

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE SENSACIÓN DE SOLEDAD EN
ADULTOS MAYORES DURANTE PANDEMIA DE COVID-19**

Por

Dra. Ana Bertha Pérez Villalva

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

FEBRERO, 2022

PREVALENCIA DE SENSACIÓN DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DURANTE PANDEMIA DE COVID-19

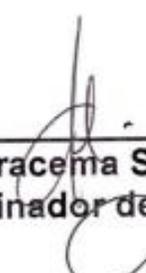
Aprobación de la tesis:



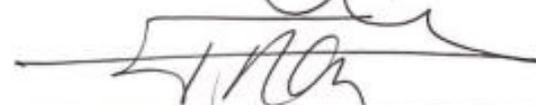
Dr. Med. Héctor Manuel Riquelme Heras
Director de la tesis



Dr. Med. Isauro de Jesús Saenz Saucedo
Asesor de la tesis



Dra. Iracema Sierra Ayala
Coordinador de Enseñanza



Dr. José Manuel Ramírez Aranda
Coordinador de Investigación



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Profesor Titular del Programa



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado con cariño para mi familia nuclear (Mi madre Silvia, mi padre Pablo y mi hermano Pablo) que a lo largo de los años me han demostrado su apoyo de todas las formas posibles y me han impulsado con su ejemplo. A mi tía Lucia que siempre ha estado también a mi lado.

Un agradecimiento especial a la familia que he formado con Marco. Gracias por dejarme ser. Por ayudarme a cumplir mis sueños y metas, por tu comprensión.

A mis maestros, con quienes aprendí a amar a la Medicina Familiar. En especial a la Dra. Celina Gómez, al Dr. José Manuel Ramírez, al Dr. Isauro Sáenz, la Dra. Daniela Mata, al Dr. Eduardo Méndez, a la Dra. Iracema Sierra y al Dr. Héctor Riquelme.

Al director del departamento Dr. Raúl Gutiérrez por su liderazgo.

A mis amigos que aún en la distancia siempre están presentes.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	9
RESUMEN	9
CAPÍTULO II	11
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	12
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA VEJEZ EN EL MUNDO Y EN MÉXICO	12
SOLEDAD	13
TIPOS DE SOLEDAD	16
LA SOLEDAD COMO OBJETO DE ESTUDIO: SU RELACIÓN CON CIERTOS PADECIMIENTOS	16
Afectaciones a nivel molecular	18
ESTRATEGIAS E INICIATIVAS PARA ABORDAR LA SOLEDAD	20
PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2	21
ANTECEDENTES	22
MÉXICO Y EL MUNDO ANTE LA SOLEDAD	22
SOLEDAD Y ADULTO MAYOR	23
SOLEDAD Y COVID-19	24
CAPÍTULO III	26
JUSTIFICACIÓN	26
CAPÍTULO IV	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
CAPÍTULO V	28
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
CAPÍTULO VI	29
OBJETIVOS	29
HIPÓTESIS	29
CAPÍTULO VII	30
DISEÑO DEL ESTUDIO	30
Diseño del estudio	30
Definición del universo de trabajo.	30
Definición de Unidades de observación.	30

Estrategia de muestreo.....	31
Tamaño de muestra.....	32
Cálculo del tamaño de muestra.....	32
Plan de análisis estadístico:	32
Instrumentos de evaluación.....	33
Definición de variables y Unidades de Medición	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
CAPÍTULO VIII	48
RESULTADOS.....	48
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	66
CAPÍTULO IX	67
ANEXOS	67
CAPÍTULO X	69
BIBLIOGRAFÍA	69
CAPÍTULO XI	74
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión de la edad.	48
Tabla 2. Pruebas de comparación mediante Chi2	59
Tabla 3. Comparación de la sensación de soledad dependiendo del sexo, únicamente entre los pacientes que vivían solos.	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con el sexo.....	48
Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con la escolaridad.	49
Figura 3. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con el estado civil.....	50
Figura 4. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su religión.....	51
Figura 5. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su ocupación.	51
Figura 6. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su lugar de residencia.	52
Figura 7. Mascotas con las que convivían los pacientes.	53
Figura 8. Pasatiempos realizados por los pacientes.....	54
Figura 9. Comorbilidades presentadas por los pacientes.	55
Figura 10. Afectaciones sufridas por los pacientes durante la pandemia.	56
Figura 11. Clasificación de los pacientes en las diferentes categorías de la subescala de alienación.....	57
Figura 12. Clasificación de los pacientes en las diferentes categorías de la subescala de insatisfacción.	58

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

HPA: Hipotalámico-pituitario-adrenal.

GR: Receptor de Glucocorticoides.

SNS: Sistema Nervioso Simpático.

NO: Óxido Nítrico.

NPHA: Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Saludable de la Universidad de Michigan

CAPÍTULO I

RESUMEN

Prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19.

Introducción: La soledad es una sensación subjetiva (real o dependiente de la percepción), multidimensional y compleja, relacionada con falta de afecto (social o físico). En países desarrollados la soledad es un indicador de salud, pues su presencia repercute en la salud física y psicológica. Con mayor presencia en aquellos grupos poblacionales vulnerables.

Objetivo: Identificar la sensación de soledad en personas a partir de los 60 años de edad y su relación con otras características propias de la población durante la pandemia de COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal realizado en el servicio de consulta de Medicina Familiar, del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; de forma anónima y voluntaria con previa explicación y aceptación de participación verbal del paciente se aplicaron los siguientes cuestionarios: uno de datos sociodemográficos, de características médicas y de aspectos durante la pandemia de COVID-19; así como la escala de soledad en el adulto mayor (IMSOL-AM).

Resultados: El 62.7 % fueron mujeres, con una mediana de edad en 65 años, el 35.7 % con escolaridad primaria, el 52.6 % casados, religión católica en un 71.9 %; 35.4 % se dedican al hogar, con lugar de residencia en su mayoría en Monterrey con un 27.3 %, el 88.4 % vive acompañado mientras que el 11.6% vive solo. El 69.8 % cuenta con una mascota. El 22.9 % practica uno o más pasatiempos. El 74.7 % presentaba una o más comorbilidades, la más observada fue hipertensión arterial con un 22.5 %, seguida de la Diabetes Mellitus tipo 2 con un 11.2 %. El 35.3 % consulta una vez al mes. El 59

% refirió realizar actividad física ligera. El 67.5 % mantuvo aislamiento por pandemia. El 56.6 % duerme 7 horas o más. El 71.1% nunca ha fumado. Más de la mitad nunca ha tomado 54.2 %. Las principales afectaciones durante la pandemia por COVID-19 fueron económicas (27.3 %), dificultad para socializar (15.3 %), pérdida familiar (13.7 %). Un 76.1 % no se había contagiado de COVID-19 al momento del estudio, un 50.6 % había tenido un ser querido con COVID-19.

El 94.8 % no experimentaba soledad, el 4.4 % se encontraba en riesgo de experimentar soledad y el 0.8 % se encontraba con probable patología, es decir, que experimentaban soledad. Al correlacionar los datos sociodemográficos se encontró una franca asociación con las horas de sueño y la presencia de sensación de soledad, con una $p < 0.001$, a menor cantidad de horas dormidas mayor presencia de sensación de soledad.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes de la muestra no experimentaba una sensación de soledad. En aquellos que la experimentaron las horas de sueño estuvieron asociadas.

Palabras clave: Soledad, Adultos mayores, IMSOL-AM, COVID-19.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La soledad es un tema que ha sido estudiado a través de diferentes grupos poblacionales, en distintos grupos etarios y desde la perspectiva de género. Así hoy en día se sabe que existen diferentes variables involucradas en este fenómeno. De acuerdo con las características de la población los resultados han sido muy distintos, el momento histórico que se encuentre cursando la población puede ser un gran determinante. En México se han realizado algunos estudios acerca de esto.

Sin embargo, la soledad en el adulto mayor continúa representando hoy en día un problema de salud pública poco identificado o bien poco estudiado. La soledad puede promover, entre otros, la predisposición por el uso de servicios de salud y el desarrollo de otras comorbilidades.

Así, la soledad, aunque no es solo propia de la vejez, puede tener un impacto importante en ellos debido a la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2. Ya que se han encontrado en un largo aislamiento desde el inicio de esta, a causa del confinamiento.

Aunque el bienestar del adulto mayor es algo subjetivo, vale la pena reflexionar acerca de esto para poder ofrecerle una mejor calidad de vida y un mayor conocimiento de su situación actual en Nuevo León.

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA VEJEZ EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

El envejecimiento es un tema que atañe al mundo entero, sobre todo porque depende de múltiples variables (por ejemplo, fecundidad y mortalidad) y del incremento en la esperanza de vida. Y dichos factores están presentes en cada país, de ahí el interés mundial en este tópico. Según datos obtenidos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre el año 2000 y el 2050 la proporción de los habitantes de todo el mundo que son mayores de 60 años se duplicará. Este grupo etario pasará de 605 millones a 2000 millones en este periodo de tiempo, es decir, de un 11% a un 22% de la población. Y también ha resultado del interés público el hecho de que se plantee que cerca del 80% de estas personas se encontrarán en países en vías de desarrollo, que mantendrán ingresos económicos de medios a bajos.^{1 2}

Por su parte, en México en 50 años se ha alcanzado un alto porcentaje de personas envejecidas, se esperaba que para finales de 2019 existieran, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años. Además, se ha encontrado una feminización del envejecimiento ya que 6 de cada 10 personas mayores son mujeres. La esperanza de vida del adulto mayor en promedio es de 75 años: 78 años para mujeres y 73 años para los hombres.³

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018, en México hay 15.4 millones adultos mayores, considerando a personas de 60 años o más. Quienes representan el 12.3% de la población total; y dentro de esta cifra al menos 1.7 millones viven solos.⁴

En Nuevo León, por su parte, de acuerdo con datos obtenidos a través de la página de la Secretaría de Economía y Trabajo del mismo estado, la población de 60 años o más hasta abril de 2019 era de 764,980 habitantes.⁵

SOLEDAZ

La soledad pudiera ser definida como una sensación subjetiva de un fenómeno que es multidimensional y complejo, que involucra el aspecto psicológico y que en la mayoría de los casos puede resultar en un factor de estrés muy importante. Cabe destacar que dicha soledad puede ser el resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales (Carencia de compañía para cualquier actividad) o percibidas, ya que se trata de una condición única en que la persona se percibe a sí mismo como socialmente aislado pese a encontrarse entre otros individuos.⁶

También se relaciona con la calidad de las relaciones más que con la cantidad. Lo que puede derivar en un malestar emocional gestado tras sentirse incomprendido o rechazado por alguien más. Y puede impactar sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica de cualquier persona, sobre todo en aquellas que son más vulnerables.^{7 8 9 10} Hoy en día se le ha dado mayor importancia al modelo biopsicosocial a través del cual resulta más sencillo localizar factores de riesgo y realizar una intervención de prevención pertinente ya sea en la dimensión social, psicológica o conductual. Sin perder de vista los factores geográficos, culturales y económicos que impactan la presencia o no de soledad.^{7 11} Por ello, no se debe perder de vista que el desarrollo de la soledad se encuentra polarizado por factores como el desarrollo y las características socioculturales, lo que permite comprender las variaciones que se presentan entre distintas poblaciones.¹²

De tal suerte que estos factores pueden abarcar tres aspectos: el filosófico, el social (Antropológico) y el psicológico. El primero hace un recorrido hacia la ontogenia, dentro de la perspectiva antropológica se encuentran los aspectos culturales y los sociales, por último, en el aspecto psicológico se agrupan los rasgos afectivos y cognoscitivos de la soledad.⁸

Puede asumirse que la soledad es más que el producto de la pérdida vinculada a la edad; ya que, como se mencionaba previamente, esta puede experimentarse en todas las etapas de la

vida. De igual forma se relaciona la soledad al mecanismo de afrontamiento ante las adversidades. Así, se ha encontrado que aquellos que hacen frente a los problemas presentan menores niveles de soledad que quienes se centran en las emociones. Y es que el mecanismo a través del cual se vivencia la soledad puede ser expresado de forma negativa o positiva. Esta expresión puede relacionarse con la percepción e interpretación personal que cada individuo hace al evaluar sus relaciones sociales, teniendo en cuenta la cantidad y calidad de sus contactos a nivel social.^{7 8 13}

