) en comparación con quienes no reportaron dolor.

En cuanto a la salud mental, la relación entre la soledad y los síntomas depresivos han sido ampliamente estudiada entre los diferentes tipos de estudios. Entre los hallazgos de esta compleja relación se ha observado que en diferentes poblaciones la sintomatología depresiva juega un papel importante con respecto de la soledad, un ejemplo de esto fue un estudio realizado en Irlanda con 373 personas de 50 años o más, en el cual se reportó que los síntomas depresivos promueven el desarrollo de soledad estudiada a partir de la escala para soledad De Jong Gierveld de 6 reactivos ($b = 0.26$, $p < 0.05$, para soledad emocional y $b = 0.17$, $p < 0.05$, para soledad social, AS). Además, no encontraron una relación en sentido contrario, es decir que la soledad, y el aislamiento social no predijeron la sintomatología depresiva en las personas mayores de 50 años (McHugh Power, Hannigan, Hyland, Brennan, Kee & Lawlor, 2020). Otro estudio, también reportó que las personas que presentaron síntomas depresivos clínicamente significativos tenían mayor riesgo de desarrollar soledad *OR*: 1.68 (*IC* 95%: 1.35-2.09) en comparación con las personas que no tenían depresión (Loefflera & Steptoe, 2021). Finalmente, Emerson y colaboradores (2018), reportaron más riesgo de desarrollar soledad después de cuatro años en aquellas personas con síntomas depresivos *OR*: 2.08 (*IC* 95%: 1.21-3.56) en comparación con quienes tenían menos síntomas depresivos.

Después de conocer el impacto de la soledad en estudios de seguimiento y longitudinales, tanto por su incidencia, como por los factores que promueven su desarrollo, cabe destacar que algunas de las investigaciones que se han realizado en torno a la soledad se han enfocado en conocer la relación bidireccional que existe con respecto a este fenómeno y los diferentes

factores que se han mencionado anteriormente; así como también existen reportes orientados a conocer las consecuencias que trae consigo la soledad.

e. Consecuencias de la soledad en personas adultas mayores.

En la literatura se han reportado algunos estudios con la intención de conocer el impacto o las consecuencias que puede traer consigo la soledad con respecto a la salud de las PAM. Un hallazgo en relación con esto fue el descrito por Cacioppo y colaboradores (2010), sobre los efectos de la soledad y los síntomas depresivos, tras un seguimiento de 5 años en personas entre los 50 y 68 años, los autores encontraron que la soledad predice o promueve el aumento de la sintomatología depresiva independientemente de la edad, el sexo o el origen étnico. Incluso independientemente del aislamiento social (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010).

Así también, el reporte realizado por Loeffler y Steptoe, (2021), que buscó conocer la relación bidireccional entre dolor y soledad; entre sus hallazgos cuando analizaron a la soledad como predictora para el dolor tras un seguimiento a cuatro años, observaron que la soledad incrementaba el dolor *OR*: 1.39 (*IC 95%* 1.18-1.70) después de ajustar por sexo, edad, etnia, educación, ingresos, estado civil, actividad física y síntomas depresivos en la evaluación basal.

Algunos autores han reportado que la soledad se asocia con un incremento en el riesgo de desarrollar demencia *OR*: 1.45 (*IC 95%*:1.01-2.09) en comparación de las personas que no se sentían solas (Holwerda et al., 2014). Wilson y colaboradores (2007), reportaron que la soledad incrementaba el riesgo de presentar Alzheimer (*OR*: 2.10 (*IC 95%*:1.45-3.06) en comparación con aquellos que no tenían soledad (después de ajustar el modelo de análisis por edad, sexo, nivel de educación, ingresos, raza, actividad social, red social, actividad física, actividad cognitiva, síntomas depresivos, discapacidad y riesgo vascular). Sundström, y colaboradores (2020), reportaron que la soledad incrementa el riesgo de desarrollar demencia (por todas las causas) *Hazard Ratio (HR)*: 1.38 (*IC 95%*:1.04–1.84) y más

específicamente para enfermedad de Alzheimer *HR*: 1.83 (*IC 95%*:1.25–2.67); mientras que no encontraron diferencias significativas para demencia vascular.

También, se ha reportado que la soledad incrementa el riesgo de mortalidad en población mayor. Tilvis y colaboradores (2012) reportaron que la soledad incrementaba el riesgo de morir en mujeres *HR*: 1.39 (*IC 95%*: 1.15–1.68) y en hombres *HR*: 1.16 (*IC95%*: 1.01–1.33) después de ajustar por las variables: edad, vivir solo, aislamiento social e inactividad (participación) social, aunque al incluir otras variables de salud el efecto de la soledad se vio atenuado. Finalmente, Gao y colaboradores (2020), reportaron que la soledad representaba un incremento en el riesgo de morir en China (a lo largo de las estimaciones incluso si se consideraba demencia y depresión en el análisis) *HR*: 1.58 (*IC 95%*:1.03-2.41). Mientras que para Latino América solo se observó esta asociación entre soledad y mortalidad en Cuba *HR*: 1.24 (*IC 95%*: 1.02-1.51) y Venezuela *HR*: 1.50 (*IC95%*:1.08-2.08), después de ajustar por edad, sexo, educación, nivel socioeconómico, la red social y dependencia; en República dominicana la soledad resultó ser predictora de mortalidad cuando no se incluía la dependencia en el modelo (*HR*: 1.24, *IC95%*: 1.02-1.51), para todos los países de latino América la soledad perdió su efecto al considerar en el modelo demencia y depresión (Gao et al, 2020).

f. Grupo de investigación en demencias 10/66

El presente trabajo se realiza en el marco de los protocolos del Grupo de Investigación en Demencias 10/66 (GID 10/66), el cual es una red internacional de investigadores y clínicos afiliado a la Alzheimer Disease International (ADI), que desde 1998 trabaja para contrarrestar el desequilibrio existente en la investigación epidemiológica de las demencias entre países de ingreso económico medio-bajo.

Los estudios de base poblacional realizados por este grupo tienen la finalidad de evaluar la prevalencia y la incidencia de demencia en países de ingreso económico medio- bajo como México.

La evaluación basal considero tanto a hombres como mujeres de 65 años o más, mexicanos que vivieran en zonas urbana (en áreas delimitadas de la alcaldía Tlalpan) y rural (ocho pueblos de los municipios de Tepoztlán y Huitzilac, Morelos). Entre las personas que no fueron elegibles para participar en el estudio se encontraron personas sin información confiable de un informante y aquellas sin información completa para el diagnóstico de demencia.

Planteamiento del problema

A medida que pasa el tiempo la población de personas de 60 años o más se está incrementando y con ello la posibilidad de padecer uno o más problemas de salud. En el campo de estudio que involucra a personas adultas mayores se han reportado también algunos factores psicosociales que afectan la salud, lo cual resulta importante para complementar el entendimiento de las condiciones de salud de este grupo etario y con ello promover su bienestar físico y mental.

Uno de estos factores psicosociales es la soledad, la cual puede ser experimentada de diferentes formas por las personas y frecuentemente tiene una connotación negativa o de malestar que podría tener implicaciones en la salud.

Aunque se ha planteado a la soledad como una experiencia universal, dicha experiencia es diferente culturalmente, su frecuencia varía en diferentes poblaciones lo que nos hace suponer que los factores asociados a la misma, su severidad y otros fenómenos como el aislamiento social, también pueden variar. Aunado a que la literatura disponible en México es limitada.

Por lo anterior, el presente trabajo pretende estudiar los factores asociados a la incidencia de la soledad con o sin un componente emocional negativo y/o de malestar, en una muestra de personas adultas mayores mexicanos de población abierta.

Justificación

El estudio de la soledad en la edad avanzada es importante debido a la alta frecuencia con la que se presenta en esta población, pero también porque existe evidencia de que la soledad que se experimenta como un sentimiento negativo juega un papel importante en el desarrollo de alteraciones de la salud mental, como la depresión y el deterioro cognitivo, incluso se ha asociado con mortalidad.

Conocer los factores que promueven la aparición de soledad, podría servir para generar intervenciones orientadas a prevenir su aparición, consecuencias negativas, y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Objetivo general

- Evaluar los factores asociados a la soledad incidente con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar en personas adultas mayores mexicanos de población abierta en un seguimiento a tres años.

Objetivos específicos

- Describir la distribución de las variables sociodemográficas (sexo, edad, área de residencia, escolaridad, estado civil, ocupación, servicios en el domicilio) de la muestra de estudio registradas en la evaluación basal.
- Describir las frecuencias del aislamiento social, vivir solo, contacto con familia, amigos y/o vecinos y asistencia a reuniones al inicio del seguimiento.
- Describir las frecuencias de diferentes grados de satisfacción con la vida, los síntomas depresivos, la discapacidad física y el número de impedimentos físicos al inicio del seguimiento.
- Estimar la incidencia de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar.
- Estimar el efecto de las variables sociodemográficas con la incidencia de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar.
- Estimar el efecto de las variables de contacto social con la incidencia de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar.
- Estimar el efecto de la satisfacción con la vida y las variables de salud mental y física con la incidencia de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar.

