

**Estudio sobre soledad social en una muestra de adultos mayores
Institucionalizados y no Institucionalizados de la Ciudad de Bucaramanga y su
área Metropolitana.**

Yenifer Maricela Jaimes Duarte

**Universidad Pontificia Bolivariana
2011**

**Estudio sobre soledad social en una muestra de adultos mayores
Institucionalizados y no Institucionalizados de la Ciudad de Bucaramanga y su
área Metropolitana.**

Yenifer Maricela Jaimes Duarte

**Trabajo de Grado:
En la Modalidad de Proyecto de Grado como Requisito para Optar al Título de
Psicóloga**

**Directora:
Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Psicóloga Especialista en Clínica y Técnicas de Investigación Social**

**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela De Ciencias Sociales
Facultad De Psicología
Bucaramanga
2011**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma primer jurado

Firma segundo Jurado

Bucaramanga, Julio del 2011

A Dios por darme la vida, una familia maravillosa y la oportunidad de estudiar ésta tan
anhelada profesión.

A mis padres Luis Enrique Jaimes y Edilia del Carmen Duarte por su amor, su apoyo
incondicional, sus consejos y su esfuerzo para que yo alcanzara este gran sueño.

A mi esposo Freddy Arguello Cortes quien ha sido mi apoyo constante y me acompañó
con su amor y comprensión durante todo el proceso.

Y a mi hija Lizeth Nathalia Arguello Jaimes quien ha sido mi mayor motivación y ha
llenado mi vida de felicidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer especialmente a mi asesora Ara Mercedes Cerquera Córdoba especialista en Psicología Clínica, por su orientación durante el desarrollo de este trabajo de investigación, pues con sus amplios y valiosos conocimientos sobre vejez, contribuyó de manera importante en este estudio y por ende, en el reforzamiento de mis conocimientos sobre Psicología, principalmente en lo referente a la parte de psicología gerontológica.

Por último, a los hogares Geriátricos de Bucaramanga: San Rafael y San Antonio; de Girón: al Centro de bienestar del adulto mayor “el señor de los milagros”; de Piedecuesta: al Hogar San Francisco Javier; de Floridablanca: al Centro de Bienestar del anciano “Juan pablo II” y al parque recreacional de la tercera edad de lagos (Floridablanca Santander), por permitirme desarrollar mi trabajo de campo con algunos de los adultos mayores que se encuentran en estos lugares de paso.

TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
OBJETIVOS	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
REFERENTE CONCEPTUAL	20
METODOLOGÍA	33
Diseño	33
Población	33
Participantes	33
Instrumento	34
Procedimiento	34
RESULTADOS	39
Confiabilidad	39
Validez	40
Población muestral	45
Análisis de resultados	45
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS	82
APENDICES	90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Coeficiente de fiabilidad escala ESTE R II	39
Tabla 2. Varianza total explicada por cuatro factores para la escala ESTE R II	41
Tabla 3. Solución factorial escala ESTE R II	42
Tabla 4. Condición de Institucionalizados o no	45
Tabla 5. Distribución por sexo	46
Tabla 6. Distribución de los Institucionalizados o no por sexo	46
Tabla 7. Distribución por edad	47
Tabla 8. Distribución por estado civil	47
Tabla 9. Distribución de los Institucionalizados o no por estado civil	48
Tabla 10. Distribución por municipio	49
Tabla 11. Distribución de los Institucionalizados o no según municipio de origen	49
Tabla 12. Factores escala ESTE R II	51
Tabla 13. Factores escala ESTE R II según condición de Institucionalizado o no	51
Tabla 14. Prueba de muestras independientes para factores ESTE R II según condición de Institucionalizado o no	52
Tabla 15. Factores escala ESTE R II según condición sexo	53
Tabla 16. Prueba de muestras independientes para factores escala ESTE R II según condición sexo	54
Tabla 17. Factores escala ESTE R II según condición sexo en Institucionalizados	54
Tabla 18. Prueba de muestras independientes para factores ESTE R II según condición sexo en Institucionalizados	55
Tabla 19. Factores escala ESTE R II según condición sexo en no Institucionalizados	56
Tabla 20. Prueba de muestras independientes para factores ESTE R II según condición sexo en no Institucionalizados	57
Tabla 21. Factores escala ESTE R II según condición estado civil	57
Tabla 22. Prueba de ANOVA factores escala ESTE R II según condición estado civil	58
Tabla 23. Comparaciones múltiples factores escala ESTE R II según condición estado civil	59
Tabla 24. Factores escala ESTE R II según municipio	61

Tabla 25. Prueba ANOVA factores escala ESTE R II condición municipio	62
Tabla 26. Comparaciones múltiples factores escala ESTE R II según municipio	62
Tabla 27. Factores escala ESTE R II según condición municipio en Institucionalizados	65
Tabla 28. Prueba de ANOVA factores escala ESTE R II según condición municipio en Institucionalizados	66
Tabla 29. Comparaciones múltiples factores escala ESTE R II según condición municipio en Institucionalizados	66
Tabla 30. Factores escala ESTE R II según condición municipio en no Institucionalizados	68
Tabla 31. Prueba de ANOVA factores escala ESTE R II según condición municipio en no Institucionalizados	69
Tabla 32. Comparaciones múltiples factores escala ESTE R II según condición municipio en no Institucionalizados	70

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

RESUMEN

TITULO: ESTUDIO SOBRE SOLEDAD SOCIAL EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU AREA METROPOLITANA.

AUTOR: Yenifer Maricela Jaimes Duarte.

FACULTAD: PSICOLOGÍA

DIRECTOR(A): Ara Mercedes Cerquera Córdoba-Psicóloga

RESUMEN. La presente investigación se realizó en dos fases: La primera pretendió validar la Escala ESTE II en el contexto colombiano; y la segunda buscó identificar la presencia de soledad social en una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana. La muestra fue de 161 adultos mayores, de los cuales 75 fueron Institucionalizados y los otros 86 no lo fueron, teniendo como criterio de inclusión la edad que fue de 65 años en adelante tanto del sexo femenino como del masculino, además, de la Institucionalización y la no Institucionalización. El criterio de inclusión para la población Institucionalizada, fue que los adultos mayores pertenecieran a los hogares Geriátricos de Bucaramanga: San Rafael y San Antonio; de Girón: al Centro de bienestar del adulto mayor “el Señor de los Milagros”; de Piedecuesta: al Hogar San Francisco Javier; y de Floridablanca: al Centro de Bienestar del anciano “Juan Pablo II”. Por otra parte, como criterio de inclusión para la población no Institucionalizada se tuvo en cuenta, los adultos mayores que asisten al parque recreacional de la tercera edad de lagos (Floridablanca Santander), los cuales se reúnen por grupos en diferentes lugares, como Girón, Bucaramanga, Piedecuesta y Floridablanca. El instrumento empleado (Escala de soledad social ESTE R II) fue diseñado por Rubio y Alexandre (1999) para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento evalúa principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial). Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores que son: 1) Soledad familiar, 2) Soledad conyugal, 3) Soledad social, 4) Crisis existencial y abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge. En la fase I, se trabajó sobre dos aspectos que buscaban determinar las propiedades psicométricas de la Escala en su aplicación en el contexto Colombiano como son: confiabilidad y validez. Los resultados obtenidos se organizaron y analizaron, encontrándose, que existe una muy alta fiabilidad para la escala validada al contexto Colombiano con un coeficiente Alfa de Cronbach de (,934). La alta

confiabilidad de la misma, además, es superior a la obtenida en la revisión hecha a dicha escala en el año 2010 la cual tuvo una fiabilidad de (.915) (Rubio & Alexandre 1999). En la fase II como resultado se encontró, que la población Institucionalizada presentó puntuaciones altas en cada uno de los factores evaluados por medio de la Escala Este II, en comparación con la población no institucionalizada.

Palabras Claves: Soledad, Confiabilidad, Validez, Institucionalización, no Institucionalización.

GENERAL SUMMARY ABOUT DEGREE WORK

SUMMARY

TITLE: STUDY ABOUT SOCIAL LONELINESS IN A SAMPLE OF INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS AND WHO ARE NOT INSTITUTIONALIZED OF BUCARAMANGA'S CITY AND ITS METROPOLITAN AREA.

AUTHOR: YeniferMaricelaJaimes Duarte.

AUTHORIZE: PSYCHOLOGY

DIRECTOR (A): Ara Mercedes Cerquera Córdoba - Psychologist

SUMMARIZE. The present investigation was realized in two phases: The first one tried to validate the Scale ESTE II in the Colombian context; and the second one sought to identify the presence of social loneliness in a sample of Institutionalized older adults and who are not institutionalized of Bucaramanga's city and its metropolitan area. The sample was 161 older adults, which 75 were Institutionalized and other 86 these were not, taking as a criterion of incorporation the age who was 65 years old in forward both the feminine sex and the masculine one, in addition, the Institutionalization and not Institutionalization. The criterion of incorporation for the institutionalized population , was that the older adults concerned to Bucaramanga's Geriatric homes: San Rafael and San Antonio; of Girón: to the Center of well-being of the older adult " the Master of the Miracles "; of Piedecuesta: to the Home San Francisco Javier; and Floridablanca: to the Center of Well-being of the older adult "Juan Paul II". On the other hand, criterion of incorporation for the population who are not institutionalized was had into account, the older adults who are present at the park recreational of "LAGOS III" (Floridablanca Santander), which meet for groups in different places, such as Girón, Bucaramanga, Piedecuesta and Floridablanca. The instrument used (Scale of social loneliness ESTE R II) was designed by Blond and Alexandre (1999) to measure the loneliness in older people. This instrument evaluates principally the existing deficits in the social support of the subject (both familiar, conjugal and social), as well as the feeling that these situations can provoke (existential crisis) .Los articles of the scale gather in crowds in four factors that are: 1) familiar Loneliness, 2) conjugal Loneliness, 3) social Loneliness, 4) existential Crisis and they include different aspects of the concept of loneliness, as the friends' possession, the feelings of belonging to the family or loving for the wife. In the phase I, it worked about two aspects which were seeking to

determine the properties psicométricas of the Scale in his application in the Colombian context since they are: reliability and validity... The obtained results were organized and analyzed, it was found a very high reliability for the scale validated to the Colombian context with a coefficient Cronbach's Alpha of (, 934). The high reliability of the same one, in addition, is superior to the obtained one in the review done to the above mentioned scale in the year 2010 which had a reliability of (, 915) (Blond and Alexandre 1999). In the phase II like result thought, that the institutionalized population presented high punctuations in each of the factors evaluated by means of the Scale ESTE II, in comparison with the population who are not institutionalized.

Key words: Loneliness, Reliability, Validity, Institutionalization, not Institutionalization.

1. JUSTIFICACIÓN

Hoy día se ha llegado a considerar la soledad como uno de los principales problemas de la vejez; convirtiéndose ésta, en un sentimiento que preocupa mucho a los mayores, si se tiene en cuenta que, la soledad no es un patrimonio de generaciones pasadas ni presentes, la soledad es un problema real de todas las generaciones.

Rubio (2004) afirma que hay mucho de soledad en los niños del siglo XXI enganchados a la informática, en los nuevos movimientos juveniles que se están gestando en las grandes urbes universitarias bajo el nombre de “movida”, en las grandes ciudades de cemento vertical de la postmodernidad y hay mucha soledad en los mayores porque existen en ellos paredes muy fuertes que impiden abrir una ventana a la luz de la esperanza, paredes de soledad familiar, conyugal, social y existencial.

Bazo (1991) plantea que la vejez es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas y cognitivas, la muerte de las personas amadas y el distanciamiento de los hijos, lo que facilita la experiencia de soledad.

Según la encuesta realizada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO (1995; citado por Puig, Lluch & Ávila 2009), los mayores señalaron la soledad como el problema de carácter no físico que más les preocupaba durante esta etapa de sus vidas.

De igual manera, en el estudio realizado en España en el año 2009 sobre la detección de la soledad y el aislamiento social en los ancianos de riesgo, se observó que un 22% de las personas mayores describió la soledad como un sentimiento doloroso y temido. En España existen más de un millón de personas mayores que viven solas y se observa que, a más edad, más aumenta la probabilidad de vivir solas; además, las que viven solas

presentan más índices de soledad que las que tienen apoyo y compañía (Puig, Lluch & Ávila, 2009).

Por esta razón, la soledad ha sido estudiada desde varias perspectivas; analizándose desde un punto de vista objetivo (falta de apoyo y compañía), uno subjetivo (percepción de sentirse solo) o como un mecanismo de defensa o un mecanismo de adaptación (Puig, Lluch & Ávila, 2009).

Aunque la soledad en la mayoría de los casos, no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc. (Bazo, 1991).

Existen estudios en donde se evidencia las consecuencias que trae para el individuo el experimentar la soledad; uno de ellos es el realizado por Masi (2009) quien demostró en su investigación *Cambiar la manera de pensar es la mejor terapia para la soledad*, que las personas solitarias mantienen suposiciones incorrectas sobre sí mismas y sobre la percepción que otras personas tienen de ellas. De igual manera, afirmó que la soledad desarrolla ciertos problemas como el insomnio o la demencia.

En otra investigación realizada por Cacioppo (2009) llamada *Meta – análisis en la vejez*, se constató que la soledad es como una enfermedad, produce malestar físico y además, se contagia. Por tanto, la soledad no sólo daña la salud de los individuos, sino que además puede dañar a la sociedad, afectando al tejido social de ésta.

Baquero (2008) hace referencia con relación a la afectación social, a la preocupación de las autoridades por un alarmante incremento en el número de suicidios en la población anciana de Colombia. En el año 2006 se reportaron 12 casos de suicidio en mayores de sesenta años, en el 2007 se relacionaron 15 y en lo corrido del año 2009, hasta el 2010, la cifra bordeaba los 20 casos. Mientras que el promedio nacional de muertes relacionadas con esta causa fue de cuatro por cien mil habitantes, se observa un

aumento geométrico en el número de casos en mayores de 70 años (16 casos por 100.000 habitantes) según plantea el grupo de investigación Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina U.D.C.A / Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano (2009).

Los factores de riesgo para la conducta suicida incluyen: abandono, mala situación económica, ausencia de redes efectivas de apoyo familiar y social, el retiro temprano o no del trabajo, el ingreso económico, los problemas de salud, la pérdida de personas significativas, el deterioro físico y cognitivo, el estrés y la soledad, siendo estos dos últimos, los principales factores de riesgo que se presentan durante el envejecimiento. (Ardila, 2004).

