



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN**



**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**“NIVEL DE ADAPTACIÓN Y NIVEL DE SOLEDAD DEL ADULTO MAYOR DEL  
MUNICIPIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:**

**APARICIO MEDRANO LESLIE CLAUDIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**D. C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ**

**CODIRECTOR DE TESIS:**

**D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO**

**TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; 2019**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**



**ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN**

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**“NIVEL DE ADAPTACIÓN Y NIVEL DE SOLEDAD DEL ADULTO MAYOR DEL  
MUNICIPIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:**

**APARICIO MEDRANO LESLIE CLAUDIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ**

**CODIRECTOR DE TESIS:**

**D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO**

**SINODALES:**

**PRESIDENTE: DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA \_\_\_\_\_**

**1° VOCAL: M.C.E. ARIANA MAYA SÁNCHEZ \_\_\_\_\_**

**2° VOCAL: D.C.E. BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO \_\_\_\_\_**

**3° VOCAL: D. C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ \_\_\_\_\_**

**SECRETARIO: M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA \_\_\_\_\_**

**TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; MAYO 2019**

## DEDICATORIA

A mi mamá, mi hijo, mi esposo, a mi hermano, mis tías (Flor y Mine) y a mis abuelitos (Bricio y Pipita), que siempre han estado conmigo, siendo mis rayos de luz en las noches más oscuras y en los días más soleados.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios primeramente por darme la fuerza y la paciencia para seguir adelante.

A mi mamá, mi hijo, mi esposo, mis tías (Flor y Mine) y a mis abuelitos (Bricio y Pipita), por apoyarme en este proyecto tan importante para mí, por su paciencia, apoyo, buenas palabras y por no dejarme sola, los adoro.

A mi asesora de tesis la Doctora en Ciencias de la Salud Gabriela Maldonado Muñiz por sus enseñanzas, su paciencia, su complicidad, sus consejos y su dedicación hacían la investigación y su esfuerzo por el reconocimiento de nuestra bella profesión.

A los adultos mayores que proporcionaron un poco de su tiempo para responder las preguntas de los instrumentos utilizados en esta investigación.

A los profesores académicos e investigadores que forman profesionales con calidad y dedicación.

## ÍNDICE:

DEDICATORIA _____	i
AGRADECIMIENTO _____	ii
RESUMEN _____	vii
ABSTRACT _____	viii
I.-INTRODUCCIÓN _____	x
II.-JUSTIFICACIÓN _____	1
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	3
IV.- MARCO TEÓRICO _____	5
V.- HIPÓTESIS _____	23
VI.- OBJETIVOS _____	24
6.1 OBJETIVO GENERAL _____	24
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	24
VII.- METODOLOGÍA _____	25
7.1 TIPO DE ESTUDIO _____	25
7.2 DISEÑO METODOLÓGICO _____	25
7.3 LIMITES DE TIEMPO Y ESPACIO _____	25
7.4 UNIVERSO _____	25
7.5 MUESTRA _____	25
7.6 VARIABLES _____	26
7.7 INSTRUMENTO _____	27
7.8 PROCEDIMIENTO _____	29
7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO _____	30
7.10 DIFUSION _____	30
7.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES _____	30

7.12 DIFUSIÓN _____	30
VIII.-CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES _____	31
IX.- RESULTADOS _____	33
X.-. DISCUSIÓN _____	44
XI.- CONCLUSIONES _____	46
XII.- RECOMENDACIONES _____	46
XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	47
XIV.- ANEXOS Y APÉNDICES _____	50

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL GÉNERO LOS ADULTOS MAYORES	33
TABLA 2 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA ESCOLARIDAD LOS ADULTO MAYORES	33
TABLA 3 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE LOS ADULTO MAYORES	34
TABLA 4 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA OCUPACIÓN DE LOS ADULTO MAYORES	35
TABLA 5 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS LOS ADULTO MAYORES	36
TABLA 6 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA AFILIACIÓN DE SEGURO MÉDICO DE LOS ADULTO MAYORES	36
TABLA 7 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ENFERMEDADES QUE PADECEN LOS ADULTO MAYORES	37
TABLA 8 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CON QUIEN VIVEN LOS ADULTO MAYORES	37
TABLA 9 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ADULTO MAYORES QUE TIENEN CASA PROPIA	38
TABLA 10 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MODO FISIOLÓGICO LOS ADULTO MAYORES	38
TABLA 11 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MODO AUTOCONCEPTO LOS ADULTO MAYORES	39
TABLA 12 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MODO INTERDEPENDENCIA LOS ADULTO MAYORES	39
TABLA 13 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MODO DESEMPEÑO DEL ROL LOS ADULTO MAYORES	40
TABLA 14 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL MODO ADAPTACIÓN LOS ADULTO MAYORES	41
TABLA 15 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE SOLEDAD LOS ADULTO MAYORES	41

TABLA 16 FRECUENCIA DE NIVEL DE SOLEDAD Y ADAPTACIÓN DE LOS ADULTO  
MAYORES \_\_\_\_\_ 42

TABLA 17 CORRELACIÓN DE NIVEL DE SOLEDAD Y ADAPTACIÓN DE LOS  
ADULTO MAYORES \_\_\_\_\_ 43



## RESUMEN

**Objetivo:** Relacionar el nivel de adaptación con el nivel de soledad del adulto mayor del municipio de Tezontepec de Aldama. **Metodología:** Estudio de corte transversal y enfoque cuantitativo, realizado en la comunidad de Tezontepec de Aldama Hidalgo, el universo de estudio 3,460 adultos mayores, muestra de 192 adultos mayores; 63.4% (n=124) mujeres y el 36.4% (n=71) hombres; los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala de este II, con una confiabilidad de un Alfa de Cronbach de 0.72; y Nivel de Adaptación la confiabilidad del instrumento se realizó con el Kuder Richardson (KR-20) con resultados en el modo fisiológico es de 0.87, en el modo Autoconcepto 0.88, en el modo interdependencia es de 0.97 y en el modo desempeño del rol es de 0.96 ;se proporcionó un consentimiento informado que fue firmado por los adultos mayores encuestados, posterior a la aprobación del trabajo por parte del comité de ética . **Resultados:** Dentro de la estadística descriptiva, tenemos una muestra de 195 adultos mayores (N=195); dentro de la variable “Adaptación” los rangos van de 8 a 69, con una media de  $26.30 \pm 10.280$ ; en la variable “Nivel de Soledad” los rangos van de 1 a 25, con una media de  $13.19 \pm 3.950$ , de los cuales se obtuvo que en la Adaptación el 86.7% (n=169) está integrado y el 13.3% (n=26) están en compensatorio; y dentro del nivel de soledad encontramos que el 70.3% (n=137) se encuentran con un nivel medio de soledad; el 27.2% (n=53) están un nivel bajo de soledad; mientras que el 2.6 % (n=5) están en un nivel alto de soledad. Se relacionaron las variables “Adaptación” y “Nivel de soledad” mediante una correlación de Pearson obteniendo  $p=0.167$  con una  $r=0.019$ , lo que no es estadísticamente significativo. Por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula. **Conclusiones:** El nivel de soledad de los adultos mayores del municipio de Tezontepec de Aldama, Hidalgo no influye en el nivel de adaptación, ya que el nivel de soledad es medio, mientras que en el modo adaptación los adultos mayores se encuentran integrados.

**Palabras claves:** Adulto mayor, Soledad, Nivel de Adaptación.

## ABSTRACT

**Objective:** To relate the level of adaptation with the level of loneliness of the older adult of the municipality of Tezontepec de Aldama. **Methodology:** Cross-sectional study and quantitative approach, carried out in the community of Tezontepec de Aldama Hidalgo, the universe of study 3,460 older adults, sample of 192 older adults; 63.4% (n = 124) women and 36.4% (n = 71) men; the instruments that were used were: Scale of this II, with a reliability of a Cronbach's Alpha of 0.72; and Level of Adaptation the reliability of the instrument was made with the Kuder Richardson (KR-20) with results in the physiological mode is 0.87, in the Autoconcept mode 0.88, in the interdependence mode it is 0.97 and in the performance mode of the role it is of 0.96, an informed consent was provided that was signed by the older adults surveyed, after approval of the work by the ethics committee. **Results:** Within the descriptive statistics, we have a sample of 195 older adults (N = 195); within the variable "Adaptation" the ranges go from 8 to 69, with an average of  $26.30 \pm 10.280$ ; in the variable "Level of Solitude" the ranges go from 1 to 25, with an average of  $13.19 \pm 3.950$ , from which it was obtained that in the Adaptation 86.7% (n = 169) is integrated and 13.3% (n = 26) are in compensatory; and within the level of loneliness we find that 70.3% (n = 137) are with an average level of loneliness; 27.2% (n = 53) are at a low level of loneliness; while 2.6% (n = 5) are at a high level of loneliness. The variables "Adaptation" and "Level of loneliness" were related by a Pearson correlation obtaining  $p = 0.167$  with a  $r = 0.019$ , which is not statistically significant. Therefore, the working hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted. **Conclusions:** The level of loneliness of the elderly in the municipality of Tezontepec de Aldama, Hidalgo does not influence the level of adaptation, since the level of loneliness is medium, while in the adaptation mode older adults are integrated.

**Keywords:** Elderly, Loneliness, Adaptation level.

**NIVEL DE ADAPTACIÓN Y NIVEL DE SOLEDAD DEL ADULTO MAYOR DEL  
MUNICIPIO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA**

## **I.-INTRODUCCIÓN:**

En la presente investigación se da a conocer el nivel de adaptación y el nivel de soledad del adulto mayor. Es importante conocer, inicialmente, la situación demográfica y epidemiológica en la que se encuentran los adultos mayores, los recursos económicos de los que dependen, la relación familiar, los apoyos que reciben, el marco general en el que la sociedad coloca a nuestros adultos mayores, ya que son relegados por las deficiencias fisiológicas, sociales e incluso económicas que van presentando propias de la edad. Se menciona un marco general de las principales enfermedades que se presentan, así como estrategias que podrían ayudar a una mejor transición en esta etapa biológica.

La investigación se realizó con los adultos mayores que acuden a los centros de salud de la comunidad de Tezontepec de Aldama, donde se realizaron encuestas y se valoró el nivel de adaptación y el nivel de soledad. Posteriormente se creó una base de datos en SPSS y se obtuvieron los resultados de las encuestas, ya que se obtuvieron los resultados se analizaron y posteriormente se describieron.

Se relacionó el nivel de adaptación con el nivel de soledad del adulto mayor del municipio de Tezontepec de Aldama, teniendo como fundamento teórico el modelo de adaptación de Sor Callista Roy.