CAPÍTULO II. Método

Se trata de un análisis secundario de una base de datos proveniente de un estudio poblacional realizado por el GID 10/66 en México.

Diseño de estudio

Estudio poblacional, observacional analítico, de cohorte fija (Lazcano-Ponce, et al, 2000) con tres años de seguimiento.

Población de estudio

Los participantes fueron reclutados en áreas geográficas de ingreso económico medio-bajo. El reclutamiento se realizó en áreas urbana y rural, y las características generales de cada una de ellas fueron las siguientes:

- 1) Urbana: cuatro áreas geoestadísticas básicas de la alcaldía Tlalpan.
- 2) Rural: conformada por ocho pueblos de los municipios de Huitzilac y Tepoztlán en el estado de Morelos.

Muestra

La muestra consistió en 1194 personas adultas mayores (PAM) mexicanos de 65 años o más, sin demencia ni soledad al inicio del seguimiento (figura 1), procedentes de un universo de 2003 participantes evaluados inicialmente (Prince M., et al., 2007).

El cálculo del tamaño de muestra se calculó para estimar la prevalencia de demencia en AM mexicanos de población abierta en la evaluación de basal. Dicha estimación se realizó considerando una prevalencia de 4.5%, una potencia de 0.8 y confianza de 0.05. Una $n=2000$ permitía hacer estimaciones de la prevalencia antes descrita con una precisión de $\pm 1.2\%$ (Prina et al., 2017).

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

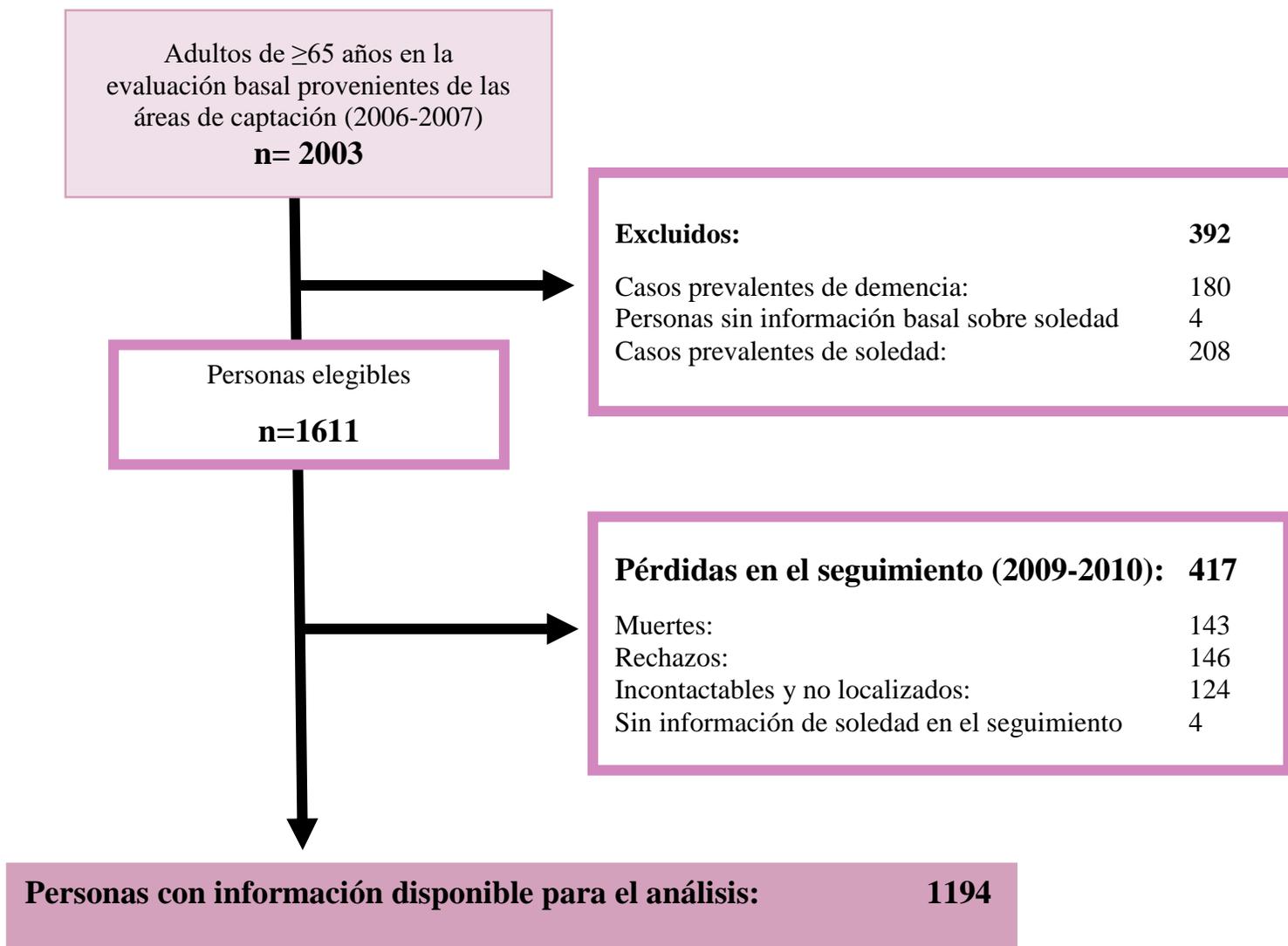
- Personas con evaluaciones completas (basal y seguimiento)
- No ser caso de soledad en la evaluación basal
- No ser caso de demencia en la evaluación basal

Criterios de exclusión:

- Personas sin información sobre soledad en la evaluación de seguimiento

Figura 1.

Diagrama de flujo para la muestra analizada en la presente investigación



Variables

En las tablas 5 y 6 se presenta la descripción de las variables dependiente e independientes (sociodemográficas, satisfacción con la vida, de salud mental y física) de interés para el presente estudio.

Tabla 5.
Definición conceptual y operacional, escala de medición y categorías de la variable dependiente, variables sociodemográficas y de contacto social de interés

	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Dependiente	Soledad con o sin componente emocional negativo y/o de malestar	Sentimiento de estar solo, separado o apartado de otras personas, es persistente, inevitable y displacentero, y provoca sentimientos de angustia, insatisfacción o tristeza	Respuesta afirmativa a la pregunta 1. ¿Se siente solo? Respuesta afirmativa a dos o tres reactivos: 1. ¿Se siente solo?, 2. ¿No puede evitar sentirse así?, y 3. ¿Se ha sentido molesto o triste por este sentimiento de soledad en los últimos 15 días?	Categoría - politómica	- Sin soledad - Soledad sin malestar - Soledad con malestar
Sociodemográficas (independientes)	Sexo	Condición biológica que distingue entre hombre y mujeres	Fenotipo del participante	Categoría - dicotómica	- Hombre - Mujer
	Edad	Edad cronológica de una persona desde el nacimiento hasta un momento determinado	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa a discreta	- Años cumplidos
	Área de residencia	Acción y efecto de estar establecido (vivir) en un lugar	De acuerdo con el área de residencia del participante la mayor parte del tiempo	Categoría - dicotómica	- Rural - Urbana
	Escolaridad	Grado de estudios que una persona ha acreditado en una escuela o centro de enseñanza	Último nivel de estudios acreditado	Categoría -ordinal	-Ninguna - Primaria - Secundaria o más
	Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Estado civil al momento de la entrevista	Categoría - politómica	-Soltero - Casado/unión libre -Viudo -Divorciado/ separado
	Ocupación	Trabajo o actividad económica principal que desempeña una persona	Ocupación al momento de la entrevista	Categoría - politómica	-Tiempo completo -Desempleado -Medio tiempo -Hogar -Retirado
	Activos o servicios en el domicilio	Indicador de nivel socioeconómico (Clasificación de los hogares, de acuerdo con su bienestar económico y social)	Numero de servicios con los que cuenta el hogar (televisión, refrigerador, agua potable, servicio eléctrico, teléfono propio, drenaje, regadera)	Cuantitativa a discreta	-Número de servicios en el hogar

Tabla 5. (continuación)

Definición conceptual y operacional, escala de medición y categorías de la variable dependiente, variables sociodemográficas y de contacto social de interés

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías	
Contacto social (independientes)	Aislamiento social (AS)	Poca frecuencia de contacto con familiares o amistades, así como la poca participación en reuniones sociales/culturales	Presencia de ≥ 2 (de 5) de las siguientes características: 1) contacto con amigos, 2) con familiares, 3) con vecinos (cada una menor de 1 vez al mes), 4) asistencia a reuniones 5) vivir solo (Shankar et al 2011, Steptoe et al., 2013)	Catagórica-dicotómica	-Presente -Ausente
	Vivir solo	No tener cohabitantes en el domicilio	Vivir solo	Catagórica-dicotómica	-Si -No
	Contacto con familia, amigos y/o vecinos	Relación o trato que se establece entre dos o más personas	Frecuencia de contacto (platicar, visitar o reunirse)	Catagórica-politómica	- No contacta - Un grupo - Dos grupos - Tres grupos
	Asistencia a reuniones	Juntarse o congregarse con las personas	Frecuencia de asistencia a reuniones de tipo lúdico o religioso	Catagórica-dicotómica	- No asiste - Si asiste