Se pueden identificar ciertas características en la soledad, tales como la falta de relaciones interpersonales, que se trata de una experiencia subjetiva o bien debido a un déficit interpersonal que puede ser de tipo afectivo (Necesidad de apego) o cognoscitivo (La percepción personal de sus relaciones sociales), no es agradable la sensación que produce y por ello se asocia con el desarrollo de estrés. Entonces, la soledad se convierte en la pieza clave dentro del mecanismo adaptativo, permitiéndole a cualquier persona comprender cuál (Cantidad) y como (Calidad) es su interacción con otros. El soporte social se transforma en un verdadero mediador entre el estatus funcional y la calidad de vida mental, aquellos que perciben un mayor soporte social tienen mejor estado de ánimo, moral, con efectos benéficos sobre la depresión y la soledad^{8 14} Este mecanismo adaptativo al que se hace mención se relaciona con la construcción social, la cual a su vez está delimitada por mecanismos de tipo neurológico, hormonal, genético y molecular; que de una u otra forma marcan la línea de soporte dentro de las interacciones. Esto se relaciona con el hecho de que durante la evolución los humanos tenían una mayor probabilidad de sobrevivir si permanecían en grupos, por ello se podría pensar que el reconocer interacciones sociales forma parte de la manera como evolucionaron los mecanismos cerebrales que dependerían de la obtención de una gran cantidad de información sensorial y corporal que se obtiene durante la interacción frente a frente. Interacción que permanece ausente durante la comunicación en línea que al no encontrar la cantidad de información sensitiva y moto-

ra les impide sentirse conectados, ocasionando un sentimiento de soledad, que incluso puede agravarse si se intenta una mayor comunicación virtual.⁶ Un estudio reveló que una mayor proporción de contactos utilizando redes sociales predecía mayores niveles de soledad.¹⁵

Así, otro ejemplo es el insomnio o el sueño intermitente que aparece en la soledad, mantiene una ventaja evolutiva que recae en la minimización del riesgo de ser atacado por un depredador por sorpresa mientras se duerme genera el estado de hipervigilancia, como un instinto de autoprotección. Esto último se puede transpolar al aspecto social, generando una dificultad, pues en el intento de alejar personas que pueden aprovecharse de la necesidad de compañía, se puede bloquear una adecuada conexión con otros, perjudicando con ello el bienestar y más tarde la salud misma.¹⁶

Y esto se puede convertir en un círculo vicioso, ya que la soledad genera un sentimiento desagradable de aversión a la misma; que generalmente anima a las personas a buscar la compañía de otros, pero como se ha mencionado mantenerse en hipervigilancia puede llegar a complicar la situación.¹⁶

Hasta este punto podemos resumir que la soledad desde la epistemología puede identificarse a través de cuatro tendencias⁸:

1. Existencialista: Qué enfoca sus esfuerzos al entendimiento de la ontogenia de la soledad.
2. Fenomenológica: Que ayuda a recrear de forma subjetiva y simbólica los factores socioambientales relacionados a la soledad.
3. Funcionalista-interaccionista: Establece correlaciones entre las diferentes variables y/o dimensiones.
4. Estructuralista: Visualiza a la soledad como un mecanismo de adaptación.

Un estudio canadiense señala también que el aislamiento social es muy común entre los hiperfrecuentadores de los centros de salud.¹⁶

TIPOS DE SOLEDAD

La soledad vista bajo el cristal del tiempo puede clasificarse en crónica, situacional o transitoria. La primera se expresa en años y se caracteriza por una incapacidad para establecer relaciones sociales satisfactorias. La segunda está más relacionada a situaciones que desencadenan estrés, tales como las crisis paranormativas (Divorcio, muerte, etc.) y por último la soledad transitoria, que puede considerarse como la más frecuente, está relacionada con periodos breves de sensación de soledad.⁸ Y es precisamente este último punto el que da paso a comprender que dicha soledad puede ser experimentada aún dentro de la familia, contando con redes sociales (Grupos de amigos) y/o dentro de una relación de pareja. Y esto podría estar condicionado a las malas relaciones con sus allegados.^{7 16}

De tal modo que puede verse reflejada en la sensación subjetiva de tener menos afecto y/o cercanía de los estándares deseados, lo que se considera soledad emocional. Por otro parte, la soledad relacional afecta más a mujeres y se manifiesta como la experiencia de poca proximidad a familiares y amigos, producida en un rango de grupo de 15 a 20 personas con las que más se simpatiza y con quienes se pierde contacto. Por último, la soledad colectiva que afecta más a hombres y que se manifiesta por la sensación de sentirse poco valorado socialmente por un grupo de 150 a 1,500 personas con quienes se interactúa.

Por otro lado, vivir solo no implica necesariamente padecer aislamiento social, ni soledad. Ya que las personas que viven solas pueden gozar de una activa vida familiar y social.¹⁶

LA SOLEDAD COMO OBJETO DE ESTUDIO: SU RELACIÓN CON CIERTOS PADECIMIENTOS

La soledad y el aislamiento social, que, si bien son dos conceptos diferentes, son marco de referencia como causas comunes de estrés.⁷ Ambos conceptos se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad sobre todo por enfermedad mental y cardiovascular (incrementan el riesgo de

cardiopatía coronaria en 29% y de accidente cerebrovascular en 32%). El aislamiento social, la soledad y el vivir solo incrementan la posibilidad de muerte en un 29%, 26% y 32% respectivamente.^{7 13} En el adulto mayor específicamente la soledad se ha relacionado con la presencia de deterioro cognitivo y una progresión en la enfermedad de Alzheimer, así como desnutrición.^{17 11} De igual forma se asocian con la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenocortical y el sistema nervioso simpático. Así como a otros comportamientos que representan un riesgo para la salud como: disminución en la actividad física, mala calidad del sueño y presencia de tabaquismo.⁷

Se cuenta con datos que confirman que la soledad puede experimentarse en cualquier rango de edad. A pesar de que la tecnología permite una mayor posibilidad de interacción, algunos estudios han demostrado que la utilización de este tipo de medio de comunicación puede llegar a debilitar las relaciones y la sensación de bienestar. Lo que adquiere relevancia dado que la cantidad y la calidad de las relaciones han sido relacionadas de manera inversa con riesgos a la salud, relacionados con ciertas patologías como: Depresión, ansiedad, disforia y retraimiento social.⁷ Por lo que ha quedado claro que tanto el aislamiento social, como la soledad consiguen predecir la mortalidad con la misma consistencia que muchos otros factores de riesgo conocidos, tales como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo o la obesidad. Llegando incluso a exceder el riesgo que se le otorga a los últimos dos factores citados.^{7 16}

También se ha encontrado que la presión sanguínea se incrementa en aquellos que experimentan soledad sobre todo en personas mayores y de mediana edad. Tras 4 años los individuos más solitarios llegaron a exhibir un aumento en la presión arterial sistólica (PAS) que fue hasta 14.4 mmHg (3.6 mmHg / año) más alto que los individuos menos solitarios.⁷ La elevación de la presión arterial es ocasionada por el incremento en la resistencia vascular periférica debido al desarrollo de anomalías estructurales de forma más temprana o incluso más severas

en arterias que promueven la deposición de colágeno y disminuyen el contenido de fibra elástica.⁷

Afectaciones a nivel molecular

El eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) es pieza clave en la regulación de la respuesta al estrés y se ha encontrado en personas solitarias un aumento en las cifras séricas de cortisol matutino y sensibilidad disminuida del receptor de glucocorticoides (GR). Lo que indica niveles más altos de activación del eje HPA en individuos solitarios.⁷

Se sabe que los glucocorticoides controlan diferentes funciones fisiológicas (Inmunidad, metabolismo, actividad cardiovascular, procesos reproductivos, neurodegeneración y apoptosis). Que a verse alteradas pueden impactar directamente en la salud de los individuos. Por ejemplo, la estimulación de los GR en los leucocitos por el cortisol da como resultado la supresión de las redes de genes proinflamatorios. Sin embargo, también se ha visto que el estrés social crónico induce resistencia a los glucocorticoides, que involucra una variedad de mecanismos. Proceso en el cual los GR se vuelven menos eficiente en la transducción de señales de glucocorticoides. Esta resistencia conduce a una inflamación excesiva, así como a la hiperactividad de la hormona liberadora de corticotropina y las vías del sistema nervioso simpático (SNS), que pueden contribuir al desarrollo de enfermedades, incluidas la aterosclerosis, la diabetes, la neurodegeneración y la metástasis tumoral.⁷

Las citocinas inflamatorias potencian la resistencia a los glucocorticoides. Existiendo de esta forma un mecanismo de retroalimentación positiva entre la resistencia a los glucocorticoides que exagera la inflamación y la producción de citocinas proinflamatorias. En las células endoteliales, los glucocorticoides reducen la producción de óxido nítrico (NO), el cual es un factor antihipertensivo y antiaterosclerótico crucial.⁷ Además, los glucocorticoides también potencian el efecto vasoconstrictor de las catecolaminas.

El estrés social conduce a un estado proinflamatorio mediado por los receptores b-adrenérgicos y caracterizado por un aumento de la monocitopoyesis y la expansión selectiva de un subconjunto de monocitos inmaduros (CD16 en humanos). Estos monocitos inmaduros son proinflamatorios, inmaduros y resistentes a glucocorticoides. Los cuales pueden transitar hacia el cerebro liberando citocinas proinflamatorias, provocando ansiedad y alteración del comportamiento social, promoviendo “comportamientos de enfermedad” que abarcan procesos no sólo afectivos, sino también perceptivos y motivacionales. Esto último es relevante porque se crea un círculo vicioso que podría disminuir el deseo de interacción social y aumentar con ello paralelamente la soledad. De igual forma, los monocitos proinflamatorios pueden tener un papel crucial en la patogénesis de la enfermedad vascular cerebral al infiltrarse en la pared vascular, causando inflamación local y estrés oxidativo.

La regulación de la expresión génica proinflamatoria en personas solitarias puede explicarse por la resistencia a los glucocorticoides, debido a que los efectos antiinflamatorios de los glucocorticoides endógenos disminuyen debido a la señalización de GR alterada. La inflamación que se genera a largo plazo puede derivar en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la soledad, como la aterosclerosis, la neurodegeneración y el cáncer. También puede conducir a una inmunidad deteriorada como consecuencia funcional.⁷

Además, a nivel cardiovascular se ha sugerido que la frecuencia cardíaca está condicionada por el entorno social y son las interacciones sociales positivas las que tienen un efecto sobre la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Así se observó que en el matrimonio se presentaba una mayor frecuencia cardíaca y si el matrimonio es feliz se asociaba con una frecuencia cardíaca de alta frecuencia aún mayor.

En el campo de la genética se destaca que la expresión del gen CTRA puede afectar recíprocamente la soledad.⁷

El aislamiento social induce estrés oxidativo en el cerebro (corteza prefrontal e hipocampo) inhibiendo las enzimas antioxidantes y en los tejidos periféricos. Además, induce la activación del eje HPA, actuando en concordancia de manera bidireccional. El estrés oxidativo inducido por el aislamiento social también se ha observado en la vasculatura, promoviendo el desarrollo de aterosclerosis por el aumento de la actividad vascular de NOX.⁷

ESTRATEGIAS E INICIATIVAS PARA ABORDAR LA SOLEDAD

No existe tratamiento farmacológico para la soledad. Sin embargo, actualmente en diferentes países existen intervenciones orientadas a mitigar la soledad o aliviar los efectos dañinos a la salud. Incluyen estrategias para mejorar las habilidades sociales, mejorar el apoyo social, aumentar las oportunidades de contacto social y abordar la cognición social desadaptativa.

El uso de la terapia cognitivo-conductual para abordar la cognición social desadaptativa fue más eficaz para reducir la soledad. Otros enfoques como la meditación, el qigong, el tai chi, el yoga y la promoción del propósito y el significado en la vida pueden reducir los efectos perjudiciales de la soledad en la salud.⁷ Las intervenciones que actúan sobre los pensamientos sociales maladaptativos son las que mejor reducen la soledad.¹⁶

Implementar a su vez estrategias para afrontar las situaciones vitales podría resultar efectivo. En este sentido, los equipos de atención primaria, además de facilitar y promover actividades de socialización y compañía, deberían realizar también programas específicos de identificación de personas de alto riesgo para incluirlas en actividades de educación sanitaria a nivel individual y grupal que les ayuden en el abordaje de su soledad.¹³

La responsabilidad de intervenir sobre la soledad y el aislamiento social no solo es responsabilidad del equipo médico de atención primaria sino también de la familia, la comunidad y los servicios sociales, así como de la salud pública. una vez haya sido identificada la población de riesgo, esta debe ser objeto de intervención individual o comunitaria. Las actividades que resul-

tan más son las grupales, así como las participativas que incluyen también a personas que no presentan este problema. Es muy importante que las personas aisladas reciban soporte emocional pero que también puedan ofrecerlo a otros.¹⁶

PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-CoV-2

A finales de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia Hubei, China, se inicia con el reporte de un número importante de casos que cumplían criterios para neumonía de origen incierto y con características graves. Por lo que las autoridades locales de salud notaron en los pacientes una asociación epidemiológica con un mercado mayorista de mariscos, en el cual también se vendían al público animales no acuáticos, tales como: aves de corral vivas y varios tipos de animales salvajes.