## **II.-JUSTIFICACION:**

Conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 41.1% son hombres. Cabe mencionar que una cuarta parte de los adultos mayores (23.3%) residen en localidades menores de 2 500 habitantes. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para el 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer), entonces el peso relativo de los adultos mayores toma mayor relevancia en la estructura por edad. La composición de los hogares, donde vive al menos un adulto mayor, es clasificado como familiar en un 83.5%, en tanto que el resto (16.5%), lo conforman los hogares unipersonales o corresidentes (donde no hay ningún parentesco entre sus integrantes). Un aspecto que vulnera a las personas de edad es no tener apoyo dentro del hogar. (1)

El aumento de la sobrevivencia ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De acuerdo con el INEGI De 656 mil muertes registradas en 2015, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad 2015, 64.7% correspondieron a personas de 60 y más años. Cabe señalar que las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%); los tumores (13.1%); las de enfermedades del sistema respiratorio (10.7%), y las enfermedades del sistema digestivo (9.1%) son las principales causas de muerte entre la población de 60 y más años. De manera conjunta representan 85.5% las defunciones en este grupo de edad. En México, una cuarta parte (26.1%) de los adultos mayores se encuentran pensionados. De estos 40.9% son por jubilación, 33.9% por retiro o vejez, 17.5% por viudez y 3.6% por accidente o enfermedad de trabajo. (2)

Podría pensarse que vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o conyugue es fuente de bienestar y estabilidad en este grupo poblacional. Por otro lado contar con el apoyo cognitivo (consejos e información), que pudiera recibirse por medio de las redes sociales confirmadas por los familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, sirve para reforzar las relaciones sociales

que favorecen la integración de las personas adultas mayores. Sin embargo, no es fácil que las personas pudieran necesitar ante situaciones específicas. De acuerdo con los datos del módulo de condiciones sociales de la Encuesta Nacional de Ingresos y gastos en los Hogares, las personas adultas mayores, y en mayor medida las mujeres que los hombres perciben gran dificultad e incluso imposibilidad de conseguir ayuda en redes familiares y sociales. Las personas de 60 años y más consideran más difícil conseguir ayuda para que las acompañen a recibir atención médica, que personas de otros grupos etarios. Las personas en situación de pobreza perciben mayor dificultad que las no pobres (33.8% de hombres y 34.4% mujeres) (3)

En un estudio realizado en el Hospital Level I Carlos Alcantara Butterfield, del distrito de La Molina en lima, denominado Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcantara Butterfield se concluyó que existe una relación altamente significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico entre los adultos mayores, mismo que se ve afectado cuando no logran cubrir las necesidades de comprensión, apoyo y afecto, que subyace a la inevitable dependencia relacionada con las nuevas condiciones de vida. (4)

La cantidad de adultos mayores va en aumento por lo que es importante dejar de estigmatizar las habilidades que aún pueden desarrollar, la importancia de aprovechar los conocimientos previamente adquiridos e integrarlos a la sociedad nuevamente. A partir del presente, se pueden crear teorías o programas para poder integrar a los adultos mayores a la sociedad.

La implementación de la presente investigación fue factible ya que se pudo tener acceso a la población de adultos mayores del municipio de Tezontepec de Aldama, Hidalgo con apoyo de las instituciones de salud (centros de salud) y con el respaldo de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, además de mencionar que los recursos financieros fueron solventados por la investigadora (pasante de la licenciatura en enfermería).

### **III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La soledad es un sentimiento presente en el adulto, descrito por mucho de ellos como la ausencia de compañía (familia, amigos, pareja) la falta de atención y apoyo mostrado por la sociedad en general, sentimiento acompañado de nostalgia, ansiedad, desasosiego y tristeza.

Este sentimiento puede impactar directamente en la adaptación del adulto mayor, ya que al sentirse abandonado puede descuidar su alimentación, siendo esta deficiente en cantidad o nutrientes, puede alterar la calidad y cantidad sus horas de sueño, las deficiencias en sentidos como vista, oído y gusto más estar solos puede ponerlos en riesgo de sufrir un accidente. El deterioro físico y fisiológico se van presentando conforme pasan los años, condicionan a una mayor vulnerabilidad en el estado de ánimo y la salud, aunado a esto, los fallos en la memoria, la pérdida progresiva de fuerza, el deterioro en la movilidad, impacta de manera negativa con el estado de ánimo, lo que trae como consecuencia un deterioro en la salud, se descuidan aspectos básicos de higiene y control de enfermedades ya presentes y se pueden dar el surgimiento de nuevas patologías lo que deteriora la calidad de vida.

En el aspecto emocional, parte importante para los seres humanos, la soledad pueda afectar ya que no hay quien fomente o reafirme una autoestima positiva, para los adultos mayores es importante sentirse queridos y apoyados cuando se presentan situaciones difíciles como las pérdidas (sean estas físicas o emocionales).

Los adultos mayores, al encontrarse solos se vuelven más independientes, pero esa independencia es limitada debido a las deficiencias físicas propias de la edad, a la falta de conocimientos en las nuevas tecnologías y la poca familiaridad con estas mismas.

Dentro de la familia y en el ámbito laboral, los roles establecidos anteriormente son adaptados por nuevos miembros, por lo que los adultos mayores son desplazados

a cumplir roles con menores responsabilidades, de ser los que dirigían, pasan a ser solo orientadores sobre las decisiones a tomar.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de adaptación y el nivel de soledad del adulto mayor del municipio de Tezontepec de Aldama?



## **IV.-MARCO TEÓRICO:**

### **4.1 ADULTO MAYOR:**

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que deben adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible, de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecimiento de cada persona es diferente. (5)

Enfoque biológico: Se refiere a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la vejez debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.

El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario, por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por los traumas, caídas o enfermedades.

Enfoque demográfico: Al referirnos a la vejez dentro de una perspectiva demográfica, consideramos la diferencia entre los grupos de tercera y cuarta edad, la cual consiste en que la primera etapa comprende desde la jubilación (60 años) hasta que se pierde la independencia (80 años); a partir de allí se considera como cuarta edad o longevidad.

Dentro de esta perspectiva también es importante tener en cuenta la transición demográfica.

El envejecimiento tiene que analizarse de forma dinámica ya que es un proceso que inicia desde el nacimiento pero que a partir de los 30 años hay un momento donde se alcanza la plenitud, y existe un cambio donde los procesos catabólicos superan a los procesos anabólicos, entonces hay una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, e implica mayores probabilidades de padecer enfermedad y morir.

Existe una pérdida de vitalidad definida como la incapacidad progresiva que tiene el organismo para realizar sus funciones biológicas y fisiológicas, inclusive en ausencia de enfermedad.

El envejecimiento, además de ser un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica en la composición de la familia y el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios de estado de salud. (6)

En la demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se llama población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 70 años para considerar que una persona es Adulta Mayor. Este criterio es utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud. (5)

Conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen en el país 12973411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1 % son hombres. Cabe señalar que una cuarta parte de los adultos mayores (24.3%) residen en localidades menores de 2500 habitantes. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para el 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer),

entonces el peso relativo de los adultos mayores toma mayor relevancia en la estructura por edad. (7)

#### Teorías sobre el adulto mayor

a) Teoría de la desvinculación, desacoplamiento o retraimiento: Igualmente llamada del desenganche y la ruptura, fue postulada por E. Cumming y W. E. Henry en 1961, y, más tarde por Schaie y Neugarten. En ella se habla de un retraimiento tanto por parte de la soledad como del individuo. Éste se va apartando cada vez más de las relaciones sociales, reduce sus roles más activos y se centra en su vida interior, y la sociedad va cerrando al individuo anciano posibilidades de participación, y le libra de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. Esta desvinculación resulta, así mismo, positivo para la familia y las relaciones más cercanas, ya que ofrece la posibilidad de buscar sustituciones a las tareas que el adulto mayor ya no realiza y de reorganizar los roles con bastante tiempo para reflexionar sobre las decisiones que se han de tomar. Se puede afirmar, consecuentemente, que la desvinculación es funcional para todos los que están relacionados con esta situación.

Otros autores hablan de la vinculación por compensación, o desvinculación-vinculación selectiva, se reduce la actividad social en uno de los ámbitos, generalmente, los laborales, pero se incrementa en otros, por ejemplo los familiares.

b) Teoría de la actividad: Fue formulada por Havighurst, Tattle y Atchley. Se define que una buena vejez tendría que estar acompañada de nuevas actividades o trabajo (hobbies, participación en los clubs o asociaciones, etc.) que sustituyan a los que se tenían antes de la jubilación (ésta supone una pérdida que puede llevar a la marginación. Estas actividades deberán ser, de alguna forma, remuneradas, por la necesidad económica que suelen tener los ancianos y por qué en nuestra sociedad se valora el trabajo bien pagado;

se señala que la actividad debe producir algún rendimiento y ser útil a otras personas.

Se ha observado en diferentes estudios que la moral alta en la vejez está relacionada con un nivel alto de actividad, lo cual apoya esta teoría; pero no se niega que, con la edad, hay una menor tasa de actividad global, debida a imposiciones externas como el decremento de roles sociales, el fallecimiento de amigos y familiares o el deterioro de la salud. Desde esta teoría se recomienda la formación de grupos con intereses o preocupaciones comunes, lo que puede contribuir a una actitud positiva con respecto al futuro. Por otro lado, sitúa a las personas dependientes, con limitaciones físicas o mentales, en una situación desventajosa y de marginación social.

- c) Teoría de los roles: Rodríguez afirma que la teoría de la actividad se deriva de la teoría de los roles, según la cual los roles que representamos a lo largo de nuestra vida nos definen tanto social como personalmente. En la vejez lo característico es una pérdida de roles, por lo que la persona que se encuentra en esta etapa de la vida experimenta un decremento de normas y expectativas, convirtiéndose progresivamente en una persona inútil. Según esto, e la teoría de la actividad se entiende que la autoestima de la persona está condicionada por los roles que desempeña.
  
- d) Teoría de la estratificación por edades: Esta teoría guarda una estrecha relación con el marco conceptual de la teoría de los roles que desempeña, ya que se defiende la idea de que a cada grupo de edad se le asignan determinados roles sociales; así, la estimación de cada etapa y la autoestima de cada persona que se encuentra en ella, está condicionada por la valoración que a nivel social se le asigne a los roles que desempeña. La pertenencia a una fase de la vida, las diferencias entre los grupos de edades, y las interindividualidades, se presentan marcadas por los acontecimientos experimentados (guerras, catástrofes, modas, innovaciones sociales, etc.) en el periodo histórico que han vivido.

- e) Teoría del medio social o socioambiental: en esta teoría, planteada por Gubrium, se intenta aunar los factores personales con los sociales, o sea, se concibe la vejez como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno (físico y social). Por ello, se defiende que en el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y los apoyos sociales.
  
- f) Teorías del interaccionismo simbólico: En ellas se le asigna una gran importancia del lenguaje, ya que se defienden que las personas, a través de la comunicación por medio de símbolos, es como aprenden la forma de actuar de los que viven en su entorno, así como sus valores y significados, por lo que mediante esta comunicación extendida desde el nacimiento, es como se aprende la mayor parte del comportamiento adulto. Las personas mayores presentan diferentes conductas dependiendo de “las diferentes definiciones de la situación realizadas, las diferentes interpretaciones y respuestas al yo espejo y las diversas presentaciones de sí mismo que consideren convenientes en las circunstancias que se presenten”. (15)

#### 4.1.2 SOLEDAD

El diccionario de la lengua española define a la soledad como la carencia de compañía, pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguna persona o cosa. En un principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendido o rechazado por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce

sufrimiento, desolación, es decir, entre la situación de encontrar sin compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones.