Tabla 6.
Definición conceptual y operacional, escala de medición y categorías de variables satisfacción con la vida y de salud mental y/o física de interés

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Codificación	
Satisfacción con la vida	La experiencia de una persona sobre un sentido de satisfacción por la vida	Auto-reporte de satisfacción con la vida	Catagórica-politómica	- Buena - Regular - Insatisfecho	
Síntomas depresivos	Presencia de Síntomas depresivos clínicamente significativos (Prince MJ et al.1999a; Prince MJ et al.1999b Larraga et al., 2006)	Puntaje de síntomas depresivos (punto de corte ≥ 4) según escala de 12 ítems EURO-D (Prince MJ et al.1999; Prince MJ et al.1999b; Larraga et al., 2006)	Catagórica-dicotómica	- 3 o menos - 4 o más (con síntomas clínicamente significativos)	
Satisfacción con la vida, salud mental y física (independientes)	Discapacidad física	Término general deficiencias que afectan a una estructura o función corporal; limitaciones de la actividad para ejecutar acciones o tareas, y restricciones para participar en situaciones vitales (OMS,2020)	Presencia de discapacidad según WHO-DAS (OMS, 2015) punto de corte percentil 90	Catagórica-dicotómica	-Abajo del percentil 90- Arriba del percentil 90 (con discapacidad)
Número de enfermedades o padecimiento crónicos	Enfermedades o padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, 2020)	Reporte impedimentos físicos ocasionados por: artritis o reumatismo, problemas de la vista, dificultad para escuchar o sordera, tos frecuente o crónica, falta de aire o asma, hipertensión, diabetes, problemas cardíacos, problemas estomacales o intestinales, desmayos o pérdida del conocimiento, parálisis (debilidad o pérdida de sensibilidad en extremidades), problemas de úlceras (escaras, llagas o quemaduras graves)	Cuantitativa-discreta	- Número de enfermedades o padecimientos crónicos	

Instrumentos

Las evaluaciones completas del protocolo original comprenden un cuestionario del hogar, una evaluación cognitiva, un inventario mental geriátrico, un cuestionario sobre estilo de vida y factores de riesgo, una evaluación médica, una entrevista a un informante o cuidador primario y una evaluación física-neurológica general (anexo 1).

A partir de dichas evaluaciones se obtuvo la información necesaria para el presente estudio.

Procedimiento

Los participantes elegibles para la evaluación basal fueron identificados a partir de un censo puerta a puerta en áreas geográficas delimitadas urbanas y rurales, consideradas de ingreso económico medio-bajo. Las entrevistas fueron aplicadas por un grupo de psicólogos, médicos o trabajadores sociales, mismos que fueron capacitados para realizar las entrevistas y administrar los instrumentos previamente estandarizados (Prince M., et al., 2007). El proyecto tuvo como sede el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” de la Ciudad de México.

Cada entrevista se llevó a cabo directamente en el domicilio de los AM y, si la persona mayor lo solicitaba, la evaluación se realizaba en espacios proporcionados por las autoridades locales, como ayudantías municipales y Centros de Salud. Estas tuvieron una duración aproximada de 80 hasta 120 minutos para cada participante.

La primera etapa del protocolo (denominada de prevalencia) se realizó entre 2006 y 2007, mientras que la segunda parte del protocolo (denominada incidencia) fue entre 2009 y 2010 (anexo 2). En ambas evaluaciones se invitó a participar a cada AM y a un familiar o cuidador, para lo cual, se les explicó el objetivo y procedimiento del estudio y se les proporcionó una copia de la hoja con información del proyecto, misma que incluía descripción completa de

en qué consistía su participación. Una vez que aceptaron participar se pidió que ambos firmaran un consentimiento informado, el cual, representaba su acuerdo para la participación en el estudio (anexo 2). Cuando el AM no era capaz de comprender los objetivos del estudio o las evaluaciones, la autorización de su participación era otorgada por un familiar o cuidador principal. Así mismo, para los casos en que las personas no sabían leer, el evaluador se encargaba de transmitir el contenido de la hoja de información y el formulario de consentimiento, para que después el participante expresara su consentimiento verbalmente, también en presencia de un testigo. Cada participante, sin excepción, pudo retirar su participación en cualquier momento. Ambas etapas del estudio fueron aprobadas por el comité científico y ético del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” de México y por el King's Collage de Londres, Reino Unido (Prince M. et al., 2007) (anexo 2).

Con la intención de cumplir con un manejo adecuado de la información, de la confidencialidad y privacidad de los datos, se asignó un número de identificación para cada hogar y un número de participante en los hogares en los que habitaba un AM. Esto con la intención de enmascarar los datos de identificación personal como nombre y domicilio particular, respetando, además, la preferencia de los participantes de no responder determinadas preguntas, sin importar el motivo de esa decisión.

Los beneficios relacionados a este proyecto son indirectos, pues se busca tener un conocimiento más amplio sobre las condiciones de salud de los participantes y que la información obtenida, pueda servir para proponer mejoras en la vida de las PAM que atraviesen por circunstancias semejantes a los participantes de este proyecto. Finalmente, en la presente investigación no se identifican conflictos de interés.

Análisis de los datos

Se describen las características sociodemográficas, de contacto social, de satisfacción con la vida, salud mental y física de interés a partir de frecuencias y porcentajes. También se estimó la incidencia acumulada de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar tras un seguimiento de tres años a partir de una tabla de contingencia.

Para conocer las asociaciones entre la incidencia de soledad y su relación con variables sociodemográficas, de salud física y mental, se realizaron pruebas de Chi cuadrada, considerando como estadísticamente significativos valores con un nivel de significancia igual o menor a 0.05 en el análisis bivariado.

Finalmente, para conocer el riesgo de desarrollar soledad con o sin un componente emocional negativo y/o de malestar, se llevó a cabo una regresión multinomial, indicada para el análisis de variables dependientes de más de dos categorías (no soledad, soledad sin componente emocional de malestar y soledad con componente emocional de malestar). La significancia de los estimadores de los modelos se consideró a partir de intervalos al 95% de confianza (IC95%). Todos los análisis se realizaron en el programa Stata 14.2.

CAPÍTULO III. Resultados

La muestra constó de 1194 personas mayores (PAM) de 65 años o más con evaluaciones completas en las etapas: basal y de seguimiento. La descripción de las variables sociodemográficas, satisfacción con la vida, de salud mental y física en la evaluación basal se presenta a continuación.

En cuanto a las características sociodemográficas, se puede observar (tabla 7) que del total de participantes el 63.2% fueron mujeres, en cuanto a la distribución por grupos de edad el 62.9% tenían 74 años o menos y, el 52.7% vivía en área urbana; la escolaridad predominante fue de primaria (67.2%), seguida por aquellos que no tenían ninguna escolaridad (21.9%), y el 10.6%, contaba con nivel de secundaria o superior. Respecto al estado civil, el grupo más numeroso fue de casados (55.1%), seguido por el grupo de viudos (33.4%), y los divorciados o separados (6.2%) y los solteros (5.2%) resultaron los grupos menos representados. Respecto a la ocupación, la ocupación con mayor frecuencia fue dedicarse al hogar (44.1%), mientras que los retirados conformaban el 19.7%. de la muestra, el 8.3% trabaja tiempo completo y el 15.7% medio tiempo. Finalmente, los desempleados conformaron el 11.1%. Como un indicador del nivel socioeconómico se utilizó la distribución por cuartiles del número de activos o servicios en el hogar de un total de 7 servicios; aquellas personas que se encontraban en el cuartil 2 (32.9%) y en el cuatro (44.6%) fueron las categorías más numerosas (tabla 7).

En relación al aislamiento social, el 36.4% cumplía con al menos dos de las cinco características de esta variable; el 91.5% de la muestra vivía en compañía de al menos otra persona (no vivía sola); solamente el 2.0% de la muestra no tenía contacto con familiares,

amistades o vecinos (o los veía menos que una vez al mes), mientras que el 17.0%, 42.6% y el 38.4% frecuentaba al menos dos veces al mes a sus familiares, amigos o vecinos, respectivamente; de la muestra total el 62.2% asistía regularmente al menos a un tipo de reuniones (religiosas o sociales) (tabla 7).

Tabla 7.
Descripción de la muestra para variables sociodemográficas y de contacto social de interés.