Al respecto, Solórzano (2008), citada por Morales (2008) dice que mayor parte de los seiscientos cuarenta y tres mil ancianos de la ciudad de Bogotá viven en estados críticos de abandono y de exclusión social, los cuales pueden convertirse con facilidad en determinantes sociales de las conductas suicidas en adultos mayores.

Es por tanto que se debe tener presente la repercusión que tiene la soledad en la vida del adulto mayor, así como en la de cualquier otra persona que la presente, pues las consecuencias que esta trae para la salud tanto física como mental no son buenas en la mayoría de los casos (Ardila, 2004). Hay que tener en cuenta que la soledad no se experimenta de igual manera en todos los momentos; son los momentos de la noche y la enfermedad los que con mayor intensidad hacen experimentar la soledad (Cacioppo, 2009). Todo ello hace de la soledad de los mayores un particular tema de estudio e interés.

Uno de los factores que permitió el acercamiento a esta problemática es el proyecto de investigación realizado por la Universidad de Granada España, relacionado con un estudio sobre soledad social en adultos mayores de la provincia de Granada.

Dicha investigación, utilizó para su desarrollo una muestra de 780 personas mayores de 65 años en adelante, distribuidas en dos grupos. Un grupo compuesto por 380 mayores que tiene el Servicio de Teleasistencia y otro grupo compuesto por 400

mayores, que no cuenta con este servicio. A todos ellos se les administró la encuesta soledad social sobre variables socio demográficas para abordar la información socio demográfica y además otras variables como: actividades con mayores, apoyo informal, convivencia y servicios sociales. Los resultados de este estudio indicaron que las mujeres (17,1%) mayores que viven sin compañía sufren más la soledad que los hombres (9,9%) a pesar de que éstas, tienen una mayor actividad social.

De la realización de dicho estudio, surgió la idea de hacer una investigación sobre la soledad social en los adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, ya que hasta la fecha, en Colombia aún no se han llevado a cabo estudios similares a los mencionados anteriormente.

Por otra parte, la población adulta mayor existente en la Ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana lo amerita, pues esta comunidad susceptible igualmente a cambios significativos propios de la edad, puede estar presentando niveles elevados de soledad social los cuales son importante detectar a tiempo para empezar a buscar así soluciones en pro del bienestar de los adultos mayores.

De igual manera, la idea de evaluar soledad social comparando adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se debe principalmente, a que estos contextos, le ofrecen diferentes ambientes y formas de vida al adulto mayor, lo que hace que éste, se comporte según el lugar en el cual se encuentre y sus sentimientos y emociones se relacionarán en gran medida con el estilo de vida que lleven (Rubio, 2004).

Lo que se busca con este estudio es identificar la presencia de la soledad social en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, para establecer diferencias entre la población que está Institucionalizada y la que no lo está, a partir de la validación de la Escala Este II.

Es por tanto que, el presente estudio se llevará a cabo desde la línea de investigación de calidad de vida en la tercera edad de la Universidad Pontificia Bolivariana, con la finalidad de conocer la presencia que tiene la soledad social en esta población adulta mayor, considerando esto de gran importancia, ya que, según plantea Cabanes (2005), las representaciones que socialmente se tienen de la vejez, así como los cambios físicos y psíquicos que se producen hacen que el adulto mayor se sienta muchas veces alejado de esa sociedad que un día dirigió y construyó, y que aparezcan sentimientos de inutilidad y vacío existencial, lo que posiblemente llevaría a que se produjera en ellos la soledad social de la cual se pretende investigar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, ¿Cuáles experimentan soledad social en esta etapa de sus vidas?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la presencia de la soledad social en una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la presencia de soledad entre una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, tanto a nivel familiar, conyugal como social, así como la crisis existencial que se presente en ellos.

Establecer diferencias existentes con relación a la soledad social que presentan una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.

4. REFERENTE CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta los diferentes conceptos relacionados con la soledad social y la influencia que ésta tiene sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, es que se pretende exponer su conceptualización partiendo inicialmente por aclarar qué es y en qué consiste el envejecimiento.

Para hablar sobre el envejecimiento, es importante diferenciarlo del concepto de vejez. Para la Gerontología, la vejez es entendida como un estado, mientras que el envejecimiento es visto como un proceso.

Para Carvajal, Dulcey y Mantilla (2002, p. 23), el envejecimiento “es un proceso dado en la vida humana determinado tanto por la biología y la genética como por los estilos de vida producto de la interacción entre el individuo con la sociedad; aprendizaje, preconceptos, sentimientos, prejuicios, actitudes de comportamiento y opiniones”. Para estos autores, el envejecimiento es propio del ser humano, que además de estar sometido a procesos y cambios biológicos desde que nace, también lleva consigo diferentes momentos de la vida tales como: infancia, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, madurez y vejez, siendo ésta última una de las instancias más duraderas con manifestaciones y vivencias características propias.

Por su parte, Schneider y Rowe (1996), lo definen como un deterioro progresivo, intrínseco y degenerativo de un organismo vivo tras alcanzar su madurez y la imposibilidad para mantener y recuperar determinadas funciones. Por otra parte, Pinazo y Sánchez (2006), afirman que el envejecimiento no puede ser visto como una enfermedad sino como una continuación de la vida, caracterizado por cambios homeostáticos a nivel celular y molecular. Sostienen además que el envejecimiento es individual, ocurre a diferentes tiempos, de modos diferentes, y a ritmos y velocidades distintas. Por ello, cada persona le otorga importancia a un aspecto en particular de su envejecimiento o de su edad.

Es primordial tener en cuenta que a lo largo del proceso de envejecimiento, tienen lugar importantes cambios personales y sociales. Personales, a nivel positivo como

ganancia de conocimientos, experiencia y quienes aún tienen pareja, disfrutan más de su vida sexual; a nivel negativo como deterioro cognitivo, deterioro físico, pérdida de la autonomía en la mayoría de los casos; y sociales, a nivel positivo, como ganancia de tiempo libre, se comparte más con la familia, amigos y, a nivel negativo, como la jubilación, cambio de roles, pérdida de seres queridos entre otros (Laforest, 1991; Hayflick, 1999; Salvarezza, 2000; Posada, & Botella, 2000).

Desde el enfoque del ciclo vital, el envejecimiento es considerado como un proceso continuo en el cuál se produce un equilibrio entre ganancias y pérdidas. Tal y como lo explica Sánchez (2004),

“en los primeros años de vida hay un predominio de las ganancias, mientras que en la vejez ocurre el efecto contrario, son las pérdidas las que sobresalen. Sin embargo, se considera que a lo largo de la vida hay una coexistencia de estos dos elementos”. (p. 20)

Este enfoque también sostiene que las ganancias aparecen incluso en los últimos años de vida. Además, se debe tener en cuenta que el paso del tiempo no tiene por qué afectar de la misma manera a todas las habilidades, algunas de ellas podrían permanecer estables o incluso mejorar.

Fajardo, Chávez y Lozano (2005) encontraron a través de diversos estudios, que la carga genética, el envejecimiento celular, la presencia de radicales libres, el deterioro del sistema inmune, entre otros, son factores determinantes dentro de los procesos fisiológicos inmersos en el envejecimiento individual, sin olvidar el factor social.

Teniendo presente dichos cambios propios del envejecimiento, es que Pinazo y Sánchez (2006) plantean que las relaciones interpersonales y el apoyo social constituyen uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo de los individuos a lo largo de todo su ciclo vital.

Dicho ciclo vital, trae consigo un cambio muy importante en la vida de algunos adultos mayores, como lo es el ingreso a una residencia. Este, está considerado como un momento de transición en la vida de la persona, semejante al momento del nacimiento de un hijo, el matrimonio, la jubilación o el fallecimiento de un ser querido (Ramos, Larios, Sotero, López, & Pinto, 2003).

Trasladarse a un medio residencial, implica rupturas, de tipo afectivo (las amistades, la familia, disminución de relaciones sociales), materiales (dejar el hogar, los objetos personales) y de posición social: en ocasiones se cambia el concepto que se tiene de sí mismo, adoptando posturas de desvalimiento, que posteriormente no se corresponden con la realidad (Ramos et al, 2003). También se tiende a asociar ingreso en residencia con dependencia, debilidad, pérdida del control de la propia vida (Salvarezza, 2000).

Según plantea España y Gutiérrez (2004) adecuarse a la vida en residencias es especialmente difícil cuando se habla de una tercera edad, caracterizada por su gran heterogeneidad, que tiene que dejar espacios, posesiones personales, rutinas y adaptarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferentes. A estas pérdidas hay que sumar, que en muchos casos se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa (Papalia & Olds, 2004). Ramos et al. (2003) plantean que el residente tendrá que ir acoplándose a nuevas exigencias ambientales, problemas de organización, cambios de habitación, compañeros diversos, y también a su propia evolución en el hogar geriátrico.

Salvarezza (2000), por otra parte indica, que el proceso de Institucionalización facilita la aparición de situaciones poco positivas para las personas que la experimentan y más aún en esta última etapa de la vida

Dentro de las condiciones sociales, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) considera como un indicador importante en la fragilidad de los ancianos el de si el anciano vive solo, sin compañía ni apoyo. Teniendo en cuenta que debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, principalmente, cuando se presentan procesos de

Institucionalización que conllevan a cambios importantes en la vida de la persona (Puig, Lluch & Ávila, 2009).

Dicha soledad ha sido definida por muchos autores de diversas formas, pero en principio se desarrollará el concepto general que se está evaluando en esta investigación, el cual define soledad social como los déficits existentes en el soporte social del sujeto tanto a nivel familiar, a nivel conyugal y a nivel social, así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar crisis existencial en ellos (Rubio & Alexandre, 1997). Este concepto abarca diferentes aspectos como la tenencia o no de amigos, la cual es evaluada dentro del factor social presente en los cuatro factores que definen la soledad social objeto de investigación.

Los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge son evaluados por medio de los factores soledad familiar y conyugal y la crisis existencial se evalúa por medio de la aceptación o no de los otros y las relaciones que se tiene con los mismos. (Rubio & Alexandre, 1999).

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción y angustia (Rubio, 2004). Por otra parte, Bazo (1989) y Rubio (2004) plantean que la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.

Según plantea Álvarez (2006), el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una falta de algo que se necesita, o aparece, cuando el sujeto no haya un otro afín con el que complementarse.

Por otra parte, no nos debe sorprender, que se manifiesten un gran número de personas que evitan relacionarse con los demás, que prefieren estar solos, evitar al máximo asistir a eventos sociales, a actividades de grupo, pues se siente que éstos no los

llenar, que más bien les causa problemas, aburrimiento, estrés. Según Pinazo y Sánchez (2006) la soledad constituye una experiencia básicamente subjetiva, ya que hay personas que pueden sentirse solos aún estando en compañía y personas que estando solos no sienten la soledad.

Bazo (1991) indica que en efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema, todos pasamos tiempo solos y nos viene bien para conseguir ciertos objetivos. A veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es así. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores (Rubio, 2004).

Sentirse solo, en cambio, según afirman Laforest (1991) y Bermejo (2005) es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran.

Salvarezza (2000) plantea la soledad, como un estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva. Expone, que la soledad, está entramada en la subjetividad caracterológica, es decir, cada persona la experimenta de diferente manera, y está anclada en la historia personal.

Por otra parte, según señala Moragas (1991), la soledad es un estado de falta de sociabilidad, asimilable a una patología de lo social y se basa en el hecho de que a mayor edad menor número de miembros de su generación sobreviven. Aparece entonces la sensación de soledad generacional, al comprobar que desaparecen las personas con las que se había vivido experiencias comunes: educación, servicio militar, ocupación, trabajo, ocio, etc.

De igual manera, puede entenderse la soledad como la experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes; distinguiéndose la soledad objetiva (falta de apoyo y compañía) de la soledad subjetiva (percepción de sentirse solo) (Puig, Lluch & Ávila, 2009).

Como experiencia subjetiva, la soledad tiene también su propio umbral en función, entre otras cosas, como tipo de personalidad, los valores culturales interiorizados, y sería el nivel mínimo de contacto social que una persona necesita para evitar la experiencia subjetiva de soledad (Rubio & Aleixandre, 1997).

López (1993) plantea que la jubilación es una experiencia particularmente importante en la generación de la experiencia de soledad. El riesgo viene, sobre todo, por una parte, por la desorganización de la vida que se produce y la falta de iniciativa para encarar la nueva realidad, una realidad dominada por la ruptura definitiva con las obligaciones laborales y en su lugar, la gran cantidad de tiempo de que se dispone y por la posibilidad de que el abandono del mercado de trabajo conlleve un proceso paralelo de desvinculación social.

El Centro Colombiano de Psicología Gerontológica (2004), plantea que el trabajo satisface necesidades que van más allá de la supervivencia, como las de aceptación y estatus social, relación y trascendencia. Por ello, el desempleo y también la precarización laboral, tienen consecuencias negativas, no sólo económicas, sino psicológicas y sociales.

En realidad, las pérdidas sociales que comporta la jubilación no tienen por qué valorarse siempre en términos cuantitativos. De hecho, muchas personas las padecen con tanta o más intensidad dependiendo de la valoración cualitativa. En efecto, el proceso de jubilación suele motivar un empobrecimiento de las relaciones sociales que se mantenían con los antiguos compañeros del trabajo (Iglesias, 2001).

Considerada como una retirada progresiva de la actividad profesional, la jubilación es inevitable e incluso natural. Es inherente al proceso de envejecimiento, en razón del declive fisiopsicológico del organismo. Frecuentemente, sin embargo, la adaptación a la jubilación es vivida por la persona que envejece como uno de los períodos más críticos de su vida (Laforest, 1991).

No obstante, no es la jubilación la experiencia más traumática y generadora de la experiencia de soledad en su dimensión de displacer. La pérdida de la pareja y de las

relaciones más significativas de afecto y convivencia tienen un impacto significativamente mayor.

Bazo (1991) plantea que el sentido acumulativo con que se producen ambos sucesos, la pérdida del rol laboral y la del rol conyugal, activa en gran medida las posibilidades para la aparición de problemas como el aislamiento social y la soledad. Ello se agudiza cuando ambos sucesos y experiencias se producen en un período de tiempo relativamente breve, porque entonces en unos pocos años, la persona ve alterada muy bruscamente su trayectoria vital justo en las dos esferas más importantes sobre las que se apoyaba, la familia y el trabajo.

Iglesias (2001) afirma que efectivamente, la viudez, como término de la relación matrimonial, comporta un elevado riesgo de soledad subjetiva para muchos mayores que no hallan la confianza de nadie igual que el marido o la esposa en quien depositar sus secretos, desahogar sus problemas o, simplemente, manifestar sus inquietudes.