Cuando se analiza la soledad se encuentran dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva. Todas las personas necesitan pasar cierto tiempo solas, lo que se aprovecha para conseguir ciertos objetivos. A veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es así. La soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las mayores.

Sentirse solo es más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran (8)

Buz indica que para la comprensión de la soledad prevalece el modelo cognitivo, afirmando que la misma es “el resultado de una evaluación cognitiva del ajuste entre las relaciones existentes y los estándares personales”, cuando mayor sea la discordancia entre lo que la persona desea y aquello que realmente obtiene de las relaciones interpersonales, mayor será la percepción subjetiva de soledad.(9)

De este modelo se infiere un primer señalamiento crucial para comprender el fenómeno de soledad: sentirse solo y estar solo no tiene igual significado ni están infaliblemente unidos. Aun teniendo una amplia red de relaciones y vínculos afectivos, la persona puede experimentar el sentimiento de soledad si esa red no le proporciona la satisfacción que se espera.

Se establece una diferencia entre la soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia al aislamiento objetivo, la ausencia real de una red social de apoyo. Algunos autores afirman que no se trataría de una experiencia desagradable ni penosa, siempre que se trate de una elección propia, pudiendo convertirse en “una experiencia buscada y enriquecedora”. En especial, poetas y filósofos se refieren al aislamiento como un camino para encontrarse consigo mismos, para acceder a la fuente espiritual y creativa.

La soledad subjetiva, el sentirse solo, “no es el resultado directo de la ausencia de relaciones, sino que es la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones sociales existentes o la ausencia de las mismas”.

La mayoría de los autores y estudios realizados concuerdan al decir que la soledad, propiamente dicha, es una experiencia subjetiva emocionalmente desagradable, que las personas tratan de evitar, y que depende del momento socio histórico y de la construcción de significados personales.

Por lo tanto, el sentimiento de soledad es el producto de una elaboración cognitiva que está atravesada por las normas sociales y culturales aprendida que influye el comportamiento de los sujetos. (9)

Soledad social. Redes sociales de apoyo: la soledad producida por aislamiento social se asocia con la falta de una red social satisfactoria que implique un sentimiento de pertenencia. La insatisfacción puede tratarse de un aspecto cuantitativo que refiere a la ausencia de vínculos sociales significativos, o puede aludir a la calidad de los vínculos existentes. La red social es el aspecto estructural de las relaciones interpersonales y el conjunto de relaciones interpersonales está conformado por los diferentes grupos y personas que constituyen la vida de cada sujeto, pudiéndose tratar de: familiares, amigos, conocidos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. Cada uno cumple con una determinada función y produce niveles de satisfacción distintos. El intercambio de los apoyos es la esencia de la constitución de las redes, que implica la circulación de recursos, acciones e información. Se subdividen en cuatro categorías de apoyo: 1) Materiales: monetarios y no monetarios; 2) Instrumentales: tareas de la vida cotidiana; 3) emocionales: Cariño, confianza, empatía, y 5) Cognitivos: transmisión de información, consejos. (9)

La familia es considerada una de las fuentes de apoyo más importante de las personas mayores. Las vicisitudes de cada núcleo familiar (su constitución, historia de vínculos, conflictos internos, modos de relacionamiento) conformaran un particular tipo de red, satisfactoria o no, para el adulto mayo en esta etapa.

Dentro del núcleo familiar, la relación con los hijos influye especialmente en la percepción subjetiva de soledad. Un tipo de vínculo favorable u hostil será determinante en la prevención o aparición del sentimiento de soledad, si la salida del hogar por parte de los hijos, no conlleva una posterior relación fluida con sus padre, se irán debilitando los vínculos paterno-familiares, pudiendo generar en el adulto mayor distintas sensaciones de abandono e indefensión. A su vez, los hijos significan el nexo con los nietos; el rol del abuelo dentro de la familia también cumple con una importante función para la evaluación cognitiva de soledad. La forma en que se experimenten estas relaciones se vuelve un aspecto fundamental para su bienestar subjetivo y calidad de vida.

La necesidad de la familia como red social de apoyo satisfactoria puede verse incrementada para las personas mayores dada la reducción de sus actividades sociales. De esta manera, el espacio familiar podría encontrarse cargado de mayores expectativas y demandas. (8)

#### **4.2 MODELO DE ADAPTACION DE ROY**

Callista Roy comenzó a desarrollar su concepto de adaptación como un marco de referencia para la enfermería mientras participaba en un programa de maestría en enfermería pediátrica en la Universidad de California, en los Ángeles, en 1964. Roy basó el desarrollo de su modelo en las premisas científicas de la teoría de sistemas de von Bertalanffy y la teoría del nivel de adaptación de Helson. Las premisas filosóficas se caracterizan por principios generales de humanismo, veracidad y unidad cósmica, las cuales adoptan la creencia en el holismo y en las capacidades innatas, el propósito y la valía de los seres humanos. Debe resaltarse que Roy es una monja católica de la orden de San José de Carondelet. Es posible ver en su trabajo tanto supuestos como valores, reflejo de su compromiso religioso y su perspectiva cristiana.

En 1997, Roy presentó una redefinición de la adaptación, y un replanteamiento sobre las premisas que fundamentan el modelo. El trabajo más reciente,



denominado modelo de adaptación de Roy para el siglo XXI, toma en consideración el tiempo de transición, la transformación y la visión espiritual.

De acuerdo con el modelo, las respuestas adaptativas son aquellos que afectan en forma positiva la salud; es decir, sostienen la integridad del sistema de adaptación del humano. (10)

Conceptos clave definidos

**Adaptación:** El proceso y el resultado por el cual las personas que piensan y sienten, como individuos individuales en grupos, usan la conciencia y la elección para crear una integración humana y ambiental

**Nivel de adaptación:** El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de la vida describir a nivel tres como integrado, comprensivo y comprometido

**Respuestas adaptativas:** respuestas que promueven la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos

**Asunciones:** Las creencias, los valores y el conocimiento que se supone que son ciertos y sobre los cuales los teóricos basan su trabajo para desarrollar modelos conceptuales para la enfermería.

**Comportamiento:** Acciones y reacciones internas o externas en circunstancias especificadas

**Subsistema Cognitivo:** para individuos, un importante proceso de afrontamiento que involucra cuatro canales cognitivo-emotivos: 1) Preceptualización de la percepción y de la información, 2) Aprendizaje, 3) Juicio y 4) Emoción.

**Proceso compensatorio:** Nivel de adaptación en el cual el cognitivo y el regulador han sido activados por un desafío a los procesos de vida integrados.

**Proceso comprometido:** Nivel de adaptación resultante de procesos de vida integrados y compensatorios inadecuados; un problema de adaptación.

Estímulos contextuales: Todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Proceso de afrontamiento: Formas innatas o adquiridas de responder al entorno cambiante

Unidad cósmica: Una visión filosófica de la realidad que enfatiza el principio de que las personas y la tierra tienen patrones comunes y relaciones integrales

Medio ambiente: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de los recursos humanos y terrestres

Estímulo focal: El estímulo interno o externo más inmediato que enfrenta el sistema humano

Objetivo de enfermería: Promoción de la adaptación en cada uno de los cuatro modos

Salud: Un estado y proceso de ser y llegar a ser integrado y completo

Sistema adaptativo humano: Como sistema adaptativo, el sistema humano se describe como un todo con partes que funcionan como una unidad para algún propósito. Los sistemas humanos incluyen personas como individuos o grupos que incluyen familias, organizaciones, comunidades y la sociedad en general.

Humanismo: El amplio movimiento en filosofía y psicología que reconoce las dimensiones individuales y subjetivas de la experiencia humana como un elemento central para el conocimiento y la valoración.

Respuestas ineficaces: Respuestas que no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos del sistema humano

Subsistema innovador: Relacionado con las personas en un grupo, el subsistema interno que involucra estructuras y procesos para el cambio y el crecimiento

Proceso de vida integrado: nivel de adaptación en el que las estructuras y funciones de un proceso de vida funcionan en conjunto para satisfacer las necesidades humanas

Subsistema regulador: Para individuos, un importante proceso de adaptación entre los sistemas neuro, químico y endocrino.

Estímulo residual: Un factor ambiental dentro o fuera del sistema humano con efectos en la situación actual que no están claros.

Subsistema estabilizador: Para los grupos, el subsistema asociado con el mantenimiento del sistema e involucra estructuras establecidas, valores y actividades diarias mediante las cuales los participantes logran la propuesta del sistema social

Estímulo: Lo que provoca una respuesta, o más generalmente, el punto de interacción del sistema humano y el medio ambiente.

Sistema: Un conjunto de partes conectadas a la unidad en general para algún propósito y lo hace en virtud de la interdependencia de sus partes

Veritividad: Un principio de la naturaleza humana que afirma un propósito común de la existencia humana.(11)

#### **4.2.1 MODOS**

##### **4.2.1.1. MODO FISIOLÓGICO:**

El modo fisiológico-físico para los individuos y los grupos representa la categoría del comportamiento relacionado con los aspectos físicos de los sistemas humanos. Para el individuo, la modalidad fisiológica tiene un total de nueve componentes. Existen cinco necesidades básicas: 1) Oxigenación, 2) Nutrición, 3) Eliminación, 4) Actividad y 5) Reposo y protección. También existen cuatro procesos complejos involucrados con la adaptación fisiológica. Estos son: a) Líquidos, b) Electrolitos y equilibrio ácido- base, c) Función Neurológica, y d) Función Endocrina. En el nivel grupal, esta modalidad se refiere a la forma como el sistema de adaptación humano

colectivo manifiesta la adaptación en relación con los recursos básicos en operación.

#### **4.2.1.2 MODO DE DESEMPEÑO DE ROL**

La modalidad de desempeño de funciones tanto para los individuos como para los grupos representa la categoría del comportamiento en relación con las funciones en los sistemas humanos. Ésta se enfoca a partir de la perspectiva del individuo sobre las funciones que tiene la sociedad. La necesidad básica identificada bajo la modalidad del desempeño de funciones es la integridad social, el deseo de saber quién es uno mismo en relación con los otros, para poder actuar. Las funciones al interior de los grupos son el medio a través del cual pueden alcanzarse las metas de los sistemas sociales. Las necesidades básicas son: claridad en cuanto a funciones, y necesidad de comprender y comprometerse para cumplir las tareas esperadas de tal manera que el grupo pueda cumplir las metas más comunes.

#### **4.2.1.3 MODO DE AUTOCONCEPTO**

La modalidad de Autoconcepto, representa una categoría del comportamiento relacionada con los aspectos personales de los sistemas humanos. Las necesidades básicas identificadas para el individuo son: integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber quién es uno mismo de tal manera que puede existir o ser con un sentido de unidad. El Autoconcepto es la composición de creencias y sentimientos de una persona en un momento determinado. Los componentes de la modalidad de Autoconcepto son: a) Ser físico: éste incluye la sensación corporal y la imagen corporal, y b) Ser personal: integrado por la autoconciencia, el ideal personal y el ser moral-ético-espiritual. La integridad de la identidad es la necesidad subyacente a esta modalidad adaptativa de grupo. La cual está constituida por relaciones interpersonales, imagen propia del grupo, medio social y cultural.