		% (n=1194)
Sexo	Mujeres	63.2
	Hombres	36.8
Grupos de edad	65-69	30.9
	70-74	32.0
	75-79	20.4
	80+	16.7
Área de residencia	Urbana	52.7
	Rural	47.3
Escolaridad ^α	Ninguna	21.9
	Primaria	67.2
	Secundaria o más	10.6
Estado civil ^{αα}	Soltero	5.2
	Casado/unión libre	55.1
	Viudo	33.4
	Divorciado/separado	6.2
Ocupación ^{ααα}	Tiempo completo	8.3
	Medio tiempo	15.8
	Desempleado	11.1
	Hogar	44.1
	Retirado	19.7
Nivel socioeconómico	Cuartil 1 (menos servicios)	13.9
	Cuartil 2	44.6
	Cuartil 3	8.5
	Cuartil 4 (más servicios)	32.9
Aislamiento social	Presente	36.4
	Ausente	63.7
Vivir solo	Sí	8.5
	No	91.5
Contacto con familiares, amigos y/o vecinos	No contacta	2.0
	Un grupo	17.0
	Dos grupos	42.6
	Tres grupos	38.4
Asistencia a reuniones religiosas y/o sociales	Sí	62.2
	No	37.8

^α 4 observaciones perdidas (0.3%), ^{αα} 1 observación pérdida (0.1%), ^{ααα} 13 observaciones perdidas (1.1%)

En la muestra solamente el 2.9% reportó no estar satisfecho con la vida, mientras que el 45.4% y el 51.6% reportó una satisfacción con la vida regular y buena, respectivamente; del total de la muestra el 23.4% presentó 4 o más síntomas depresivos clínicamente significativos. En cuanto a la discapacidad física, casi el 5% presentó esta condición; finalmente, en torno al número de enfermedades o padecimientos crónicos el 46.2% reportó no tener enfermedades crónicas, mientras que el 39.5% reportó una o dos y el 14.3% tres o más padecimientos que los limitaban físicamente (tabla 8).

Tabla 8.
Descripción de la muestra para las variables satisfacción con la vida, salud mental y física de interés

		% (n=1194)
Satisfacción con la vida α	Buena	51.6
	Regular	45.4
	Insatisfecho	2.9
Síntomas depresivos (EURO-D)	3 o menos	76.6
	4 o más	23.4
Discapacidad física (WHODAS) α	Percentil 90 o más (con discapacidad)	4.9
	Por abajo del percentil 90	94.9
Enfermedades crónicas que generan limitaciones físicas	Sin enfermedades	46.2
	Una o dos	39.5
	Tres o más	14.3
		*2 observaciones perdidas (0.2%)

Después de tres años de seguimiento, entre los periodos 2006 a 2009, el 28.7% de las 1194 personas estudiadas desarrollaron soledad. Entre las personas con soledad incidente (n=342), el 33.9% (n= 116) presentó soledad sin malestar; mientras que el 66.1% (n=226) si experimentaron soledad con malestar (tabla 9).

Tabla 9.***Incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar en adultos de ≥ 65 años a tres años de seguimiento (n= 1194)***

	Incidencia	n	Proporción por tipo de soledad
Soledad sin componente emocional negativo y/o de malestar	9.7%	116	33.9 %
Soledad con componente emocional negativo y/o de malestar	18.9%	226	66.1 %
Soledad con y sin componente emocional	28.6	342	100%

Con respecto a las asociaciones entre el desarrollo de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar y las variables sociodemográficas, de satisfacción con la vida, de salud mental y física, después de realizar la prueba de chi cuadrada, es posible observar que para las variables sociodemográficas (tabla 10), las variables que se asociaron significativamente con la soledad fueron: sexo femenino ($p=0.045$), área de residencia rural ($p<0.001$), escolaridad nula ($p=0.011$), estar soltero ($p<0.001$) y el primer cuartil del nivel socioeconómico ($p=0.005$); mientras que tanto la edad (por grupos) y la ocupación no mostraron diferencias en la distribución de la soledad incidente.

Entre las personas que desarrollaron soledad negativa o con sentimiento de malestar es posible observar una mayor incidencia en: las mujeres (20.9%), en las personas que vivían en un área rural (24.4%), en aquellas personas sin escolaridad (24.9%). En cuanto al estado civil las personas solteras (22.6%) y las viudas (22.6%), seguidas de los divorciados o separados (20.3%) fueron quienes presentaron más soledad con malestar. Finalmente, en cuanto al nivel socioeconómico es posible observar una mayor frecuencia de la soledad incidente con malestar en el primer cuartil (25.3%), seguido de los que se encontraban en el tercer cuartil (22.6%) (tabla 10).

Tabla 10.

Variables sociodemográficas y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento

		Sin soledad (71.36%)	Soledad sin malestar (9.72%)	Soledad c/ malestar (18.93%)	Valor <i>p</i> prueba Chi ²
Sexo	Mujer	69.0	10.1	20.9	0.045
	Hombre	75.4	9.1	15.5	
Grupo de edad	65-69	72.4	10.3	17.3	0.395
	70-74	73.6	7.6	18.9	
	75-79	68.0	9.8	22.1	
	80+	69.4	12.6	18.1	
Área de residencia	Urbana	76.3	9.7	14.0	<0.001
	Rural	65.8	9.7	24.4	
Escolaridad	Ninguna	62.8	12.3	24.9	0.011
	Primaria	73.1	9.0	18.0	
	Secundaria o más	77.2	9.5	13.4	
Estado civil	Soltero	56.1	19.4	22.6	<0.001
	Casado/unión libre	76.9	6.8	16.3	
	Viudo	65.7	11.8	22.6	
	Divorciado/separado	63.5	16.2	20.3	
Ocupación	Tiempo completo	71.7	10.1	18.2	0.313
	Medio tiempo	66.5	13.3	20.2	
	Desempleado	74.4	9.8	15.8	
	Retirado	69.4	9.9	20.7	
	Hogar	77.0	6.8	16.2	
Nivel socioeconómico	Cuartil 1(menos servicios)	60.8	13.9	25.3	0.005
	Cuartil 2	70.2	10.3	19.5	
	Cuartil 3	71.6	5.9	22.6	
	Cuartil 4 (más servicios)	77.4	8.1	14.5	

Con respecto a la significancia estadística entre las variables de contacto social y la incidencia de soledad (tabla 11), solamente el *vivir solo* (28.7%) mostró diferencias significativas ($p < 0.001$). Mientras que, no se encontraron diferencias significativas en la incidencia de soledad con relación al aislamiento social (AS), la frecuencia de contacto con familiares, amistades y/o vecinos y asistencia a reuniones (religiosas o sociales)

Tabla 11.

Variables de contacto social y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento

		Sin soledad	Soledad sin malestar (9.7%)	Soledad c/ malestar (18.9%)	Valor <i>p</i> prueba Chi ²
Aislamiento social	Si	67.5	11.3	21.2	0.082
	No	73.6	8.8	17.6	
Vivir solo	Si	53.5	17.8	28.7	<0.001
	No	73.0	9.0	18.0	
Frecuencia de contacto con familia, amigos y/o vecinos ^α	Sin contacto	66.7	12.5	20.8	0.183
	Un grupo	63.5	13.3	23.2	
	Dos grupos	72.5	9.6	17.9	
	Tres grupos	73.8	8.1	18.1	
Asistencia a reuniones	Si	72.1	10.0	17.9	0.500
	No	70.1	9.3	20.6	

En función de la distribución de soledad sin y con malestar, se observó una mayor incidencia para aquellas personas que reportaron una mala satisfacción con la vida presentaron más soledad sin malestar (26.5%) y con malestar (29.4%) ($p < 0.001$); las personas con síntomas depresivos presentaron mayor soledad (sin malestar :12.5% y con malestar: 32.6%) ($p < 0.001$). Se observó más soledad, sin malestar (18.6%) y con malestar (30.5%) en las personas con discapacidad que entre las que no tenían discapacidad física ($p = 0.001$). Finalmente, se encontró que entre más enfermedades crónicas había más soledad sin malestar (15.8%) y con malestar (27.5%), que en aquellas personas sin enfermedades o padecimientos crónicos en ambos tipos de soledad ($p < 0.001$) (tabla 12).

Tabla 12.
Variables satisfacción con la vida, de salud mental y física y su relación con la incidencia de soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento.

		Sin soledad	Soledad sin malestar	Soledad c/ malestar	Valor <i>p</i> prueba Chi ²
Satisfacción con la vida	Buena	76.0	8.4	15.6	<0.001
	Regular	67.7	10.2	22.1	
	Mala	44.1	26.5	29.4	
Síntomas depresivos	Menos de 3	76.4	8.9	14.8	<0.001
	4 o más	54.8	12.5	32.6	
Discapacidad física	Si	50.9	18.6	30.5	0.001
	No	72.4	9.3	18.4	
Enfermedades crónicas	Sin enfermedades	76.1	9.1	14.9	<0.001
	Una o dos	71.1	8.3	20.6	
	Tres o más	56.7	15.8	27.5	

Para identificar las variables asociadas a la soledad incidente sin o con componente emocional negativo y/o de malestar, desde una estrategia multivariada, se crearon modelos de regresión multinomial con intervalos al 95% de confianza (IC 95%). Este procedimiento permite estimar el efecto de dos o más variables de manera independiente con respecto al desenlace estudiado, que en este caso puede presentar más de dos categorías (no soledad, soledad sin malestar y soledad con malestar o componente emocional negativo).