El 09 de enero de 2020 el Centro Chino de los CDC reportó el descubrimiento del nuevo coronavirus y el 12 de enero dieron a conocer la secuencia genómica del nCoV-2019 para el reporte de nuevos casos en otras regiones y el desarrollo de pruebas diagnósticas. El 30 de enero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la infección por nCoV-2019 una emergencia internacional de salud pública. El 11 de febrero de 2020 el nombre de la enfermedad cambió oficialmente a COVID-19 (COronaVirus Disease 2019). El nombre del virus, posterior al análisis genómico de las secuencias, es SARS-CoV-2. Esta infección es principalmente transmitida de humano a humano por contacto mediante gotas de Flügge (secreciones respiratorias > 5 µ) y en ocasiones también por aerosoles. El pronóstico y la letalidad son muy variables. Los adultos mayores y las personas con afecciones sistémicas crónicas, como enfermedades cardíacas, pulmonares, obesidad o diabetes, entre otras, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones más graves a causa de la COVID-19. La letalidad de los casos confirmados en el mes de mayo de 2020 es de 6.6% en menores de 60 años y hasta de 24% en mayores de 60 años de edad.^{18 19 20}

Las medidas preventivas recomendadas por la Secretaría de Salud desde el miércoles 18 de marzo de 2020 en México son de fase 2, incluyeron distanciamiento social, higiene de manos, aislamiento en casa en caso de la presencia de síntomas, los cuales hasta el momento han sido muy variables, se recomendó no acudir a eventos concurridos, así como la suspensión temporal de actividades no esenciales, etiqueta respiratoria y cuidados sobre todo de los adultos mayores.²¹

Hasta el 19 de marzo de 2021, de acuerdo con datos obtenidos por la Universidad Johns Hopkins, a nivel mundial ha habido 122 M de contagios, de los cuales 69 M se han recuperado y 2.69 M han fallecido. Por su parte en México, se han reportado 2.18 M de contagios, 1.72 M de personas se han recuperado y 197 k perdieron la vida. En Nuevo León el total de casos es de 118 k, con 8804 de personas fallecidas y sin reporte de casos recuperados.²²

ANTECEDENTES

MÉXICO Y EL MUNDO ANTE LA SOLEDAD

En los últimos años la soledad se ha enlistado como uno de los principales determinantes de salud, sobre todo en países desarrollados.¹³ Ya que, en estos, su prevalencia se ha incrementado⁷ y se sitúa entre el 20 y el 40% de la población anciana de acuerdo con la metodología utilizada y a la definición considerada. En España, el 36,8% de las personas mayores de 65 años viven en hogares unipersonales, en su mayoría mujeres. En la ciudad de Barcelona, esta proporción es del 23,7%.¹³

En México se han realizado algunos estudios que muestran una asociación de la soledad con otros indicadores de salud como la presencia de alcoholismo, de angustia y depresión y en menor proporción debut sexual en adolescentes.⁸

Se trata de un problema al alza, por ello en algunos países se han iniciado medidas que involucran las políticas públicas para detener el impacto de la soledad. Por ejemplo, en Reino Unido en 2018 se creó el Ministerio de la Soledad, para dar atención a los 9 millones de personas que en ese país enfrentan este problema de salud pública.²³

Es claro que la cultura interfiere en la idea y percepción de la soledad, así mientras en algunos países donde se practica más el individualismo la soledad es símbolo de salud y fuerza, en otros se puede llegar a percibir un aspecto negativo. Además, un gran número de personas se encuentran en riesgo por soledad debido a los cambios sociales y demográficos que el mundo entero enfrenta.⁷

SOLEDAD Y ADULTO MAYOR

Hace unos años la soledad se relacionaba solo con el aumento en la edad, debido a que en la población geriátrica era más común presentar pérdidas de todo tipo, con una mayor prevalencia de personas viviendo en soledad y con una marcada disminución en su interacción social.

Además, se denotaba que mucho dependía de la personalidad de quien enfrentaba los cambios propios de la edad; por ejemplo, el enfrentarse al proceso de jubilación en aquellas personas con personalidad anacástica dificultaba este proceso hacia una adaptación inadecuada.

Sin embargo, este bienestar no solo es subjetivo en esta etapa de la vida sino en todas las etapas del ciclo de vida de cada persona. Y se ha propuesto que para alcanzarlo se requiere cubrir las necesidades básicas y tener el apoyo social, lo que condiciona a su vez mejor salud, así como longevidad.²⁴

V. Madoz, describe la soledad como: “El convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo 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”.²⁵ El programa holandés Humanitas (2018) reporta como problemática de salud

pública las cifras sobre soledad percibida en personas adultas mayores, señalando que, de aproximadamente cuatro millones de personas adultas mayores, un millón de ellas refieren sentirse solas y 200.000 personas indican sentirse extremadamente solas.²⁴ Se ha encontrado, también, una relación inversa entre soledad y calidad de vida, de acuerdo a su cultura, su sistema de valores, sus metas, intereses y expectativas.¹⁰

SOLEDAD Y COVID-19

Un tema alarmante para la sociedad en general ha sido la soledad producto del aislamiento social que la cuarentena por la pandemia por SARS-CoV-2 provocó, así aunque la soledad de la vejez, aunque es un importante problema de salud pública mucho antes del brote, ha sido una preocupación principal durante la pandemia y los miembros de la comunidad científica esperan que la soledad aumente durante las medidas pandémicas a medida que se instalan el bloqueo y el distanciamiento social, los cuales en ciertos periodos de la pandemia se han tornado más estrictos.²⁶

La Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Saludable de la Universidad de Michigan (NPHA) preguntó a una muestra nacional de adultos estadounidenses de 50 a 80 años sobre la falta de compañía y aislamiento (soledad), interacciones sociales y comportamientos de salud en junio de 2020. En donde al inicio de la pandemia (durante los primeros meses) dos de cada cinco adultos de 50 a 80 años (41%) informaron sentir falta de compañía (32% algunas veces, 9% a menudo). En comparación con 34% (26% algunas veces, 8% a menudo), que fue el resultado obtenido en 2018. Así, durante junio de 2020, uno de cada tres adultos mayores (35%) sentían menos compañía en comparación con antes de marzo de 2020, el 12% sentía más y el 53% sentía la misma cantidad de compañía.

Más de la mitad de los adultos mayores (56%) informaron sentirse aislados de los demás (43% algunas veces, 13% a menudo) en comparación con 27% (22% algunas veces, 5% a menudo) en 2018.⁴

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia actual de la soledad a nivel mundial es elevada y en países desarrollados se ha convertido en un factor determinante. En otros estudios realizados con antelación ha quedado expuesta la necesidad de países como Canadá, Dinamarca, Reino Unido y Estados Unidos de realizar campañas para sensibilizar a la población acerca de la soledad. También en países como España se han realizado programas de intervención para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes que la presentan, de tal suerte que hacen uso de la prevención.

En Reino Unido en 2018 se creó el Ministerio de la Soledad para poder atender a los 9 millones de personas que en ese país se enfrentan a este problema de salud pública y que representan el 13,7% de la población total. La soledad tiene efectos sobre la salud, relacionándose con diversas patologías, que obligan a la población a hacer uso constante de los servicios de salud, convirtiéndolo en multifrecuentador. Y es por ello por lo que en países como los mencionados al inicio se están llevando a cabo diversos mecanismos de intervención para reducir la prevalencia de soledad.

Además, en el último estudio realizado a gran escala sobre soledad (Barreto, 2020) queda expuesta la necesidad de conocer a profundidad esas características culturales que diferencian a cada país y/o ciudad de manera más amplia. Con el creciente número de adultos mayores a nivel mundial resulta importante identificar los factores que se relacionan con la presencia de soledad en este grupo etario, sobre todo en este difícil momento de pandemia, en el cual conocer la situación y el impacto de esta en el bienestar de este grupo etario resulta, sobre todo, importante con la finalidad de identificar alguna oportunidad de intervención.

Además, la soledad en sí misma es considerada actualmente como uno de los mayores retos para resolver por la OMS, sobre todo en pacientes de la tercera edad y se necesita un panorama actual.

La situación de la soledad a nivel mundial justifica este estudio y a largo plazo justificaría una medida de intervención bien planeada y enfocada al grupo más apropiado. El presente trabajo podría sentar las bases de un proyecto más ambicioso que permita encontrar en la población adulta mayor mexicana la presencia de soledad, así como sus relaciones con factores socio-demográficos y médicos ya que no existen estudios en la ciudad ni el país sobre el tema.

Se podrá entonces plantear una intervención pertinente, así como lograr detectar y/o sospechar la soledad en población mexicana al encontrar ciertas características que este estudio puede puntualizar.

Esto puede representar disminución en los costos a la salud a largo plazo. Sobre todo, en el ingreso a urgencias, ya que estadísticamente se ha encontrado una asociación entre pacientes con soledad y el uso de servicios de urgencias, hiperfrecuentar los servicios de salud y la relación con enfermedades.

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Evaluar la presencia de soledad en el adulto mayor en México y corroborar si ante la pandemia COVID-19 ocasionada por SARS-CoV-2 se presenta con mayor facilidad en este grupo etario, así como conocer en quienes representa un mayor impacto de acuerdo con variables sociodemográficas y médicas.

CAPÍTULO V

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19?

CAPÍTULO VI

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Identificar la prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante pandemia COVID-19.

Objetivos específicos

1. Analizar los factores sociodemográficos, presentes en personas con sensación de soledad.
2. Relacionar características médicas con presencia de sensación de soledad.

HIPÓTESIS

Durante pandemia COVID-19 los adultos mayores experimentan mayor prevalencia de soledad.

CAPÍTULO VII

DISEÑO DEL ESTUDIO

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio transversal descriptivo, observacional.

Definición del universo de trabajo.

- Población para estudiar: adultos mayores que acudieron a la consulta No.1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Definición de Unidades de observación.

- Criterios de inclusión:
 - Personas de nacionalidad mexicana que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en calidad de paciente o acompañante del paciente.
 - Personas de 60 a 99 años.
 - Hombres y mujeres.
 - Que consintieron su participación en el estudio de manera verbal.
 - Que vivían solos o acompañados.
 - Adultos mayores independientes.

- Criterios de exclusión:
 - Personas hospitalizadas.
 - Que el español no sea su lengua materna.
 - Personas con diagnóstico previo de deterioro cognitivo.

- Criterios de eliminación:
 - Encuesta incompleta.

Estrategia de muestreo.

- Se reclutaron a las personas (Pacientes y/o acompañantes) que acudieron a la consulta No.1 de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.
 - A cada posible participante se le pidió su consentimiento informal de manera verbal para su participación, la cual fue de manera voluntaria y anónima.
 - A toda persona que aceptó participar se le realizó de manera verbal a través de un encuestador la aplicación de 4 breves cuestionarios: De características sociodemográficas, de características médicas y de aspectos durante la pandemia COVID-19, así como el cuestionario de soledad IMSOL-AM.
- a. El tipo de muestreo será no probabilístico por cuotas.

Tamaño de muestra

Cálculo del tamaño de muestra

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA				
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$				
		al cuadrado		
valor Z	1.96	3.8416		
valor p	0.20		n=	245.8624
valor q	0.80			
valor δ	0.05	0.0025		

Se utilizó la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita con el objetivo principal de estimar la prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante pandemia COVID-19.

Esperando una prevalencia de sensación de soledad de 20 %²⁷ dada una significancia de 0.05, un intervalo de confianza del 95 % (IC95 %) y un Zalfa de 1.96 y una precisión de estimación (delta) de 0.05 se requieren al menos 246 sujetos mínimos a estudiar.

El cálculo se hizo con base en: Camargo-Rojas C. y Chavarro-Carvajal D. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*. 2020; 61(2).

Plan de análisis estadístico:

Se reportaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para variables numéricas se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se reportaron los resultados mediante medidas de tendencia central y dispersión (media/desviación estándar en caso de distribución paramétrica y mediana/rango intercuartílico en caso de distribución no paramétrica). Se utilizó el paquete estadístico SPSSv25.

- Se obtuvieron frecuencias y porcentajes.
- Se realizó el cruce de las variables sociodemográficas y médicas con las que miden Soledad.
- Se utilizó la chi cuadrada (χ^2) con una significancia de $p < 0.05$.

Instrumentos de evaluación

ESCALAS QUE SERÁN UTILIZADAS

De acuerdo con los estudios realizados en México y en otros países, se incluyen diversas variables que ayudarán a identificar si existe relación entre estos parámetros y la sensación de soledad. Los primeros tres cuestionarios fueron elaborados por el equipo de investigación.

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El equipo de investigación elaboró un cuestionario con variables sociodemográficas para los encuestados, que permitirá conocer de los participantes: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, lugar de residencia, si vive solo o acompañado, uso de medios electrónicos para comunicarse, posesión de mascotas y pasatiempo.

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS MÉDICAS

El equipo de investigación elaboró un cuestionario con algunas características médicas, que permitirán conocer las relaciones que mantiene la presencia de sensación de soledad ante ciertos padecimientos médicos. El cuestionario incluye las siguientes varia-

bles: Padecimiento, frecuencia con que acude a consulta médica, uso de servicio de urgencias, horas de sueño al día, consumo de alcohol, tabaquismo y actividad física.