#### **4.2.1.4 MODO DE INTERDEPENDENCIA**

La modalidad de interdependencia representa la categoría conductual ligada con las relaciones de dependencia mutua. Para el individuo, esta modalidad se enfoca en las interacciones que guardan relación con dar y recibir amor, respeto y valía. La necesidad básica en esta modalidad es la integridad para la relación, el sentimiento de seguridad en las relaciones que nutren. Para los grupos, esta modalidad hace referencia al contexto social en el cual opera el grupo. Esto implica los contactos privados y públicos al interior y al exterior del grupo. Existen dos relaciones específicas que son el punto de enfoque al interior de esta modalidad para el individuo: los seres significativos y los sistemas de apoyo. En el caso del grupo, los componentes importantes, incluyen el contexto, la infraestructura y los recursos. (10)

#### **4.2.2 MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY**

Desde la perspectiva del modelo, las respuestas humanas no solo incluyen problemas, necesidades y deficiencias, si no también capacidades, aciertos, conocimientos, capacidades, habilidades y compromisos. De acuerdo con el modelo, todas las respuestas son conductas con posibilidades de ser observadas. Las actividades de enfermería respaldan las respuestas de adaptación y pretenden reducir las respuestas ineficaces. (10)

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad

para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano. (11)

**Ambiente:** Son las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan del desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistema adaptativo, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen en ambiente interno.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

**Estímulos:** En el modelo, Roy define los estímulos como “Todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Ella los clasifica así:

**Estímulo Focal:** “Es el objetivo o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación. Es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano.

**Estímulos Contextuales:** son aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación. Hacen referencia a todos los

factores del entorno que se le presentan a la persona tanto de modo interno como externo.

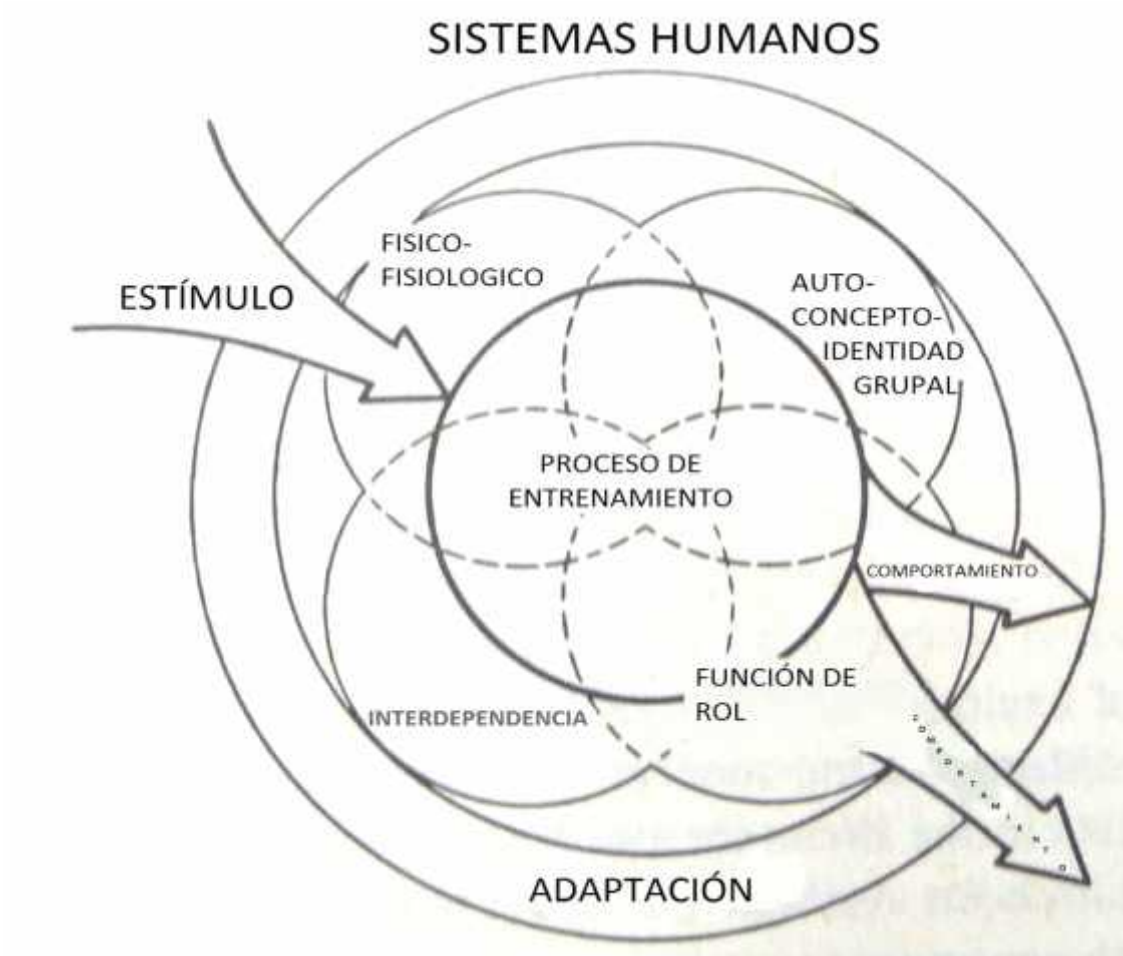
**Estímulos Residuales:** Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

**Procesos de Afrontamiento:** Corresponden a controles del sistema como formas innatas o adquiridas para interactuar con el ambiente cambiante e influir sobre él. Los procesos innatos de afrontamiento suelen ser automáticos y no requieren el pensamiento o la planeación consiente de la persona.

Los procesos de afrontamiento, innatos y adquiridos se dividen en los subsistemas de regulación y cognición. El subsistema de regulación está comprendido por proceso de adaptación básica, tales como procesos de afrontamiento químico y endocrino. Responde automáticamente mediante canales nerviosos, químicos y endocrinos de afrontamiento. Los estímulos provenientes del ambiente interno y externo actúan como ingresos, y la información se canaliza para producir una respuesta automática e inconsistente. Al mismo tiempo, los ingresos hacia el sistema regulador desempeñan un papel en la definición de las percepciones. El sistema de cognición está comprendido por procesos de afrontamiento cognitivos y emocionales avanzados. Este sistema responde a través de cuatro canales cognitivo-emocionales: 1) Procesamiento de la Percepción y la Información; 2) aprendizaje; 3) Juicio; 4) Emoción.

El modelo de Roy considera a los mecanismos de afrontamiento, regulación y cognición, subsistemas de la persona como sistema adaptativo, y para ella son innovadores y estabilizadores como mecanismos de control inherentes al funcionamiento de los grupos. Los procesos estabilizadores son las estructuras definidas, los valores y las actividades cotidianas con los cuales se lleva a cabo el trabajo grupal, y el grupo contribuye al bienestar general de la sociedad. El subsistema de innovación es el segundo mecanismo de control del grupo; identificar estructuras y procesos que promueven el cambio y crecimiento. (Figura 1)(10)

Figura 1. MODELO DE ADAPTACION DE ROY



Fuente: Modelo de Adaptación de Roy (10)



### 4.2.3 SUPUESTOS

#### 4.2.3.1 Premisas Filosóficas

- Las personas tienen relaciones mutuas con el mundo y con la figura buena/de Dios.
- El significado humano tiene raíz en una convergencia en un punto omega del universo
- Dios se revela de manera íntima en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación.
- Las personas utilizan habilidades creativas humanas como discernimiento, iluminación y fe.
- Las personas son responsables de entrar en el proceso para derivar, sostener y transformar el universo.

#### 4.2.3.2 Premisas científicas

- Los sistemas de materia y energía evolucionan a niveles mayores de auto organización compleja.
- La conciencia del significado constituye la integración de la persona y el ambiente.
- El discernimiento de uno mismo y el ambiente tiene su raíz en el pensar y en el sentir.
- Los humanos, mediante su decisión, y las decisiones humanas son responsables de la integración de los procesos creativos
- Pensar y sentir median la acción humana
- Las relaciones del sistema incluyen aceptación, protección e impulsos a la interdependencia
- Las personas y la tierra tienen patrones comunes y relaciones integrales
- Las personas y las transformaciones del ambiente se crean en la consciencia humana.
- La integración de los significados humanos y ambientales tiene como consecuencia la adaptación.

#### **4.2.3.3 Premisas Culturales**

- La experiencia en una cultura específica incluye la forma como se expresa cada elemento del modelo de adaptación de Roy.
- Al interior de una cultura puede existir un concepto que sea central a la misma y que influirá sobre algunos o todos los elementos del modelo de adaptación de Roy en mayor o menor grado.
- Las expresiones culturales de los elementos del modelo de adaptación de Roy pueden conducir a cambios en las actividades de la práctica, tales como la valoración de enfermería.
- Al tiempo que los elementos de los modelos de aportación de Roy evolucionan al interior de una perspectiva cultural, las implicaciones para la educación y la investigación pueden diferir de la experiencia en la cultura original.

## **V.-HIPOTESIS**

Hi: A menor nivel de soledad, mayor nivel de adaptación

Ho: El nivel de soledad no influye en el nivel de adaptación

Ha: A menor nivel de soledad, menor nivel de adaptación

## **VI.-OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL:**

Relacionar el nivel de adaptación con el nivel de soledad del adulto mayor del municipio de Tezontepec de Aldama

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- .- Identificar los estímulos de los adultos mayores
- .- Describir el nivel de adaptación del adulto mayor por modos
- .- Interpretar el nivel de soledad del adulto mayor

## VII.-METODOLOGÍA

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación Cuantitativa

Descriptiva (se proporcionara una descripción de las variables) (13)

### 7.2 DISEÑO METODOLÓGICO

No experimental

Transversal: Sólo se realizó una medición

Prolectivo: El instrumento se aplicó directamente a la población en estudio

Prospectivo: Del presente al futuro. (13)

### 7.3 LÍMITES DE TIEMPO Y ESPACIO

Esta investigación se desarrolló en los centros de salud del municipio de Tezontepec de Aldama, en el periodo de Julio- Agosto 2018.

Se aplicó una prueba piloto de la Escala de valoración de nivel de adaptación de adulto mayor en Tula de Allende Hidalgo, en el mes de Junio.

### 7.4 UNIVERSO

El universo del presente estudio está conformado por 3,460 adultos mayores de 65 años de la comunidad de Tezontepec de Aldama

### 7.5 MUESTREO Y MUESTRA

La muestra fue calculada mediante la fórmula para proporciones de poblaciones finitas,  $n= 192$  adultos mayores.