Entre los factores asociados a la soledad sin malestar a partir del análisis multinomial, al analizar el estado civil las personas solteras mostraron un mayor riesgo ($RR=3.95$, $IC95\%: 1.83-8.51$), seguidas por las viudas ($RR=1.86$, $IC95\%: 1.13-3.06$) y las divorciadas o separadas ($RR=2.54$, $IC 95\%: 1.17-5.50$) después de tres años de seguimiento en comparación con las personas casadas.

Las personas que reportaron tener una mala satisfacción con la vida presentaron 2.4 veces más riesgo ($RR= 3.44$, $IC 95\%:1.32-8.96$) para soledad sin malestar incidente en comparación con las personas que reportaron una buena satisfacción con la vida; así como

las personas con discapacidad física, quienes tuvieron 1.49 veces más riesgo ($RR=2.49$, IC 95%: 1.15-5.40) para desarrollar este tipo soledad tras tres años de seguimiento, en comparación con las personas que no presentaron discapacidad física.

Tabla 13.

Modelo de regresión multinomial para riesgo de desarrollar soledad con y sin componente emocional negativo y/o de malestar a tres años de seguimiento

		Soledad sin malestar RRR (IC 95%)	Soledad con malestar RRR (IC 95%)
Sexo	Mujer (ref.)	1	1
	Hombre	1.14 (0.72-1.81)	0.86 (0.60-1.23)
Área de residencia	Urbano (ref.)	1	1
	Rural	1.29 (0.81-2.04)	2.27 (1.58-3.24)
Escolaridad	Ninguna	1.17 (0.53-2.58)	1.09 (0.57-2.10)
	Primaria	0.85 (0.42-1.70)	0.84 (0.47-1.52)
	Superior (ref.)	1	1
Estado civil	Casado (ref.)	1	1
	Soltero	3.95 (1.83-8.51)	2.05 (1.02-4.12)
	Viudo	1.86 (1.13-3.06)	1.36 (0.94-1.96)
	Divorciado/separado	2.54 (1.17-5.50)	1.40 (0.71-2.75)
Servicios en el domicilio	Cuartil 1 (menos servicios)	1.53 (0.81-2.88)	1.62 (0.98-2.67)
	Cuartil 2	1.17 (0.72-1.91)	1.34 (0.92-1.96)
	Cuartil 3	0.58 (0.22-1.54)	0.97 (0.53-1.77)
	Cuartil 4 (la mayoría, ref)	1	1
Vivir solo	Si	1.77 (0.94-3.34)	1.76 (1.03-3.01)
	No (ref.)	1	1
Satisfacción con la vida	Buena (ref.)	1	1
	Regular	1.12 (0.72-1.74)	1.07 (0.77-1.49)
	Mala	3.44 (1.32-8.96)	1.42 (0.58-3.52)
Síntomas depresivos	Si	1.53 (0.93-2.50)	2.76 (1.94-3.95)
	No (ref.)	1	1
Discapacidad física	Si	2.49 (1.15-5.40)	1.62 (0.85-3.09)
	No (ref.)	1	1
Enfermedades crónicas	No (ref.)	1	1
	Una o dos	0.93 (0.58-1.47)	1.25 (0.88-1.77)
	Tres o más	1.66 (0.94-2.93)	1.54 (0.97-2.45)

IC 95%: intervalo de confianza al 95%

Los resultados obtenidos para la soledad con un componente emocional negativo y/o de malestar en la regresión multinomial fueron ligeramente diferentes entre las variables de exposición entre los participantes con soledad incidente sin malestar (tabla 13). El riesgo de presentar este tipo de soledad resultó mayor para las personas que viven en el área rural ($RR=2.27$, $IC\ 95\%: 1.58-3.24$) en comparación con las que viven en el área urbana.

En cuanto al estado civil solo la categoría de solteros resultó ser significativa para el riesgo de desarrollar soledad con malestar tras el seguimiento en comparación con las personas casadas ($RR=2.05$, $IC\ 95\%:1.02-4.12$). Además, vivir solo, también representó un riesgo ($RR=1.76$, $IC\ 95\%: 1.03-3.01$) para esta soledad en comparación con las personas que vivían con otros. Finalmente, los síntomas depresivos también implicaron un mayor riesgo para la soledad con malestar después de tres años de seguimiento en comparación con las personas que no presentaron síntomas depresivos ($RR=2.76$, $IC95\%: 1.94-3.95$).

CAPÍTULO IV. Discusión y conclusión

Discusión

El propósito de este estudio fue conocer la incidencia del sentimiento de soledad con y sin un componente emocional negativo y/o de malestar en personas adultas mayores (PAM) mexicanas de 65 años o más, en un seguimiento de tres años, así como estudiar los factores asociados a su aparición.

Después de tres años de seguimiento, casi tres de cada diez PAM reportaron sentirse solos, independientemente de que este sentimiento estuviera acompañado o no de un componente emocional negativo y/o de malestar. Del total de personas con soledad (n=342), cerca de dos tercios (66.1%) reportó que dicha soledad incidente se acompañaba de un componente emocional negativo y/o de malestar. Encontrándose en estos casos, como factores asociados: el residir en un área rural, ser soltero, vivir solo y tener síntomas depresivos. Y los factores que se asociaron a la aparición de soledad sin un componente emocional negativo y/o de malestar, identificados fueron: ser soltero, viudo, divorciado o separado; así como no estar satisfechos con su vida y presentar discapacidad física, en la evaluación basal.

Aunque en la literatura existen aproximaciones a la soledad desde un aspecto positivo de la soledad, dada una elección querer estar a solas o de privacidad (de Jong Gierveld et al., 2006), probablemente orientada a la reflexión o como una manifestación de plenitud, esta es muy poco frecuente en población general. En el contexto de la salud, la mayor parte de los estudios considera definiciones de soledad relacionadas al espectro negativo, incluso las que han sido desarrolladas o replanteadas en años recientes (Luanaigh & Lawlor, 2008; Yanguas, Pinazo-Henandis & Tarazona-Santabalbina 2018; Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018); teniendo como punto de partida el sentimiento de estar solo, separado o apartado de otras personas

(Tomaka, Thompson & Palacios) algunas agregan el que el sentimiento sea persistente, inevitable y/o displacentero (Perlman & Peplau, 1982; Jong-Gierveld J, 1987).

Los resultados obtenidos en este estudio permiten enfatizar que las personas pueden experimentar la soledad de diferentes formas. Primero, porque es posible enmarcar la diferencia entre las personas que están solas (socialmente aisladas) y de aquellas que se sienten solas (Boss, Kang & Branson, 2015; Mullins & McNicholas, 1986; Perlman & Peplau, 1984; Weiss R., 1973), la definición empleada en este reporte fue a partir del sentimiento de soledad, diferente al contacto social. En segundo lugar, fue posible dar cuenta que entre el grupo de personas que se sentían solas, hubo personas para las cuales la soledad generaba un sentimiento negativo y/o de malestar, y otras sin el componente de malestar.

En nuestro conocimiento esta es una de las primeras aproximaciones en población mexicana, que busca explorar diferentes formas de soledad de manera longitudinal en PAM, en quién la soledad se ha visto como un problema social y fuente de alteraciones afectivas (depresión), cognitivas (deterioro), y con muchas otras implicaciones.

Por otro lado, aunque el aislamiento social (AS) es claramente diferenciado conceptualmente de la soledad, en ocasiones se estudian de manera indistinta (Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018) en su medición y en su uso práctico (Perlman, 2004; Valtorta & Hanratty, 2012; Yu et al, 2017). Este reporte ha procurado diferenciar el AS, de la soledad, no solo conceptualmente sino operacionalmente en el proceso de evaluación.

El AS no resultó ser un predictor para la incidencia de soledad a de tres años de seguimiento, estos resultados son consistentes con reportes de estudios transversales donde no se ha encontrado asociación entre estos dos conceptos (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006; Yu et al., 2017), ya que no es frecuente que las personas que están aisladas socialmente se sientan

solas o viceversa (de Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra, 2006). No obstante, de que un par de estudios trasversales, si han reportado una relación entre soledad y AS (Steptoe et al., 2013; Shankar et al, 2011). En este reporte, ni siquiera en el análisis bivariado el AS mostró una relación con la soledad, independientemente de la presencia del componente emocional negativo y/o de malestar. Aunque en la elaboración de este reporte no se identificó en la literatura, evidencia del análisis de esta relación en estudios longitudinales.