El percibir con certeza que la ausencia de la intimidad conyugal se prolongará durante el resto de sus días hace que algunos mayores viudos sean víctimas por momentos del problema de la soledad o peor aún, que acaben por sufrirlo de una manera permanente. Algunas personas mayores incluso desearían morir antes que su pareja con la que conservan el amor, para no sentir, cuando ya no les quede casi nada, la pérdida del único y mayor alivio con el que aún se consuelan y alivian (Rubio & Alexandre, 1997).

Por el contrario, las relaciones de pareja estables como el matrimonio disminuye el estrés y, por ende, los niveles de soledad en las personas (Salazar, 1999).

Rubio y Alexandre (2001) señalan que la cercanía que se tenga con la familia geográficamente hace que los adultos mayores se sientan menos solos. Cuando sus redes sociales que son principalmente la familia se encuentra cerca a ellos, tanto física como emocionalmente, el adulto mayor se siente menos solo.

Un estudio sobre soledad en la vejez elaborado por la Universidad de Granada (UGR) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO demostró que el 20% de las

personas de la tercera edad de la provincia de Granada se sienten solos, y los colectivos más afectados son las mujeres que viven sin compañía y aquellos que necesitan de teleasistencia (Bermejo, 1994).

Teniendo en cuenta estos datos, la directora del Gabinete de Calidad de Vida de la Universidad de Granada, Rubio (2004) planteó que la mujer ha tenido un papel determinante en la sociedad, primero como esposa y luego como madre, y cuando estos roles desaparecen se siente "sola y vacía".

Según Bermejo (2005) la soledad que padecen las personas mayores que se sienten solas, independiente de que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social, es una soledad subjetiva, ya que, no se trata de ausencia como tal, sino de ese sentimiento doloroso y temido, a quedarse solas sin confundirse esto con sentimientos de aislamiento social.

Rubio y Aleixandre (2001) plantean que se puede estar aislado sin sentir soledad o se puede tener numerosos contactos y sentirse terriblemente solo.

Por otra parte, cabe resaltar, la diferencia que existe entre la soledad y el aislamiento, ya que, contrario a la soledad, el aislamiento es algo observable y cuantificable que remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo; es la falta de compañía y de encuentro con otros significativos (Salvarezza, 2000).

De igual manera, Puig, Lluch y Ávila (2009), afirman que soledad y aislamiento social no son constructos sinónimos, aunque muchas veces están relacionados. El aislamiento hace referencia a la objetividad y a la falta de relaciones y, en cambio, la soledad implica las vivencias o percepciones vividas.

López (1993) indica que al aislamiento se llega por diferentes factores que dependen de variables del comportamiento, tanto de los mayores, que pueden preferir terminar la relación con familia y amigos; o por factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada; por factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano; por factores psicológicos,

especialmente por el “Síndrome de Diógenes” o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados; y por factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del hogar o lugar en el que se encuentre.

Sánchez y Braza (1992) añaden factores sensorio motores, tales como el estado visual, auditivo y locomotor, que constituyen carencias y dificultan claramente las relaciones sociales.

Finalmente, cabe resaltar, que todo ser humano tiende al encuentro, a la relación vital y significativa con los demás, para ocupar sus espacios vacantes previstos para el destino de su ser relacional. Por eso, cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades (de cualquier naturaleza), que nadie se ocupa de ella en un sentido singular y profundo, que a nadie importa directa y verdaderamente, o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío (Álvarez, 2006).

Molinero (1997) señala que cuando la persona comprueba que no puede, que no tiene opción para establecer ese contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita, entonces aparece la soledad.

Es por esto que, Masi (2009) plantea que cambiar la forma de pensar de un individuo acerca de otras personas es la manera más efectiva de reducir la soledad. Centrarse en suposiciones incorrectas para transformarlas sería la mejor manera de reducir la soledad que se pueden modificar con ciertas herramientas, como la terapia cognitivo-conductual (centrada en los patrones de pensamientos que fomentan la inadaptación y en las creencias que subyacen a dichos patrones) o como los ejercicios diseñados para quebrantar modelos de pensamiento insanos. Estas herramientas podrían ayudar a las personas solitarias a afrontar las situaciones sociales con una actitud más positiva (España & Gutiérrez, 2004).

Por otra parte, Laforest (1991) señala que para solucionar de modo positivo la crisis de la vejez, los ancianos necesitan vivir en un contexto relacional adecuado, con unos

acontecimientos que les transmitan los mismos mensajes que tiempo atrás como por ejemplo eres alguien, existes, eres importante, eres estimado, eres competente etc.

Pero no hay que obviar como lo plantea Álvarez (2006) que existe también esa otra soledad elegida para el desarrollo de una vida interior que es vivida de manera positiva para utilizar el ingenio y la creatividad.

Para efectos del presente trabajo en relación al desarrollo de la Fase I, es necesario definir en qué consiste el proceso de validación. En términos estadísticos, la validez se define como la proporción de la varianza verdadera que es relevante para los fines del examen. El término relevante se refiere a lo que es atribuible a la variable, características o dimensión que mide la prueba (Hernández, Fernández & Batista, 2006).

En este sentido, generalmente la validez de un test se define ya sea por medio de la relación entre sus puntuaciones con alguna medida de criterio externo, o bien la extensión con la que la prueba mide un rasgo subyacente específico hipotético o constructo (Cerdà, 1984).

En términos psicométricos, la validez es un concepto que ha pasado por un largo proceso evolutivo, desde aquella posición que sostenía que un test es válido para aquello con lo que correlaciona (Guilford, 1946, citado por Muñiz, 1996), hasta la más reciente que la entiende como un juicio evaluativo global en que la evidencia empírica y los supuestos teóricos respaldan la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones y acciones en base a los puntajes de las pruebas, que son función no sólo de los ítems sino también de la forma de responder de las personas así como del contexto de la evaluación (Hernández et al, 2006).

Es decir, lo que se valida no es la prueba sino las inferencias hechas a partir de la misma, lo que tiene dos importantes consecuencias: a) el responsable de la validez de una prueba ya no es solo su constructor sino también el usuario, y b) la validez de una

prueba no se establece de una vez por todas sino que es resultado de la copia de evidencias y supuestos teóricos que se dan en un proceso evolutivo y continuo que comprende todas las cuestiones experimentales, estadísticas y filosóficas por medio de las cuales se evalúan las hipótesis y teorías científicas (Messick, 1995).

En este contexto, el concepto validez refiere a la adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar tales inferencias. Una variedad de evidencias pueden obtenerse de las puntuaciones producidas por un test dado, y hay muchas formas de acumular evidencia para apoyar una inferencia específica (Cerdà, 1984).

La validez, sin embargo, es un proceso unitario. Aunque la evidencia puede ser acumulada de muchas formas, la validez se refiere siempre al grado en que esa evidencia apoya las inferencias que se hacen a partir de las puntuaciones (Hernández et al, 2006).

La validez no se puede resumir en un solo indicador o índice numérico, al igual que ocurre con la confiabilidad (el coeficiente de confiabilidad), sino que la validez de las puntuaciones de un test se asegura mediante la acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones. Cronbach (1954) estableció cuatro tipos: validez de contenido, validez predictiva, validez concurrente y validez de constructo. Actualmente se coincide, desde el punto de vista científico, que la validez más utilizada es la validez de constructo (Messick, 1995). Validación que ha de hacerse en un marco teórico, pues se trata en última instancia de confirmar o explicar las inferencias que se hagan de los puntajes.

Hernández et al (2006) plantea que, la validez de constructo está referida al grado en que cada prueba refleja el constructo que dice medir, elaborándose operativamente cuando el usuario desea hacer inferencias acerca de conductas o atributos que pueden agruparse bajo la etiqueta de un constructo particular. Su lógica en muchos aspectos así

como en sus métodos, es esencialmente la del método científico, pudiendo verse como la elaboración de una “miniteoría” acerca de una prueba cuyas hipótesis deben someterse a contraste con evidencias que provengan de diferentes fuentes como la de los tipos de validez propuestos por Cronbach, entendidas como estrategias de validación, en vista que cada tipo de inferencia requerirá una estrategia distinta para la obtención de las evidencias (Muñiz, 1996).

En el estudio de la validez de constructo estas evidencias están relacionadas a cinco aspectos: a) **Contenido** (relevancia y representatividad del test); b) **Sustantivo** (razones teóricas de la consistencia observada de las respuestas); c) **Estructural** (configuración interna del test y dimensionalidad); d) **Generalización** (grado en que las inferencias hechas a partir del test se pueden generalizar a otras poblaciones, situaciones o tareas); e) **Externo** (relaciones del test con otros tests y constructos); f) **Consecuencia** (consecuencias éticas y sociales del test) (Hernández et al, 2006).

La validez empieza a considerarse como el grado en que cada test refleja el constructo que dice medir y que las relaciones entre tests que miden distintos constructos reflejan las relaciones hipotetizadas entre ellos (Messick, 1995). En este sentido, al estimarse que la validez de un test es la validez de constructo la que ha de hacerse en un marco teórico, ya no se tiende a hablar de tipos de validez sino de categorías o estrategias de validación comprendiendo éstas a los tipos tradicionales de validez: validez de contenido, validez empírica y validez de constructo (Aiken, 1996).

Si se tiene en cuenta que lo que se valida no es el test sino las inferencias hechas a partir del mismo, cada tipo de inferencia requerirá una estrategia distinta. (Muñiz, 1996).

Según Aiken (1996) la validez de contenido consiste en determinar lo adecuado del muestreo de reactivos del universo de reactivos posibles; en este sentido, es una medida de lo adecuado del muestreo.

Este tipo de validez consiste según Hernández et al (2006), en una serie de estimaciones u opiniones, que no proporcionan un índice cuantitativo de validez (para su obtención no se utiliza procedimientos estadísticos). Este tipo de validez Cerdà (1984) se asocia fundamentalmente a los tests de aprovechamiento o rendimiento (test de matemática, historia, etcétera); aunque no existen razones para que no pueda aplicarse a los otros tipos de pruebas psicológicas (pruebas de aptitudes, habilidades, etcétera) para su determinación se compara sistemáticamente los reactivos del test con el dominio conductual del contenido postulado.

En consecuencia, según plantea Aiken (1996) el aspecto clave en la validez de contenido es el muestreo de los reactivos. En otras palabras, la validez de contenido es cuestión de determinar si la muestra de sus reactivos es representativa del universo o dominio conductual de ítems al que supuestamente representa.

Para hacer esta determinación se recurre a jueces o expertos según plantea Hernández et al (2006). El proceso es básicamente lógico y racional, los distintos jueces pueden no estar de acuerdo en la validez de contenido de un test; por ejemplo, la falta de claridad en la especificidad del dominio conductual, hará que resulten difíciles los juicios de validez de contenido.

Finalmente, hay que tener en cuenta, la distinción que hay entre la validez y la confiabilidad según el error. Por una parte, la confiabilidad se basa en lo que se considera como error; y por otra, a la validez le interesan los errores constantes o sistemáticos y en la confiabilidad los errores aleatorios no sistemáticos (Hernández et al, 2006).

5. METODOLOGÍA

Diseño

Investigación cuantitativa, transversal descriptiva, ya que, buscó identificar la presencia de la soledad social en una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

Población y muestra

La investigación se realizó con una muestra de adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana como Floridablanca, Girón y Piedecuesta.

La participación de los voluntarios en el estudio fue respaldada por el Artículo 0008430 y la resolución número 8430 de 1993 de las consideraciones éticas de Investigación en Colombia pronunciado por el Ministerio de salud el 4 de octubre y por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Participantes y criterios de inclusión

Los participantes en la investigación fueron 161 adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana como Girón, Floridablanca y Piedecuesta, de los cuales 75 hacen parte de la población Institucionalizada y los otros 86 son población no Institucionalizada, seleccionados por criterio de conveniencia como la edad que fue de 65 años en adelante, el género masculino y femenino, al igual que la elección de la población tanto Institucionalizada como la no Institucionalizada; teniendo en cuenta que la primera, se escogió de Bucaramanga: centros Geriátricos San Rafael y San Antonio; Girón: del Centro de bienestar del adulto mayor “el Señor de los Milagros”; Piedecuesta: Hogar San Francisco Javier; y Floridablanca: Centro de Bienestar del anciano “Juan Pablo II”. Por otra parte, la población de adultos mayores no Institucionalizados fue elegida teniendo en cuenta los adultos mayores que asisten al

Parque recreacional de la tercera edad de Lagos- Floridablanca, los cuales se distribuyen en diferentes grupos y se reúnen en diversos puntos tales como el parque de Girón, el de Piedecuesta y algunos barrios de Bucaramanga.

Para la elección de la población, se estableció un margen de error del 7 % con un nivel de confianza del 95 %.

Instrumento

Escala de soledad social (ESTE- R II): fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

Esta escala consta de 30 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre), cuya puntuación oscila entre 1 y 5, teniendo en cuenta que algunas preguntas tienen la puntuación invertida. Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores que son: 1) Soledad familiar, 2) Soledad conyugal, 3) Soledad social, 4) Crisis existencial y abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge. La suma de los cuatro factores mencionados anteriormente se considera soledad social.

Procedimiento

Los pasos que se realizaron para el desarrollo de la presente investigación fueron los siguientes:

Fase 1. Validación de la Escala de Soledad Social (ESCALA ESTE R-II) en la población adulta mayor de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana como Girón, Floridablanca y Piedecuesta.

2. Revisiones de la escala ESTE R II.

3. Modificación de las preguntas, hacia la población Colombiana.
4. Aplicación del instrumento a 3 especialistas en el área para la validación por jueces.
5. Correcciones de la escala una vez realizada la aplicación.
6. Estructuración del instrumento.
7. Aplicación de la escala como prueba piloto a 40 adultos mayores.
8. Modificación de los ítems, a los que se les realizaron críticas por los adultos mayores (6-7-9-10-13-26).
9. Estructuración final de la escala, tanto de sus ítems como de su forma de calificación.
10. Aplicación de la escala a 161 adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.
11. Análisis de datos mediante el programa estadístico SPS 18.
12. Determinación de la confiabilidad y Validez.

Para determinar la confiabilidad de la escala de soledad social ESTE R II, se empleó la prueba Alfa de Cronbach. La estrategia llevada a cabo para determinar su validez, fue el análisis factorial. Este, es definido como una técnica estadística que examina la estructura interna de las unidades de medida, midiendo si los indicadores tienen algo en común. Mide las correlaciones entre las variables e intenta descubrir si hay algo subyacente, lo que aflora a través de la extracción de factores (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

En el empleo del análisis factorial se tuvo en cuenta el método de componentes principales con rotación varimax, el cual permite la selección de las variables dentro de cada factor (Hernández et al, 2006).