.-  $Z_a^2= 1.962$

.-  $p=0.005$

.-  $q=1- 0.05$

.-  $d=$  precisión (en este caso deseamos un 3%)

.-  $N=$  población

$$n = \frac{N * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

Muestreo no probabilístico, por cuotas, 18 adultos mayores de cada Centro de Salud: Tezontepec, Santiago Acayutla, Atengo, Santa María Batha, Tenango, Huitel, Presas, Mangas, San Gabriel, Achichilco, La Cruz.

**Criterios de selección:**

Criterios de inclusión: Se incluirá a las personas mayores de 60 años del municipio de Tezontepec de Aldama que acepten participar.

Criterios de exclusión: Se excluirá a las personas que tengan alguna discapacidad física o mental.

Criterios de eliminación: Se eliminarán a las personas que no respondan los instrumentos

**7.6 VARIABLES**

**Variable dependiente:**

Nivel de adaptación

**Variable independiente:**

Nivel de soledad

**Variables socioeconómicas:**

- Edad
- Género
- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Ocupación
- Ingresos económicos
- Seguridad social
- Localidad
- Presencia de enfermedades

## 7.7 INSTRUMENTO

Instrumento 1:

La información se recopiló mediante los instrumentos titulados medición de soledad social: Escala de este II y nivel de Adaptación en el Autoconcepto.

La catedrática en Psicogerontología Social Ramona Rubio y las investigadoras Mercedes Pinel y Laura Rubio han creado y validado la primera escala de medición de la soledad social, desde el Gabinete de Cálida de Vida y Envejecimiento de la Universidad de Granada (UGR), único departamento de este tipo en toda España.

Según ha explicado Andalucía Innova en una nota, este instrumento denominado “Escala de Soledad Social Este II”, permitirá a los expertos analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías, entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales. Este instrumento surge como resultado del proyecto de investigación “La soledad en mayores” realizada por la Universidad de Granada y el Instituto de Mayores y Servicio Sociales (IMSERSO) a lo largo del año 2009, es la continuación de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y el Profesor Manuel Aleixandre para medir cuatro tipos de soledad: la soledad conyugal, familiar, existencial y social. Presenta una confiabilidad de un Alfa de Cronbach de 0.72,

La escala está compuesta por quince ítems con tres alternativas de respuesta, que son: siempre, a veces y nunca; los componentes se conforman de la siguiente manera: Percepción de apoyo social: ítems 1,2,3,5,6,8,9,10,11 y 12; Uso de nuevas tecnologías: ítems 15, 16, 17; Índice de participación subjetiva: ítems 4, 7, 13 y 14.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems. (Ver Anexo 1)

Instrumento 2:

La “Escala de medición del Nivel de Adaptación” tiene el objetivo de medir el nivel de adaptación de los participantes del Programa Adulto Mayor de los centros de salud de Tezontepec de Aldama.

Este instrumento fue modificado por los investigadores: Sergio Rojo Pérez, Rubí Ortiz Godínez, Iván Ulises Vilchis Guerrero, tomando como base el instrumento “Nivel de Adaptación” elaborado por Maldonado Muñiz y García Campos en el 2008, con el objetivo de medir el nivel de adaptación del adulto mayor residente de la casa hogar, posteriormente revisado por dos expertos: D. C. E. Benjamín López Nolasco y M. C. E. Ariana Maya Sánchez.

El instrumento se sometió a una prueba piloto, se aplicó a 20 adultos mayores de Tula de Allende, con el propósito de probar el instrumento en cuanto a su consistencia interna y para el cálculo de la confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richardson.

Las dimensiones que mide el instrumento son los modos: fisiológico, Autoconcepto, interdependencia y desempeño de rol; los indicadores son: integrado, compensatorio y comprometido.

El instrumento cuenta con 5 secciones: en el apartado I se obtienen los datos generales, se investigan las variables descriptivas, posteriormente cada apartado pertenece a un modo de adaptación y describen las instrucciones para el llenado.

El apartado II evalúa el modo fisiológico, consta de 42 ítems con opciones de respuesta dicotómica (Si y No), el valor máximo es 1 y el mínimo es 0, el intervalo de la escala es de 0-42, las categorías de calificar son: comprometido, compensatorio e integrado; 40 ítems tienen un sentido negativo y 2 son positivos. Se utilizó una guía de observación para la explotación física.



El apartado III mide el modo de Autoconcepto; consta de 37 ítems, los cuales 25 son en sentido negativo y 12 en sentido positivo, las opciones de respuesta son Si y No, donde el valor mínimo es de 0 y el máximo es de 1, con un intervalo de 0- 37; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El apartado IV mide el nivel de adaptación del modo de interdependencia. Las preguntas son en sentido positivo y las respuestas son de tipo dicotómicas, donde Si tiene valor de 1 y No el valor de 0. En total son 17 preguntas, con intervalo de 0-17; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El apartado V mide el nivel de adaptación del modo desempeño del rol. Consta de 16 ítems, los cuales 15 son en el sentido negativo y 1 en el positivo; las respuestas son con dos opciones Si y No. El intervalo es de 0-16; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado. (Anexo 2)

## **7.8 PROCEDIMIENTO**

Se gestionó ante las autoridades de los centros de salud del municipio de Tezontepec de Allende, Hidalgo.

Para la selección de la muestra se invitó a los adultos mayores. Se solicitó la firma de carta de consentimiento informado del adulto mayor. Si la persona fue acompañada de algún familiar, se le solicitó la firma del documento.

Para la valoración se aplicó un cuestionario para identificar datos personales socioeconómicos; el Instrumento para Medir el nivel de adaptación del adulto mayor, así como los instrumentos para medir el nivel de soledad y el nivel de adaptación.

A partir de los datos significativos se realizó la captura de los datos obtenidos en las encuestas, posteriormente se realizó la descripción de los datos obtenidos.

## **7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó la estadística descriptiva: frecuencia, mediana, moda, rango y desviación estándar, para la prueba de la hipótesis se aplicó la prueba paramétrica de análisis de correlación (Pearson) (17)

## **7.10 DIFUSION**

El reporte de investigación se presentó en el XI seminario de investigación, realizado en la Escuela Superior de Tlahuelilpan (Ver Anexo 3)

## **7.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Ver Apéndice 4

## VIII.- CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

Para la elaboración de este trabajo nos basamos en códigos de ética.

El informe de Belmont articulo tres principios éticos principales sobre los que se basa la conducción de la investigación ética:

Principio de la dignidad humana: Se centra en el derecho de la autodeterminación, es decir, derecho a decidir participar o no en el estudio o abandonar en estudio sin riesgo de recurrir a penalidades o algún perjuicio, derecho a recibir información completa y detallada del estudio (17)

El principio de beneficencia: Impone a los investigadores el deber de minimizar el daño y maximizar los beneficios. La investigación humana debe intentar producir beneficios para los participantes o, con más frecuencia, para otros. Este principio cubre múltiples aspectos.(18)

El principio de justicia: Exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere. (14)

De igual manera el código de Nuremberg que formula por primera vez los postulados éticos que deben regir la experimentación con humanos, recogiendo la necesidad del consentimiento informado y libre de la persona plenamente capaz, el adecuado balance de riesgos y beneficios, la protección de los individuos ante los posibles perjuicios y lesiones que pueda causar la investigación, la libre retirada del experimento, etc.

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de

incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud (16)

## IX.- RESULTADOS

Participaron 195 adultos mayores con un rango de 60 a 93 años de edad, con una media de 72.26 y una desviación estándar de 7.053. En el género se obtuvo la participación de 63.6% mujeres (n=124) encuestadas en relación al 36.4 % (n=71) de hombres. (Ver tabla 1)

**Tabla 1 Frecuencia y porcentaje del género los adultos mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
Género		
Femenino	124	63.4
Masculino	71	36.4

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

En referencia a la escolaridad, el 17.4 % (n=34) no tienen escolaridad; el 60.5% (n= 118) concluyó la primaria, seguido por la escolaridad secundaria que abarca el 20% (n=39); y el 2.1% (n=4) cursaron la preparatoria. (Ver Tabla 2)

**Tabla 2 Frecuencia y porcentaje de la escolaridad los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
ESCOLARIDAD		
Primaria	118	60.5
Secundaria	39	20
Sin escolaridad	34	17.4
Preparatoria	4	2.1

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

En la variable Estado Civil se ve reflejado que el 56.4% (n=110) son casados; mientras que el 31.3% (n=61) han quedado viudos; el 14% (n=7.2) son solteros y el 5.1% (n=10) son divorciados. (Ver tabla 3)

**Tabla 3 Frecuencia y porcentaje del estado civil de los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado (a)	110	56.4
Viudo (a )	61	31.3
Soltero (a )	14	7.2
Divorciado (a)	10	5.1

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

n=195

Ocupación fue la variable más amplia, encabezando esta lista están las amas de casa 64.1% (n=125), seguida por los comerciantes 10.8% (n=21); los campesinos ocupan un 9.7% (n=19); los jornaleros se componen por un 5.6% (n=11); los pensionados 4.1% (n=8); empleados 3.1% (n=6) y con el mismo porcentaje (0.5% (n=1) se encuentran los vigilantes, músicos, costurera, carpintero y albañil. (Ver tabla 4)

**Tabla 4 Frecuencia y porcentaje de la ocupación de los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa/Hogar	125	64.1
Comerciante	21	10.8
Campesino	19	9.7
Jornalero	11	5.6
Pensionado	8	4.1
Empleado	6	3.1
Vigilante	1	0.5
Músico	1	0.5
Costurera	1	0.5
Carpintero	1	0.5
Albañil	1	0.5

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

n=195

El 77.9% (n=152) de los adultos mayores reciben beneficios económicos del programa 65 y más; el 18.5% (n=36) están afiliados al programa Prospera y solo el 3.6 % (n=7) no tienen afiliación a algún programa económico-social. (Ver tabla 5)

**Tabla 5 Frecuencia y porcentaje de los beneficios económicos los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
<b>BENEFICIOS ECONÓMICOS</b>		
65 y más	152	77.9
Ninguno	36	18.5
Prospera	7	3.6

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

Las de instancias salud en las que los adultos mayores encuestado recibe atención medica seguro popular 80% (n=156); el 8.2% (n=16) recibe atención en IMSS e ISSSTE respectivamente y el 3.6% (n=7) no está afiliado en alguna estancia de gobierno.