Independientemente de que las PAM en este estudio hayan reportado soledad con o sin un componente emocional negativo y/o de malestar, el método que se ha empleado para evaluar la soledad fue similar al que han empleado algunos autores cuando se trata de un solo reactivo con respuestas dicotómicas; entre las preguntas más utilizadas se encuentran: ¿te sientes solo o muy solo? (Holwerda, et al.,2014; Wilson et al, 2007); ¿frecuentemente se siente solo? (Tomstad et al, 2017; Sundström, Adolfsson, Nordin & Adolfsson,2020); ¿te sientes solo? o ¿se siente solo? (Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Finlay & Kobayashi, 2018; Jylhä M, 2004) ¿Sufres de soledad? (Tilvis et al, 2012); así como ¿En la última semana te has sentido solo? (Ormstad, Eilertsen, Heir & Sandvik, 2020).

Esta forma de evaluar la soledad supone que de manera general las personas saben qué es la soledad o identifiquen la sensación de “sentirse solo” ya que se ha descrito a este fenómeno como un sentimiento universal (de Jong Gierveld & Havens, 2004), dado que todas las personas pueden experimentarla; no obstante, como menciona Marja Jylhä (2004), algunas de las interpretaciones pueden diferir culturalmente. Esta puede ser una de las razones por las que en reportes disponibles en la literatura se muestra una heterogeneidad en cuanto a los porcentajes de soledad en las PAM.

Con relación al reporte de incidencia de soledad, la encontrada en este estudio (28.64%) después de tres años de seguimiento; resultó ser similar a la reportada por Wenger y Burholt (2004) la cual fue del 26% con un seguimiento a 8 años; así como a la incidencia del 31.6% reportada tras cuatro años de seguimiento por Emerson y colaboradores (2018) ambas obtenidas mediante el uso de escalas que incluyen indicadores de aislamiento social. Otros estudios han reportado incidencias más bajas entre un rango del 9.8% al 21.3% (Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Dahlberg, Andersson & Lennartsson, 2018; Ormstad, Eilertsen, Heir & Sandvik, 2020; Jylhä, M., 2004; Loefflera & Steptoe, 2021; Hawkley & Kocherginsky, 2018) en periodos de seguimiento entre dos y 20 años.

Algunas condiciones asociadas a la incidencia de soledad que se reportaron en este trabajo fueron semejantes a estudios previos independientemente de que la soledad tuviera o no el componente emocional negativo y/o de malestar; sin embargo, no podríamos asumir a priori que tienen el mismo efecto en ambas condiciones.

En cuanto a los factores sociodemográficos, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo, resultados que fueron consistentes con otros estudios (Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Ormstad, Eilertsen, Heir & Sandvik, 2020). En cuanto a los resultados obtenidos en reportes transversales el contexto de México, hay quienes tampoco han encontrado relación entre el sexo femenino y la soledad (Garay et al., 2021; de los Santos P., 2021). Contrario a lo que reportaron Loefflera y Steptoe (2021), quienes observaron más soledad en mujeres que en hombres, y a lo reportado en un estudio realizado en parejas mexicanas, en donde las mujeres presentaron más soledad que sus esposos (Saenz J., 2020)

En el presente reporte, la edad tampoco resultó ser un predictor para la incidencia de soledad, similar a los reportado por Hawkley y Kocherginsky (2018) y a la evidencia disponible en

estudios con población mexicana (Garay et al., 2021; de los Santos P., 2021). Aunque hay quienes han reportado menos soledad con el incremento de la edad (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010); así como quienes han encontrado más soledad con el incremento en la edad de las PAM (Loefflera & Steptoe, 2021).

Si bien el sexo y la edad no estuvieron relacionados con la incidencia de soledad. Si lo estuvieron otros factores a través de los cuales es más probable que con el incremento de la edad las PAM se enfrenten a ellos como lo son el divorcio (o separación) y la viudez o continuar siendo solteros. Loefflera y Steptoe (2021) reportaron de manera similar un incremento en el riesgo de desarrollar soledad en aquellas personas que no estaban casadas (indistintamente de si eran viudas, divorciadas o solteras). De manera particular, algunos estudios transversales, también reportaron una relación entre la soledad para las personas solteras (Gerst-Emerson et al., 2014), divorciadas y viudas (Gao et al., 2020; de Jong Gierveld, Van der Pas & Keating, 2015; Havens et al., 2004).

Características como la educación no resultaron asociadas en este trabajo, de manera consistente con el reporte de Hawkley y Kocherginsky (2018). Por otro lado, Emerson y colaboradores (2018) reportaron un menor riesgo para la soledad incidente en aquellos que habían terminado la secundaria (o educación superior) en comparación con las personas de menos educación. De manera similar a reportes realizados con datos de estudios transversales en PAM mexicanas, que encontraron una relación entre presentar soledad y menos años de educación o menor nivel educativo (Garay et al., 2021; de los Santos P., 2021; Saenz J., 2020).

En cuanto al área de residencia rural como un factor predictor para soledad con malestar, reportado en este estudio, el único antecedente que se encontró se refiere a un reporte

transversal, el cual se enfocó en analizar diferencias entre las áreas de residencia rural y urbana de los participantes, encontrando que las personas del área rural tenían en promedio más soledad cuando vivían solos, reportaban baja o mala satisfacción con la vida y tenían padecimientos crónicos; mientras que en el área urbana encontraron más soledad entre los viudos y los que tenían más padecimientos crónicos (Havens et al., 2004).

Como se mencionó anteriormente, el AS no mostró asociación con la incidencia de soledad, pero cuando se analizó el “vivir solo”, esta condición solo resultó predictora para la soledad con malestar. Estos resultados son similares a los reportados en estudios transversales, aunque estos no distinguen entre soledad con malestar o sin malestar. Tomaka, Thompson, & Palacios (2006) encontraron una correlación entre soledad y vivir solo; mientras que otros estudios reportaron más soledad cuando las personas vivían solas, que cuando vivían acompañados (Gao et al., 2020; Tomstad et al., 2017; Jylhä M., 2004).

En cuanto a la nula/poca participación en reuniones sociales y religiosas o un escaso contacto social, estas no mostraron estar asociadas a la incidencia de soledad, de igual manera que lo reportado por otros autores (Hawkley & Kocherginsky, 2018; Dahlberg et al., 2018; McHugh et al., 2020; Dahlberg et al., 2018). Estos resultados enfatizan, la infrecuente relación entre el contacto social y la soledad.

El auto reporte de “mala satisfacción” con la vida resultó estar asociado con la incidencia de soledad sin el componente emocional negativo y/o de malestar; este resultado es similar a lo reportado en algunos estudios transversales (Havens et al, 2004; Tomstad et al., 2017).

Cuando se analizaron los factores de salud, tener discapacidad física resultó predictor para la soledad sin malestar, este hallazgo coincide con otros reportes que encontraron una asociación entre soledad y limitaciones funcionales (Hawkley & Kocherginsky, 2018) y con

dolor (Loefflera & Steptoe, 2021); así la relación entre la soledad y limitaciones físicas ocasionadas por enfermedades reportada por Gao y colaboradores (2020) en un análisis transversal. Saenz (2020) también reportó que las parejas con una enfermedad crónica presentaban más soledad que aquellas sin padecimientos crónicos. No obstante, en estos casos tampoco se analizó la presencia o no del componente emocional negativo o malestar de la soledad.

Cuando nos referimos a la salud mental, fue posible observar que tener síntomas depresivos mostró una asociación con la soledad incidente, de igual modo que reportes previos (Loefflera & Steptoe, 2021; McHugh et al., 2020; Emerson et al., 2018). Sin embargo, es claro que existe una relación compleja entre la soledad y la depresión y/o los síntomas depresivos, en ocasiones esta relación resulta ser bidireccional, por ejemplo, Cacioppo y colaboradores (2010) reportaron a la soledad como predictor de síntomas depresivos, pero no una asociación entre síntomas depresivos y la soledad como desenlace.

Algunas limitaciones surgen para este trabajo, aunque fuera de los objetivos de este estudio es que, con los métodos y cuestionarios disponibles, no es posible estudiar a la soledad positiva, siendo esta la que se elige y que podría incluso dar paso al crecimiento personal; así como tampoco fue posible ahondar en el análisis de las relaciones significativas o la percepción de la satisfacción del contacto con las personas cercanas y el apoyo que se percibe de ellos, es decir sobre la calidad de las relaciones sociales o redes de apoyo.

Entre las fortalezas de la presente tesis, se destaca que es un estudio de población abierta, lo cual evita la autoselección que puede realizarse en estudios que se realizan con personas que asisten a grupos específicos como centros médicos, programas de asistencia social, etc. Además de que este es un estudio de seguimiento, ante el cual se presenta una ventana de

tres años para poder analizar las asociaciones de diferentes variables con respecto a la incidencia de soledad, diseño que permitió no incluir los casos prevalentes para dicho objetivo, es decir solo analizar casos nuevos de soledad.

Por otro lado, la diferencia existente entre los reportes que sobresalen en la literatura y la presente investigación tiene que ver con que esas investigaciones no se enfocaron en distinguir entre diferentes formas de soledad (con componente negativo y/o de malestar o sin este componente), lo que consideramos puede ampliar el entendimiento que se tiene respecto a cómo experimentan la soledad las PAM, ya que esta tesis intenta evaluar a la soledad de manera más robusta con la participación de PAM mexicanas, basándonos en su reporte de soledad como una experiencia subjetiva, así como, analizando si esta presenta o no un componente emocional negativo y/o malestar. Por último, aunque es posible pensar en la estrecha relación que existe entre la soledad y la depresión, el diseño de la presente tesis permite controlar la posible confusión en cuanto a los efectos que tienen los síntomas depresivos clínicamente significativos sobre la soledad, en esta población.

En conclusión

La incidencia de soledad en la población de personas adultas mayores mexicanos estudiados fue ligeramente elevada. A un seguimiento a tres años casi el 30% reportó sentirse solo (con y sin malestar), de estos dos de cada tres personas presentaron soledad acompañada de un componente emocional negativo y/o malestar. Esta soledad con malestar se asoció con: residir en un área rural, ser soltero, vivir solo y tener síntomas depresivos. Mientras que en el caso de la aparición de soledad sin un componente emocional negativo y/o de malestar, se socio a ser solteros, viudos y divorciados; así como tener insatisfacción con la vida y presentar discapacidad física.

Estos resultados buscan contribuir al estudio de la salud mental de las PAM, principalmente en el contexto de la soledad en México. Sobretudo debido a la falta de investigación documentada de este fenómeno en nuestro país, principalmente en estudios de seguimiento. Además, en favor de los derechos que tienen las PAM; consideramos necesario continuar esta línea de investigación y seguir sumando esfuerzos, además de promover el desarrollo de estrategias de intervención que permitan disminuir el desarrollo de la soledad. Potencialmente esto permitirá, mejorar la calidad de vida de nuestras personas adultas mayores y contribuir a la ocurrencia de desenlaces adversos asociados a la soledad.

Referencias

- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33, 0-0.
- Arroyo Rueda, M. C. (2021). Introducción: Miradas y discursos en torno a la soledad. En M. C. Arroyo Rueda, *Las soledades en la vejez: Experiencias, significados y afrontamiento* (págs. 13-20). Durango, México: Universidad Juárez del Estado de Durango
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2018). [Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 53(3), 155-164. doi:10.1016/j.regg.2017.05.006
- Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 27(4), 541-553. doi:10.1017/s1041610214002749
- Bruno, F., & Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México : las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*, 7-20. doi:10.4000/sociologico.1453
- Buz, J., & Prieto, G. (2012). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3). doi:10.11144/Javeriana.upsy12-3.aesd
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging*, 25(2), 453-463. doi:10.1037/a0017216
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 416-427.
- CELADE, C. (2009). *El envejecimiento y las personas de edad: Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Retrieved from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
- Cheung, S. L., Hobbelen, H., van der Schans, C. P., & Krijnen, W. P. (2020). Cross-Cultural Equivalence of De Jong Gierveld Loneliness Scale Among Older Native and Diasporic Chinese Adults. *The Gerontologist*, gnaa151. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa151>
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84. doi:10.1016/j.maturitas.2018.04.014
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness, and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25(3), 799-812. doi:10.1111/hsc.12311
- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging Ment Health*, 22(2), 190-196. doi:10.1080/13607863.2016.1247425
- de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80. doi:10.1017/S0959259898008090
- de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *J Pers Soc Psychol*, 53(1), 119-128. doi:10.1037//0022-3514.53.1.119

- de Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. doi:10.1177/014662168500900307
- de Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Can J Aging*, 23(2), 109-113. doi:10.1353/cja.2004.0021
- de Jong Gierveld, J., Van der Pas, S., & Keating, N. (2015). Loneliness of Older Immigrant Groups in Canada: Effects of Ethnic-Cultural Background. *J Cross Cult Gerontol*, 30(3), 251-268. doi:10.1007/s10823-015-9265-x
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1999). Manual of the loneliness scale. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology (ISBN 90-9012523-X)
- de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- de los Santos, P. V. (2021). Soledad subjetiva en hombres y mujeres mayores de Durango, Dgo. En M. C. Arroyo Rueda, Las soledades en la vejez: Experiencias, significados y afrontamiento. (págs. 149-184). Durango, México: Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Donaldson, J. M., & Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs*, 24(5), 952-959. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02931.x
- Emerson, K., Boggero, I., Ostir, G., & Jayawardhana, J. (2018). Pain as a Risk Factor for Loneliness Among Older Adults. *Journal of aging and health*, 30(9), 1450-1461. doi:10.1177/0898264317721348
- Finlay JM, Kobayashi LC. Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA. *Soc Sci Med*. 2018 Jul; 208:25-33. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.010. Epub 2018 May 4. PubMed PMID: 29758475.
- Gao, Q., Prina, M., Prince, M., Acosta, D., Sosa, A. L., Guerra, M., . . . Mayston, R. (2020). Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality: Research Square.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*, 26(2), 147-157. doi:10.1111/hsc.12367
- Garay , S., Monteiro , L., & Carbajal , M. (2021). Soledad social en personas mayores en hogares unipersonales: el caso de Durango y Montevideo. En M. C. Arroyo Rueda, Las soledades en la vejez: Experiencias, significados y afrontamiento (págs. 29-54). Durangp, México: Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Gerst-Emerson, K., Shovali, T. E., & Markides, K. S. (2014). Loneliness among very old Mexican Americans: findings from the Hispanic Established Populations Epidemiologic Studies of the Elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 59(1), 145-149. doi:10.1016/j.archger.2014.01.007
- Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness Confirmatory Tests on Survey Data. *Res Aging*, 28. doi:10.1177/0164027506289723

- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2010). Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 129-140. doi:10.1353/cja.2004.0022
- Hawkey, L. C., & Kocherginsky, M. (2018). Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Res Aging*, 40(4), 365-387. doi:10.1177/0164027517698965
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85(2), 135-142. doi:10.1136/jnnp-2012-302755
- Hosseinabadi, R., Foroughan, M., Harouni, G. G., Lotfi, M. S., & Pournia, Y. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of the 11-Item de Jong Gierveld Loneliness Scale in Iranian Older Adults. *Evaluation & the health professions*,
- Huenchuan, S. (2013). Los derechos de las personas mayores. Módulo 2 Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Chile: NU, CEPAL 1632787211015713. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/01632787211015713>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*, 26(6), 655-672. doi:10.1177/0164027504268574
- Ibrahim, R., Abolfathi Momtaz, Y., & Hamid, T. A. (2013). Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors. *Psychogeriatrics*, 13(2), 71-79. doi:10.1111/psyg.12000
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Can J Aging*, 23(2), 157-168. doi:10.1353/cja.2004.0023
- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *J Adv Nurs*, 28(4), 762-770. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x
- Larraga, L., Saz, P., Dewey, M. E., Marcos, G., & Lobo, A. (2006). Validation of the Spanish version of the EURO-D scale: an instrument for detecting depression in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1199-1205. doi:10.1002/gps.1642
- Lazcano Ponce, E., Fernández, E., Salazar Martínez, E., & Hernández Ávila, M. (2007).
- Loeffler, A., & Steptoe, A. (2021). Bidirectional longitudinal associations between loneliness and pain, and the role of inflammation. *Pain*, 162(3), 930-937. doi:10.1097/j.pain.0000000000002082
- Luanaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. doi:10.1002/gps.2054.
- McHugh Power, J., Hannigan, C., Hyland, P., Brennan, S., Kee, F., & Lawlor, B. A. (2020). Depressive symptoms predict increased social and emotional loneliness in older adults. *Aging Ment Health*, 24(1), 110-118. doi:10.1080/13607863.2018.1517728
- Montero-López Lena M, Rivere-Ledesma. A. (2009). *IMSOL-AM: Escala de soledad en el adulto mayor*. Retrieved from México:
- Montero y López Lena, M., & Sánchez -Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 9, 19-27.
- Montero y López Lena, M. E. (1998). *Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. (Doctorado Doctorado), Universidad Nacional Autónoma de México, México. Retrieved from https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000269524

- Mullins, L. C., & McNicholas, N. (1986). Loneliness among the elderly: issues and considerations for professionals in aging. *Gerontol Geriatr Educ*, 7(1), 55-65. doi:10.1300/j021v07n01_06
- Murphy, F. (2006). Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nurs Older People*, 18(5), 22-25. doi:10.7748/nop2006.06.18.5.22.c2424
- Nicholson, N. R., Jr. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*, 65(6), 1342-1352. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x
- Ochoa-Vázquez, J., Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M. d. C., & Cuevas-Guerrero, C. E. (2018). El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud [Aging: A look at the demographic transition and its implications for health care]. *Rev Enferm IMSS*, 26(4), 273-280.
- OMS. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0* (9874573309). Retrieved from Buenos Aires: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>
- OMS. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (2018). *Envejecimiento y salud*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2020a). Discapacidades. Retrieved from <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OMS. (2020b). *Enfermedades Crónicas*. Retrieved from https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Ormstad, H., Eilertsen, G., Heir, T., & Sandvik, L. (2020). Personality traits and the risk of becoming lonely in old age: A 5-year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), 47. doi:10.1186/s12955-020-01303-5
- Ortega-Lenis, D., & Mendez, F. (2019). Survey on health, well-being and aging. SABE Colombia 2015: Technical Report. *Colombia médica (Cali, Colombia)*, 50(2), 128-138. doi:10.25100/cm.v50i2.4557
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1981). Personal relationships In S. In R. D. Gilmour (Ed.), *Toward a Social Psychology of Loneliness*. (pp. (pp. 31-56).): New York: Academic Press.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Can J Aging*, 23(2), 181-188. doi:10.1353/cja.2004.0025
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. (pp. 13-46). Rockville, MD, US: National Institute of Mental Health.
- Prina, A. M., Acosta, D., Acosta, I., Guerra, M., Huang, Y., Jotheeswaran, A. T., . . . Prince, M. (2017). Cohort Profile: The 10/66 study. *Int J Epidemiol*, 46(2), 406-406i. doi:10.1093/ije/dyw056
- Prince, M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Arizaga, R., Dewey, M., . . . Uwakwe, R. (2007). The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC public health*, 7, 165-165. doi:10.1186/1471-2458-7-165
- Prince, M. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Fuhrer, R., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., . . . Copeland, J. R. (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-

- D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry*, 174, 339-345. doi:10.1192/bjp.174.4.339
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., . . . Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry*, 174, 330-338. doi:10.1192/bjp.174.4.330
- Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17, 87-88.
- Rosedale, M. (2007). Loneliness: An Exploration of Meaning. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(4), 201–209. <https://doi.org/10.1177/1078390307306617>
- Rubio-Herrera, R., Pinel, M., & Rubio-Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala ESTE*. Granada.
- Rubio, R., & Aleixandre, M. (1999). La escala “Este”, un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, Vol. 15, , 26-35. .
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess*, 42(3), 290-294. doi:10.1207/s15327752jpa4203_11
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*, 66(1), 20-40. doi:10.1207/s15327752jpa6601_2
- Saenz J. L. (2021). Spousal Support, Spousal Strain, and Loneliness in Older Mexican Couples. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(4), e176–e186. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa194>
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol*, 30(4), 377-385. doi:10.1037/a0022826
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 110(15), 5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
- Sundström, A., Adolfsson, A. N., Nordin, M., & Adolfsson, R. (2020). Loneliness Increases the Risk of All-Cause Dementia and Alzheimer's Disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5), 919-926. doi:10.1093/geronb/gbz139
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging Ment Health*, 9(6), 526-534. doi:10.1080/13607860500193138
- Tilvis, R. S., Routasalo, P., Karppinen, H., Strandberg, T. E., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2012). Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up. *European Geriatric Medicine*, 3(1), 18-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.004>
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of aging and health*, 18(3), 359-384. doi:10.1177/0898264305280993
- Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Saevareid, H. I., & Söderhamn, U. (2017). Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *Int J Older People Nurs*, 12(4). doi:10.1111/opn.12162
- van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H., & van Duijn, M. A. J. (2001). Lonely but Not Alone: Emotional Isolation and Social Isolation as Two Distinct Dimensions of

- Loneliness in Older People. *Educational and Psychological Measurement*, 61(1), 119–135. <https://doi.org/10.1177/00131640121971103>
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518-522. doi:10.1258/jrsm.2012.120128
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Wenger, G. C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Can J Aging*, 23(2), 115-127. doi:10.1353/cja.2004.0028
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., . . . Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*, 64(2), 234-240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomed*, 89(2), 302-314. doi:10.23750/abm.v89i2.7404
- Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P.-W., & Chen, L.-J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research*, 27(3), 683-691. doi:10.1007/s11136-017-1752-9

Anexos

Anexo 1. Instrumentos y consentimiento informado utilizados en los protocolos GID 10/66

El GID 10/66 pone a completa disposición los protocolos, permisos y cuestionarios utilizados para sus diferentes fases de evaluación.

➤ Consulta de manual de cuestionarios utilizados para la evaluación:

- Cuestionario del hogar
- Evaluación cognitiva
- Inventario geriátrico del estado mental (GMS)
- Cuestionario sociodemográfico y de factores de riesgo
- Cuestionario al informante
- Evaluación médica NEUROEX

Disponibles en: https://www.alz.co.uk/1066/population_based_study_prevalence.php

Anexo 2. Información sobre las fases del protocolo de investigación en demencias GID 10/66

- Fase de prevalencia realizada en ocho países de Latinoamérica: Cuba, Brasil, República Dominicana, Venezuela, Perú, México, Argentina y Puerto Rico; así como en India, China, Nigeria y el sur de África.

https://www.alz.co.uk/1066/pop_based_ep_studies_prevalence_phase.php

- Fase de incidencia realizada en Cuba, República Dominicana, Venezuela, Perú, México, Argentina y China. India. Tuvo un seguimiento más limitado:

https://www.alz.co.uk/1066/pop_based_ep_studies_incidence_phase.php

- Consulta de aprobación del protocolo y consentimientos ético:

https://www.alz.co.uk/1066/1066_ethical_aspects.php



México, D. F. a 23 de junio de 2016
OFICIO N° DIC/134/16

DRA. ANA LUISA SOSA ORTÍZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL
P R E S E N T E

La presente es para informarle que su protocolo de investigación No. 40/16 intitulado: **“ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 10 AÑOS: MONITOREANDO Y MEJORANDO LA EXPECTATIVA DE SALUD A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LA FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES EN PAÍSES DE BAJO Y MEDIANO INGRESO ECONÓMICO “VIDA A LOS AÑOS” – GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DEMENCIAS 10/66”**, ha sido **APROBADO** por el Comité Científico. No obstante, el desarrollo del protocolo queda sujeto a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación.

ATENTAMENTE

DRA. MA. LUCINDA AGUIRRE CRUZ
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

>

C.c.p. Dr. **Daniel San Juan Orta**. - Jefe del Depto. de Investigación Clínica



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

Dra. Teresa Corona
Presidenta Ex Officio

Dr. Ricardo Colín Piana
Presidente

Dra. Helgi Jung Cook
Vicepresidente

M.en C. Adriana Ochoa
Secretaria

Miembros Honorarios:

Dr. Antonio Torres Ruiz
Dr. Fernando Zermeno Pohls
Dra. Ma. Elisa Alonso Vilatela

Vocales:

Titular
Dra. Marie-Catherine Boll W
Suplente
Dra. Iris Martínez Juárez

Titular
Dr. Daniel San Juan Orta
Suplente
M. en C. Iván Pérez Neri

Titular
Dra. Mariana Espinola Nadurille
Suplente
Dr. Luis Manuel Pesci Eguía

Titular
Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Suplente
M.E. Guadalupe Nava Galán

Titular
Mtra. Alejandra Sánchez Guzmán
Suplente
Lic. Claudia García Pastrana

Titular
Dra. Yaneth Rodríguez Agudelo
Suplente
M. en C. Mireya Chávez Oliveros

Titular
Dr. Nicasio Arriada Mendicoa
Suplente
Dr. Daniel Crail Melendez

Consejo Consultivo:

Dr. Tirso Zúñiga Santamaría
M. en C. T.S. Francisco Calzada Lemus
Rosario Corona Cao Romero

Ciudad de México, 12 de julio del 2016.

**DRA. ANA LUISA SOSA ORTÍZ
INVESTIGADORA PRINCIPAL
PRESENTE**

Estimada Dra. Sosa Ortíz:

Con fecha 24 de junio 2016, recibimos el oficio No. DIC/135/16, firmado por la Dra. María Lucinda Aguirre Cruz, Directora de Investigación, en que solicita la valoración de este Comité al Protocolo de Investigación No. 40/16 intitulado: "ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 10 AÑOS: MONITOREANDO Y MEJORANDO LA EXPECTATIVA DE SALUD A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LA FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES EN PAÍSES DE BAJO Y MEDIANO INGRESO ECONÓMICO "VIDA A LOS AÑOS" – GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DEMENCIAS 10/66", en virtud de que fue aprobado por el Comité de Investigación.

La opinión de nuestros evaluadores concuerda en que el Protocolo cumple con los elementos indispensables desde la perspectiva Bioética en cuanto a su Validez Científica, Valor Social, Consentimiento Informado, Selección Equitativa de la Muestra y Relación de Riesgo-Beneficio, por lo que es **APROBADO**.

Reciba un saludo cordial.

**DR. RICARDO COLÍN PIANA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN**

ATENTAMENTE

**M. en C. ADRIANA OCHOA MORALES
SECRETARIA**

c.p. Ma. Lucinda Aguirre Cruz. - Directora de Investigación
c.p. Dr. Amin Cervantes Arriaga. - Titular de la Unidad de Apoyo al Predictamen
c.p. Dr. Daniel San Juan Orta. - Jefe del Depto. de Investigación Clínica
c.p. Archivo RCP/mitch.