Fase 2. Identificación de la Soledad Social en una muestra de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

1. Encuentro con cada población para la vinculación de los participantes a la investigación.
2. Visitas a los Hogares Geriátricos de Bucaramanga: San Rafael y San Antonio; de Girón: al Centro de bienestar del adulto mayor “El Señor de los Milagros”; de Piedecuesta: al Hogar San Francisco Javier; y de Floridablanca: al Centro de Bienestar del anciano “Juan Pablo II” y al parque recreacional de la tercera edad de lagos (Floridablanca Santander).
3. Selección de la muestra poblacional para la investigación.

Se realizó de forma aleatoria, por medio del muestreo no probabilístico por conveniencia.

4. La fórmula empleada para determinar el tamaño de la muestra óptimo para la investigación fue:

$$n = \frac{NPQ}{(N - 1) \left(\frac{\text{Error}}{Z} \right)^2 + PQ}$$

n: Tamaño de la muestra.

N: Población total.

P: Proporción de aceptación.

Q: Proporción de rechazo.

Error: Error de estimación (%).

Z: Constante de confiabilidad.

El N poblacional de la presente investigación fue de 861 adultos mayores. Este número, lo conforman las personas mayores que cumplieron los criterios de inclusión

mencionados anteriormente tales como la edad, que fuera mayor a 65 años, de sexo masculino y femenino, y la Institucionalización y la no Institucionalización teniendo en cuenta que pertenecieran a los hogares geriátricos de los cuales se ara mención a continuación.

En cuanto a la población Institucionalizada la cifra fue de 399 equivalente a un 46,35% de adultos mayores que pertenecen a los Hogares Geriátricos de Bucaramanga como el San Rafael con una cifra de 117 adultos mayores de los cuales se tomo como muestra a 22 de ellos, y San Antonio con 122 adultos de los cuales se tomo como muestra a 23 de ellos; de Girón como el Centro de bienestar del adulto mayor “El Señor de los Milagros” con 31 adultos de los cuales se tomo a 6 de ellos; de Piedecuesta como el Hogar San Francisco Javier con 79 adultos, de los cuales se tomo como muestra a 15 de ellos, y de Floridablanca como el Centro de Bienestar del anciano “Juan pablo II” con 50 adultos de los cuales se tomo a 9 de ellos.

Por otra parte, la cifra de los adultos mayores no Institucionalizados fue de 462, equivalentes a un 53,65 % de la población tanto de Bucaramanga, Girón, Floridablanca y Piedecuesta. Dicha población fue tomada teniendo en cuenta los adultos mayores que se encuentran inscritos a la unidad deportiva del parque de la tercera edad de lagos Floridablanca, los cuales se dividen en diferentes grupos y se reúnen en distintos lugares como lo son Bucaramanga con 56 adultos, de los cuales se tomo como muestra 10 de ellos, Girón con 61 adultos de los cuales se tomo como muestra 12 de ellos, Floridablanca con 289 adultos, de los cuales se tomo como muestra 54 de ellos y Piedecuesta con 56 adultos, de los cuales se tomo como muestra a 10 de ellos.

5. Consentimiento informado, registro de la voluntariedad en la participación del estudio.

6. Aplicación del instrumento la Escala de soledad social (ESCALA ESTE R-II).

Su aplicación fue de forma individual y presencial.

Se informó a cada participante que sus respuestas serían completamente anónimas y que no había respuestas correctas e incorrectas.

7. Calificación de cada una de las pruebas aplicadas tanto a la población Institucionalizada como a la no Institucionalizada.

8. Análisis de resultados.

El análisis de los resultados se realizó por medio de la herramienta estadística SPSS 18.

En un primer lugar, se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS 18, y se analizaron los resultados arrojados por medio del mismo.

Descripción de los resultados obtenidos con la aplicación de la escala ESTE-R II en cada población de referencia.

En general, los datos obtenidos permitieron ver, que existe soledad social tanto en la población Institucionalizada, como en la no Institucionalizada, siendo la población femenina, la que presento puntuaciones altas en soledad social 9,1, a diferencia de la población de sexo masculino quienes presentaron medias mas altas en los factores soledad familiar 34,3, soledad conyugal 20,8 y crisis existencial 27,2.

Comparación de los datos obtenidos tanto de los adultos Institucionalizados como de los no Institucionalizados.

Por medio de los resultados obtenidos, se logro conocer, que la población adulta mayor Institucionalizada presenta soledad social con puntuaciones mas altas en los cuatro factores evaluados por medio de la escala, en comparación con la población no Institucionalizada.

6. RESULTADOS

Fase I.

En primer lugar, los resultados describen las propiedades psicométricas obtenidas para la ESCALA ESTE-R II, una vez realizado el proceso de validación al contexto Colombiano, es decir, se relacionan los procedimientos estadísticos empleados en el proceso de determinar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de la escala y los respectivos coeficientes obtenidos. En la segunda parte se identifica la población muestral y se describen los resultados obtenidos con la aplicación de la escala ESTE-R II en la población de referencia.

Propiedades de la ESCALA ESTE R II como instrumento de medida.

Las propiedades psicométricas de la ESCALA ESTE-R II validada al contexto están expresadas a través de su Confiabilidad y Validez.

Confiabilidad.

Hace referencia a la precisión, consistencia y estabilidad de las puntuaciones de un test a través de diferentes situaciones (Martínez, 1995). Un coeficiente de confiabilidad es el valor estadístico que indica la correlación entre dos grupos de puntajes, deja ver el grado en que los sujetos mantienen sus posiciones dentro de un grupo. En la determinación de la confiabilidad de la escala de soledad social ESTE R II, se empleó la prueba Alfa de Cronbach y dicha confiabilidad se expresa con el coeficiente de confiabilidad obtenido en la prueba.

Tabla 1. Coeficiente de fiabilidad ESCALA ESTE-R II

Alfa de Cronbach	N de elementos
,934	30

La tabla 1 presenta un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de (.934), lo que indica que existe una muy alta fiabilidad para la ESCALA ESTE-R validada en el contexto Colombiano, ya que según Hernández et al (2006), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.

La alta confiabilidad de la escala ESTE R II, además, es superior a la obtenida en la revisión hecha a dicha escala en el año 2010 la cual tuvo una fiabilidad de (.915) (Rubio & Alexandre 1999). Estos datos muestran que la escala ESTE R II es un instrumento de medida con una muy alta confiabilidad y validez, lo cual puede ser una razón para encontrar datos significativos; y se puede tener la certeza de que los datos que se pueden obtener por medio de la aplicación de dicha escala serán precisos y cumplirán con el objetivo que se pretenda alcanzar.

Validez.

Lo que se buscó definir con la validez de la escala ESTE R II fue el grado con el cual ésta mide aquello para lo cual se diseñó. La estrategia empleada para determinar su validez, fue el análisis factorial, el cual es, una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables (Hernández et al, 2006).

Por medio de este, se evaluaron los factores que subyacen en las intercorrelaciones de los ítems que constituyen la escala. En el empleo del análisis factorial se tuvo en cuenta el método de componentes principales con rotación varimax, el cual permite la selección de las variables dentro de cada factor (Batista & Hernández, 2006). Como

criterio para determinar el número de factores a conservar se tuvo en cuenta que ya existe una idea previa de cuantos factores contiene la escala y cuáles son.

Tabla 2. Varianza total explicada por cuatro factores para la escala ESTE-R II

Componente	Autovalores iniciales			Suma saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	11,408	38,026	38,026	8,059	26,864	26,864
2	2,842	9,473	47,499	3,718	12,394	39,258
3	2,099	6,998	54,497	3,676	12,252	51,510
4	2,019	6,731	61,228	2,915	9,718	61,228
5	1,168	3,894	65,122			
6	1,024	3,415	68,537			
7	,905	3,015	71,553			
8	,836	2,787	74,339			
9	,808	2,693	77,032			
10	,663	2,210	79,242			
11	,644	2,147	81,390			
12	,557	1,856	83,246			
13	,534	1,780	85,026			
14	,514	1,712	86,738			
15	,461	1,536	88,274			
16	,410	1,367	89,641			
17	,399	1,329	90,970			
18	,386	1,285	92,256			

19	,352	1,172	93,428
20	,316	1,052	94,480
21	,263	,875	95,355
22	,244	,812	96,167
23	,232	,773	96,940
24	,204	,679	97,620
25	,175	,582	98,202
26	,161	,536	98,738
27	,129	,429	99,167
28	,107	,356	99,523
29	,081	,270	99,793
30	,062	,207	100,000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El análisis factorial de la ESCALA ESTE-R arrojó que la solución de cuatro factores explica un 61,2% de la varianza de los datos originales; siendo el componente uno, el que explica la mayor proporción de esta varianza (38,0%). Estos datos indican, que en el factor soledad familiar, se encuentra reflejado el 38,0% de la variabilidad de la solución factorial de los ítems de la escala ESTE R II validada al contexto Colombiano.

Tabla 3. Solución factorial ESCALA ESTE-R II

Variables	Componente			
	1	2	3	4
SolFam10	,877			

Estudio comparativo sobre soledad social 43

SolFam11	,851		
SolFam12	,850		
SolFam20	,849		
SolFam16	,841		
SolFam9	,829		
SolFam17	,768		
SolFam19	,762		
SolFam8	,715		
SolFam18	,674		
SolFam1	,583		
SolFam2	,529		
CrisExis25	,509		,426
SolCony4		,877	
SolCony7		,850	
SolCony5		,844	
SolCony3		,726	
SolCony6		,644	
CrisExis28			,799
CrisExis27			,792
CrisExis29			,758
CrisExis30			,621
CrisExis24			,540
CrisExis26			
SolSoc15			,799

SolSoc14		,779
SolSoc23		,700
SolSoc22		,695
SolSoc21	,401	,407
CrisExis13		

En la tabla 3 se encuentra la solución factorial para la ESCALA ESTE-R, contiene las correlaciones (o saturaciones) mayores a 0,40 entre las variables originales y cada uno de los factores. La razón de visibilizar las saturaciones mayores a 0,4 tiene que ver con que uno de los objetivos del análisis factorial que es identificar los mayores pesos factoriales (correlaciones entre las variables y los factores) y las correlaciones incorrectas entre factores.

Comparando en la tabla 3 las saturaciones relativas de cada variable en cada uno de los cuatro factores, se puede apreciar que el primer factor está constituido por las 12 variables referidas a Soledad familiar, junto con la variable 25, de Crisis existencial y la 21 de Soledad social que presentan una doble saturación. El segundo factor recoge el grupo de las 5 variables referidas a Soledad conyugal. El tercer factor está conformado por 5 de las 7 variables referidas a Crisis existencial. Por último, el cuarto factor está formado por las 5 variables de Soledad social.

Aun cuando no aparece visible en la tabla, se pudieron identificar cargas factoriales bajas (inferiores a 0,40) en el ítem 26 de (0,368) y en el ítem 13 de (-0,313) correspondientes al factor Crisis existencial. Igualmente en la tabla puede observarse la doble saturación que presentan los ítems 21 correspondiente a soledad social y el ítem 25 correspondiente a crisis existencial.

Con la salvedad de los ítem que presentan saturaciones bajas o dobles y sobre los que habrá que tomar decisiones sobre su sostenimiento en la escala o su revisión, la solución de cuatro factores obtenida mediante el análisis factorial muestra concordancia con el modelo teórico referido a cómo evaluar la presencia de soledad social en el adulto

mayor a nivel (familiar, conyugal, social), así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar crisis existencial.

Análisis de resultados obtenidos por medio de la aplicación de la ESCALA ESTE R II a la población de referencia.

La fórmula empleada para determinar el tamaño de muestra óptimo para la investigación fue la siguiente:

Población muestral.

La población muestral estuvo constituida por 161 casos. Su distribución por condición de institucionalizados o no, puede verse en la tabla 4.

La fórmula empleada para determinar el tamaño de la muestra óptimo para la investigación fue:

$$n = \frac{NPQ}{(N - 1) \left(\frac{\text{Error}}{Z}\right)^2 + PQ}$$

- n: Tamaño de la muestra.
- N: Población total.
- P: Proporción de aceptación.
- Q: Proporción de rechazo.
- Error: Error de estimación (%).
- Z: Constante de confiabilidad.

Tabla 4. Condición de institucionalizados o no

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Institucionalizados	75	46,6

No institucionalizados	86	53,4
Total	161	100,0

De acuerdo con la tabla 4, la población no institucionalizada constituye una mayor proporción de casos (53,4%) frente a la institucionalizada (46,6%). Lo anterior indica, que actualmente, la mayoría de adultos mayores conviven en su hogar, en su núcleo familiar, y pasan la etapa de la vejez, rodeados por familiares y amigos.

Tabla 5. Distribución por Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	108	67,1
Masculino	53	32,9
Total	161	100,0

La tabla 5 indica la distribución de la población por sexo y muestra que en mayor proporción los casos son de sexo femenino (67,1%), frente a los de sexo masculino (32,9%). Lo anterior indica, que en la población del estudio existe una feminización de la mujer es decir, hay más mujeres que envejecen en comparación con los hombres. Esto lleva a pensar, que los hombres mueren mas rápido que las mujeres, ya sea por complicaciones en la salud o por situaciones particulares.

Tabla 6. Distribución de los institucionalizados o no por sexo

Condición		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Institucionalizados	Nº de personas	34	41	75
	% dentro de Condición	45,3%	54,7%	100,0%
No institucionalizados	Nº de personas	74	12	86

	% dentro de Condición	86,0%	14,0%	100,0%
Total	Nº de personas	108	53	161
	% dentro de Condición	67,1%	32,9%	100,0%

De acuerdo con la tabla 6, entre el grupo de los no institucionalizados los casos de sexo femenino constituyen la mayor proporción (86,0%); en tanto que entre los institucionalizados, la mayor proporción la constituye el grupo de sexo masculino (54,7%). Lo que indica, que las mujeres envejecen principalmente dentro de su núcleo familiar, en cambio los hombres terminan su ciclo de vejez dentro de Instituciones geriátricas, ya sea por su consentimiento o por no tener un hogar en donde culminar esta etapa de sus vidas.

Tabla 7. Distribución por Edad

Años	Frecuencia	Porcentaje
65 a 80	120	74,5
81 a 95	41	25,5
Total	161	100,0

La tabla 7 deja ver que la totalidad de los casos tienen edades iguales o mayores a 65 años, en un rango que va de los 65 a los 95 años. El subrango de 65 a 80 años constituye una mayor proporción (74,5%) frente al subrango de 81 a 95 años (25,5%). Esto quiere decir, que en una mayor proporción, los adultos mayores que envejecen se encuentran en edades que oscilan entre 65 a 80 años según la población encuestada.

Tabla 8. Distribución por Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	45	28,0
Separado	10	6,2

Viudo	63	39,1
Soltero	43	26,7
Total	161	100,0

Siguiendo la tabla 8, en mayor proporción los casos están constituidos por personas viudas (39,1%); seguido, en menor proporción por los casados (28,9%), los solteros (26,7%) y, finalmente, los separados (6,2%). Lo que indica, que en la actualidad, las personas mayores llegan a la etapa de la vejez, solas en cuanto se refiere a su compañero sentimental, ya que este fallece, a mas temprana edad.

Tabla 9. Distribución de los institucionalizados o no por Estado civil

Condición		Estado civil				Total
		Casado	Separado	Viudo	Soltero	
Institucionalizados	Recuento	7	5	32	31	75
	% dentro de Condición	9,3%	6,7%	42,7%	41,3%	100,0%
No institucionalizados	Recuento	38	5	31	12	86
	% dentro de Condición	44,2%	5,8%	36,0%	14,0%	100,0%
Total	Recuento	45	10	63	43	161
	% dentro de Condición	28,0%	6,2%	39,1%	26,7%	100,0%

De acuerdo con la tabla 9, entre el grupo de los no institucionalizados los casos de estado civil casado constituyen la mayor proporción (44,2%), seguido en menor proporción por viudo (36,0%), soltero (14,0%) y separado (5,8%); Esto indica, que la población adulta mayor no Institucionalizada, convive en su gran mayoría con su familia, en tanto que los institucionalizados, en su mayor proporción esta constituida por el grupo de estado civil viudo (42,7%), seguido en menor proporción por soltero (41,3%, casado (9,3%) y separado (6,7%). Lo que pude indicar, que la

Institucionalización, esta dada por la viudez, por la pérdida de la pareja con la que se habían compartido durante muchos años.

Los casos que constituyen la población muestral provienen tanto de Bucaramanga, como de los tres municipios que constituyen su Área Metropolitana: Floridablanca, Girón y Piedecuesta.

Tabla 10. Distribución por Municipio

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Bucaramanga	55	34,2
Floridablanca	63	39,1
Girón	18	11,2
Piedecuesta	25	15,5
Total	161	100,0

Según la tabla 10, la mayor proporción de casos proviene del municipio de Floridablanca (39,1%), seguido en menor proporción por los casos provenientes de Bucaramanga (34,2%), Piedecuesta (15,5%) y Girón (11,2%). Lo cual indica, que teniendo en cuenta la población de referencia, en Floridablanca se encuentra la mayoría de adultos mayores que participaron en el estudio.

Tabla 11. Distribución de los institucionalizados o no según Municipio de origen

Condición		Municipio				Total
		Bucaramanga	Floridablanca	Girón	Piedecuesta	
Institucionalizados	Recuento	45	9	6	15	75
	% dentro de Condición	60,0%	12,0%	8,0%	20,0%	100,0%
No institucionalizados	Recuento	10	54	12	10	86
	% dentro de Condición	11,6%	62,8%	14,0%	11,6%	100,0%

Total	Recuento	55	63	18	25	161
	% dentro de Condición	34,2%	39,1%	11,2%	15,5%	100,0%

Tal como puede observarse en la tabla 11, entre el grupo de los no institucionalizados los casos provenientes del municipio de Floridablanca constituyen la mayor proporción (62,8%), seguido en menor proporción por los casos provenientes de Girón (14,0%) y con similar proporción, de Bucaramanga y Piedecuesta (11,6%); en tanto que entre los institucionalizados, la mayor proporción la constituye los casos provenientes de Bucaramanga (60,0%), seguido en menor proporción por los casos provenientes de Piedecuesta (20,0%), Floridablanca (12,0%) y Girón (8,0%).

Soledad social identificada en adultos mayores Institucionalizados o no.

La identificación de soledad social en la población adulta mayor, así como el sentimiento que esta puede provocar en ellos, se analizó a partir de los cuatro factores relevantes que la enmarcan como lo son el factor Soledad familiar, el factor Soledad conyugal, el factor Soledad social y el factor Crisis existencial. Las variables condición de institucionalizados o no de la población adulta mayor, su sexo, estado civil y Municipio se emplearon para constituir grupos sobre los cuales se buscó identificar diferencias presentes en los factores mencionados anteriormente.

En la identificación de diferencias en un factor entre los grupos generados por las variables condición de institucionalizados o no y sexo, se empleó la prueba T para muestras independientes ($p \leq 0,05$). En la identificación de diferencias en un factor entre los grupos generados por la variable Estado civil, se empleó la prueba de ANOVA de un factor ($p \leq 0,05$) y la extensión de esta prueba, comparaciones múltiples, en el caso de querer identificar entre que grupos específicamente se presentaban estas diferencias (Bonferroni, $p \leq 0,05$). Para evaluar el grado de soledad en cada factor se emplearon distintos puntos de corte en las puntuaciones que se pueden obtener con la ESCALA ESTE-R II, estos se especifican enseguida:

	Soledad familiar	Soledad conyugal	Soledad social	Crisis existencial
Baja	12-32	5-11	5-11	9-18
Media	33-49	12-18	12-18	19-28
Alta	50-60	19-25	19-25	29-40

Tabla 12. Factores ESCALA ESTE-R

Factores	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	161	28,7	16,720
Soledad conyugal	161	19,0	7,204
Soledad social	161	9,0	4,719
Crisis existencial	161	24,4	8,629

En la tabla 12 se pueden identificar las puntuaciones medias con sus respectivas desviaciones típicas obtenidas para cada uno de los factores de la ESCALA ESTE-R. Empleando sobre la tabla 12 los puntos de corte que determinan los distintos grados de soledad identificables en los factores, puede señalarse que entre los adultos mayores la Soledad conyugal es alta (19,0), en tanto que la Crisis existencial es media (24,4) y la Soledad social (9,0) y familiar (28,7) es baja.

Tabla 13. Factores ESCALA ESTE-R II según condición de institucionalizado o no

	Condición	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Institucionalizados	75	40,5	15,865
	No institucionalizados	86	18,4	8,733
Soledad conyugal	Institucionalizados	75	22,9	4,480

	No institucionalizados	86	15,7	7,460
Soledad social	Institucionalizados	75	10,1	5,043
	No institucionalizados	86	8,0	4,228
Crisis existencial	Institucionalizados	75	29,6	7,637
	No institucionalizados	86	19,9	6,734

La tabla 13 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R para cada factor según la condición de institucionalizados o no de la población adulta mayor.

En la tabla 13 se puede identificar que se presentan diferencias en todos los factores en cuanto a si la población adulta mayor se encuentra institucionalizada o no, siendo la población institucionalizada la que presenta las medias más altas. Las diferencias en todos los factores son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Esto indica, que la población Institucionalizada presenta soledad social con puntuaciones altas en cada uno de los factores evaluados por medio de la escala como lo son el factor soledad familiar, el factor soledad conyugal, el factor soledad social y el factor crisis existencial.

Tabla 14. Prueba de muestras independientes para factores ESTE-R II según condición de institucionalizados o no

Factores	Prueba T para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Soledad familiar	10,745	,000
Soledad conyugal	7,548	,000
Soledad social	2,713	,007
Crisis existencial	8,533	,000

Por su grado, la Soledad familiar en la población institucionalizada es media (40,5) y en la no institucionalizada es baja (18,4); la Conyugal en la institucionalizada (22,9) es alta, mientras que en la no institucionalizada (15,7) es media; la Social tanto en la población institucionalizada (10,1), como en la no institucionalizada (8,0) es baja; finalmente, la Crisis existencial es alta en la población institucionalizada (29,6) y media en la no institucionalizada (19,6). Estos datos indican, que en comparación con la población no Institucionalizada, la población Institucionalizada presenta puntuaciones más altas en los cuatro factores evaluados por medio de la escala, lo que muestra que la soledad social que presenta la población Institucionalizada es más alta que la que presenta la no Institucionalizada.

Tabla 15. Factores ESCALA ESTE-R II según condición sexo

	Sexo	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Femenino	108	25,9	16,196
	Masculino	53	34,3	16,521
Soledad conyugal	Femenino	108	18,2	7,443
	Masculino	53	20,8	6,397
Soledad social	Femenino	108	9,1	4,682
	Masculino	53	8,7	4,828
Crisis existencial	Femenino	108	23,0	8,806
	Masculino	53	27,2	7,605

La tabla 15 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R II para cada factor según la condición de sexo de la población adulta mayor.

La tabla 15 deja ver que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por el sexo, siendo la población de sexo masculino la que presenta

las medias más altas en los factores Soledad familiar, Soledad conyugal y Crisis existencial; en tanto que la puntuación media en Soledad social es mayor en la población femenina. Las diferencias por sexo en los factores Soledad familiar, Soledad conyugal y Crisis existencial son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Esto quiere decir, que

Tabla 16. Prueba de muestras independientes para factores ESCALA ESTE-R según condición sexo

Factores	Prueba T para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Soledad familiar	-3,050	,003
Soledad conyugal	-2,215	,028
Soledad social	,461	,645
Crisis existencial	-2,922	,004

Por su grado, la Soledad familiar en la población masculina es media (34,3) y en la femenina baja (25,9); la Conyugal en la masculina es alta (20,8) y en la femenina media (18,2); la Social es baja tanto en la población masculina (8,7), como en la femenina (9,1); finalmente, la Crisis existencial es media tanto en la población masculina (27,2), como en la femenina (23,0). Esto indica, que las mujeres no presentan soledad familiar, y que en comparación con los hombres, presentan niveles bajos o medios de soledad en cada factor.

Tabla 17. Factores ESCALA ESTE-R II según condición sexo en institucionalizados

	Sexo	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Femenino	34	42,2	16,444
	Masculino	41	39,1	15,432

Soledad conyugal	Femenino	34	23,2	3,962
	Masculino	41	22,6	4,898
Soledad social	Femenino	34	10,7	5,023
	Masculino	41	9,5	5,050
Crisis existencial	Femenino	34	30,7	8,354
	Masculino	41	29,0	6,949

La tabla 17 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R II para cada factor según la condición de sexo de la población adulta mayor institucionalizada.

Con base en la tabla 17 se puede señalar que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por el sexo en la población institucionalizada, siendo la población de sexo femenino la que presenta las medias más altas en los cuatro factores; sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Lo anterior indica, que las mujeres en comparación con los hombres, sufren mas el proceso de Institucionalización, pues admiten sentirse solas y estar experimentando en una mayor proporción la soledad social que se investigo.

Tabla 18. Prueba de muestras independientes para factores ESTE-RII según condición sexo en institucionalizados

Factores	Prueba T para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Soledad familiar	,835	,406
Soledad conyugal	,599	,551
Soledad social	1,068	,289
Crisis existencial	1,186	,239

Por su grado, la Soledad familiar en la población institucionalizada masculina (39,1), como femenina (42,2) es media; la Conyugal en la población masculina (22,6), como femenina (23,2) es alta; la Social en la población masculina (9,5), como femenina (10,7) es baja; finalmente, la Crisis existencial es alta tanto en la población masculina (29,0), como en la femenina (30,7). Estos datos explican, que tanto los hombres como las mujeres experimentan crisis existencial en sus vidas, estando vinculados a un hogar geriátrico.

Tabla 19. Factores ESCALA ESTE-R II según condición sexo en no institucionalizados

	Sexo	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Femenino	74	18,5	9,096
	Masculino	12	17,8	6,298
Soledad conyugal	Femenino	74	15,8	7,525
	Masculino	12	14,7	7,278
Soledad social	Femenino	74	8,4	4,349
	Masculino	12	6,2	2,855
Crisis existencial	Femenino	74	19,5	6,492
	Masculino	12	22,3	7,979

En la tabla 19 se presentan las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R II para cada factor según la condición de sexo de la población adulta mayor no institucionalizada.

De acuerdo con la tabla 19 se puede señalar que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por el sexo en la población no institucionalizada, siendo la población de sexo femenino la que presenta las medias más altas en los factores Soledad familiar, Conyugal, Social; en tanto que la puntuación media en Crisis

existencial es mayor en la población masculina. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 20. Prueba de muestras independientes para factores ESTE-R II según condición sexo en no institucionalizados

Factores	Prueba T para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Soledad familiar	,260	,796
Soledad conyugal	,502	,617
Soledad social	1,678	,097
Crisis existencial	-1,311	,193

Por su grado, la Soledad familiar en la población no institucionalizada masculina (17,8), como femenina (18,5) es baja; la Conyugal en la población masculina (14,7), como femenina (15,8) es media; la Social en la población masculina (6,2), como femenina (8,4) es baja; finalmente, la Crisis existencial es media tanto en la población masculina (22,3), como en la femenina (19,5). Esto Indica, que la población adulta mayor no Institucionalizada, tanto del sexo masculino como del femenino, no presentan niveles de soledad social altos en ninguno de los factores evaluados por medio de la escala ESTE R II.

Tabla 21. Factores escala ESTE-R II según condición estado civil

Factores	N	Media	Desv. típ.
Casado	45	18,9	10,675
Soledad familiar	Separado	10	31,2
	Viudo	63	29,6
	Soltero	43	36,9

Soledad conyugal	Casado	45	9,4	5,554
	Separado	10	21,6	2,459
	Viudo	63	22,6	3,397
	Soltero	43	23,3	3,090
Soledad social	Casado	45	8,4	4,438
	Separado	10	8,3	4,547
	Viudo	63	9,0	4,235
	Soltero	43	9,7	5,674
Crisis existencial	Casado	45	22,0	8,324
	Separado	10	27,2	5,996
	Viudo	63	24,1	8,835
	Soltero	43	26,6	8,666

La tabla 21 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R II para cada factor según la condición de estado civil de la población adulta mayor.

Siguiendo la tabla 21 se puede señalar que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por el estado civil en la población adulta mayor, siendo la población soltera la que presenta las medias más altas en los factores Soledad familiar, Conyugal y Social; en tanto que la puntuación media en Crisis existencial es mayor en la población separada. Estas diferencias entre grupos son estadísticamente significativas para los factores Soledad familiar y Soledad conyugal ($p < 0,05$).