**Tabla 6 Frecuencia y porcentaje de la afiliación de seguro médico de los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
<b>AFILIACIÓN DE SEGURO MEDICO</b>		
Seguro Popular	156	80
IMSS	16	8.2
ISSSTE	16	8.2
Ninguno	7	3.6

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195



El 43.6% (n=85) de los adultos mayores no padece alguna enfermedad como diabetes e hipertensión; el 25.6% (n=50) padecen de hipertensión; el 20% (n= 39) padecen de diabetes y el 10.8% (n=21) padecen de diabetes e hipertensión en conjunto. (Ver tabla 7)

**Tabla 7 Frecuencia y porcentaje de enfermedades que padecen los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
<b>ENFERMEDADES QUE PADECE</b>		
Ninguna	85	43.6
Hipertensión	50	25.6
Diabetes	39	20
Diabetes e Hipertensión	21	10.8

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

Otro dato importante es con quiénes viven los adultos mayores encuestados, el 51.3 % (n=100) viven con su pareja; el 29.2 % (n= 57) viven con sus hijos; el 17.9% (n= 35) vive solo; el 1% (n=2) vive con sus nietos y solo 0.5% (n=1) vive con su hermana. (Ver tabla 8)

**Tabla 8 Frecuencia y porcentaje de con quien viven los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	N	%
<b>CON QUIEN VIVE</b>		
Pareja	100	51.3
Hijos	57	29.2
Solo	35	17.9
Nietos	2	1
Hermano (a)	1	0.5

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

Por último, el 90.3% (n=176) tienen casa propia en contraposición de 9.7% (n=19) que no cuentan con una vivienda propia. (Ver tabla 9)

**Tabla 9 Frecuencia y porcentaje de los adulto mayores que tienen casa propia de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

VARIABLE	n	%
TIENE CASA PROPIA		
Si	176	90.3
No	19	9.7

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

Dentro del nivel de adaptación en el modo fisiológico encontramos que el 83.1 % (n=162) se encuentran integrados, mientras que el 16.9% (n=33) están en compensatorio (ver tabla 10)

**Tabla 10 Frecuencia y porcentaje del modo fisiológico los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

MODO FISIOLÓGICO	n	%
Integrado	162	83.1
Compensatorio	33	16.9
Comprometido	0	0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos. n=195

En el modo Autoconcepto, el 86.2% (n=168) están integrados; el 13.3% (n=26) se encuentran en compensatorio y el 1% (n=0.5) se encuentra comprometido. (Ver tabla 11)

**Tabla 11 Frecuencia y porcentaje del modo Autoconcepto los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

MODO AUTOCONCEPTO	n	%
Integrado	168	86.2
Compensatorio	26	13.3
Comprometido	1	0.5

Fuente: Escala de medición del Nivel de Adaptación . n=195

En el modo interdependencia se obtuvieron como resultados que el 92.8% (n=181) están integrados y el 7.2 % (n=14) están en compensatorio (Ver tabla 12)

**Tabla 12 Frecuencia y porcentaje del modo interdependencia los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

MODO INTERDEPENDENCIA	n	%
Integrado	181	92.8
Compensatorio	14	7.2
Comprometido	0	0

Fuente: Escala de medición del Nivel de Adaptación. n=195

En el modo desempeño del rol 71.3% (n=139) está integrado; el 28.2% (n=55) se encuentran en compensatorio y solo el 0.5% (n=1) (Ver tabla 13)

**Tabla 13 Frecuencia y porcentaje del modo desempeño del rol los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

MODO DESEMPEÑO DEL ROL	n	%
Integrado	139	71.3
Compensatorio	55	28.2
Comprometido	1	0.5

Fuente: Escala de medición del Nivel de Adaptación.

n=195

En el modo de Adaptación el 86.7% (n=169) está integrado y el 13.3% (n=26) están en compensatorio. (Ver tabla 14)

**Tabla 14 Frecuencia y porcentaje del modo adaptación los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

MODO ADAPTACION	n	%
Integrado	169	86.7
Compensatorio	26	13.3
Comprometido	0	0

Fuente: Escala de medición del Nivel de Adaptación. n=195

Dentro del nivel de soledad encontramos que el 70.3% (n=137) se encuentran con un nivel medio de soledad; el 27.2% (n=53) están un nivel bajo de soledad; mientras que el 2.6 % (n=5) están en un nivel alto de soledad (Ver tabla 15).

**Tabla 15 Frecuencia y porcentaje del nivel de soledad los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

NIVEL DE SOLEDAD	n	%
Bajo nivel de soledad	53	27.2
Medio nivel de soledad	137	70.3
Alto nivel de soledad	5	13.3

Fuente: Escala de este II n=195

Se realizó el cruce de las variables “Nivel de soledad” y “Adaptación”, obteniendo como resultado: de los 53 adultos mayores que se encuentran con bajo nivel de soledad 49 se encuentran integrados y 4 se encuentran en compensatorio; de los 137 adultos mayores que se encuentran en un nivel medio de soledad, 118 están integrados y 19 están en compensatorio; y de los 5 adultos mayores que se encuentran en alto nivel de soledad, 2 se encuentran integrados y 3 están en compensatorio. (Ver tabla 16)

**Tabla 16 Frecuencia de Nivel de soledad y Adaptación de los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

ADAPTACION	BAJO NIVEL DE SOLEDAD	MEDIO NIVEL DE SOLEDAD	ALTO NIVEL DE SOLEDAD	TOTAL
INTEGRADO	49	118	2	169
COMPENSATORIO	4	19	3	26
TOTAL	53	137	5	195

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

Dentro de la estadística descriptiva, tenemos una muestra de 195 adultos mayores (n=195); dentro de la variable “Adaptación” los rangos van de 8 a 69, con una media de  $26.30 \pm 10.280$ ; en la variable “Nivel de Soledad” los rangos van de 1 a 25, con una media de  $13.19 \pm 3.950$ .

**Tabla 17 Correlación de Nivel de soledad y Adaptación de los adulto mayores de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, México; 2018.**

		TOTAL DE ADAPTACION	NIVEL DE SOLEDAD
TOTAL DE ADAPTACIÓN	Correlación de Pearson	1	0.167
	Sig. (bilateral)		0.019
	n	195	195
NIVEL DE SOLEDAD	Correlación de Pearson	0.167	1
	Sig. (bilateral)	0.019	
	n	195	195

Fuente: Base de datos en SPSS

Se relacionaron las variables “Adaptación” y “Nivel de soledad” mediante una correlación de Pearson obteniendo  $p=0.167$  con una  $r=0.019$ , lo que no es estadísticamente significativo. Por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula.

## X.- DISCUSIÓN

Los adultos mayores del municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo presentaron que el 70.3% (n=137) de los adulto mayores se encuentran en un nivel medio de soledad, el 27.2% (n=53) tiene un nivel bajo de soledad y solo el 13.3% (n=5) tienen un nivel bajo de soledad. Estos resultados discrepan de los obtenidos en el estudio “Soledad y Dependencia en la población anciana de la Zona Básica de Salud de Peñamellera Alta” de Gayol Fernandez, donde el 42.4% (n=42) tiene un nivel medio de soledad 55.6% (n=55) tienen un nivel bajo de soledad y el 2% (n=2) tienen un nivel alto de soledad. Encontramos diferencias culturales, económicas y sociales dentro de estos dos grupos sociales, uno perteneciente a un país de primer nivel y otro país en vías de desarrollo, lo que reforzaría la divergencia de los niveles de soledad, por una parte, en Tezontepec de Aldama Hidalgo, se obtuvo un nivel medio de soledad siendo este el porcentaje más elevado, mientras que en La Zona Básica de Salud de Peñamellera Alta, España, se muestra que la puntuación más elevada es el nivel bajo de soledad, no obstante del fruto de ambas investigaciones se cosecho que en ninguna de estas poblaciones se consiguió un nivel elevado de soledad, esto es debido a las redes sociales que ambas áreas de investigación tienen, siendo fortalecidas por la relación directa con los conyugues o personas significativas (Hijos, hermanos, etc.) lo que hace que los adultos mayores no se sientan “tan solos”.

En relación a los modos de adaptación según el modelo de Roy, se encontró que en los cuatro modos ( el modo fisiológico el 83.1 %, en el modo Autoconcepto 86.2 %, en el modo interdependencia el 92.8 % y en el modo desempeño del rol) arriba del 70% de los adultos mayores se encontró integrado; por lo que en la variable Adaptación el 86.7 % de los adultos mayores se encuentran integrados; resultados similares se encontró en el estudio “Educación para la salud y Adaptación del adulto mayor” de Maldonado- Muñiz donde los adultos mayores obtuvieron en el modo fisiológico 95%, en el modo Autoconcepto 90 %, en el modo interdependencia el 55 % y en el modo desempeño del rol con 100 %, estando en estos cuatro modos integrado. La población Mexicana mostro diferencias en ambos estudios, por un



lado los adultos mayores del Municipio de Tezontepec se encuentran mejor adaptados en el modo interdependencia, a diferencia de los adultos mayores de Colima; por el contrario los adultos mayores de Colima están más adaptados en el modo desempeño del rol discrepando a los adultos mayores del municipio de Tezontepec. Esto se debe a que, a pesar de que ambos estudios fueron llevados a cabo en poblaciones de un mismo país, el ambiente en el que se desarrollan es diferente, por un lado, las personas de Colima que están en una casa hogar, donde el desempeño de rol es desplazado pero las redes sociales se refuerzan, a diferencia de esta población, los adultos mayores del municipio de Tezontepec aun desarrollan sus actividades cotidianas, distando de las actividades sociales.

## **XI.- CONCLUSIONES**

El nivel de soledad de los adultos mayores del municipio de Tezontepec de Aldama, Hidalgo no influye en el nivel de adaptación, sin embargo se observó que la gran mayoría de los adultos mayores no tienen alguna enfermedad crónica, posiblemente esto contribuye a una adecuada adaptación. Adicionalmente, la mayoría de los adultos mayores viven con alguna persona significativa, de esta manera los adultos mayores refuerzan las redes sociales lo que implicaría una mejor estabilidad inicial, alejando sentimientos de abandono y por consiguiente de soledad.

En el modo fisiológico, modo Autoconcepto y modo desempeño del rol los adultos mayores están integrados, dispar a esto, en modo interdependencia, hay un nivel de adaptación integrado en menor proporción.

## **XII.- RECOMENDACIONES**

Debido al incremento de población de adultos mayores, siendo esta una población vulnerable, es importante fortalecer las relaciones sociales, iniciando por la familia, ya que es núcleo de toda sociedad y la principal fuente de apoyo en esta etapa de la vida.

Se recomienda dar continuidad a esta investigación, donde se podría realizar una intervención en base al modelo de adaptación de Sor Callista Roy.

Así mismo se recomienda retomar esta investigación, sería pertinente realizar una investigación similar, pero tomando como población una comunidad rural, donde los adultos mayores aún son más independientes y aún cumplen sus roles sociales, en comparación con una casa de día o una comunidad urbana, donde se esperaría encontrar resultados significativos.

### XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Perfil Sociodemográfico de Adultos mayores Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2014. . [En línea]: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- 2) Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunción generales 1979-2012. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud <<http://www.sinais.salud.gob.mx>>
- 3) Intervenciones de Enfermería para el cuidado del Adulto Mayor con deterioro cognoscitivo; México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015; [En línea] <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 4) Etefany Angie Caviedes Langle; Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcantara Butterfield; Universidad Alas Peruanas, Lima Perú,
- 5) . Maurois André, Situación de las personas Adultas Mayores en México, Instituto Nacional de las Mujeres, México, febrero del 2015, [En línea]: [www.inmujeres.gob.mx](http://www.inmujeres.gob.mx)
- 6) Penny Montenegro Eduardo, Melgar Cuellar Felipe; Geriatría y Gerontología para el medico internista; Grupo Editorial La Hoguera, 2012, 1era edición, I.S.B.N. : 978-99954-801-4-1
- 7) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a Propósito del día internacional de las personas de edad, datos nacionales, 28 de septiembre de 2017, [En línea]: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- 8) Rubio Herrera Ramona; la soledad en los mayores, una alternativa de medición a través de la escala Este; Universidad de Granada, 2009,
- 9) Ferrari Borba Valentina; La Vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio; Febrero 2015, Montevideo Uruguay; C.I. 4779373-9
- 10) Cutclifer Jhon, McKenna Hugh, Hyrkäs Kristiina; Modelos de Enfermería, Aplicación a la Práctica ; Manual moderno; año 2011; ISBN: 978-607-448-068-9

- 11) Sister Callista Roy; The Roy Adaptation Model; Pearson; 2009; ISBN-13: 978-0-13-038497-3
- 12) Leticia Díaz de Flores, María Mercedes Duran de Villalobos y colaboradores; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, facultad de enfermería, universidad de la Sabana; Revista Aquichan- ISSN 1657-S997; Pág. 19- 23
- 13). Hernandez Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, Metodología de la investigación; editorial Mc Graw Hill education, sexta edición; ISBN: 978-1-4562-2396-0
- 14) Bermúdez González Alfredo y colaboradores; Principios éticos para la investigación en la ENEO; comité de Ética; Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia, Comité de Investigación; Mayo 2013
- 15) María Belando Montoro; Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios, reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo; comunicación e Personas Maiores; ISBN-13 978-84-690-7017-8
- 16) Ley general de salud; publicado en el D.O.F. el 7 de febrero de 1984; texto vigente; última reforma publicada DOF 12-07-2018; al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la republica Miguel de la Madrid Hurtado
- 17) Guevera Valtier Milton Carlos, Cárdenas Villarreal Velia Margarita, Hernández Cortés Perla Lizeth; Protocolos de investigación en enfermería; Editorial El Manual Moderno, 2017; ISBN: 978-607-448-613-1
- 18) P. Polit Denise, Tatano Beck Chery; Wolters Kluwer; Investigación en enfermería, Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería; 2018; ISBN: 978-84-17033-279.
- 19) Gayo Fernández Manuel ; Soledad social y dependencia en la población de la zona básica de salud de Peñamellera Alta; Trabajo final de master del Master Universitario de investigación en ciencias SocioSanitarias; curso académico 2016/2017; , Universidad de León; 18 de agosto 2017.

- 20) Raile Alligood Martha; Modelos y teorías en enfermería; 9ª edición; 2018 Elsevier España, S. L. U., 2002, 2007, 2011, 2014; eISBN:978-84-9113-408-4
- 21) Maldonado Muñiz Gabriela, García Campos Ma de Lourdes, Camacho Y L. Salvador M.; Educación para la salud y adaptación del adulto mayor, Intervención de enfermería en una casa hogar; Editorial Verlag; ISBN:978-3-659-08007-4

## XIV.- ANEXOS Y APENDICES

## (ANEXO 1) INSTRUMENTOS

### Escala este II de Soledad Social

La Escala Este II está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

Factor 1: Percepción del apoyo social

Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías

Factor 3: Índice de participación social

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	Siempre	A veces	Nunca
1.- ¿Ud. Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2.- ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3.- ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4.- ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5.- ¿Se siente triste?	2	1	0
6.- ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7.- ¿Y por la noche se siente solo?	2	1	0
8.- ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	Siempre	A veces	Nunca
9.- ¿Utiliza Ud. El teléfono móvil?	0	1	2
10.-¿ Utiliza Ud. El ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11.- ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: índice de participación social subjetiva			
	Siempre	A veces	Nunca
12.- Durante la semana y los fines de semana ¿Le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13.- ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14.- Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15.- Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo	0	1	2

Puntuación en soledad social\_\_\_\_\_

Se han diferenciado tres niveles de Soledad Social en función de la puntuación obtenida: Bajo, Medio y Alto (Tabla 2)

Tabla 2: Niveles de puntuación en la Escala ESTEII

Soledad social	
Niveles	Puntuación
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos



(Anexo 2)

Instrumento para medir el nivel de adaptación

Instrumento: Adaptación del adulto mayor activo

No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Objetivo: Identificar el nivel de adaptación de los adultos mayores en los modos fisiológicos, Autoconcepto, interdependencia y desempeño del rol.

Se garantiza que la información que usted proporcione será tratada confidencialmente y sólo será utilizada para los fines de este estudio. Usted tiene derecho a solicitar sus resultados individuales. De antemano se agradece su participación.

#### I. DATOS GENERALES

Instrucciones: conteste en los espacios lo que se pide o subraye la opción de respuesta según corresponda o más se acerquen su situación.

1.- Edad: \_\_\_\_\_ (años cumplidos)

2.- Genero

a. Masculino

b. Femenino

3.- Escolaridad: \_\_\_\_\_

4.- Estado civil \_\_\_\_\_

5.- Ocupación: \_\_\_\_\_

6.- Recibe algún beneficio por parte del gobierno

Si

No

7.- Está afiliado a un seguro médico: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

8.- Con quien vive \_\_\_\_\_

9.- Tiene casa propia \_\_\_\_\_

## II. Modo Físico

Instrucciones: coloque una X en el cuadro de SI o NO según corresponda su situación

Oxigenación	Si	No
1.- Usted fuma	1	0
2.- Siente sus piernas más frías que el resto de su cuerpo	1	0
3.-Siente sus manos más frías que el resto de su cuerpo	1	0
4.- Se siente cansado frecuentemente	1	0
5.- Presenta dolor en el pecho	1	0
6.- Presenta dificultad para realizar esfuerzo	1	0
7.- Presenta dificultad para respirar sin realizar esfuerzo	1	0
Nutrición	Si	No
8.- Presenta Nauseas después de ingerir alimentos	1	0
9.- Le da hambre más de lo usual	1	0
10.- Presenta vomito después de comer	1	0
11.- Presenta disminución del apetito	1	0
12.- Deja de comer alimentos todo el día	1	0
13.- Le disgustan los alimentos que le preparan	1	0
14.- Presenta agruras después de comer	1	0
15.- Se siente lleno poco después de iniciar la comida	1	0
16.- Presenta dificultad para masticar los alimentos	1	0
17.- Presenta dificultad para pasar los alimentos	1	0
18.- Presenta dolor en el estomago Cuando _____	1	0
19.- Consume Vitaminas que no sean directos de los alimentos	1	0
20.- Ingiere carne de cerdo	1	0
21.- Ingiere dulces, pasteles o chocolates	1	0
Actividad- descanso	Si	No
22.- Se siente agotado o cansado desde que se levanta	1	0
23.- Presenta dificultad para dormir en las noches	1	0
24.- Toma siestas durante el día	1	0
25.- Presenta interrupciones del sueño durante la noche	1	0
26.- Requiere de medicamentos para dormir	1	0
Eliminación	Si	No
27.- Presenta dificultad para evacuar	1	0
28.- Defeca heces de consistencia muy dura	1	0
29.- Defeca heces de consistencia blanda	0	1
30.- Defeca heces de consistencia semilíquida	1	0
31.- Presenta problemas para orinar Cuales _____	1	0
Protección	Si	No
32.- Presenta aumento de la temperatura	1	0
33.- Presenta heridas en la piel Cuales: _____	1	0

Líquidos y Electrolitos	Si	No
34.- Presenta más sed de lo usual	1	0
35.- Suda excesivamente Cuando:_____	1	0
36.- Se observa hinchado	1	0
37.- Ingiere agua natural Cuantos vasos:_____	0	1
38.- Ingiere otro tipo de líquidos Cuál:_____	1	0
Sentidos	Si	No
39.- Presenta Problemas para ver sin lentes	1	0
40.- Presenta Problemas para oír	1	0
41.- Presenta Problemas para percibir olores desagradables	1	0
42.- Presenta Problemas para percibir sabores	1	0

### III. Modo Autoconcepto

Instrucciones: Coloque una X en el cuadro de SI o NO según corresponda su situación.

Pregunta	Si	No
1. Le interesa lo que digan los demás de usted	1	0
2. Le afecta lo que dice su familia	1	0
3. Cree que tiene gran valor	0	1
4. Se le dificulta tomar decisiones	1	0
5. Se enoja fácilmente	1	0
6. Le cuesta trabajo acostumbrarse a algo nuevo	1	0
7. Es complicada su vida	1	0
8. Legustaría cambiar algo de su persona	1	0
9. Esta Gustoso con su edad	0	1
10. Cree que es una persona muy desarreglada	1	0
11. Se siente pasado de peso	1	0
12. Desea atraer la atención de los demás	1	0
13. Siente que le falta peso	1	0
14. Acostumbra a decir mentiras	1	0

15.Tiene confianza en los demás	0	1
16.Le gusta relacionarse con los demás	0	1
17.Es valioso para usted mantener la vida	0	1
18.Lo aceptan las personas del sexo opuesto	0	1
19.Cuida su imagen personal	0	1
20. Se siente aceptado por su familia	0	1
21.Le gusta estar siempre arreglado y limpio	0	1
22.Es amistoso	0	1
23.Considera que tiene buena salud	0	1
24.Es una persona alegre	0	1
25.Se siente contento con lo que tiene	0	1
26.Cuando se propone algo, lo logra	0	1
27.Se enoja con frecuencia	1	0
28.Es inteligente	0	1
29.Se siente satisfecho con lo que ha logrado a lo largo de su vida	0	1
30.Sabe controlar sus emociones	0	1
31.Le gusta la opinión que tiene su familia de usted	0	1
32.Las personas que conoce, tienen confianza con usted	0	1
33.Se porta de una manera cortez con los que le rodean	0	1
34.Le gusta la manera en la que se comporta con los que le rodean	0	1
35.Hace generalmente lo que es debido	0	1
36.Se siente triste ante decepciones o desiluciones que se presentan	0	1
37.Se siente satisfecho de su relación con Dios	0	1

#### IV. Modo interdependencia

Personas significativas	SI	NO
1.Considera que ha tenido amor en su vida	0	1
2.Considera que las personas que lo aman le demuestran su amor	0	1
3.Le demuestran amor buscándolo y “estando al pendiente de usted”	0	1
4.Le demuestran su amor dándole dinero	0	1
5.Considera que ha dado amor en su vida	0	1
6.Usted demuestra amor a las personas que ama	0	1
7.Realiza actividades de distracción con las personas que ama	0	1
8.Se siente a gusto en relación con las normas o costumbres morales que practican las personas que ama	0	1
9.Cree que las personas que ama se sienten a gusto como usted práctica sus normas o costumbres morales	0	1
10.Considera que las personas que lo aman se sienten comprometidas a ayudarlo (a) en situaciones que usted necesite	0	1
Sistema de soporte	Si	No
11.Se siente aceptado por las personas que le rodea (familia, amigos, vecinos)	0	1
12.Considera que son respetadas sus decisiones	0	1
13.Le toman en cuenta en decisiones familiares	0	1
14.Se siente satisfecho con su medio que lo rodea	0	1
15.Comparte valores con las personas de su entorno	0	1
16. Está inscrito a alguna casa de día o centro recreativo	0	1
17.Mantiene relación espiritual	0	1

## V. Desempeño del rol

Instrucciones: Coloque una X en el cuadro de SI o NO según corresponda su situación.