CUESTIONARIO DE ASPECTOS DURANTE PANDEMIA COVID-19

El equipo de investigación elaboró un cuestionario de aspectos durante la pandemia COVID-19. En este apartado se incluyen otras variables que podrían tener trascendencia en el estudio de la soledad durante la pandemia, para conocer el impacto que esta ha tenido en sus vidas. Se incluyen los siguientes aspectos: Si la persona sufrió contagio por Coronavirus SARS-CoV-2, si algún ser querido sufrió contagio por SARS-CoV-2, distintas afectaciones que ha tenido durante pandemia y si ha permanecido en aislamiento por la pandemia.

ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR, IMSOL-AM

Escala desarrollada en México por la Dra. María Elena Montero-López Lena, miembro de la UNAM en el Departamento de Psicología. Se trata de una versión de una escala previa desarrollada por la misma autora llamada IMSOL (Inventario multifacético de soledad), ahora adaptada al adulto mayor y denominada por ello: Escala de soledad en el adulto mayor, IMSOL-AM (Inventario multifacético de soledad en el adulto mayor). Con una consistencia interna de $\alpha = .95$, con $\alpha = .93$ en alienación familiar y de $\alpha = .89$ en insatisfacción personal.

Esta escala mide la frecuencia de la experiencia solitaria en adultos mayores. Con base en los dos factores identificados: Alienación Familiar e Insatisfacción Personal. Estos últimos son considerados como subescalas, en el caso de la alienación familiar, esta se encuentra representada por los reactivos 01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 13 y 15 (11

reactivos) y la insatisfacción personal se ve reflejada en los reactivos 03, 07, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20 (9 reactivos).

El puntaje que una persona puede obtener es de 0 a 80 puntos. La escala es útil para evaluar la frecuencia de la soledad, sin embargo, debe reconocerse que aun proporciona una aproximación parcial a la multidimensionalidad de su estructura.

Se consultó directamente con la Dra. María Elena Montero-Lopez Lena acerca de los puntos de corte para detección de soledad, quien sugiere que la estrategia más práctica para identificar participantes en riesgo de soledad disfuncional es cubrir los siguientes pasos.

1. Obtener la distribución de frecuencias de la escala sobre la muestra particular.
2. A partir de la media, identificar las desviaciones estándar bajo la curva que correspondan a la primera, segunda y tercera desviación. Ello corresponderá a la soledad normal (primera desviación alrededor de la media), en riesgo (segunda desviación) y posiblemente patológica en la tercera desviación.
3. Realizar un análisis de significancia estadística entre estos estadios (desviaciones) para que las categorías hipotetizadas realmente sean independientes.

Definición de variables y Unidades de Medición

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Sensación de soledad	La soledad es un fenómeno natural, un sentimiento subjetivo (personal) de malestar emocional, que puede surgir en determinados momentos de la vida y afectar a cualquier persona, independientemente de su sexo, edad u otras características socio-demográficas. que puede impactar sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica de cualquier persona, sobre todo en aquellas que son más vulnerables, ya sea que vivan acompañados o no. ²⁸	Inventario Multifasético de soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM)	Sin soledad Soledad leve Soledad moderada Soledad severa	1. Todo el tiempo (4) 2. La mayor parte del tiempo (3) 3. Algunas veces (2) 4. Casi nunca (1) 5. Nunca (0)	Cualitativa, nominal	1. Siente que solo cuenta consigo mismo(a) 2. Se siente rechazado(a) 3. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro 4. Se siente aislado(a) 5. Se siente incomprendido(a) en su familia 6. Se siente vacío(a) de cariño 7. Se siente cansado(a) de luchar por la vida 8. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a) 9. Se siente solo(a) 10. Se siente apartado(a) de su familia 11. Se siente abandonado(a) 12. Siente su vida vacía 13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos 14. Se siente insatisfecho(a) con su vida. 15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser. 16. Siente que su vida carece de propósito. 17. Se siente desamparado(a). 18. Siente que la soledad es su única compañía.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
						19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas. 20. Se siente triste.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ²⁹	Años cumplidos de acuerdo con la fecha de nacimiento.	60 años o más.	Años cumplidos.	Cuantitativa, discreta	Edad
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ³⁰	Identificación del sexo de cada participante.	Femenino, masculino	1=Masculino 2=Femenino	Cualitativa, nominal	Sexo
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. ³¹	Preguntando al participante la religión que practica.	La religión que practique de acuerdo con las categorías.	1= Católica 2= Bautista 3= Cristiana 4= Testigo de Jehová 5= Ninguna 6= Otra	Cualitativa	Religión
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³²	El máximo grado académico que el participante tenga	Ultimo grado académico cursado de acuerdo con las categorías.	1= Analfabeta 2= Primaria 3= Secundaria 4= Preparatoria 5= Técnica 6= Universidad 7= Otra	Cualitativa	Escolaridad

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Estado civil	Se refiere al conjunto de situaciones con vocación de permanencia y relevancia jurídica que tiene una persona, tales como la edad, la nacionalidad, la filiación o el matrimonio, entre otras, y que tienen acceso al Registro Civil. ³³	Preguntando al participante su estado civil	Estado civil de acuerdo con las categorías.	1=Soltero 2=Casado 3=Separado 4=Divorciado 5=Viudo 6=Unión Libre	Cualitativa	Estado civil
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. ³⁴	Cuestionario elaborado por el equipo de investigación	Ocupación de acuerdo con las categorías.	1= Hogar 2= Empleado 3= Obrero 4= Comerciante 5= Desempleado 6. Profesionista 7= Jubilado 8= Otra	Cualitativa	Ocupación
Residencia	Lugar en que se reside. ³⁵	Lugar de residencia.	De acuerdo con las categorías.	1= Monterrey 2= Guadalupe 3= San Nicolás de los Garza 4= Apodaca 5= San Pedro Garza García 6= Santa Catarina 7= Otro	Cualitativa	Lugar de residencia
Cohabitación	Hecho de compartir vivienda. ³⁶	El participante vive solo o acompañado.	De acuerdo con las categorías.	1= Solo 2= Acompañado	Cualitativa	Usted vive:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Tecnología	Conjunto de los instrumentos y procedimientos industriales de un determinado sector o producto. ³⁷	Medio tecnológico que el participante utiliza para comunicarse y mantenerse socialmente activo.	De acuerdo con las categorías que medio utiliza el participante.	1= Teléfono fijo. 2= Teléfono celular 3= Tablet 4= Computadora 5= Otro 6= Ninguno	Cualitativa	Medios electrónicos que utiliza para comunicarse
Mascota	Animal de compañía. ³⁸	Posesión de animal de compañía por parte del participante.	Si el participante posee una mascota de acuerdo con las categorías.	1= Perro 2= Gato 3= Ave 4= Otro 5= Ninguna	Cualitativa	¿Qué mascota tiene?
Pasatiempo	Actividad de diversión o entretenimiento en que se ocupa un rato de ocio. ³⁹	Cuestionario elaborado por el equipo de investigación	De acuerdo con las categorías.	1= Caminar 2= Nadar 3= Juegos de mesa 4= Bordar/cocer 5= Ver televisión 6= Deportes en equipo 7= Escuchar música 8= Leer 9= Otro 10= Ninguno	Cualitativa	Actualmente, ¿Usted practica un pasatiempo?
Comorbilidad	Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. ⁴⁰	Padecimientos con que el participante cuenta en su historial médico.	De acuerdo con las categorías.	1= Hipertensión Arterial 2= Diabetes Mellitus 3= Obesidad 4= Asma 5= EPOC 6= Enfermedad Renal Crónica 7= Insuficiencia Cardíaca 8= Cáncer 9= VIH 10= Tabaquismo 11= Catarata 12= Ninguna 13= Otra	Cualitativa	¿Usted padece alguna enfermedad?

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Asistencia médica	Se considera como asistencia médica a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, enfermería y afines. ⁴¹	Utilización de consulta médica.	Frecuencia con que acude a consulta médica	1= Una vez a la semana 2= Cada dos semanas 3= Una vez al mes 4= Cada 6 meses 5= Una vez al año 6= Otro	Cuantitativa	Frecuencia con que acude a consulta médica
Servicio de urgencias	Aquellos que cubren las actividades de atención, traslado y comunicaciones realizados con el fin de proveer servicios de salud en caso de urgencias o emergencias. ⁴²	Utilización del servicio de urgencias	Uso de servicio de urgencias en los últimos 10 meses.	1= Si 2= No	Cualitativa	¿Ha acudido al área de urgencias en los últimos 10 meses?
Sueño	Acto de dormir. ⁴³	Horas que el participante duerme en 24 horas	De acuerdo con las categorías.	1= Menos de 5 horas. 2= 5 horas 3= 7 horas 4= 10 o más horas	Cualitativa	¿Cuántas horas duerme al día?
Tabaquismo	Adicción al consumo de tabaco. ⁴⁴	Consumo de tabaco que el participante ha tenido a lo largo de su vida.	De acuerdo con las categorías.	1= A diario 2= Casi nunca 3= En eventos sociales 4= Nunca ha fumado 5= Otro (Escribir).	Cualitativa	Usted fuma

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Alcoholismo	Abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. ⁴⁵	Consumo de alcohol que el participante ha tenido a lo largo de su vida.	De acuerdo con las categorías.	1= A diario 2= Casi nunca 3= En eventos sociales 4= Nunca ha fumado 5= Otro (Escribir).	Cualitativa	Usted consume alcohol:
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. ⁴⁶	De acuerdo con las actividades que el participante realice, el seleccionará su actividad física con base en las categorías.	De acuerdo con las categorías.	1= Sedentaria 2= Ligera 3= Vigorosa	Cualitativa	Actividad física
Contagio por Coronavirus SARS-CoV-2	Persona con infección por el virus de la COVID-19 confirmada en laboratorio, con independencia de los signos y síntomas clínicos. ⁴⁷	Que el participante haya contraído la infección por COVID-19 y esta haya sido confirmada por un estudio de laboratorio.	De acuerdo con las categorías.	1= Si 2= No	Cualitativa	¿Sufrió contagio por Coronavirus SARS-CoV-2?
		Que algún ser querido del participante haya contraído la infección por COVID-19 y esta haya sido confirmada por un estudio de laboratorio.	De acuerdo con las categorías.	1= Si 2= No		¿Algún ser querido sufrió contagio de Coronavirus SARS-CoV-2?

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	TIPO	ITEM
Afectaciones	Acción de afectar. ⁴⁸	Cualquier afectación que el participante perciba durante la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2.	De acuerdo con las categorías.	1= Económicas 2= Vivir solo 3= Perdida del empleo 4= Perdida de: 4.1= Pareja 4.2= Hijo(a) 4.3= Nieto(a) 4.4= Hermano(a) 4.5= Amigo(a) 4.6=Otro (Escribir) 7= Dificultad para sociabilizar 8= Otro (Escribir)	Cualitativa	Afectaciones que considera tuvo a causa de la pandemia:
Aislamiento	Separar a la gente que está enferma de otros que no lo están para evitar que se propague la enfermedad. ⁴⁹	Que el participante se haya separado de las personas enfermas o posiblemente enfermas de la COVID-19 durante la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2.	De acuerdo con las categorías.	1= Si 2= No	Cualitativa	¿Ha permanecido en aislamiento por la pandemia?:

Recolección de la información.

- Con aprobación previa del comité de ética y de investigación, se notificó al jefe del departamento de Medicina Familiar, que se inició la recolección de muestra en la unidad de Medicina Familiar No. 1 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL.

- Se realizó la identificación del encuestador con la persona a quien se invitó a participar en el estudio (Los pacientes y/o acompañantes de los pacientes, adultos mayores que asistan a la consulta No.1 de medicina familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL).
- Se le explicó a cada persona que cumplió con los criterios de inclusión de manera verbal que el objetivo del estudio fue conocer la presencia de soledad en el adulto mayor para planear a futuro alguna estrategia que permita mejorar su calidad de vida. Se le invitó a participar en este estudio, explicando que se realizarían una serie de preguntas con la finalidad de conocer algunos aspectos que pueden tener relación con la soledad, confirmando que las respuestas serán anónimas y que si en algún momento resultaba incómodo o por algún otro motivo no deseaba responder podía decidir no continuar con la aplicación de los cuestionarios sin ninguna represalia. Si la persona tuvo alguna pregunta, se dió respuesta a su inquietud.
- Si el paciente accedió a participar, confirmó de forma verbal su participación. Y se procedió a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Primero se aplicó el cuestionario de características sociodemográficas, después el de datos médicos, siguiendo con el cuestionario de aspectos durante pandemia de COVID-19. Posteriormente el Cuestionario de la Escala de soledad en el adulto mayor, IMSOL-AM.
- Se agradeció por su participación.

Proceso y presentación de la información.

- Fuentes de información: a través de las escalas aplicadas a la población de estudio.

- Para las variables cualitativas con cuadros y gráficas.
- Para las variables cuantitativas con estadística descriptiva.

Cronograma

ACTIVIDADES	2020					2021											
	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Definición de tema de investigación.	■	■	■	■	■												
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■											
Elaboración del protocolo			■	■	■	■	■	■	■	■							
Autorización por comité de bioética											■	■					
Registro en posgrado											■	■					
Estudio de campo													■	■	■		
Análisis de resultados																■	■
Redacción de resultados																■	■
Discusión																■	■
Conclusiones																■	■
Entrega de escrito final																■	■

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El siguiente estudio se realizó siguiendo los lineamientos éticos de la investigación en seres humanos, bajo los acuerdos y clasificaciones de la declaración de Helsinki, el código de Nuremberg informe Belmont y Normas CIOMS, buenas prácticas clínicas para las Américas y la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se consideró este estudio como "investigación de riesgo mínimo". También se contempló para este estudio la Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Así como el Artículo 31º del Reglamento de Investigación de la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

El estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética en investigación y por el comité de investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

Se siguieron los preceptos éticos en investigación invitando a participar a los pacientes de 60 años o más que acudieron a la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL.

En donde se les pidió el consentimiento informal de manera verbal y se recabó información sólo de quienes aceptaron participar ejerciendo así el principio de autonomía. Se hizo énfasis en el objetivo del estudio, el tipo de información que se buscó recolectar, el carácter voluntario y confidencial de la información, así como posibilitarles el retiro del estudio sin penalización.

En apego a lo antes citado en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realizó porque el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.

- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describe a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo se sometió para su evaluación al comité de ética e investigación de esta institución.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.
- El investigador responsable informó al comité de ética e investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité de ética e investigación de esta institución.
- El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumplió con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad de médicos porque permitirá establecer la prevalencia de sensación de soledad en el adulto mayor, lo cual a su vez beneficiará a los pacientes, ya que con ello se podría plantear la necesidad de mecanismos de intervención tempranos para aumentar la calidad de vida del adulto mayor.
- Sin riesgo para el médico y el paciente, ya que no se realizó ninguna intervención y se garantizó la confidencialidad de la información, evitando la solicitud de datos personales.

Mecanismo de confidencialidad

Para minimizar los riesgos de divulgación de la información obtenida:

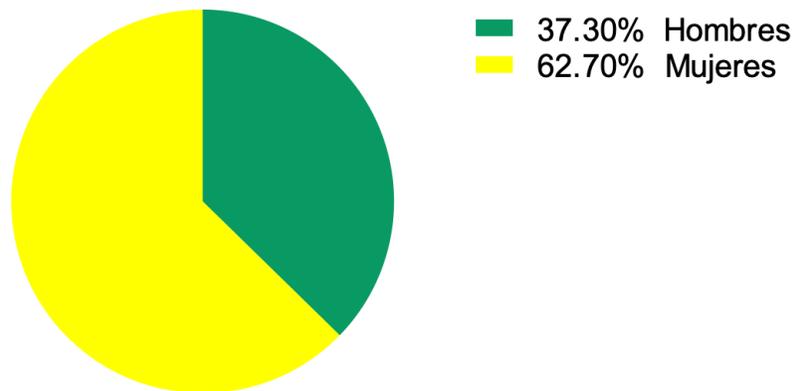
- No se pidió nombre, ni datos de identificación personal.
- Los cuestionarios fueron enumerados.
- Se siguió la ley de protección de datos personales de México.
- Los resultados solo los verá el equipo de investigación y solo en caso necesario el comité de ética e investigación o COFEPRIS.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

En total participaron 249 personas, 93 hombres (37.3 %) y 156 mujeres (62.7 %) (**Figura 1**). Dado que la edad no tuvo una distribución normal, se tomó su mediana como medida de tendencia central, esta resultó ser de 65.0 (Rango intercuartílico con el 95 % de confianza (66.0 – 67.7) años (**Tabla 1**), en cuanto a la escolaridad se observó un predominio de pacientes que habían terminado la primaria (35.7 %), seguido de quienes habían concluido la secundaria (20.9 %) y la universidad (20.5 %), el grado escolar que menos participantes habían concluido fue la escuela técnica (6.8 %); solo el 5.6 % de los pacientes no tenían ningún tipo de educación (**Figura 2**).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con el sexo.



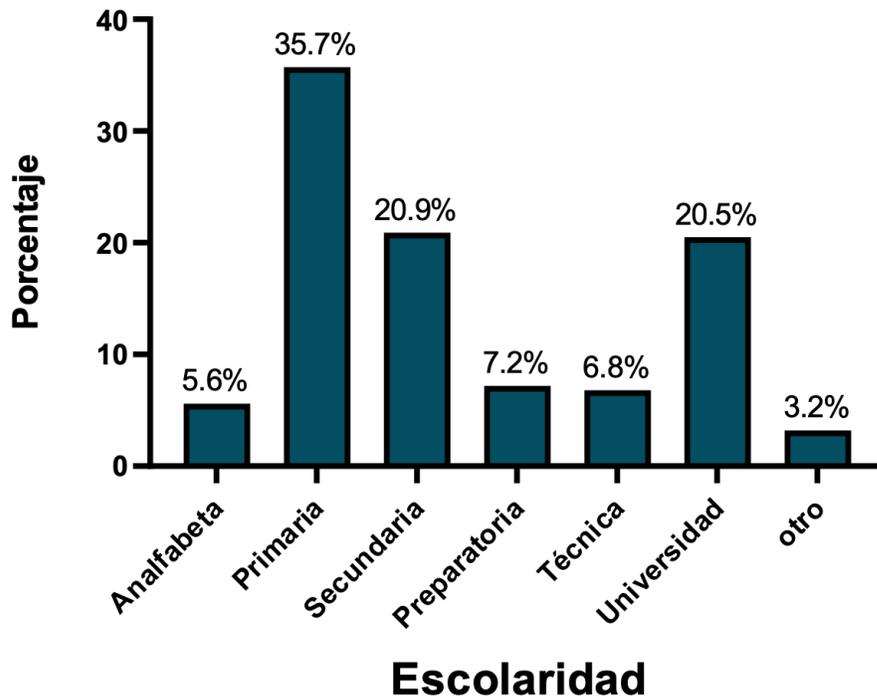
Fuente: Información propia.

Tabla 1. Medidas de tendencia central y de dispersión de la edad.

Variable	Media	Desviación estándar	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo
Edad (años)	66.9	6.4	65.0	66.0 – 67.7	60	87

Fuente: Información propia.

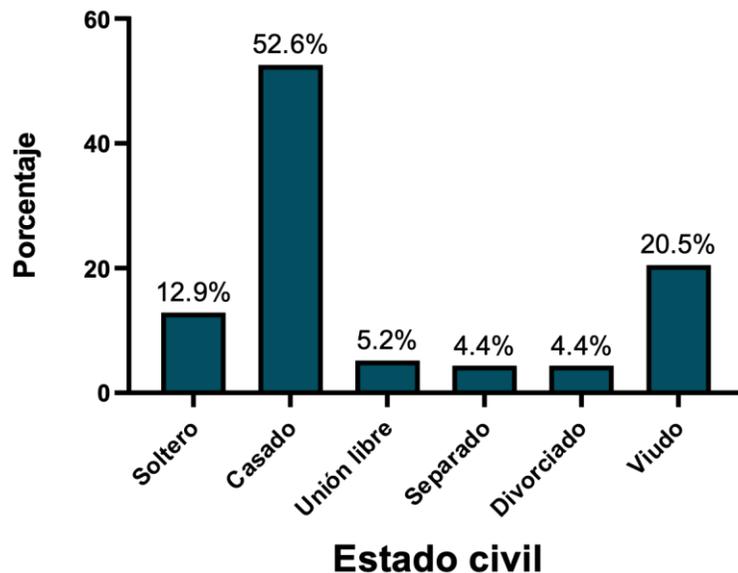
Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con la escolaridad.



Fuente: Información propia.

En cuanto al estado civil más de la mitad de los pacientes eran casados (52.6 %), en segundo lugar, se observaron los pacientes viudos (20.5 %), los solteros (12.9 %), aquellos que vivían en unión libre (5.2 %) y en último lugar a quienes estaban divorciados y separados (4.4 % cada uno) (**Figura 3**).

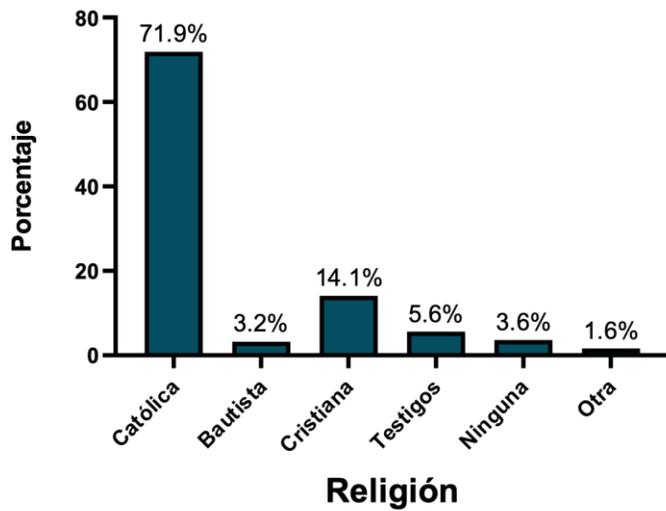
Figura 3. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con el estado civil.



Fuente: Información propia.

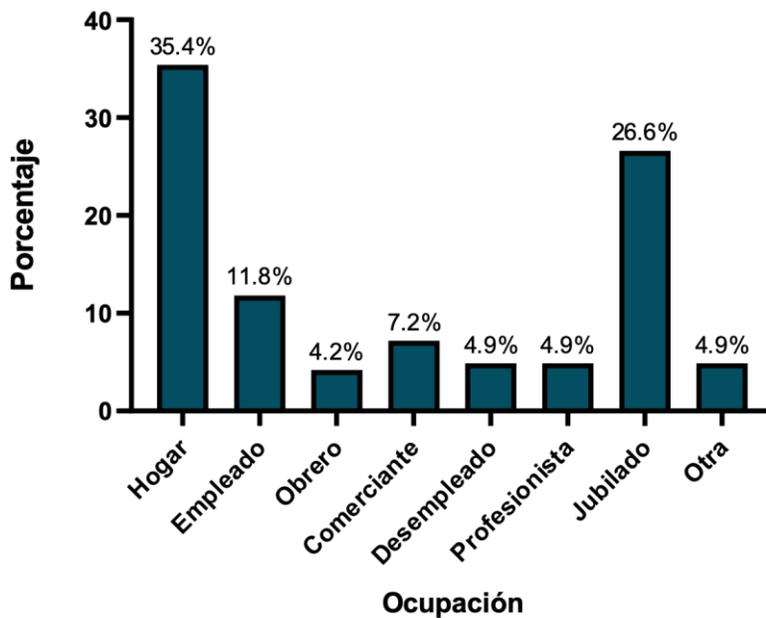
Sobre la religión, en primer lugar, se ubicó la religión católica (71.9 %), en segundo lugar, la cristiana (14.1 %) en tercer lugar los testigos de Jehová (5.6 %) y en cuarto lugar aquellos que no profesaban ninguna religión y los bautistas (3.6 % cada uno), por último, el 1.5 % manifestó tener otra religión (**Figura 4**). En cuanto a la ocupación, la más predominante fue el hogar (35.4 %), seguida de jubilados (26.6 %), y en tercer lugar los empleados (11.8 %), la ocupación observada con menor frecuencia fueron los obreros (**Figura 5**).

Figura 4. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su religión.



Fuente: Información propia.

Figura 5. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su ocupación.

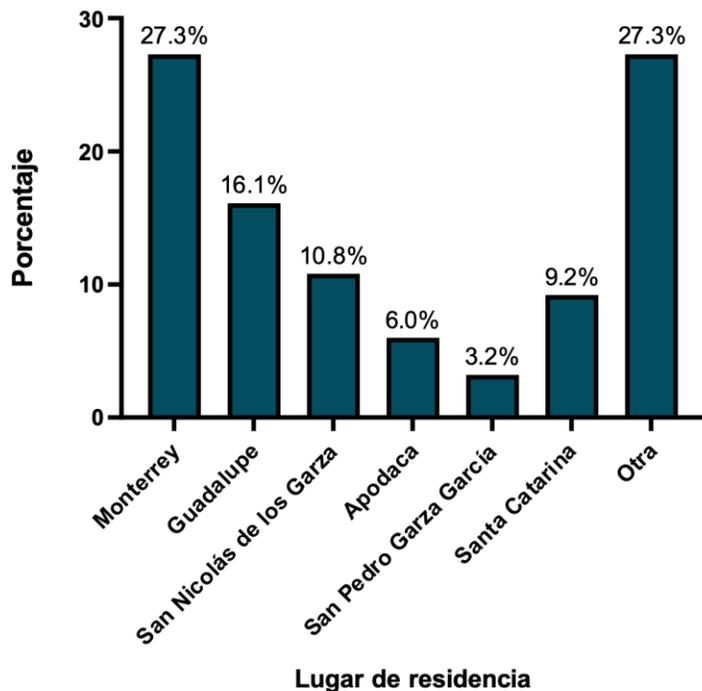


Fuente: Información propia.

En cuanto al lugar de residencia, el primer lugar los participantes vivían en Monterrey (27.3 %), en segundo lugar, vivían en Guadalupe (16.1 %) en tercero en San Nicolás de los Garza (10.8 %), en cuarto Santa Catarina (9.2 %), en quinto Apodaca (6.0 %), y

en sexto lugar San Pedro Garza García (9.2 %) por otro lado el 27.3 % de los pacientes manifestaron no vivir en ninguna de las anteriores (**Figura 6**).

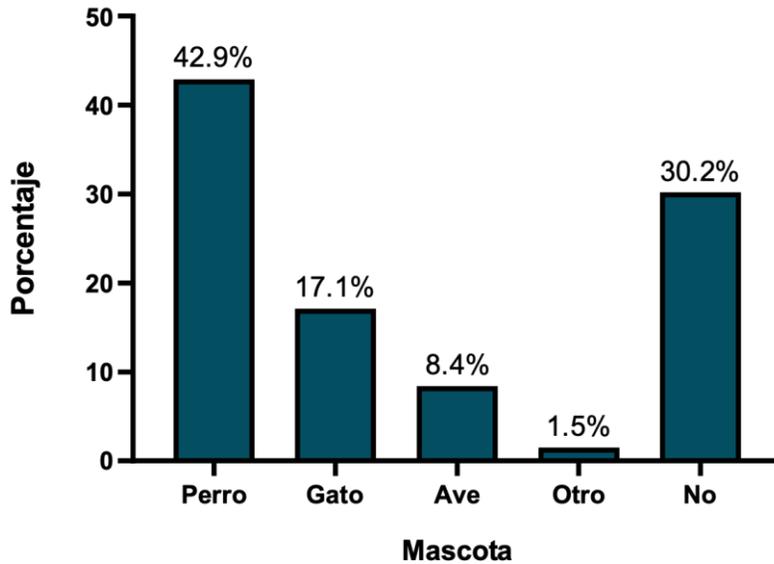
Figura 6. Distribución porcentual de los pacientes de acuerdo con su lugar de residencia.



Fuente: Información propia.

Sobre con quienes vivían los pacientes, el 88.4 % refirieron vivir acompañados, mientras que el 11.6 % manifestó vivir solo. Con respecto de las mascotas, de manera predominante se observó que los participantes tenían perro (42.9 %), seguido de los que no tenían mascotas (30.2 %), aquellos que tenían gato (17.1 %), quienes tenían algún tipo de ave (8.4 %), y finalmente quienes tenían otro tipo de mascota (1.5 %) (**Figura 7**).

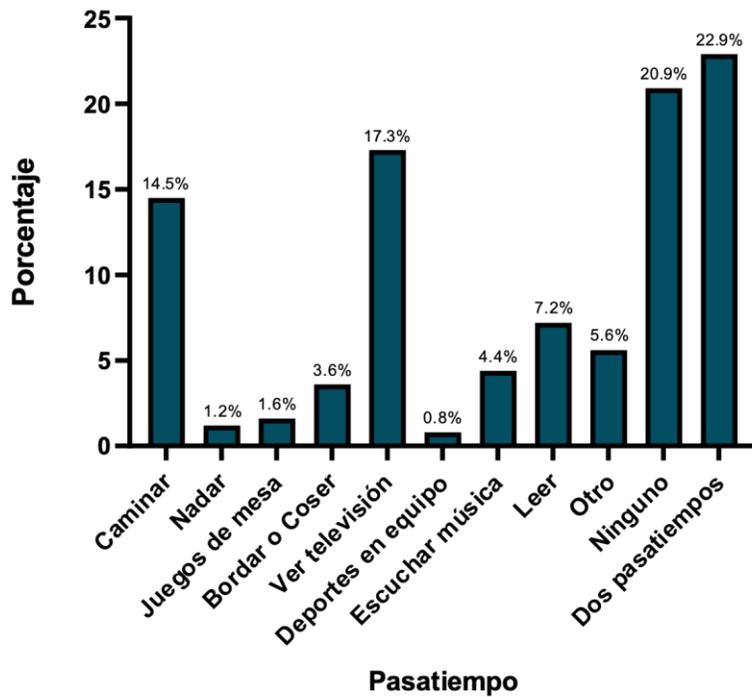
Figura 7. Mascotas con las que convivían los pacientes.



Fuente: Información propia.

En cuanto a los pasatiempos de los participantes, el 20.0 % refirió no tener ningún pasatiempo; entre quienes sí tenían pasatiempos, el 17.3 % veían televisión, el 14.5 % caminaban como pasatiempo, el 7.2 % leían, el 5.6 % tenían otro pasatiempo diferente, el 4.4 % escuchaban música, el 3.6 % bordaban o cosían, el 1.6 % jugaban juegos de mesa, el 1.2 % nadaban y el 0.8 % realizaban deportes en equipo; un 22.9 % refirió tener más de un pasatiempo (**Figura 8**).

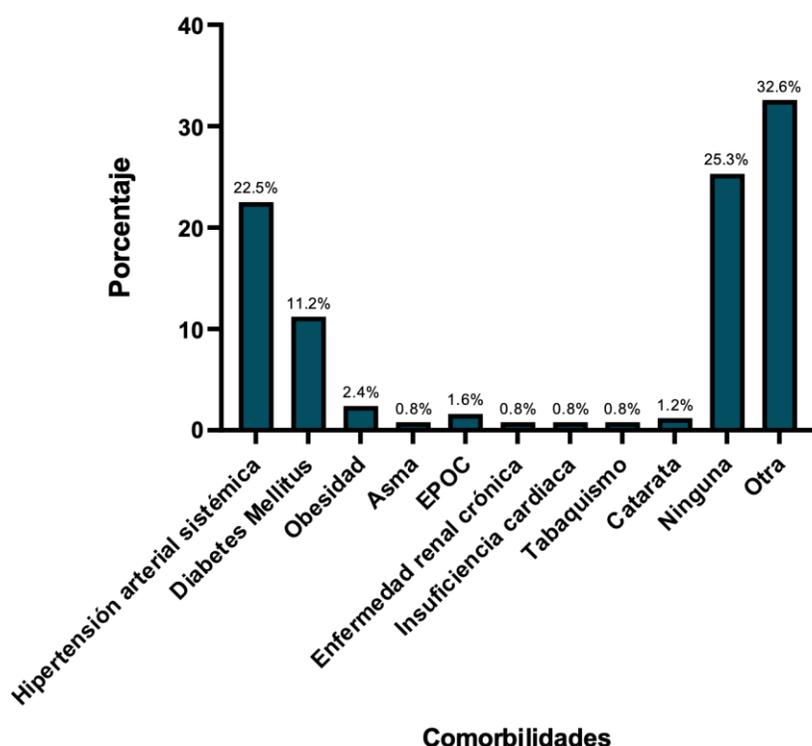
Figura 8. Pasatiempos realizados por los pacientes.



Fuente: Información propia.

Entre las comorbilidades, de manera predominante se encontró que el 25.3 % no padecían ninguna enfermedad, la más predominante entre las observadas fue la hipertensión arterial sistémica (22.5 %), seguida de la diabetes mellitus tipo 2 (11.2 %), la obesidad (2.4 %), la EPOC (1.6 %), cataratas (1.2 %), y el asma, la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardiaca y el tabaquismo (0.8 % cada una), entre las enfermedades que se agruparon como “otras”, se encontraron el trastorno bipolar, la ansiedad, depresión, hipercolesterolemia, secuelas de COVID-19 y diferentes tipos de cáncer entre otros (**Figura 9**).

Figura 9. Comorbilidades presentadas por los pacientes.



Fuente: Información propia.

La frecuencia de las consultas médicas fue predominantemente de una vez al mes (35.3 %), seguida de cada 6 meses (28.1 %), una vez al año (22.1 %), otro rango de tiempo (9.6 %), y en último lugar, cada 2 semanas (4.0 %).

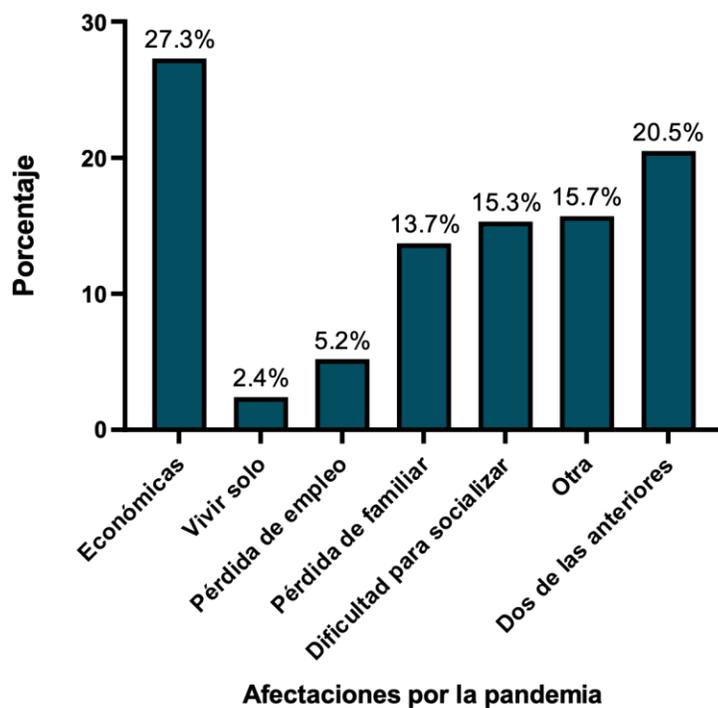
Sobre las horas de sueño de los pacientes, más de la mitad refirió dormir 7 horas o más (56.6 %), seguidos de aquellos que refirieron dormir 5 horas (30.5 %), 10 horas o más (7.2 %), y menos de 5 horas (5.6 %). En cuanto al tabaquismo, la mayoría de los pacientes nunca habían fumado (71.1 %), entre quienes si fumaban lo más frecuente fue esporádico (8.8 %), seguido de a diario (8.0 %), y en eventos sociales (4.4 %) un 7.6 % de pacientes refirió fumar con otra temporalidad. Sobre el consumo de alcohol, más de la mitad refirieron nunca haber tomado (54.2 %), entre quienes si tomaban lo más frecuente fue el consumo en eventos sociales (33.3 %), seguido de casi nunca (5.6 %), y a diario (2.8 %), además de 4.0 % de pacientes que refirieron consumir alcohol con otra temporalidad.

Con respecto de la actividad física el 59.0 % refirieron tener actividad ligera y el 13.7 % actividad vigorosa, en tanto que el 27.3 % refirieron ser sedentarios.

Sobre los datos de la pandemia, la mayoría no se había contagiado de COVID-19 al momento del estudio (76.7 %), mientras que 23.3 % si; la mitad de los participantes habían tenido un ser querido con COVID-19 (50.6 %), y menos de la mitad no (49.4 %). En cuanto a las afectaciones por la pandemia, la más observada fue la económica (27.3 %), seguida de la dificultad para socializar (15.3 %), la pérdida de familiar (13.7 %), la pérdida de empleo (5.2 %) y vivir solo (2.4 %), el 20.5 % de los pacientes tuvo dos pérdidas de las antes mencionadas y el 15.7 % tuvo otro tipo de pérdida (**Figura 10**).

El aislamiento por la pandemia estuvo presente en el 67.5 % de los pacientes, mientras que en el 32.5 % no.

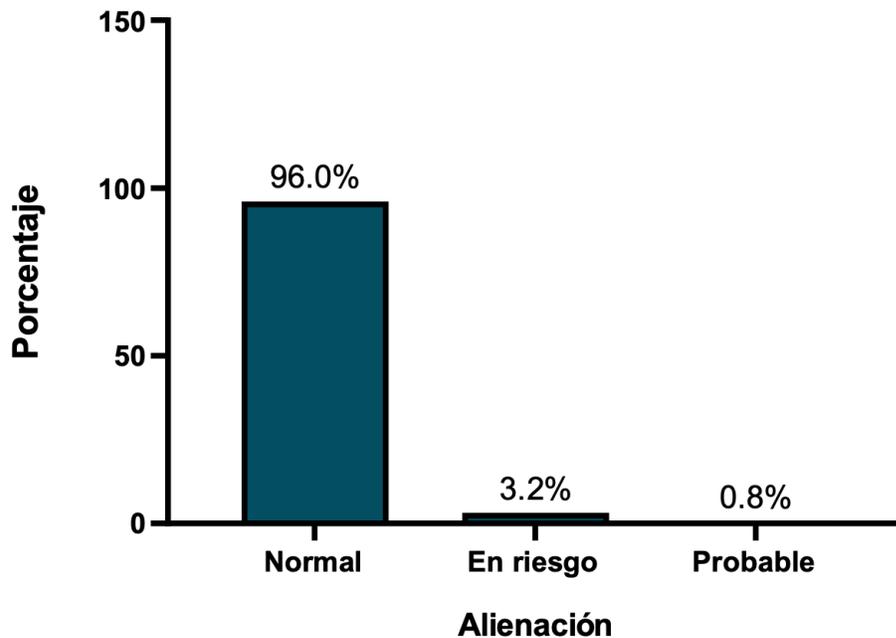
Figura 10. Afectaciones sufridas por los pacientes durante la pandemia.



Fuente: Información propia.

Con respecto de los resultados de los instrumentos, en la subescala de alineación, la mayoría de los pacientes se encontraron en una clasificación normal, es decir, sin alienación, el 3.2 % se encontraban en riesgo de presentar alienación y el 0.8 % cayeron en la clasificación de probable patología (**Figura 11**).

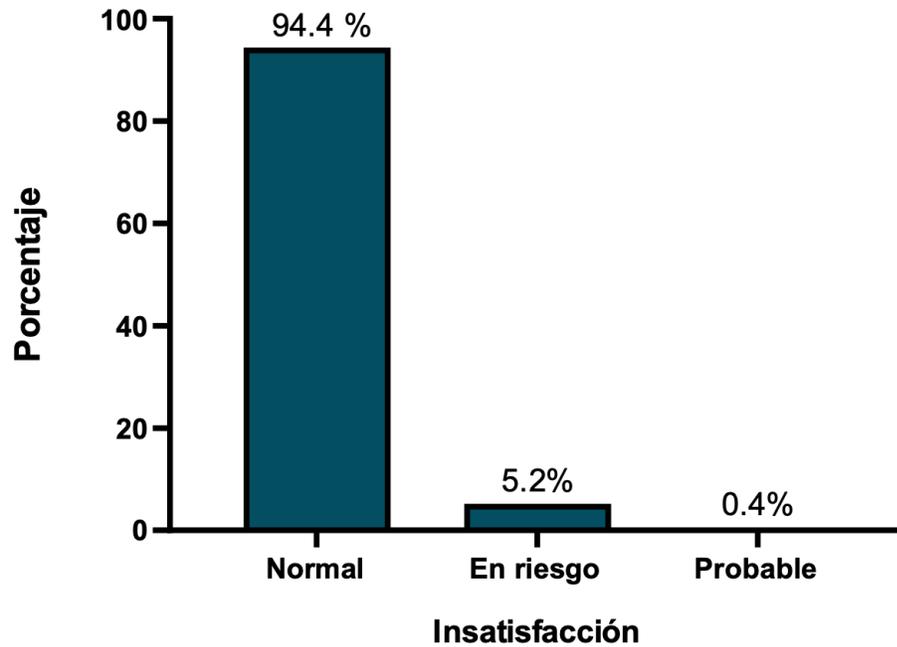
Figura 11. Clasificación de los pacientes en las diferentes categorías de la subescala de alienación.



Fuente: Información propia.

En la subescala de insatisfacción familiar, el 94.4 % de los participantes, se encontró en una categoría normal, es decir, que estaban satisfechos con sus relaciones familiares, el 5.2 % cayó en la categoría de riesgo de presentar insatisfacción familiar y el 0.4 % presentó probable patología, es decir, que se encontraban insatisfechos con sus relaciones familiares y probablemente experimentaban soledad (**Figura 12**).

Figura 12. Clasificación de los pacientes en las diferentes categorías de la subescala de insatisfacción.



Fuente: Información propia.

En la escala total, se observó que 94.8 % de los pacientes no experimentaban soledad, el 4.4% se encontraba en riesgo de experimentar soledad y el 0.8% se encontraba con probable patología, es decir, que experimentaba soledad.

Se realizaron pruebas de comparación mediante Chi², con el fin de conocer si había influencia en la sensación de soledad de los pacientes.

Tabla 2. Pruebas de comparación mediante Chi2

Escala total							
	Soledad						
	Normal		En riesgo		Probable patología		
Variable	n	%	n	%	n	%	p
Sexo							
Hombres	89	37.9	3	27.3	1	50	0.727
Mujeres	146	62.1	8	72.7	1	50	
Escolaridad							
Analfabeta	12	5.1	2	18.2	0	0	0.274
Primaria	85	36.2	3	27.3	0	0	
Secundaria	48	20.4	2	18.2	2	100	
Preparatoria	18	7.7	0	0	0	0	
Técnica	15	6.4	2	18.2	0	0	
Universidad	49	20.9	2	18.2	0	0	
Otro	8	3.4	0	0	0	0	

Estado civil							
Soltero	30	12.8	2	18.2	0	0	
Casado	127	54.0	3	27.3	1	50	
Unión libre	12	5.1	0	0	0	0	0.060
Separado	8	3.4	3	27.3	0	0	
Divorciado	10	4.3	1	9.1	0	0	
Viudo	48	20.4	2	18.2	1	50	
Religión							
Católica	167	71.1	10	90.0	1	50	
Bautista	8	3.4	0	0	0	0	
Cristiana	34	14.5	1	9.1	0	0	0.135
Testigo de Jehová	14	6.0	0	0	0	0	
Ninguna	8	3.4	0	0	1	50	
Otra	4	1.7	0	0	0	0	
Con quien vive							
Solo	26	11.1	2	18.2	1	50	0.184
Acompañado	209	88.9	9	81.8	1	50	
Horas de sueño							
Menos de 5	11	4.7	2	18.2	1	50	
5	67	28.5	8	72.7	0	0	0.001*
7	139	59.1	1	9.1	1	50	
10 o más	18	7.7	0	0	0	0	

Aislamiento por la pandemia								
Si	157	66.8	9	81.8	2	100	0.360	
No	78	33.2	2	18.2	0	0		
Aparato electrónico empleado								
Teléfono fijo	13	28.3	0	0	0	0	0.492	
Teléfono celular	18	39.1	0	0	0	0		
Ninguno	2	4.3	0	0	0	0		
Dos aparatos	13	28.3	1	100	0	0		

*diferencia estadísticamente significativa

Se realizó una comparación por sexo, únicamente entre los pacientes que vivían solos dependiendo de la sensación de soledad; se observó que un mayor número de mujeres vivían solas, sin embargo, al emplear la prueba de Chi², no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (**Tabla 3**).

Tabla 3. Comparación de la sensación de soledad dependiendo del sexo, únicamente entre los pacientes que vivían solos.

Escala total							
	Soledad						p
	Normal		En riesgo		Probable patología		
Variable	n	%	n	%	n	%	

Sexo							
Hombres	7	26.9	1	50.0	0	0	0.641
Mujeres	19	73.1	1	50.0	1	100	

DISCUSIÓN

En este estudio se buscó identificar la prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores a partir de los 60 años, encontrándose una prevalencia de soledad del 0.8% (soledad patológica), lo cual no coincide con las observaciones de soledad en el adulto mayor, ya que en la mayoría de los estudios publicados se ha reportado una presencia de soledad hasta en el 56% (Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Saludable de la Universidad de Michigan) en 2020. Existen varias posibles explicaciones para dicho resultado.

Al analizar los factores sociodemográficos y de condiciones médicas del grupo de estudio, se encuentran variables que funcionan como protectores frente a la presencia de soledad el género, por ejemplo, las mujeres fueron mayoría en la muestra (62.7 %); que, de acuerdo con Boris y Perlman, quienes aplicaron la escala de soledad de la UCLA, los hombres son quienes presentan más soledad que las mujeres, observando diferencias estadísticamente significativas.⁵⁰

En cuanto a la edad, se encontró una mediana en 65 años es un factor que puede ser considerado como protector, como lo observaron Nguyen et al. quienes mencionan en su trabajo de investigación, que al analizar las soledades de 2,843 personas durante el 2019 encontraron que llegando a los 60s se presenta una disminución de la soledad. De igual forma, al tratarse de adultos mayores jóvenes es menor la presencia de soledad como se afirma en otros trabajos.^{51,52}

Se esperaba que la escolaridad pudiera jugar un papel inversamente proporcional a la sensación de soledad, como se observó en el trabajo de Quintero, et al.⁵² Sin embargo, en el presente estudio, de manera predominante los encuestados contaron con nivel primaria y no se encontró ninguna diferencia estadística entre la escolaridad y la sensación de soledad, este resultado también es diferente al estudio realizado por

Cruz-Vargas, et al. en donde se encontró que las personas con licenciatura presentaban sentimientos de vacío.⁵³

El empleo de dispositivos electrónicos es un factor que aún se debate, en un estudio realizado con jóvenes de Portugal se demostró que a mayor uso del celular y medios electrónicos mayor presencia de soledad, sin embargo, este grupo el uso de los diferentes dispositivos electrónicos no tuvo ninguna influencia sobre la sensación de soledad.

En varias publicaciones recientes se habla acerca de la presencia de soledad con índices elevados en adultos mayores, en especial desde el inicio de la pandemia; como en el estudio realizado en la Universidad de Michigan durante el principio de la pandemia de COVID-19 durante el año 2020, en dicho estudio más de la mitad de los adultos mayores (56 %) informaron sentirse aislados de los demás (43 % algunas veces y 13 % a menudo) en comparación con el 27% que habían señalado sentirse aislados (22 % algunas veces, 5 % a menudo) en 2018.²⁵

En otras publicaciones se afirma que la soledad se encuentra relacionada con la edad y factores culturales, así como el nivel educativo como un factor determinante.⁵⁰

En el estudio se observó que al tratarse de adultos mayores jóvenes se encontraban con mayores posibilidades de interactuar con otros aún a través de diversos medios electrónicos. Además, se debe tener en consideración que el factor cultural cumple una función importante en la sociedad mexicana, ya que la mayoría de los encuestados se encontraba viviendo acompañado. Debido a la pandemia en los domicilios los abuelos se encontraron fungiendo como cuidadores de sus nietos y muchos otros por primera vez en muchos años, fueron acogidos en casa de hijos ya que debido a la pandemia y al tratarse de un grupo poblacional vulnerable debían ser ayudados con actividades

básicas tales como realizar compras de víveres y requerían que alguien más acudiera por sus medicamentos a sus unidades médicas, entre muchas otras actividades.^{54,55}

Por otro lado, el hecho de haber encuestado a pacientes ambulatorios habla de que quienes acudían a la consulta médica como pacientes o como acompañantes, se encontraban con las suficientes herramientas para valerse por sí mismos, lo que les confiere un grado de autonomía e independencia que de igual forma puede aminorar esa sensación de soledad. Esto último, hace pensar que incluso en presencia de enfermedades cronicodegenerativas, mientras los pacientes no experimenten un nivel de discapacidad no representan un factor de riesgo para sentirse solos.

No fue posible identificar que las personas que presenten riesgo de soledad o soledad patológica tengan un aumento en el uso de los servicios de salud, y nuevamente se hace relevante resaltar que, aunque en algunos estudios, los pacientes que presentan dificultades a la movilización y a la comunicación (como son aquellos con algún grado de deterioro cognitivo), en son los que se ha encontrado mayor presencia de soledad, en nuestro estudio no fue posible identificar tal asociación.⁵¹ Esto último nos da la pauta para inferir que la soledad no es una característica propia de la edad, sino de las circunstancias y características de la población estudiada.

CONCLUSIONES

La soledad en los adultos mayores es algo común; muchos estudios han encontrado altos índices de soledad entre los adultos mayores, aun en quienes no son tan grandes. Lo observado en el presente estudio fue que la gran mayoría de los pacientes no experimentaba una sensación de soledad, este resultado pudo deberse a que durante el estudio ocurrió la pandemia por COVID-19, lo que provocó que muchos adultos tuvieran un contacto mayor con sus familiares o incluso estos se quedaran en casa con ellos; en los pocos pacientes que si experimentaron una sensación de soledad se encontró que las horas de sueño estuvieron asociadas, entre más horas de sueño, menor sensación de soledad.

