

El sentimiento de soledad en la población adulta mayor participante en centros de día en Bogotá, Colombia

Claudia Marcela Camargo-Rojas ^{1,a}; Diego Andrés Chavarro-Carvajal* ^{1,2,b}

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a las categorías de soledad en población adulta mayor en centros de día en Bogotá, Colombia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y analítico para medir la soledad en personas mayores que participan en un centro de día de la ciudad de Bogotá, mediante la escala ESTE en personas mayores, entre noviembre de 2020 y junio de 2021. Para cumplir con el objetivo, se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado, de tal forma que, para las variables cuantitativas, se empleó media con desviación estándar o mediana con rangos intercuartílicos, de acuerdo con los criterios de normalidad utilizando la prueba Shapiro Wilk, y para las variables categóricas, frecuencias absolutas y proporciones. El análisis bivariado se realizó con las pruebas t de Student y chi cuadrado ($p < 0,05$), lo cual contribuyó a la construcción de un modelo de regresión logística, con las variables con significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron 215 personas adultas mayores con promedio de edad de 70,5 años; 72 % correspondían al sexo femenino, 56,5 % tenían educación primaria, 38,6 % eran solteros y 67,4 % presentaban antecedente de enfermedad crónica no transmisible. Según la escala ESTE, en soledad familiar registraron nivel bajo (67 %); en soledad conyugal, entre nivel alto y medio (79 %); en soledad social, nivel alto y medio (51 %); en crisis de adaptación, nivel alto y medio (43 %). Se encontraron asociaciones en soledad conyugal con sexo femenino ($p = 0,001$), en soledad social con clase baja ($p = 0,027$) y en crisis de adaptación con clase baja ($p = 0,024$).

Conclusiones: Los factores que se asocian al sentimiento de soledad en población adulta mayor participante en centros de día son, en la categoría de soledad conyugal, ser mujer, y, en soledad social y crisis de adaptación, pertenecer a clase baja.

Palabras clave: Soledad; Anciano; Enfermedad Crónica (Fuente: DeCS BIREME).

The feeling of loneliness among the elderly population attending day care centers in Bogotá, Colombia

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the categories of loneliness among the elderly population attending day care centers in Bogotá, Colombia.

Materials and methods: An analytical, cross-sectional and quantitative study was carried out to measure the loneliness among older people attending a day care center in the city of Bogotá between November 2020 and June 2021 using the ESTE scale. To meet the objective, a univariate descriptive statistical analysis was performed, such that, for the quantitative variables, the mean with standard deviation or median with interquartile ranges were used, in accordance with the Shapiro-Wilk test for normality, and for the categorical variables, absolute frequencies and proportions were used. The bivariate analysis was conducted using Student's t-test and chi-square test ($p < 0.05$), which contributed to build a logistic regression model with statistically significant variables.

Results: A total of 215 elderly people with a mean age of 70.5 years were included in the study: 72 % were females, 56.5 % had primary education, 38.6 % were single and 67.4 % had a history of chronic non-communicable disease. According to the ESTE scale, the study subjects showed a low level of family loneliness (67 %), a high and medium level of marital loneliness (79 %), a high and medium level of social loneliness (51 %) and a high and medium level of adaptation crisis (43 %). It was found that marital loneliness was associated with females ($p = 0.001$), social loneliness with lower class ($p = 0.027$) and adaptation crisis with lower class ($p = 0.024$).

1 Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

2 Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

a Enfermera, magíster en Epidemiología, docente del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería.

b Médico especialista en Medicina Interna, especialista en Geriátrica, magíster en Epidemiología, doctor en Investigación Gerontológica, docente del Instituto de Envejecimiento.

*Autor corresponsal.

Conclusions: The factors associated with the feeling of loneliness among the elderly population attending day care centers are, in the marital loneliness category, being a woman and, in the social loneliness and adaptation crisis categories, belonging to the lower class.

Keywords: Loneliness; Aged; Chronic Disease (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La dinámica de envejecimiento poblacional a nivel mundial despierta el interés de dar respuesta a las necesidades sociales y de salud de la población mayor, debido al aumento de la demanda de los servicios de salud ^(1,2). Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL (CELADE) y el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la región de América Latina y el Caribe, esta población tendrá una representación de tres a cinco veces la población total entre los años 2025-2050, y su población mayor de 65 años será superior a los menores de 14 años ^(3,4).

Este proceso de crecimiento poblacional de las personas mayores se encuentra caracterizado por el incremento en la esperanza de vida, lo que da origen a poblaciones más longevas, con mayores necesidades de atención desde el sector de salud y social ⁽²⁾, así como la generación de desafíos en el abordaje de las personas mayores y la construcción de condiciones o entornos saludables ⁽⁵⁾. En el caso de la población colombiana, según el censo realizado en el año 2005 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se evidenció que la población mayor de 65 años representaba un 6,5 %, y se proyecta al 2050 un aumento del 20 % ⁽⁶⁾.

La población mayor se caracteriza por una carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), atribuida a cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica ^(7,8). Frente a la morbilidad prevalente en el adulto mayor se encuentran las enfermedades mentales, tal como lo indica la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), donde el 40 % de la población presenta hipertensión arterial y síntomas depresivos, esto último representado en una carga de enfermedades mentales secundarias a los cambios y adaptaciones propias de la vejez ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Dentro de los principales fenómenos predominantes en las personas mayores se encuentra la soledad, la cual se considera como una construcción multidimensional, que se encuentra asociada con los trastornos de salud mental. Igualmente, se pueden citar las patologías relacionadas con el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal, como son el riesgo cardiovascular, presión arterial alta, colesterol alto, trastornos del sueño, migraña, alteración en la función inmunológica y efectos sobre la transcripción de algunos

genes ^(12,13). De acuerdo con una revisión sistemática, realizada por Petitte et al., se encontró que el sentimiento de la soledad representa una prevalencia del 20 % al 40 % en la población adulta mayor ⁽¹⁴⁾.

La soledad significa sentirse solo, independientemente de la cantidad de contactos sociales ⁽¹⁵⁾. Existen diferentes tipos de soledad y algunos autores distinguen la soledad no deseada ⁽¹⁶⁾, sea objetiva o subjetiva. Rubio y Aleixandre ⁽¹⁷⁾ establecen la diferencia entre estar solo y sentirse solo, así como lo señala Yaben ⁽¹⁸⁾. Al hablar de soledad objetiva se refiere a estar solo, mientras que la soledad subjetiva o emocional, a sentirse solo. Por tal razón, se resalta la necesidad de valorar la soledad subjetiva a partir de diferentes escalas de medición ⁽⁵⁾.

Actualmente existen escalas de valoración de la soledad como la escala de soledad de UCLA, la escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA, por sus siglas en inglés), el inventario de soledad social y emocional (ESLI, por sus siglas en inglés) y la Filadelfia ⁽¹⁹⁻²¹⁾. En Colombia, se encuentra validada la escala española ESTE, con alfa de Cronbach de 0,90, que consta de 30 ítems, la cual permite medir la soledad familiar, conyugal, social y crisis de adaptación. Las preguntas son del tipo Likert de auto diligenciamiento; la implementación de dicha escala dentro de la valoración gerontológica permitirá la identificación y prevención del sentimiento de la soledad ^(19,20,22).

Es importante mencionar que la soledad en el adulto mayor representa el desarrollo de todas aquellas intervenciones de diferentes disciplinas en salud, que busquen promover que las personas sean sujetos activos de su proceso de adaptación en este transcurrir vital, con el fin de contribuir en la disminución de la carga de la enfermedad. Cabe resaltar que la soledad no solo repercute en las enfermedades mentales, sino también en las enfermedades físicas ⁽²³⁾, pues se ha demostrado la disminución del autocuidado y la adherencia al tratamiento en las personas que presentan este sentimiento.

El presente estudio pretendió identificar los factores asociados a las categorías de soledad en la población adulta mayor en centros de día en Bogotá, Colombia, con el objetivo de enfocar las actividades para la prevención de la soledad. Es preciso subrayar que, al prevenir la soledad, se apoya el proceso de envejecimiento que propone la

política colombiana de envejecimiento humano y vejez, así como el aumento del bienestar en todos los ámbitos de la salud del adulto mayor ⁽²⁴⁾, y aún más en el marco de la década del envejecimiento saludable 2020-2030.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Es un estudio descriptivo, observacional, analítico y de corte transversal, donde se aplicó una encuesta de caracterización, así como la escala ESTE, para medir la soledad ⁽¹⁹⁾ en personas mayores que participan en los centros de día de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) de la ciudad de Bogotá desde noviembre del 2020 hasta junio del 2021.

Variables y mediciones

La variable dependiente fue la soledad, evaluada por medio de la escala ESTE y presentada como una variable cualitativa nominal dicotómica. Este instrumento consta de 30 preguntas tipo Likert de 1 a 5, con opciones de siempre, muchas veces, algunas veces, rara vez y nunca. Incluye cuatro categorías de soledad: familiar, conyugal, social y crisis de adaptación. La soledad familiar consta de 4 ítems; la soledad conyugal, de 5 ítems; la soledad social, de 8 ítems, y la crisis de adaptación, de 13 ítems. Convencionalmente, se interpreta que, a menor puntaje, menor es el riesgo de soledad, con puntos de corte que permiten establecer bajo riesgo, mediano riesgo y alto riesgo. Se organizó como variable dicótoma: Sí (medio y alto riesgo), NO (bajo riesgo), de acuerdo con los puntos de corte ⁽²⁵⁾. En cuanto a las variables independientes, se organizaron como sociodemográficas el sexo (masculino o femenino), la edad (en años), el estado civil (casado, soltero, viudo, divorciado y unión libre), el nivel educativo (sin estudios, primaria, secundaria, técnico, profesional), el estrato socioeconómico (alto, medio y bajo), el tipo de vivienda (propia, arrendada, subarrendada y otros) y el número de personas con las que convive; el número de comorbilidades, como variable continua; el antecedente de ECNT, como variable dicotómica.

Se realizó un muestreo aleatorio simple de un listado de las personas del centro de día, en donde todas tenían la misma posibilidad de participar en el estudio. Lo anterior disminuyó el riesgo de sesgos y garantizó que la información obtenida con el estudio pueda replicarse en poblaciones con características similares. Se incluyeron 215 personas a partir de una muestra calculada con un N = 500 personas y una proporción esperada de soledad del 40 %, con un poder estadístico de 95 % y con un error del 5 %. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron tener 60 años o más y asistir a un centro de día. Como criterio de exclusión se contempló a las personas mayores que no desearon participar.

Previo invitación a la participación en el estudio y firma del consentimiento informado, se realizó el contacto telefónico, se aplicó el cuestionario con las variables mencionadas y se registró la información en una base de datos electrónica, con lo cual se garantizó el anonimato de los datos.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la información. En cuanto a las variables continuas, se reportaron promedios y desviaciones estándar en el caso de variables con distribución normal, o medianas y rangos intercuartílicos en caso de no cumplir con este supuesto. En el caso de las variables categóricas, se crearon tablas de frecuencias y/o porcentajes. Para el análisis bivariado se empleó la prueba t de Student (distribución normal, variables cuantitativas) y χ^2 cuadrado (variables categóricas), respectivamente, con significancia estadística $p < 0,05$. En caso de distribución no paramétrica se usaron las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Para determinar la asociación entre la variable dependiente categórica (variable soledad dicotomizada) y los factores estudiados con significancia estadística se construyó un modelo de regresión logística multivariado, el cual se ajustó por edad.

Los datos se analizaron usando el paquete estadístico STATA 16.1. El nivel de significación estadística se fijó en valor $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación del estudio fue aprobado y autorizado por el Comité de Investigación y Ética (CIE) de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana y por el Departamento Administrativo de Diseño Estratégico (DADE) de la SDIS, catalogado en la categoría de riesgo mínimo en los términos de la ley colombiana. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos y la privacidad de los pacientes, de tal forma que las entrevistas fueron hechas por los investigadores. Los datos fueron consignados en una base de datos con acceso restringido y con la codificación de los sujetos participantes. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, por lo tanto, los resultados respetan la veracidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 215 personas mayores; el promedio de edad de la población mayor fue de 70,5 años con una DE 6,90; el 72 % eran mujeres. En relación con el estado civil, el 38,6 % (n = 83) eran solteros, seguido por los viudos, con 21,4 % (n = 46). El 56 % (n = 121) tenían educación primaria, el 60,9 % (n = 131) correspondían a la clase media (estrato socioeconómico 3). En cuanto al número de comorbilidades, se encontró una mediana 1 (RIC 0-1) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de población en centros de día

Características sociodemográficas N = 215	
Edad, media (DE)	70,50 (6,90)
Sexo, femenino n (%)	155 (72,10 %)
Estado civil n (%)	
Casado	28 (13,00 %)
Soltero	83 (38,60 %)
Viudo	46 (21,40 %)
Divorciado	33 (15,40 %)
Unión libre	25 (11,60 %)
Nivel educativo n (%)	
Sin estudios	14 (6,50 %)
Primaria	121 (56,50 %)
Secundaria	57 (26,60 %)
Técnico	14 (6,50 %)
Profesional	8 (3,70 %)
Estrato socioeconómico n (%)	
Clase baja	84 (39,10 %)
Clase media	131 (60,90 %)
Tipo de vivienda n (%)	
Propia	54 (25,10 %)
Arrendada	132 (61,40 %)
Subarrendada	6 (2,80 %)
Otros	23 (10,70 %)
Número de personas convive mediana (RIC)	2 (1-3)
Enfermedad crónica	
Antecedente ECNT Sí, n (%)	145 (67,40 %)
Número de comorbilidades mediana (RIC)	1 (0-1)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico; ECNT: enfermedad crónica no transmisible.

Los resultados en la implementación de la escala ESTE y la medición de soledad familiar, conyugal, social y crisis de adaptación mostraron que en soledad familiar el 67 % (n = 143) está en nivel bajo; en soledad conyugal, el 79 % (n = 170) presenta entre nivel alto y medio. En cuanto a soledad social, el 51 % (n = 108) presenta un nivel alto y medio; en crisis de adaptación (soledad existencial), el 43 % (n = 92), un nivel alto y medio (Tabla 2). De igual forma, se realizó un análisis de los datos por tipos de dimensión y se encontró que, en todas las dimensiones, las mujeres muestran una frecuencia mayor de soledad en relación con los hombres (Figura 1).

Tabla 2. Descripción de las dimensiones de la escala ESTE por niveles

	Soledad familiar	Soledad conyugal	Soledad social	Crisis de adaptación
Alto n (%)	39 (18,20 %)	162 (75,00 %)	29 (13,60 %)	14 (6,50 %)
Medio n (%)	32 (14,90 %)	8 (3,70 %)	79 (37,10 %)	78 (36,30 %)
Bajo n (%)	143 (66,80 %)	46 (21,30 %)	105 (49,30 %)	123 (57,20 %)

El sentimiento de soledad en la población adulta mayor participante en centros de día en Bogotá, Colombia

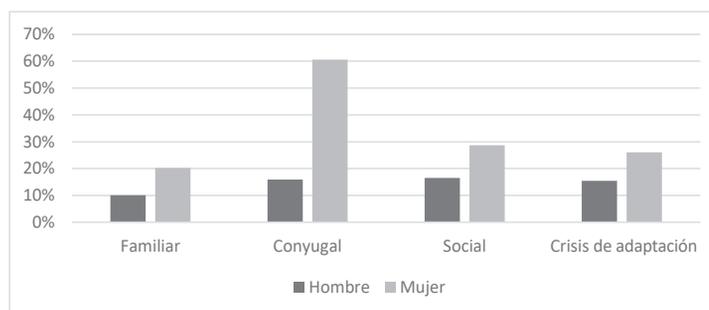


Figura 1. Dimensiones de la soledad por sexo

Para el análisis bivariado se tuvo en cuenta el nivel de significancia estadística ($p < 0,05$) en las diferentes dimensiones del sentimiento de soledad familiar, conyugal, social y crisis de adaptación, como se evidencia en la Tabla 3, donde se presentan las variables con significancia estadística en cada una de las dimensiones que fueron incluidas en los modelos de regresión logística.

Tabla 3. Análisis bivariado entre dimensiones de soledad y variables independientes

	Soledad familiar			Soledad conyugal			Soledad social			Crisis de adaptación		
	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor
Edad, media (DE)	69,1 (6,60)	71,20 (6,90)	0,03	70,60 (7,10)	70,10 (6,30)	0,67	69,70 (6,20)	71,30 (7,40)	0,09	69,60 (6,25)	71,10 (7,30)	0,11
Sexo, femenino n (%)	43 (27,90 %)	111 (72,10 %)	0,01	130 (83,80 %)	25 (16,10 %)	0,002	67 (43,80 %)	85 (56,20 %)	0,01	55 (35,50 %)	100 (64,50 %)	0,01
Estado civil n (%)												
Casado	7 (9,80 %)	21 (14,80 %)	0,30	14 (8,20 %)	14 (30,40 %)	<0,01	13 (12,04 %)	15 (14,40 %)	0,60	9 (9,78 %)	19 (15,45 %)	0,20
Soltero	33 (46,40 %)	49 (34,50 %)	0,09	80 (47,30 %)	3 (6,50 %)	<0,01	52 (48,1 %)	29 (27,80 %)	0,01	40 (43,50 %)	43 (34,90 %)	0,20
Viudo	11 (15,50 %)	35 (24,70 %)	0,12	42 (24,85 %)	4 (8,70 %)	0,01	16 (14,8 %)	30 (28,80 %)	0,01	19 (20,70 %)	27 (21,90 %)	0,81
Divorciado	15 (21,13 %)	18 (12,70 %)	0,10	31 (18,30 %)	2 (4,35 %)	0,02	15 (16,3 %)	18 (14,60 %)	0,73	15 (45,40 %)	77 (42,30 %)	0,73
Unión libre	5 (7,0 %)	19 (13,40 %)	0,16	2 (1,18 %)	23 (50 %)	<0,01	13 (12,04 %)	11 (10,50 %)	0,73	9 (9,78 %)	16 (13,01 %)	0,46
Estrato socioeconómico n (%)												
Clase baja	31 (43,66 %)	52 (36,62 %)	0,32	65 (38,46 %)	19 (41,30 %)	0,73	53 (49,07 %)	30 (28,85 %)	0,01	47 (51,09 %)	37 (30,08 %)	0,01
Tipo de vivienda n (%)												
Propia	13 (18,31 %)	41 (28,87 %)	0,09	41 (24,26 %)	13 (28,26 %)	0,58	27 (25 %)	27 (25,95 %)	0,872	23 (25 %)	31 (25,20 %)	0,97
Arrendada	49 (69,01 %)	82 (57,75 %)	0,11	103 (60,93 %)	29 (63,04 %)	0,80	67 (62,04 %)	62 (59,62 %)	0,72	55 (69,78 %)	77 (62,60 %)	0,67
Subarrendada	3 (4,23 %)	2 (1,41 %)	0,20	6 (3,55 %)	0 (0,00 %)	0,19	2 (1,85 %)	4 (3,85 %)	0,38	2 (2,17 %)	4 (3,25 %)	0,64
Otros	6 (8,45 %)	17 (11,97 %)	0,43	19 (11,94 %)	4 (8,70 %)	0,62	12 (11,11 %)	11 (10,58 %)	0,90	12 (13,04 %)	11 (12,94 %)	0,34
Número de personas convive mediana (RIC)	1 (0-2)	2 (1-4)	<0,01	1 (0-3)	2,50 (1-3)	0,00	1 (0-3)	2 (1-4)	0,12	1 (0-2)	2 (1-4)	0,01

	Soledad familiar			Soledad conyugal			Soledad social			Crisis de adaptación		
	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor	Sí	No	p valor
Enfermedad crónica												
Antecedente ECNT Sí, n (%)	41 (57,75 %)	103 (42,74 %)	0,03	115 (68,05 %)	30 (65,22 %)	0,72	66 (61,11 %)	77 (74,04 %)	0,045	57 (61,96 %)	88 (71,54 %)	0,14
Número de comorbilidades mediana (RIC)	1 (0-1)	1 (0-2)	0,14	1 (0-2)	1 (0-1)	0,13	1 (0-1)	1 (0-2)	0,03	1 (0-1,50)	1 (0-1)	0,38

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico; ECNT: enfermedad crónica no transmisible.

En relación con la soledad familiar de las 155 mujeres participantes, se encontró que el 28 % (n = 43) presentaban este tipo de soledad con una significancia estadística ($p < 0,01$), el 57,8 % (n = 41) tenían antecedente de enfermedad crónica no trasmisible (ECNT) ($p = 0,03$) y el número de personas con las que convive mediana 1 (RIC 0-1) ($p < 0,01$).

En soledad conyugal, de las mujeres participantes, el 83,3 % (n = 130) presentaron este tipo de soledad con una significancia estadística de $p = 0,01$. Con respecto al estado civil, se encontró una significancia estadística en todas las categorías, sin embargo, no se incluyeron en el modelo de regresión por el efecto de colinealidad. En relación con el número de personas con las que convive, se encontró un $p = 0,01$ con una mediana de 1 (RIC 1-3).