Tabla 22. Prueba de ANOVA factores ESCALA ESTE-R según condición estado civil

Factores	F	Sig.
Soledad familiar Inter-grupos	10,306	,000

Soledad conyugal	Inter-grupos	119,566	,000
Soledad social	Inter-grupos	,686	,562
Crisis existencial	Inter-grupos	2,514	,060

Tabla 23. Comparaciones múltiples factores ESCALA ESTE-R según condición estado civil

Bonferroni

Factores	(I) Estado civil	(J) Estado civil	Dif. de medias (I-J)	Sig.
Soledad familiar	Casado	Separado	-12,311	,143
		Viudo	* -10,730	,003
		Soltero	* -18,041	,000
	Separado	Casado	12,311	,143
		Viudo	1,581	1,000
		Soltero	-5,730	1,000
	Viudo	Casado	* 10,730	,003
		Separado	-1,581	1,000
		Soltero	-7,311	,107
	Soltero	Casado	* 18,041	,000
		Separado	5,730	1,000
		Viudo	7,311	,107
	Casado	Separado	* -12,156	,000

Soledad conyugal	Viudo	-13,127	*	,000
	Soltero	-13,858	*	,000
Separado	Casado	12,156	*	,000
	Viudo	-,971		1,000
	Soltero	-1,702		1,000
Viudo	Casado	13,127	*	,000
	Separado	,971		1,000
	Soltero	-,731		1,000
Soltero	Casado	13,858	*	,000
	Separado	1,702		1,000
	Viudo	,731		1,000

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

En la tabla 23 aparecen todas las posibles combinaciones dos a dos entre los niveles de estado civil y el nivel crítico asociado a cada diferencia en los factores Soledad conyugal y Soledad social. Los grupos cuyas medias difieren significativamente ($p \leq 0,05$) están marcadas con un asterisco.

Según la tabla 23, en el factor Soledad familiar según condición estado civil, difieren significativamente los casados con los viudos ($p 0,003$) y los solteros ($p 0,00$). En el factor Soledad conyugal según condición estado civil, difieren significativamente los casados con los separados ($p 0,00$), viudos ($p 0,00$) y solteros ($p 0,00$).

Por su grado, la Soledad familiar en la población casada (18,9), separada (31,2) y viuda (29,6) es baja, en tanto que es media en la población de solteros (36,9). La Soledad conyugal en la población separada (21,6), viuda (22,6) y soltera (23,3) es alta, en tanto que es baja en la población casada. La Soledad social es baja en los cuatro grupos de

población (< 11). Finalmente, la crisis existencial es media en los cuatro grupos de población (19-28).

Tabla 24. Factores ESCALA ESTE-R II según Municipio

Factores	Municipio	N	Media	Desvi. típ.
Soledad familiar	Bucaramanga	55	36,5	17,127
	Floridablanca	63	19,8	12,123
	Girón	18	22,6	9,500
	Piedecuesta	25	38,2	17,098
Soledad conyugal	Bucaramanga	55	23,4	3,112
	Floridablanca	63	15,1	7,986
	Girón	18	15,8	7,519
	Piedecuesta	25	21,8	4,368
Soledad social	Bucaramanga	55	9,5	4,959
	Floridablanca	63	7,6	3,997
	Girón	18	8,9	4,881
	Piedecuesta	25	11,2	4,941
Crisis existencial	Bucaramanga	55	27,0	8,449
	Floridablanca	63	21,0	8,171
	Girón	18	21,1	8,440
	Piedecuesta	25	29,8	5,317

La tabla 24 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R II para cada factor según la condición municipio.

La tabla 24 deja ver que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por municipio, siendo la población de Piedecuesta la que presenta la media más alta en el factor Soledad familiar; en tanto que la puntuación media mas alta en Soledad conyugal se presenta en Bucaramanga, mientras que en Soledad social y Crisis existencial es mayor en Piedecuesta. Las diferencias por factor entre municipios son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).ver tabla 25. Estos datos indican, que la población adulta mayor de Piedecuesta presenta soledad familiar, soledad social y crisis existencial a diferencia de la población adulta mayor de la ciudad de Bucaramanga, quienes presentan índices de soledad conyugal altos.

Tabla 25. Prueba Anova factores ESCALA ESTE-R II condición Municipio

Factores		F	Sig.
Soledad familiar	Inter-grupos	17,541	,000
Soledad conyugal	Inter-grupos	21,363	,000
Soledad social	Inter-grupos	4,012	,009
Crisis existencial	Inter-grupos	10,738	,000

Tabla 26. Comparaciones múltiples factores ESCALA ESTE-R II según municipio

Bonferroni

Factores	(I) Municipio	(J) Municipio	Dif. de medias (I-J)	Sig.
Soledad familiar	Bucaramanga	Floridablanca	16,645*	,000
		Girón	13,843*	,004
		Piedecuesta	-1,785	1,000
	Floridablanca	Bucaramanga	-16,645*	,000

		Girón	-2,802	1,000
		Piedecuesta	-18,430 [*]	,000
	Girón	Bucaramanga	-13,843 [*]	,004
		Floridablanca	2,802	1,000
		Piedecuesta	-15,629 [*]	,004
	Piedecuesta	Bucaramanga	1,785	1,000
		Floridablanca	18,430 [*]	,000
		Girón	15,629 [*]	,004
Soledad conyugal	Bucaramanga	Floridablanca	8,302 [*]	,000
		Girón	7,604 [*]	,000
		Piedecuesta	1,582	1,000
	Floridablanca	Bucaramanga	-8,302 [*]	,000
		Girón	-,698	1,000
		Piedecuesta	-6,721 [*]	,000
	Girón	Bucaramanga	-7,604 [*]	,000
		Floridablanca	,698	1,000
		Piedecuesta	-6,022 [*]	,011
	Piedecuesta	Bucaramanga	-1,582	1,000
		Floridablanca	6,721 [*]	,000
		Girón	6,022 [*]	,011
Soledad social	Bucaramanga	Floridablanca	1,892	,162
		Girón	,583	1,000
		Piedecuesta	-1,673	,798

	Floridablanca	Bucaramanga	-1,892	,162
		Girón	-1,310	1,000
		Piedecuesta	-3,565 [*]	,008
	Girón	Bucaramanga	-,583	1,000
		Floridablanca	1,310	1,000
		Piedecuesta	-2,256	,684
	Piedecuesta	Bucaramanga	1,673	,798
		Floridablanca	3,565 [*]	,008
		Girón	2,256	,684
Crisis existencial	Bucaramanga	Floridablanca	6,014 [*]	,000
		Girón	5,926 [*]	,040
		Piedecuesta	-2,778	,892
	Floridablanca	Bucaramanga	-6,014 [*]	,000
		Girón	-,087	1,000
		Piedecuesta	-8,792 [*]	,000
	Girón	Bucaramanga	-5,926 [*]	,040
		Floridablanca	,087	1,000
		Piedecuesta	-8,704 [*]	,003
	Piedecuesta	Bucaramanga	2,778	,892
		Floridablanca	8,792 [*]	,000
		Girón	8,704 [*]	,003

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

En la tabla 26 aparecen todas las posibles combinaciones dos a dos entre los niveles de municipio, el nivel crítico asociado a cada diferencia en los factores Soledad familiar,

Soledad conyugal, Soledad social y Crisis existencial. Los grupos cuyas medias difieren significativamente ($p \leq 0,05$) están marcadas con un asterisco.

Por su grado, la Soledad familiar en la población de Bucaramanga (36,5) y Piedecuesta (38,2) es media y en Floridablanca (19,8) y Girón (22,6) es baja. La Soledad conyugal en Bucaramanga (23,4) y Piedecuesta (21,8) es alta; en tanto que es media en Floridablanca (15,1) y Girón (15,8). La Soledad social es baja en los cuatro grupos de población (≤ 11). Finalmente, la crisis existencial es media en los municipios de Bucaramanga (27,0), Floridablanca (21,0) y Girón (21,1), en tanto que en Piedecuesta (29,8) es alta.

Tabla 27. Factores ESCALA ESTE-R II según condición municipio en institucionalizados

Factores	Municipio	N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Bucaramanga	45	40,9	15,447
	Floridablanca	9	35,6	16,861
	Girón	6	24,2	13,717
	Piedecuesta	15	48,8	12,102
Soledad conyugal	Bucaramanga	45	24,1	1,844
	Floridablanca	9	21,3	5,701
	Girón	6	13,7	8,548
	Piedecuesta	15	23,9	2,631
Soledad social	Bucaramanga	45	9,6	5,159
	Floridablanca	9	8,8	5,069
	Girón	6	10,7	4,082
	Piedecuesta	15	12,0	4,914

Crisis existencial	Bucaramanga	45	29,0	7,762
	Floridablanca	9	32,7	5,831
	Girón	6	24,5	11,274
	Piedecuesta	15	31,3	5,715

En la tabla 27 se indican las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R para cada factor según la condición municipio en institucionalizados.

En la tabla 27 se puede ver que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por municipio, siendo la población de Piedecuesta la que presenta la media más alta en el factor Soledad familiar; en tanto que la puntuación media más alta en Soledad conyugal se presenta en Bucaramanga. Por su parte, en Soledad social y Crisis existencial la puntuación media más alta la presenta Piedecuesta. Las diferencias por factor entre municipios son estadísticamente significativas para Soledad familiar y Soledad conyugal ($p < 0,05$). Ver tabla 28.

Tabla 28 Prueba de Anova factores ESCALA ESTE-R según condición municipio en institucionalizados

Factores		F	Sig.
Soledad familiar	Inter-grupos	4,295	,008
Soledad conyugal	Inter-grupos	16,645	,000
Soledad social	Inter-grupos	1,105	,353
Crisis existencial	Inter-grupos	1,772	,160

Tabla 29. Comparaciones múltiples factores ESCALA ESTE-R según condición municipio en institucionalizados

Bonferroni

Estudio comparativo sobre soledad social 67

Factores	(I) Municipio	(J) Municipio	Dif. de medias (I-J)	Sig.
Soledad familiar	Bucaramanga	Floridablanca	5,333	1,000
		Girón	16,722	,071
		Piedecuesta	-7,911	,475
	Floridablanca	Bucaramanga	-5,333	1,000
		Girón	11,389	,908
		Piedecuesta	-13,244	,231
	Girón	Bucaramanga	-16,722	,071
		Floridablanca	-11,389	,908
		Piedecuesta	-24,633 *	,006
	Piedecuesta	Bucaramanga	7,911	,475
		Floridablanca	13,244	,231
		Girón	24,633 *	,006
Soledad conyugal	Bucaramanga	Floridablanca	2,756	,208
		Girón	10,422 *	,000
		Piedecuesta	,156	1,000
	Floridablanca	Bucaramanga	-2,756	,208
		Girón	7,667 *	,001
		Piedecuesta	-2,600	,497
	Girón	Bucaramanga	-10,422 *	,000
		Floridablanca	-7,667 *	,001
		Piedecuesta	-10,267 *	,000
	Piedecuesta	Bucaramanga	-,156	1,000

Floridablanca	2,600	,497
Girón	10,267*	,000

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

En la tabla 29 se presentan todas las posibles combinaciones dos a dos entre los niveles de municipio en población institucionalizada y el nivel crítico asociado a cada diferencia en los factores Soledad familiar y Soledad conyugal. Los grupos cuyas medias difieren significativamente ($p \leq 0,05$) están marcadas con un asterisco.

Por su grado, la Soledad familiar en la población institucionalizada de Bucaramanga (40,9), Floridablanca (35,6) y piedecuesta (48,8) es alta. La Soledad conyugal también es alta en Bucaramanga (24,1), Floridablanca (21,3) y piedecuesta (23,9). La Soledad social es media en Piedecuesta (12,0). Finalmente, la crisis existencial es alta en los municipios de Floridablanca (32,7) y Piedecuesta (31,3).

Tabla 30. Factores ESCALA ESTE-R según condición municipio en no institucionalizados

Factores		N	Media	Desv. típ.
Soledad familiar	Bucaramanga	10	16,5	7,261
	Floridablanca	54	17,2	8,938
	Girón	12	21,8	7,209
	Piedecuesta	10	22,4	9,336
Soledad conyugal	Bucaramanga	10	20,2	5,266
	Floridablanca	54	14,0	7,872
	Girón	12	16,8	7,107
	Piedecuesta	10	18,6	4,600

Soledad social	Bucaramanga	10	9,3	4,165
	Floridablanca	54	7,4	3,815
	Girón	12	8,1	5,178
	Piedecuesta	10	10,0	4,989
Crisis existencial	Bucaramanga	10	17,8	4,392
	Floridablanca	54	19,0	6,773
	Girón	12	19,3	6,527
	Piedecuesta	10	27,4	3,777

La tabla 30 contiene las puntuaciones medias obtenidas con la ESCALA ESTE-R para cada factor según la condición municipio en no institucionalizados.

Teniendo en cuenta la tabla 30, se puede ver que se presentan diferencias en todos los factores entre los grupos constituidos por municipio para la población no institucionalizada, siendo la población de Piedecuesta la que presenta la media más alta en el factor Soledad familiar; en tanto que la puntuación media más alta en Soledad conyugal la presenta Bucaramanga. Por su parte, en Soledad social la puntuación media más alta la presenta Piedecuesta y en Crisis existencial es mayor en Piedecuesta. Las diferencias por factor entre municipios en población no institucionalizada son estadísticamente significativas para Soledad conyugal y crisis existencial ($p < 0,05$). Ver tabla 31.

Tabla 31. Prueba de Anova factores ESCALA ESTE-R según condición municipio en no institucionalizados

Factores		F	Sig.
Soledad familiar	Inter-grupos	1,880	,139

Soledad conyugal	Inter-grupos	2,882	,041
Soledad social	Inter-grupos	1,388	,252
Crisis existencial	Inter-grupos	5,570	,002

Tabla 32. Comparaciones múltiples factores ESCALA ESTE-R según condición municipio en no institucionalizados

Bonferroni

Factores	(I) Municipio	(J) Municipio	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Soledad conyugal	Bucaramanga	Floridablanca	6,163	,092
		Girón	3,367	1,000
		Piedecuesta	1,600	1,000
	Floridablanca	Bucaramanga	-6,163	,092
		Girón	-2,796	1,000
		Piedecuesta	-4,563	,421
	Girón	Bucaramanga	-3,367	1,000
		Floridablanca	2,796	1,000
		Piedecuesta	-1,767	1,000
Piedecuesta	Bucaramanga	-1,600	1,000	
	Floridablanca	4,563	,421	
	Girón	1,767	1,000	
Crisis existencial	Bucaramanga	Floridablanca	-1,219	1,000
		Girón	-1,533	1,000
		Piedecuesta	-9,600*	,006

Floridablanca	Bucaramanga	1,219	1,000
	Girón	-,315	1,000
	Piedecuesta	-8,381 [*]	,001
Girón	Bucaramanga	1,533	1,000
	Floridablanca	,315	1,000
	Piedecuesta	-8,067 [*]	,021
Piedecuesta	Bucaramanga	9,600 [*]	,006
	Floridablanca	8,381 [*]	,001
	Girón	8,067 [*]	,021

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

En la tabla 32 se indican todas las posibles combinaciones dos a dos entre los niveles de municipio en población no institucionalizada y el nivel crítico asociado a cada diferencia en los factores Soledad conyugal y Crisis existencial. Los grupos cuyas medias difieren significativamente ($p \leq 0,05$) están marcadas con un asterisco.