CAPÍTULO IX

ANEXOS



CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CARACTERÍSTICAS MÉDICAS Y DE ASPECTOS DURANTE PANDEMIA COVID-19

Fecha: _____ Número de encuesta: _____

Instrucciones: A continuación, marque con una cruz la respuesta a su situación actual. En caso de respuestas abiertas conteste en los espacios destinados para ello. Las respuestas son anónimas.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
<p>X1. Sexo: _____ 1. Masculino 2. Femenino</p> <p>X2. Edad: _____ (en años)</p> <p>X3. Escolaridad: _____ 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnica 6. Universidad 7. Otra: _____ X3.1 Escribir</p> <p>X4. Estado civil: _____ 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Divorciado 6. Viudo</p> <p>X5. Religión: _____ 1. Católica 2. Bautista 3. Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Ninguna 6. Otra: _____ X5.1 Escribir</p> <p>X6. Ocupación: _____ 1. Hogar 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. Desempleado 6. Profesionista 7. Jubilado 8. Otra: _____ X6.1 Escribir</p>	<p>X7. Lugar de residencia: _____ 1. Monterrey 2. Guadalupe 3. San Nicolás de los Garza 4. Apodaca 5. San Pedro Garza García 6. Santa Catarina 7. Otro: _____ X7.1 Escribir</p> <p>X8. Usted vive: _____ 1. Solo 2. Acompañado</p> <p>X9. Medios electrónicos que utiliza para comunicarse: _____ 1. Teléfono fijo 2. Teléfono celular 3. Tablet 4. Computadora 5. Otro: _____ X9.1 Escribir 6. Ninguno</p> <p>X10. ¿Qué mascota tiene?: _____ 1. Perro 2. Gato 3. Ave 4. Otro: _____ X10.1 Escribir 5. No tiene.</p> <p>X11. Actualmente, ¿Usted practica un pasatiempo?: _____ 1. Caminar 2. Nadar 3. Juegos de mesa 4. Bordar/cocer 5. Ver televisión. 6. Deportes en equipo 7. Escuchar música 8. Leer 9. Otro: _____ X11.1 Escribir. 10. Ninguno</p>
II. CARACTERÍSTICAS MÉDICAS	
<p>X12. ¿Usted padece alguna enfermedad?: _____ 1. Hipertensión Arterial 2. Diabetes Mellitus 3. Obesidad 4. Asma 5. EPOC 6. Enfermedad Renal Crónica 7. Insuficiencia Cardíaca 8. Cáncer 9. VIH 10. Tabaquismo 11. Catarata 12. Ninguna 13. Otra: _____ X12.1 Escribir</p> <p>X13. Frecuencia con que acude a consulta médica: _____ 1. Una vez a la semana 2. Cada dos semanas 3. Una vez al mes 4. Cada 6 meses 5. Una vez al año 6. Otro: _____ X13.1 Escribir</p> <p>X14. ¿Ha acudido al área de urgencias en los últimos 10 meses?: _____ 1. Sí 2. No</p>	<p>X15. ¿Cuántas horas duerme al día?: _____ 1. Menos de 5 horas 2. 5 horas 3. 7 horas 4. 10 o más horas</p> <p>X16. Usted fuma: _____ 1. A diario 2. Casi nunca 3. En eventos sociales 4. Nunca ha fumado 5. Otro: _____ X16.1 Escribir</p> <p>X17. Consume alcohol: _____ 1. A diario 2. Casi nunca 3. En eventos sociales 4. Nunca ha consumido alcohol 5. Otro: _____ X17.1 Escribir</p> <p>X18. Actividad física: _____ 1. Sedentaria 2. Ligera 3. Vigorosa</p>
III. ASPECTOS DURANTE PANDEMIA COVID-19	
<p>X19. ¿Sufrió contagio por Coronavirus SARS-CoV-2?: _____ 1. Sí 2. No</p> <p>X20. ¿Algún ser querido sufrió contagio de Coronavirus SARS-CoV-2?: _____ 1. Sí 2. No</p>	<p>X21. Afectaciones que considera tuvo a causa de la pandemia: _____ 1. Económicas 2. Vivir solo 3. Pérdida del empleo 4. Pérdida de: 4.1 Pareja 4.2 Hijo(a) 4.3 Nieto(a) 4.4 Hermano(a) 4.5 Amigo(a) 4.6 Otro: _____ X21.1 Escribir 7. Dificultad para sociabilizar 8. Otro: _____ X21.1 Escribir</p> <p>X22. Ha permanecido en aislamiento por la pandemia: _____ 1. Sí 2. No</p>

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero s/n y Ave. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Conn. (81) 8346 9400. 8346 7800 ext. 115, Fax. (81) 8347 8651



ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR (IMSOL-AM)

Fecha: _____ Número de encuesta: _____

Instrucciones: Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Indique con qué frecuencia el encuestado experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Recuerde al encuestado responder de manera sincera y espontánea, que no hay respuestas correctas o incorrectas y que lo que importa es lo que sienta.

	Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
1	Siente que solo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
2	Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
3	Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
4	Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
5	Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
6	Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
7	Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
8	Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
9	Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10	Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11	Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12	Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13	Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14	Se siente insatisfecho(a) con su vida.	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15	Siente que su familia desaprovecha su manera de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16	Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17	Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18	Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19	Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20	Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Envejecimiento y ciclo de vida*.
<https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Gutiérrez P. (2019). ¿Qué envejecimiento? El problema público de la vejez en la Ciudad de México. Iztapalapa. *Revista de ciencias sociales y humanidades*. 40(87): 143-174
<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
3. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez. (2019).
Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
4. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2018. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
5. Secretaría de Economía y Trabajo. Nuevo León. DATA Nuevo León. Disponible en:
<http://datos.nl.gob.mx/n-l-poblacion-por-rangos-de-edad/>
6. Costa R, Patrão I & Machado M. (2018). Problematic internet use and feelings of loneliness, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*.
DOI:10.1080/13651501.2018.1539180
7. Xia N, y Li H. (2018). Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *ANTIOXIDANTS & REDOX SIGNALING*. 28(9).
8. Montero M y Sánchez J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*. 24(1):19-27. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212404>
9. Van Dulmen M.H. y Goossens L. (2013). Loneliness trajectories. *J Adolesc*; 36(6):1247-1249. doi:10.1016/j.adolescence.2013.08.001.
10. Acosta-Quiroz CO, Tánori_Quintana J, García R, Echeverría S, Vales-García JJ, Rubio L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 27(2):179-88.
11. Gardiner C, Laud P, Heaton T, & Gott M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 49(5), 748–757. doi:10.1093/ageing/afaa049

12. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, T. Richins M y Qualter P. (2020). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*.
13. Heidinger T y Richter L. (2020). The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly. *Front. Psychol.* 11:585308. doi: 10.3389/fpsyg.2020.585308
14. Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model, Lima et al. *BMC Geriatrics* (2020) 20:259. Lima et al. *BMC Geriatrics*. 2020:20:259
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>
15. Cacioppo J T & Cacioppo S. (2012). The phenotype of loneliness. *European Journal of Developmental Psychology.* 9(4), 446–452. doi:10.1080/17405629.2012.690510
16. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras L y Lagarda E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? [Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams?]. *Aten Primaria.* 48(9):604-609.
17. Yanguas J, Pinazo-Henandis S, & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis.* 89(2), 302–314.
<https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
18. Aragón-Nogales, R., Vargas-Almanza, I., Miranda-Novales, M.G. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr.* 86(6):213-218. doi: 10.35366/91871
19. Escudero X, Guarner J, Galindo-Fraga A, et al. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovasc Metab Sci.* 31(Suppl: 3):170-177. doi:10.35366/93943.
20. Zerón, A. (2020). Nueva normalidad, nueva realidad. *Rev ADM.* 77(3):120-123. doi:10.35366/94004.
21. Pérez, NOR., Zamarrón, LEI., Guerrero, GMA., et al. (2020). Protocolo de manejo para la infección por COVID-19. *Med Crit.* 34(1):43-52. doi:10.35366/93280.
22. Datos de COVID Universidad John Hopkins. Disponible en:
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
23. BBC News. (2018). *La soledad, un mal contemporáneo mundial que en Reino Unido ahora es asunto de Estado.* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-42723066>

24. Salazar, M. y Castro, M. (2019). Soledad Y Convivencia Intergeneracional: Resignificar El Cuido En El Ciclo Vital. *Revista Reflexiones*. 98(2), <https://doi.org/10.15517/rr.v98i2.34152>.
25. National Poll on Healthy Aging. University of Michigan. (2020). Loneliness Among Older Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/162549/0212_NPHA-loneliness-report-FINAL-09112020-handle.pdf?sequence=5&isAllowed=y
26. Heidinger T y Richter L. (2020). The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly. *Front. Psychol.* 11:585308. doi: 10.3389/fpsyg.2020.585308
27. Camargo-Rojas, C. y Chavarro-Carvajal, D. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*. 61(2).
28. Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
29. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de edad. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
30. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de sexo. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
31. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de religión. Disponible en: <https://dle.rae.es/religi3n>
32. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de escolaridad. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
33. Estado Civil. Wolterks Kluwer. Recuperado de: https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?prams=H4sIAAAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUMjMyMLtbLUouLM_DxblwMDCwNzA7BAZlqIS35ySGVBqm1aYk5xKgCdG_p0NQAAAA==WKE
34. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de ocupación. Disponible en: <https://dle.rae.es/ocupaci3n>
35. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de residencia. Disponible en: <https://dle.rae.es/residencia>
36. Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. Definición de cohabitación. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/cohabitaci3n>

37. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de tecnología. Disponible en: <https://dle.rae.es/tecnolog%C3%ADa>
38. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de mascota. Disponible en: <https://dle.rae.es/mascota>
39. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de pasatiempo. Disponible en: <https://dle.rae.es/pasatiempo>
40. National Institute on Drug Abuse. Definición de comorbilidad. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
41. Diccionario Sensagent. Definición de asistencia sanitaria. Disponible en: <http://diccionario.sensagent.com/Asistencia%20sanitaria/es-es/>
42. Organización Panamericana de la Salud. Servicio de Emergencia. 2010. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=servicios-emergencias-3236&Itemid=270&layout=default&lang=es
43. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de sueño. Disponible en: <https://dle.rae.es/sue%C3%B1o>
44. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de tabaquismo. Disponible en: <https://dle.rae.es/tabaquismo>
45. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de alcoholismo. Disponible en: <https://dle.rae.es/alcoholismo>
46. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
47. Organización Mundial de la Salud. (2020). Definición de casos de Covid-19 utilizada por la OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf
48. Real Academia de la Lengua Española (RAE). Definición de afectación. Disponible en: <https://dle.rae.es/afectaci3n>
49. Mayo Clinic. Cuarentena, autoaislamiento, y distanciamiento físico durante COVID-19. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-quarantine-and-isolation/art-20484503>
50. Borys S, Perlman D. Gender Differences in Loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1985;11(1):63-74. doi:10.1177/0146167285111006
51. T. Nguyen, T., E. Lee, E., E. Daly, R., Tsung-Chin W., Tange, Y., Xin Tu., Van Patten, R., V. Jeste, D. & W. Palmer, B. *Predictors of Loneliness by Age Decade: Study of*

Psychological and Environmental Factors in 2,843 Community-Dwelling Americans Aged 20-69 Years. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/predictors-of-loneliness-by-age-decade/>

52. Quintero, A., Villamil, M., Henao, E. y Cardona, J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 49-57.
53. Cruz-Vargas, D., Sánchez-Aragón, R. y Castro-Torres, V. (2020). Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*, 30(2), 231-241.
54. Camargo Rojas, C.M. y Chavarro Carvajal, D.A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ. Med*, 61(2).
55. Gené-Badia J, et al. (2019). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Aten Primaria*.

CAPÍTULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ana Bertha Pérez Villalva

Candidata para el Grado de Especialista en Medicina Familiar

Tesis: PREVALENCIA DE SENSACIÓN DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DURANTE PANDEMIA DE COVID-19

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacida en Cuautla, Morelos el 23 de mayo de 1985, hija de Pablo Pérez Balbuena y de Silvia Villalva Arenas. Desde temprana edad mostré interés por las áreas biológicas, por lo que durante mis estudios básicos decidí ingresar al Centro de Bachillerato Tecnológico industrial y de servicios No. 76 (CBTis No. 76), en donde me formé como Técnico Laboratorista Clínico. Al concluir, ingresé a la Facultad de Medicina de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP). Al término de esta mostré interés por diversas áreas de la medicina a través de cursos, diplomados y del ejercicio de mi profesión en la práctica medica hotelera y privada. También desempeñé labores docentes dentro de la Facultad de Medicina de la UPAEP, fue en este periodo donde al desempeñar funciones relacionadas a la tutoría de los alumnos y comprender el rol de la familia en la sociedad; no solo desde la sociología sino también desde la óptica de la Medicina, decido realizar el Examen Nacional de Residencias Medicas con la finalidad de cursar la especialidad en Medicina Familiar, encontrando en el programa del departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo

León (UANL) los elementos necesarios para el aprendizaje de la misma. Especialidad que orgullosamente concluyo.

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

6%

★ eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias < 19 words



DR. RAUL FERNANDO GUTIERREZ H.
MEDICINA FAMILIAR



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado del
Hospital Universitario de la U.A.N.L.
Presente.-

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante pandemia de COVID-19" cuyo autor es la Dr. Ana Bertha Pérez Villalva del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 9% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.

ATENTAMENTE.

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 26 de abril de 2022



DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.

Jefe del Departamento de Medicina **MEDICINA FAMILIAR**