En la dimensión de soledad social se resalta que las variables con significancia estadística ($p < 0,05$) son ser mujer ($p = 0,01$), clase baja ($p = 0,01$), antecedente de ECNT ($p = 0,04$) y número de comorbilidades ($p = 0,03$); y en la crisis de adaptación se encontraron datos similares en relación con el sexo y clase baja.

En el modelo de regresión logística se encontraron asociaciones en las siguientes variables de acuerdo con cada dimensión: en soledad conyugal en relación con el sexo femenino un OR ajustado 3,15 (IC 95 % 1,55-6,39); en soledad social se encontró clase baja OR ajustado 1,95 (IC 95 % 1,08-3,52) y en crisis de adaptación, la variable clase baja con OR ajustado 1,99 (IC 95 % 1,09-3,63) (Tabla 4).

Tabla 4. Modelos de regresión logística por dimensión

Dimensión	Variable	OR ajustado (IC 95 %)	p valor
Soledad conyugal	Sexo, femenino	3,15 (1,55-6,39)	0,01
Soledad social	Clase baja	1,95 (1,08-3,52)	0,02
Crisis de adaptación	Clase baja	1,99 (1,09-3,63)	0,02

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

El sentimiento de soledad en la población mayor representa un impacto y una prevalencia del 40 %, encontrándose relaciones con el desarrollo de ECNT tanto físicas como mentales⁽¹⁴⁾, por lo que la detección oportuna de la soledad permitirá a los equipos de salud desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Este estudio, a través del uso de la escala ESTE validada en población colombiana, encontró que la dimensión más frecuente de soledad está en relación con la soledad conyugal, seguida por la social, crisis de adaptación y, por último, la soledad familiar; además, se asocia a ser mujer y pertenecer a la clase baja. De acuerdo con la investigación desarrollada por Garza-Sánchez et al.⁽²⁶⁾, se encuentran

datos similares frente a la dimensión de soledad conyugal en mujeres españolas.

En cuanto al sexo, hay coincidencia con otros estudios, hay mayores niveles de soledad en las mujeres⁽²⁶⁾. Respecto a la edad, los resultados obtenidos fueron significativos en el análisis bivariado en las dimensiones de soledad familiar y social, que fue similar a lo encontrado en otras poblaciones⁽²⁷⁾.

En este trabajo de investigación también se encontró, en general, que la muestra de adultos mayores tiene un nivel educativo bajo y, a diferencia de estudios previos, no se asoció con un mayor nivel de soledad en ninguna de las dimensiones⁽²⁶⁻²⁸⁾. Con respecto al estado civil, este presentó una asociación estadísticamente significativa en

El sentimiento de soledad en la población adulta mayor participante en centros de día en Bogotá, Colombia

el caso de la dimensión de soledad conyugal, como era de esperarse ⁽²⁷⁾.

El estrato socioeconómico bajo fue relevante en las dimensiones de soledad y crisis de adaptación, por lo cual es fundamental revisar y trabajar la crisis de adaptación. Es una tarea que atañe no solo a los adultos mayores, sino también al resto de la población que llegará a ser adulta, y sigue mostrando la importancia de prepararse para llegar a esta edad, desde el enfoque del envejecimiento saludable ⁽²⁹⁾.

En cuanto al número de personas con las que convive, no fue significativo en el bivariado en el caso de la dimensión de soledad social, pero sí en las otras dimensiones, por lo que la convivencia y el mantenimiento de relaciones son relevantes ⁽³⁰⁾.

El hecho de padecer una ECNT es un fenómeno frecuente en la población de estudio y en los adultos mayores en general; se asoció en el bivariado a las dimensiones de soledad familiar y social pero no de forma significativa en el análisis ajustado. En cuanto al número de comorbilidades, su número es bajo y tampoco presentó una asociación significativa en el modelo de regresión.

En cuanto a las limitaciones, al ser un estudio de corte transversal, se tomó una sola medida; por lo tanto, los niveles de soledad que fueron encontrados en el momento de la aplicación de la encuesta y las asociaciones halladas deben observarse con precaución y verificarse con otro tipo de estudio, lo que impedirá inferir causalidad. En relación con las fortalezas, se utilizó una herramienta validada en la población colombiana, como es la escala ESTE para evaluar soledad; se completó el tamaño de muestra esperado. Para controlar el sesgo de selección, ya que la población procedía de centros día, se realizó un muestreo aleatorio simple del total del listado de las personas que asistían al centro.

En conclusión, el sentimiento de soledad es característico en las mujeres y en las personas solteras o viudas. Sin embargo, hay que destacar los resultados encontrados en soledad familiar, dado que no se evidencia niveles altos y/o medios.

Contribución de los autores: CMCR y DACHC concibieron la idea del manuscrito, recolectaron los datos, colaboraron con la edición crítica del artículo y aprobaron la versión para su publicación. Además, DACH realizó el análisis del estudio y CMCR escribió el primer borrador del artículo.

Fuentes de financiamiento: Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev Salud Pública. 2015;17(2):184-94.
2. Rivillas JC, Gómez-Aristizabal L, Rengifo-Reina HA, Muñoz-Laverde EP. Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2017;35(3):369-81.
3. Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Informe mundial de la salud 2015. El envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 p. 1-29.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis. Santiago de Chile: CEPAL; 2023 p. 1-49.
5. Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Univ Médica. 2020;61(2):64-71.
6. Arango VE, Ruiz IC. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Fund Saldarriaga Concha. Bogotá. 2006, p. 1-19.
7. Peñaloza RE, Salamanca N, Rodríguez JM, Rodríguez J, Beltrán AR. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 1a ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014. 1-153 p.
8. Montes J, Casariego E, de Toro M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin. 2012;73(Supl 1):S7-S14.
9. Bekhet AK, Zauszniewski JA. Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? Arch Psychiatr Nurs. 2012;26(3):214-24.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Colombia: MINSALUD; 2016 p. 1-11.
11. Bohórquez P, Nieto MD, Pascual B, García MJ, Ortiz MA, Bernabéu M. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. Aten Primaria. 2014;46:41-8.
12. Montejó-Carrasco P, Prada-Crespo D, Montejó-Rubio C, Montenegro-Peña M. Loneliness in the Elderly: Association with Health Variables, Pain, and Cognitive Performance. A Population-based Study. Clin Salud. 2022;33(2):51-8.
13. Theeke LA. Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. Arch Psychiatr Nurs. 2009;23(5):387-96.
14. Petite T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. Open Psychol J. 2015;8(Suppl 2):113-32.
15. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. Washington D.C.: National Academies Press; 2020.
16. Martín U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. Gac Sanit. 2021;35(5):432-7.
17. Rubio R, Aleixandre M. La escala "ESTE", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. Geriatrika. 1999;5(9):26-35.
18. Yaben SY. Adaptación al castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional en adultos SESLA-S. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2008;8(1):103-16.
19. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á. Validación de la escala para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010;28(3):416-27.
20. Cerquera AM, Cala ML, Galvis MJ. Validación de constructo de

- la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Divers: Perspect Psicol.* 2013;9(1):45-53.
21. Bermeja AI, Ausín B. Programas de combate a la soledad en ancianos institucionalizados: Una revisión de la literatura científica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(3):155-64.
 22. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á. Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *Med UPB.* 2015;34(2):102-14.
 23. Rodríguez M. La soledad en el anciano. *Gerokomos.* 2009;20(4):159-66.
 24. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Colombia: MPS; 2011 p. 1-49.
 25. Cantuña CA, Hidalgo A, Pereira H. Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, mediante la aplicación del cuestionario SF-36 y escala ESTE, periodo febrero-mayo del 2015 [tesis de título]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
 26. Garza-Sánchez RI, González-Tovar J, Rubio-Rubio L, Dumitrache-Dumitrache CG. Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta Colomb Psicol.* 2020;23(1):106-16.
 27. Acosta CO, Tánori J, García R, Echeverría SB, Vales JJ, Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicol y Salud.* 2017;27(2):179-88.
 28. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted A, Cacioppo JT. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;63B(6):S375-S84.
 29. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable 2020-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 p. 1-7. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
 30. González-Tovar J, Garza-Sánchez RI. La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria.* 2021;38(3):169-84.

Correspondencia:

Diego Andrés Chavarro-Carvajal

Dirección: Carrera 7 número 40-72, Hospital San Ignacio, piso octavo, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

Teléfono: +573005589015

Correo electrónico: chavarro-d@javeriana.edu.co

Recibido: 13 de diciembre de 2022

Evaluado: 31 de enero de 2023

Aprobado: 13 de febrero de 2023

© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Claudia Marcela Camargo-Rojas  <https://orcid.org/0000-0002-8584-3191>

Diego Andrés Chavarro-Carvajal  <https://orcid.org/0000-0003-4753-4969>