Por su grado, la Soledad familiar en la población institucionalizada de los municipios de Bucaramanga (16,5), Floridablanca (17,2), Girón (21,8) y piedecuesta (22,4) es baja. La Soledad conyugal es alta en Bucaramanga (20,2) y media en Floridablanca (14,0), Piedecuesta (21,8) y Girón (21,8). La Soledad social es baja en los cuatro municipios (5-11). Finalmente, la crisis existencial es media en los municipios de Floridablanca (19,0), Girón (19,3) y Piedecuesta (27,4) y baja en Bucaramanga (17,8).

7. DISCUSIÓN

Por medio de los resultados encontrados durante el proceso de validación de la escala ESTE R II al contexto Colombiano, se pudo en primer lugar, describir las propiedades psicométricas obtenidas para la escala, es decir, se relacionaron los procedimientos estadísticos empleados en el proceso de determinar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de la escala.

En la determinación de la confiabilidad de la escala de soledad social ESTE R II, se empleo la prueba Alfa de Cronbach y dicha confiabilidad se expreso con el coeficiente de fiabilidad obtenido en la prueba.

Los resultados obtenidos mostraron un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de (.934), lo que indica, que existe una muy alta fiabilidad para la escala ESTE-R II validada en el contexto Colombiano, ya que, el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente (Hernández et al, 2006).

La alta confiabilidad de la escala ESTE R II, además, es superior a la obtenida en la revisión hecha a dicha escala en el año 2010 la cual tuvo una fiabilidad de (.915), lo que indico también, una alta confiabilidad de la escala (Rubio & Alexandre, 1999). Estos datos muestran que la escala ESTE R II es un instrumento de medida con una muy alta confiabilidad y validez, lo cual puede ser una razón para encontrar datos significativos; por tanto, la utilización de este instrumento se puede hacer con toda certeza de que los datos obtenidos serán precisos y cumplirán con el objetivo de la investigación.

Lo mencionado anteriormente, se reafirma con los resultados obtenidos en cuanto se refiere a la validez de la escala. Estos, se obtuvieron por medio del análisis factorial, el cual es, una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables (Hernández et al, 2006). Por medio de este, se evaluaron los factores que subyacen en las intercorrelaciones de los

ítems que constituyen la escala. Dicho análisis mostro, que la solución de cuatro factores explica un 61,2% de la varianza de los datos originales; siendo el componte uno, el que explica la mayor proporción de esta varianza (38,0%).

Estos datos indican, que en el factor soledad familiar, se encuentra reflejado el 38,0% de la variabilidad de la solución factorial de los ítems de la escala validada.

De igual manera, comparando las saturaciones relativas de cada variable en cada uno de los cuatro factores, se pudo apreciar que el primer factor, está constituido por las 12 variables referidas a Soledad familiar, junto con la variable 25, de Crisis existencial y la 21 de Soledad social que presentan una doble saturación, es decir, que se encuentran dentro de dos dimensiones y puntúan en otro factor a parte del propio.

El segundo factor recoge el grupo de las 5 variables referidas a Soledad conyugal, es decir, todos los ítems se encuentran dentro del factor correspondiente y la pregunta evalúa verdaderamente el factor que se desea, en este caso, soledad conyugal.

El tercer factor está conformado por 5 de las 7 variables referidas a Crisis existencial, lo cual indica, que solo 2 de las preguntas que evalúan dicho factor, se encuentran ubicadas en 2 dimensiones o factores de la escala. Por último, el cuarto factor está formado por las 5 variables de Soledad social, lo que quiere decir, que los ítems si corresponden al factor y evalúan lo que se quiere.

Por medio de los resultados obtenidos, también se pudieron identificar cargar factoriales bajas (inferiores a 0,40) en el ítems 26 de (0,368) y en el ítems 13 de (-0,313) correspondientes al factor Crisis existencial. Igualmente puede observarse la doble saturación que presentan los ítems 21 correspondiente a soledad social y el ítems 25 correspondiente a crisis existencial, lo cual indica, que los ítems mencionados anteriormente, se encuentran en una doble dimensión, es decir que, las preguntas pueden evaluar dos factores de la escala, por no ser tan precisas en lo que quieren medir con respecto al factor en el cual se encuentran y deben evaluar.

Con relación a los ítems que presentaron saturaciones bajas o dobles en la escala una vez realizado el análisis factorial, se puede inferir que, sería conveniente tomar decisiones sobre el sostenimiento de estas preguntas en la escala o acerca de su revisión.

Por otra parte, la solución de cuatro factores obtenida mediante el análisis factorial muestra concordancia con el modelo teórico referido a cómo evaluar la presencia de soledad social en el adulto mayor a nivel (familiar, conyugal, social), así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar crisis existencial (Rubio y Aleixandre, 1999), indicando así, todo lo anteriormente mencionado, que la escala obtuvo una validez muy alta, ya que, los resultados obtenidos mostraron que la escala midió aquello para lo cual se diseñó (Hernandez et al, 2006).

Ya realizado el debido análisis sobre el proceso de validación llevado a cabo en la presente investigación; por otra parte, y con base en los objetivos planteados, la teoría mencionada anteriormente sobre soledad social, y los resultados encontrados por medio de la aplicación de la escala ESTE R II a una muestra de adultos mayores tanto Institucionalizados como no Institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y el área metropolitana como Girón, Piedecuesta y Floridablanca fue que se realizó el debido análisis que permitió conocer si se presenta o no soledad social entre estos adultos mayores, así como también, comparar la soledad entre dicha población teniendo en cuenta tanto la Institucionalización como la no Institucionalización.

Respecto al objetivo general los resultados de esta investigación permiten ver la existencia de soledad social tanto en la población adulta mayor Institucionalizada como en la no Institucionalizada, siendo en la primera población, en la que se presenta soledad con mayor puntuación, lo que indica, que el proceso de Institucionalización facilita la aparición de situaciones poco positivas para las personas que la experimentan y más aún en esta última etapa de la vida (Salvarezza, 2000).

También se observó, que las altas puntuaciones de soledad que presentaron los adultos mayores Institucionalizados en cada uno de los factores evaluados por medio de la escala como son el factor familiar (40,5), el conyugal (22,9), el social (10,1) y la crisis existencial (29,6), muestran que en conjunto, los vacíos existentes en dichos

factores, así como la Institucionalización facilitan la presencia de la soledad en esta etapa de la vida. Esto se debe a que el residente tendrá que ir acoplándose a nuevas exigencias ambientales, problemas de organización, cambios de habitación, compañeros diversos, y también a su propia evolución en el hogar geriátrico (Ramos, Larios, Sotero, López, & Pinto, 2003).

De igual manera, dichos resultados muestran que la soledad social que se pretendía investigar, se presenta principalmente en población Institucionalizada, ya que, esta en general, es vista como los déficits existentes en el soporte social del sujeto tanto a nivel familiar, a nivel conyugal y a nivel social, así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar crisis existencial en ellos (Rubio & Alexandre, 1999), y dicha población, presento altas puntuaciones en cada uno de los factores que se agrupan para definir soledad social.

Por otra parte, estos resultados se asimilan a los obtenidos en otras investigaciones como se observa desde lo planteado por Puig, Lluch y Ávila (2009), quienes afirman que, debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, principalmente, cuando se presentan procesos de Institucionalización que conllevan a cambios importantes en la vida de la persona.

Así mismo, los resultados obtenidos se pueden comparar con los obtenidos en la investigación realizada por Ardila (2004), denominada *Procesos de envejecimiento. La necesidad de investigación longitudinal, Interdisciplinaria y transcultural*, en donde se comprobó que las condiciones sociales que se presentan durante la vejez juegan un papel muy importante sobre la estructura de los procesos de desarrollo y envejecimiento, ya sea, de forma positiva o de forma negativa. En este caso, se pudo notar, que el hecho de no pertenecer a una Institución, y de tener unas condiciones sociales diferentes durante el proceso de envejecimiento, estos adultos mayores no puntuaron alto en los factores evaluados, es decir, no presentaron niveles de soledad social significativos.

Desde el punto de vista de autores como Rubio y Aleixandre (1997), la soledad como experiencia subjetiva, tiene también su propio umbral en función, entre otras cosas, como tipo de personalidad, los valores culturales interiorizados, y dependiendo del nivel mínimo de contacto social que una persona tenga, evita o no, la experiencia subjetiva de soledad en sus vidas. En este caso, cada individuo es diferente, y por lo tanto, sus emociones también lo son; entonces, si presenta o no soledad, también puede deberse a su forma de ver la vida y de relacionarse con los demás, sin dejar a un lado, el proceso de Institucionalización y los cambios que este trae consigo para la vida del adulto mayor.

El hecho de que la población adulta mayor Institucionalizada como la no Institucionalizada halla presentado soledad social, sin tomar en cuenta, que una halla puntuado más alto que la otra, permite analizar la soledad también desde un punto de vista objetivo y uno subjetivo. Como una experiencia subjetiva, la soledad se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes; distinguiéndose la soledad objetiva (falta de apoyo y compañía) de la soledad subjetiva (percepción de sentirse solo) (Puig, Lluich & Ávila, 2009).

Por otra parte, en el factor soledad familiar, la población Institucionalizada obtuvo puntuaciones medias de 40,5 mientras que la población no Institucionalizada obtuvo puntuaciones de 18,4; es decir, la población no Institucionalizada, presenta índices de soledad familiar bajos, lo que indica, que la cercanía que se tenga con la familia geográficamente hace que los adultos mayores se sientan menos solos. Cuando sus redes sociales que son principalmente la familia se encuentran cerca a ellos, tanto física como emocionalmente, el adulto mayor se siente menos solo (Rubio & Aleixandre, 2001).

De igual manera, los resultados mostraron que, en el factor soledad conyugal las medias fueron 22,9 en los Institucionalizados y 15,7 en los no Institucionalizados, lo que indica, que en comparación con la población Institucionalizada, la no Institucionalizada presenta soledad conyugal baja. Esto significa que, el traslado a un medio residencial, implica rupturas, de tipo afectivo, como las amistades, la familia, la pareja, disminución de relaciones sociales, y materiales como dejar el hogar y los objetos personales

(Ramos et al, 2003). Sumado a estas pérdidas, en muchos casos se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa (Papalia & Olds, 2004).

Por otra parte, en el factor soledad social la media fue 10,1 para los Institucionalizados y 8,0 para los no Institucionalizados, al igual que en el factor crisis existencial las medias fueron 29,6 para los Institucionalizados y 19,9 para los no institucionalizados, lo que indica un mayor déficit en el soporte social del sujeto Institucionalizado, tanto a nivel de relaciones sociales como a nivel de existencia (Rubio & Alexandre, 1999).

Si bien es cierto que la soledad repercute en la vida del adulto mayor como en la de cualquier otra persona que la presente, y que las consecuencias que ésta trae para la salud tanto física como mental no son buenas en la mayoría de los casos, según lo planteado por Ardila (2004), es que se debe tener presente la importancia que tiene las relaciones que se establezcan con otros ya sean a nivel de pareja, de familia o de amigos.

Según los resultados del estudio realizado, entre la muestra de los adultos mayores, la soledad familiar en la población casada, separada y viuda es baja, contrario a la población de solteros, quienes en este factor, obtuvieron puntuaciones medias equivalentes a 36,9, lo que indica, que los adultos mayores solteros presentan soledad a nivel familiar, pero esta no es alta, es decir, a pesar de sentirse un poco solos, no se dejan agobiar por este hecho y continúan con sus vidas normalmente; en efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo.

Estar solo no es siempre un problema, todos pasamos tiempo solos y nos viene bien para conseguir ciertos objetivos (Bazo, 1991). A veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es así. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores (Rubio, 2004).

De igual manera se puede ver, que la población casada obtuvo medias bajas en soledad conyugal, lo que indica, que las relaciones de pareja estables como el

matrimonio disminuye el estrés y por ende los niveles de soledad en las personas tal y como lo plantea (Salazar, 1999).

Contrario a esto, la población separada (21,6), viuda (22,6) y soltera (23,3) presentaron puntuaciones medias altas en el factor soledad conyugal, lo cual indica, que la pérdida del rol conyugal, activa en gran medida las posibilidades para la aparición de problemas como el aislamiento social y la soledad (Bazo, 1991).

De igual manera, los resultados mencionados anteriormente, se contrastan con lo planteado por Iglesias (2001), quien afirma que efectivamente, la viudez, como término de la relación matrimonial, comporta un elevado riesgo de soledad subjetiva para muchos mayores que no hallan la confianza de nadie igual que el marido o la esposa en quien depositar sus secretos, desahogar sus problemas o, simplemente, manifestar sus inquietudes.

El percibir con certeza que la ausencia de la intimidad conyugal se prolongará durante el resto de sus días hace que algunos mayores viudos sean víctimas por momentos del problema de la soledad o peor aún, que acaben por sufrirlo de una manera permanente. Algunas personas mayores incluso desearían morir antes que su pareja con la que conservan el amor, para no sentir, cuando ya no les quede casi nada, la pérdida del único y mayor alivio con el que aún se consuelan (Rubio & Aleixandre, 1999).

Por otra parte, tanto en la población de adultos mayores casados, solteros, viudos como en los separados se logró ver que la soledad social es baja y la crisis existencial es media en los mismos cuatro grupos de población. Estos datos indican que, las redes sociales son mejores entre los adultos mayores que las relaciones que tienen con su familia.

Dichos datos se corroboran con lo planteado por Álvarez (2006), quien afirma que todo ser humano tiende al encuentro, a la relación vital y significativa con los demás, para ocupar sus espacios vacantes previstos para el destino de su ser relacional. Por eso, cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades (de cualquier naturaleza), que nadie se ocupa de ella en

un sentido singular y profundo, que a nadie importa directa y verdaderamente, o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío, cosa que en este factor soledad social no se vio reflejada.

También se encontró que en la población del estudio existe una feminización de la mujer es decir, hay más mujeres que envejecen en comparación con los hombres.

La población femenina presentó puntuaciones altas en soledad social (9,1), contrario a la población de sexo masculino quienes presentaron medias más altas en los factores soledad familiar (34,3), soledad conyugal (20,8) y crisis existencial (27,2).

Lo anterior indica, que las mujeres no presentan soledad familiar, conyugal ni crisis existencial a diferencia de los hombres quienes si la presentan. Estos datos no se corroboran con lo planteado por Rubio (2004), quien dice que la mujer ha tenido un papel determinante en la sociedad, primero como esposa y luego como madre, y cuando estos roles desaparecen se siente "sola y vacía".

De igual manera, los datos obtenidos en el presente estudio son contrarios a los obtenidos en el estudio elaborado por la Universidad de Granada (UGR) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO sobre soledad en la vejez en el que se demostró que el 20% de las personas de la tercera edad de la provincia de Granada se sienten solos, y los colectivos más afectados son las mujeres que viven sin compañía y aquellos que necesitan de teleasistencia (Bermejo, 1994).

Lo mencionado anteriormente se evidencia en lo dicho por Pinazo y Sánchez (2006), quienes sostienen que el envejecimiento es individual, ocurre a diferentes tiempos, de modos diversos, y a ritmos y velocidades distintos. Por ello, cada persona le otorga importancia a un aspecto en particular de su envejecimiento o de su edad.

8. CONCLUSIONES

A partir de la realización y culminación de esta investigación se pudo afirmar que existe soledad social en la población adulta mayor tanto Institucionalizada como no Institucionalizada de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana como lo es Girón, Floridablanca y Piedecuesta, siendo los hombres quienes presentan puntuaciones altas en cada uno de los factores que evalúan soledad social, a diferencia de las mujeres quienes no presentan soledad familiar, y que en comparación con los hombres, presentan niveles bajos o medios de soledad en cada factor.

Por otra parte, la población Institucionalizada es la que presenta las medias más altas en cada uno de los factores que se evaluaron por medio de la aplicación de la escala ESTE R II tales como el factor familiar, el factor conyugal, el factor social y la crisis existencial.

También se encontró, que la escala ESTE R II es un instrumento de medida con una muy alta validez y confiabilidad.

Por último, concluyo diciendo que, la intervención con el adulto mayor, no debe centrarse solo en lo que se refiere a soledad, sino en las expectativas. Hay que mirar el origen de la soledad. Un termómetro nos mide la temperatura de una persona, pero no analiza su enfermedad, solo nos orienta hacia ella. La escala mide la soledad, pero la soledad es el reflejo de las expectativas, ello explica que ante un mismo hecho, por ejemplo, muerte de una pareja, para unos es motivo de soledad, de depresión para otros simplemente un evento negativo al que hay que adaptarse, depende de sus expectativas. Dentro de veinte años nuestro mundo interior y exterior habrá cambiado la soledad o adaptación que ello genere en nosotros estará muy condicionada a las expectativas de las personas.

9. RECOMENDACIONES

Aun cuando no aparece visible en la tabla, se pudieron identificar cargas factoriales bajas (inferiores a 0,40) en el ítem 26 de (0,368) y en el ítem 13 de (-0,313) correspondientes al factor Crisis existencial. Igualmente puede observarse la doble saturación que presentan los ítems 21 correspondiente a soledad social y el ítem 25 correspondiente a crisis existencial.

Con la salvedad de los ítem que presentan saturaciones bajas o dobles y sobre los que habrá que tomar decisiones sobre su sostenimiento en la escala o su revisión, la solución de cuatro factores obtenida mediante el análisis factorial muestra concordancia con el modelo teórico referido a cómo evaluar la presencia de soledad social en el adulto mayor a nivel (familiar, conyugal, social), así como el sentimiento que estas situaciones pueden provocar crisis existencial.

Con esta investigación también se sugiere en un primer lugar, evitar la deseabilidad social, es decir, que los datos obtenidos no sean lo que se esperaba arrojaría la investigación, sino por el contrario, que los resultados permitan abrir nuevos conocimientos acerca del tema tratado.

Por último, se recomienda la aplicación de la escala ESTER II ya contextualizada a todos los adultos mayores que sea necesarios para conocer si estos presentan o no la soledad social en esta etapa de sus vidas y de esta manera, lograr buscar alternativas que permitan tratar este problema iniciándose por la génesis del mismo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila,R.(2004).Procesos de envejecimiento. La necesidad de investigación longitudinal, Interdisciplinaria y transcultural.*Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2).8-18.

Ardila, R. (2004).Envejecimiento y vejez.*Revista Latinoamericana de Psicología sobre Ciclo vital*, 34, (1-2). 18-8.

Álvarez, A. (2006).*La amistad en la edad avanzada.Revista electrónica, psicología y política*,4, 12.

Ardila, M. (2004) Estudio Procesos de envejecimiento. Haciéndole frente al estrés en la vejez.*Revista de Psicología sobre envejecimiento y vejez*, 35(5-7).8-18

Aiken, L. (1996). Test Psicológicos de evaluación. Mexico: Prentice- Hall.

Bazo, T. (1991).La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. *Revista de Geriatria y Gerontología*, 26, 48.

Baquero, C. (2008, Octubre 11). Suicidio de abuelos en Bogotá se incrementó en los primeros nueve meses del año con respecto al 2007.El Tiempo, p. B.2.

Bazo, T. (1991). La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. *Revista de Geriatría y Gerontología*, 26, 51.

Bazo, T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. *Revista de Geriatría y Gerontología*, 47, 203-215.

Bermejo, J.C. (1994). Estudio soledad social en la provincia de granada. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 1.

Bermejo, J. C. (2005). *La Soledad en los mayores*. Madrid:Imsero.

Bonilla, E., y Rodríguez, P. (1997). *La Investigación en Ciencias Sociales: Más Allá del Dilema de los Métodos*. Barcelona: Ediciones Uniandes.

Carvajal, M., Dulcey, R. & Mantilla, M. (2002). Comunicación y Envejecimiento ideas para una política. [Versión electrónica]. *Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Comunicación Social y Centro de psicología gerontológica*, 2, 23-25. Recuperado el 13 de julio de 2010,
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/colombia-comunicacion-01.pdf>

Cabanes, L. (2005). *Tercera edad necesidad de educación en el adulto mayor*.

Madrid: Pearson Educación, S.A.

Cacioppo, M. (2009). Meta – análisis en la vejez. *Revista de Psicología*, 40, 1-3

Cepsiger, (2004). *Envejecimiento, comunicación y política*. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones República de Colombia.

Cerdà, E. (1984). *Psicometria general*. Barcelona: Herder

Cronbach, L. J. (1954). *Fundamentos de la exploración Psicológica*. Madrid: Herder

España, M., & Gutiérrez, T. (2004). Impacto de la terapia cognitiva sobre la depresión originada por las pérdidas en la vejez en adultos mayores institucionalizados. Trabajo de grado no publicado. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Santander.

Fajardo, O., Chávez, S., & Lozano, D. (2005). Programa de Actualización Continua para geriatría Médica: Transición Demográfica. El Fenómeno de Envejecimiento Individual Y Poblacional, 7, MG-2. Recuperado el 7 de junio de 2010,

<http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/index.htm>

Hayflick, L. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Editorial Herder, S.A.

Hernández, R., Fernández, C. & Batista, P., (2006). *Metodología de la investigación*. México: D.F: Mc Graw-Hill

Gerontología al día. Alerta por suicidio en ancianos. Grupo de investigación Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina U.D.C.A / Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano. Publicado por Morales (2008).

Iglesias, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.

López, A. (1993). *¿La edad inútil?. Para ayudar y prepararse a la vejez*, Madrid: San Pablo.

Masi, M. (2009). Cambiar la manera de pensar es la mejor terapia para la soledad. *Revista de Geriatría*, 3,1-2.

Martínez, R. (1995). *Psicometría, Teoría de los test psicológicos y educativos*: Madrid:

Herder S.A.

Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona:

Herder S.A.

Morales, J. (2008, Octubre 13). Suicidio en ancianos. *El Tiempo*. p.A5.

Moragas, R. (1997). Prevención del aislamiento social en personas mayores. *Geriatría*

Gerontología, 32 (1). 51-57.

Molinero, S. (1997). Fragilidad en la esfera social. *Revista especializada de Geriatría y*

Gerontología, 32 (1). 25.

Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas.

Messick, S. (1995). Standards of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational measurement: Issues and practice*, 14, 5-8.

Organización Mundial de la Salud, (2001). Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas. *Salud y Envejecimiento*. Recuperado el día 15 de junio de 2010, <http://www.who.int/about/es/>

Papalia, D. & Olds, S.(2004). *Psicología*. México D.F: Mc Graw Hill.

Pinazo. H., & Sánchez. M. (2006). La Salud y el Envejecimiento. El estado de Salud de Las Personas Mayores. Posadas, J., Botella, T. (Eds.), *Gerontología Actualización, innovación y propuestas* (pp. 95-97). Madrid: Pearson Prentice Hall.

Posadas, J., & Botella, T (2000). La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores. En H. Pinazo & M. Sánchez. (2006). *Gerontología Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Puig, Ll., M., Lluch, C.M., & Ávila, R.N.(2009). Valoración de enfermería:

Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20 (1)12-16.

Ramos,P., Larios, O., Sotero, R., López, M., & Pinto, J. (2003). Prevención y Promoción de la salud en el anciano Institucionalizado. *Revista de Psicología y Gerontología*, 30 (2) 14-29.

Ruiz, C. (1998). *Confiabilidad*. “Lisandro Arboleda” Programa interinstitucional Doctorado en Educación: Universidad Centro Occidental.

Rubio, R. & Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*,11 (1). 23-28.

Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas. Madrid: IMSERSO.

Rubio, R. & Aleixandre, M. (1997). Prevención del aislamiento social en personas mayores.*Revista Española Geriatria y Gerontología*, 32, 51-53.

Salazar, J. (1999). *Psicología social*. México D.F: Trillas.

Salvarezza, L. (2000). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.

Schneider, E. y Rowe, J.W. (1996). *Manual de biología del envejecimiento*. San Diego: AcademicPress.

Sánchez, L. & Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físicosensoriales en la depresión geriátrica, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28, (34).

Sánchez, P. C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas psicosociales y psicológicas*. Recuperado el día 10 de septiembre de 2010. <http://www.sci.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>

11. APÉNDICES



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE SOLEDAD SOCIAL EN UNA MUESTRA DE
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA
CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÀREA METROPOLITANA.**

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPANTE

Yo _____ identificado con CC _____ expedida en _____ declaro por medio de la presente que he sido informado (a) adecuadamente de los objetivos de la investigación y de los procedimientos de aplicación de la prueba en la cual participo de forma voluntaria.

He sido también informado (a) que los resultados son totalmente confidenciales y que de ninguna manera ni mi nombre ni mi identidad serán publicados sin mi autorización.

Los resultados que se deriven de la investigación han de contribuir al conocimiento científico y podré acceder a ellos si así lo prefiero.

Firma del participante

Firma del evaluador

INSTRUMENTO VALIDADO

ESCALA DE SOLEDAD SOCIAL ESTE-R II

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

La escala ESTE- R II fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social del sujeto (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

Esta escala consta de 30 ítems con 5 opciones de respuesta (nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, siempre), cuya puntuación oscila entre 1 y 5. Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores que son:

-Soledad familiar

- Soledad conyugal

-Soledad social

- Crisis existencial

A continuación usted encontrará una serie de situaciones, indique marcando con una **X** la frecuencia con la que se le han presentado cada una de ellas.

Responda a cada una con sinceridad según crea pertinente, ya que, no hay respuestas buenas o malas. Lea detenidamente cada pregunta para que las pueda comprender con mayor facilidad.

Estudio comparativo sobre soledad social 92

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Aunque estoy con mi familia me siento solo.					
2. Siento que no hay nadie de mi familia cerca de mí.					
3. Siento que tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo.					
4. Recibo el apoyo de mi compañero sentimental.					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama.					
6. Tengo un familiar o amigo que llena mis necesidades emocionales.					
7. Cuento con una pareja y contribuyo a que esta sea feliz.					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia.					
9. Siento que mi familia me presta su apoyo.					
10. Siento que mi familia se preocupa por mí.					
11. Siento que soy parte de mi familia.					
12. Me siento cercano a mi familia.					
13. Lo que es importante para mí no lo es para la gente que conozco.					
14. Tengo amigos que compartan mis opiniones.					
15. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones.					
16. Me encuentro a gusto con mi familia.					

17. Tengo familiares a quienes puedo recurrir cuando necesito consejo.					
18. Me siento aislado de mi grupo familiar.					
19. Siento que hay gente de mi familia que realmente me comprende.					
20. Siento que para mi familia soy importante.					
21. Me gusta la gente con la que salgo.					
22. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.					
23. Me siento satisfecho con los amigos que tengo.					
24. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie.					
25. Me siento sin apoyo o comprensión.					
26. Siento que la gente que me rodea no me conoce lo suficiente.					
27. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí.					
28. Siento que las cosas me molestan ahora más que antes.					
29. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil.					
30. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.					

Gracias por su tiempo y colaboración

CALIFICACION

NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	SIEMPRE
1	5	5	1

La puntuación en cada uno de los factores se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, teniendo en cuenta que algunos de los ítems, tienen la puntuación invertida de manera que las puntuaciones serán desde nunca hasta siempre (la modificación de los ítems condujo a su inversión).

PREGUNTAS

PREGUNTAS INVERTIDAS

1-2-8-13-18-24-25-26-27-28-29-30
19

3-4-5-6-7-9-10-11-12-14-15-16-17-
20-21-22-23

Los ítems de la escala ESTE R II se agrupan en cuatro factores que se muestran a continuación:

FACTORES	ITEMS
Soledad familiar	1,2,8,9,10,11,12,16,17,18,19,20
Soledad Conyugal	3,4,5,6,7
Soledad social	14,15,21,22,23
Crisis existencial	13,24,25,26,27,28,29,30

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

	Soledad familiar	Soledad conyugal	Soledad Social	Crisis existencial
Baja	12 a 32	5 a 11	5 a 11	9 a 18
Media	33 a 49	12 a 18	12 a 18	19 a 28
Alta	50 a 60	19 a 25	19 a 25	29 a 40

Consideraciones éticas de Investigación en Colombia, Artículo 0008430.

MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993
(Octubre 4)

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

RESUELVE:

TITULO 1.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTICULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTICULO 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

ARTICULO 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.

- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f. A la producción de insumos para la salud.

TITULO II.

DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

CAPITULO 1.

DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTICULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b. Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

c. Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTICULO 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

ARTICULO 13. Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.

k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo **15** de ésta resolución.

b) Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.

c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.