Pregunta	Si	No
1. Le han asignado tareas en su casa Cual: _____	0	1
2. Acepta Ayuda de otras personas	0	1
3. Tienen relaciones amistosas fuera del círculo familiar	0	1
4. Realiza actividades adecuadas para el beneficio de su salud	0	1
5. Acepta que hay actividades que ya no puede realizar	0	1
6. Se siente preparado para la muerte	0	1
7. Se siente satisfecho con las actividades que realiza	0	1
8. Toma sus medicamentos como los indica el médico	0	1
9. Ingiere la dieta indicada	0	1
10. Se baña diario	0	1
11. Se cambia de ropa diario	0	1
12. Practica alguna religión	0	1
13. Está a gusto con su vida religiosa	0	1
14. Realiza ejercicio físico Cuanto tiempo _____	0	1
15. Participa en algún equipo deportivo	0	1
16. Tiene reuniones religiosas	0	1

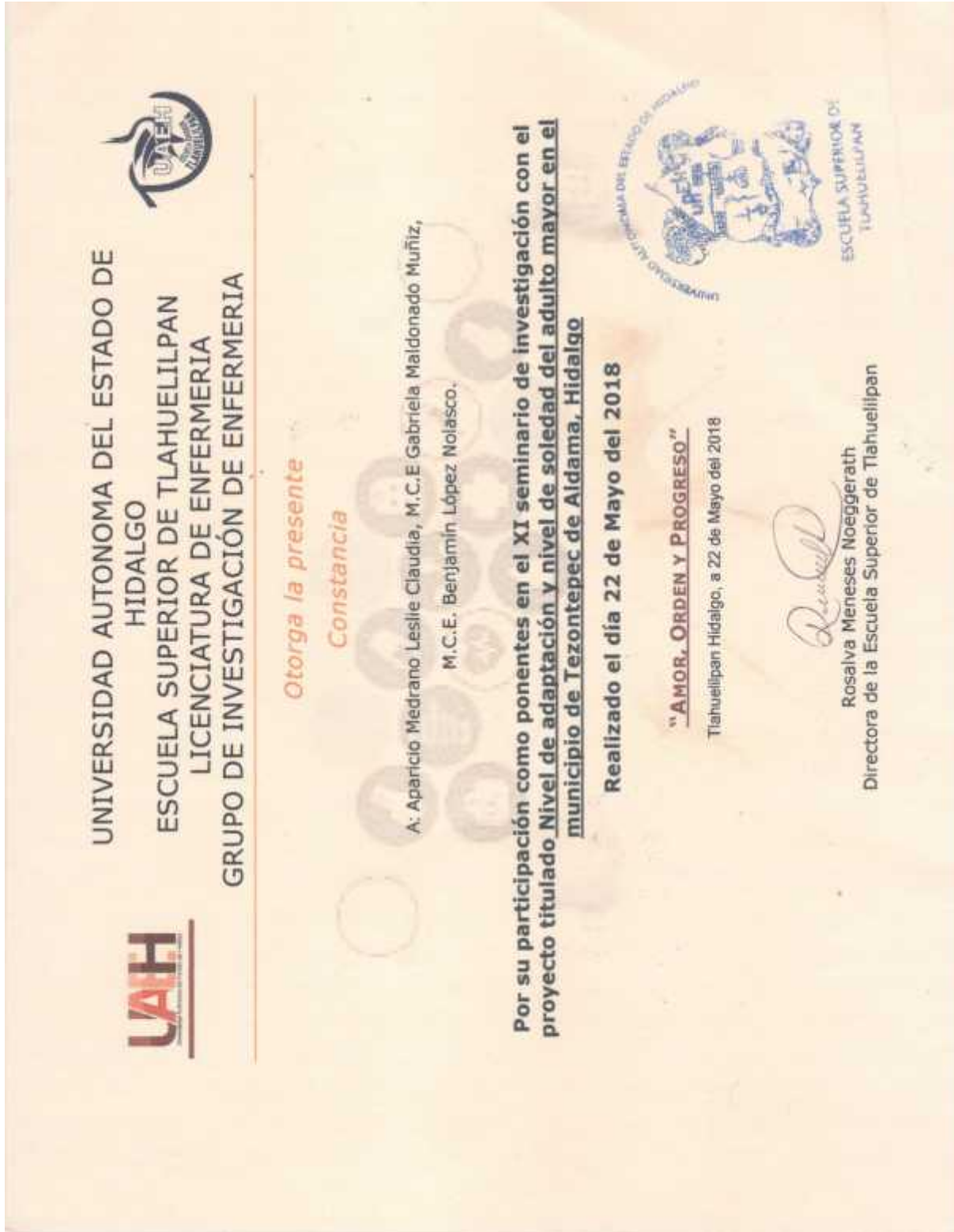
Escala de medición: sentido negativo

Modo adaptativo	Indicador	Calificación
<b>Fisiológico</b> <b>Intervalo 0-42 puntos</b>	Integrado	<15
	Compensatorio	15- 28
	comprometido	29- 42
<b>De Autoconcepto</b> <b>Intervalo de 0- 37 puntos</b>	Integrado	<12
	Compensatorio	12-23
	comprometido	24-37
<b>De interdependencia</b>	Integrado	<7

<b>Intervalo de 0-17 puntos</b>	Compensatorio comprometido	7-12 13-17
<b>Desempeño del rol Intervalo 0-16 puntos</b>	Integrado Compensatorio comprometido	<6 6-11 12-16

Validado por: Sergio Rojo Pérez, Rubí Ortiz Godínez, Iván Ulises Vilchis Guerrero

(Anexo 3 Constancia)





(APENDICE 1)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



### Consentimiento Informado

Por medio del presente hago constar que estoy informada (o) de la realización del proyecto de investigación denominado “Cuidado de enfermería en la adaptación del adulto mayor funcional”

En la cual la participación es enteramente voluntaria, además de que puedo negarme o declinar mi participación hacia el estudio en el momento que considere pertinente.

Estoy consciente de que toda información obtenida por parte de la investigación, así como mi nombre (si así lo deseo) y aspectos que me identifiquen se mantendrán de manera confidencial y que nada de esta información será difundida.

De igual forma se me ha explicado el propósito de dicha investigación y se me informo, que la misma es de riesgo mínimo y que consistirá en la aplicación de una encuesta.

Con fecha del \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma o huella digital del participante

\_\_\_\_\_  
Responsable de la investigación

\_\_\_\_\_  
Testigo

(APENDICE 2) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Tipo de estudio	Definición conceptual	Nivel de medición	Indicador	Análisis estadístico
<b>Adaptación</b>	Cuantitativo	Característica en una población que proporciona la mejora de una función.	Ordinal	Fisiológico Integrado <15 Compensatorio 15-28 Comprometido 29-42 Autoconcepto Integrado <12 Compensatorio 12-23 Comprometido: 24-37 Interdependencia Integrado <6 Compensatorio 7-12 Comprometido 13-17 Desempeño del rol Integrado <6 Compensatorio 6-11 Comprometido 12-16	Frecuencia y porcentaje
<b>Soledad</b>	Cuantitativo	Sentimiento que surge tras la percepción de no formar parte de nada ni de nadie, sin sentido de pertenencia	Ordinal	Bajo: 0 a 10 puntos Medio: 11 a 20 puntos Alto: 21 a 30 puntos	Frecuencia y porcentaje
<b>Edad</b>	Cuantitativo	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro	Escalar/razón	Años cumplidos	Medidas de tendencia central

<b>Genero</b>	Cuantitativo	Taxón que permite agrupar a las especies	Nominal	Hombre Mujer	Frecuencia y porcentaje
<b>Estado civil</b>	Cuantitativo	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y la situación legal respecto a eso	Ordinal	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre	Frecuencia y porcentaje
<b>Nivel de escolaridad</b>	cuantitativo	División de los niveles que conforman el sistema educativo	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Maestría Doctorado	Medidas de tendencia central
<b>Ocupación</b>	Cuantitativo	Hace referencia a lo que se dedica una persona	Ordinal		Medidas de tendencia central
<b>Ingresos económicos</b>	Cuantitativo	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar o disminuir sus activos netos	Escalar /razón		Medidas de tendencia central

<b>Seguridad social</b>	Cuantitativo	Protección que una sociedad proporciona a los individuos y a los hogares para asegurar el acceso a la asistencia medica	Ordinal	SSA SP ISSSTE IMSS PEMEX SEDENA SEMAR Sin Seguridad Social	Frecuencia y porcentaje
<b>Localidad</b>	Cuantitativo	División territorial o administrativa genérica para cualquier núcleo de población	Ordinal		Frecuencia y porcentaje
<b>Presencia de enfermedades</b>	Cuantitativo	Desequilibrio en la esfera bio –psico social y espiritual	Ordinal		Frecuencia y porcentaje

(APENDICE 3)

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINAICIEROS

### Recursos humanos:

**Investigador: Leslie Claudia Aparicio Medrano**

**Asesor: Gabriela Maldonado Muñiz**

**Directores de los centros de salud del municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo**

**Número de personas a participar: 195 adultos mayores**

### Recursos materiales:

<b>Computadora</b>	Costo de traslado
<b>Impresora</b>	Celular
<b>Libros</b>	Saldo
<b>Internet</b>	Hojas
<b>Lápices</b>	Artículos científicos
<b>Lapiceros</b>	Comida
<b>Memorias (USB)</b>	Engargolado
<b>Impresiones</b>	Copias
<b>Engrapadora</b>	Grapas

## (APENDICE 4) RECURSOS FINANCIEROS

### Recursos financieros

<b>Computadora</b>	\$ 12000
<b>Impresora</b>	\$ 3000
<b>Libros</b>	\$2000
<b>Internet</b>	\$ 2000
<b>Lápices</b>	\$ 30
<b>Lapiceros</b>	\$ 100
<b>Memorias (USB)</b>	\$ 350
<b>Impresiones</b>	\$ 150
<b>Costo de traslado</b>	\$2000
<b>Saldo</b>	\$300
<b>Hojas</b>	\$300
<b>Artículos científicos</b>	\$200
<b>Comida</b>	\$1000
<b>Engargolado</b>	\$20
<b>Copias</b>	\$300
<b>Grapas</b>	\$35
<b>Engrapadora</b>	\$50
<b>Total</b>	\$23835

(CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES)																																				
FECHAS	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBR E				OCTUBRE				NOVIEMBR E				DICIEMBRE				ENERO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<b>ACTIVIDADES</b>																																				
<b>1.- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN</b>																																				
<b>2.- CONSENTIMIENTO O INFORMADO</b>																																				
<b>3.- APLICACIÓN DE ENCUESTAS</b>																																				
<b>4.- BASE DE DATOS</b>																																				
<b>5.- INFORME</b>																																				

(APENDICE 4) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES