UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GRADO DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD DE CUYUMALCA, CHOTA – 2025

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

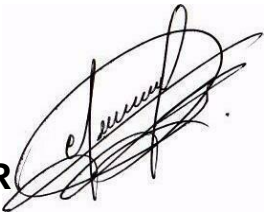
AUTORAS

Bach. DIAZ YRIGOIN, EMILDA YULISA

Bach. IRIGOÍN VÁSQUEZ, KELY AZUCENA

ASESOR

Dr. ASENJO ALARCÓN, JOSÉ ANDER



CHOTA – PERÚ

2025

Chota, 06 de enero de 2026.

C.O. N° 001-2026-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

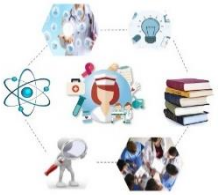
El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"GRADO DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD DE CUYUMALCA, CHOTA-2025"** elaborado por las **Bachilleres en enfermería: Kely Azucena Irigoín Vásquez y Emilda Yulisa Diaz Yrigoin,** para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 17%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CHOTA

Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Ch2025

Azucena irigoin

IFT

Proyectos de investigación

Proyectos Investigación Curso

Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3450046298

Fecha de entrega
22 dic 2025, 3:17 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
22 dic 2025, 3:25 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
IFT._KELY_-_EMILDA.pdf

Tamaño del archivo
853.6 KB

109 páginas

25.989 palabras

137.671 caracteres

17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe 5%
2	Internet	zaguan.unizar.es 2%
3	Internet	hdl.handle.net 1%
4	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe <1%
5	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe <1%
6	Internet	repositorio.unc.edu.pe <1%
7	Internet	idoc.pub <1%
8	Internet	ria.asturias.es <1%
9	Internet	cdn.www.gob.pe <1%
10	Internet	repositorio.uss.edu.pe <1%
11	Internet	repositorio.unfv.edu.pe <1%

12	Internet	
repositorio.upn.edu.pe		<1%
13	Internet	
repositorio.ucv.edu.pe		<1%
14	Internet	
dspace.ucuenca.edu.ec		<1%
15	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		<1%
16	Internet	
www.scielo.org.mx		<1%
17	Internet	
biblioteca.galileo.edu		<1%
18	Publicación	
dos Santos, Pedro Manuel Carvalho Machado. "La Funcionalidad y la Cognición en...		<1%
19	Internet	
1library.co		<1%
20	Publicación	
Fernandez, Montano Mobalsa Karina. "Factores que Afectan el Acceso a los Servic...		<1%
21	Internet	
repositorio.upsc.edu.pe		<1%
22	Internet	
ciencialatina.org		<1%
23	Internet	
es.slideshare.net		<1%
24	Internet	
repositorio.unsa.edu.pe		<1%
25	Internet	
www.horizontemedico.usmp.edu.pe		<1%

26 Internet

ebuah.uah.es <1%

27 Internet

repositorio.unheval.edu.pe <1%

28 Internet

core.ac.uk <1%

29 Internet

eprints.uanl.mx <1%

30 Internet

repositorio.unica.edu.pe <1%

31 Internet

repositorio.unsaac.edu.pe <1%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Creada el 11 de mayo de 2010 mediante Ley Nº 29531
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las **08:30** horas del día **18** de **DICIEMBRE** del año **2025**, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) **Dra. Ana Leydi Diaz Rodrigo**, secretario (a) **Mg. Edwin Barboza Estela**, como vocal **Mg. Delis Alexander Acuña Diaz** y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) **Dr. José Ander Asenjo Alarcón**.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: **Grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025** presentado por el (los) bachiller (es): **Kely Azucena Irigoín Vásquez** y **Emilda Yulisa Diaz Yrigoin** de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): Dieciseis (16) y con la denominación Mención honrosa por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 10:00 hr del 18 de DICIEMBRE del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dra. Ana Leydi Diaz Rodrigo	
Secretario: - Mg. Edwin Barboza Estela	
Vocal: - Mg. Delis Alexander Acuña Diaz	

ASESOR	FIRMA
- Dr. José Ander Asenjo Alarcón	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
V°B°
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, dar gracias a Dios por darnos la fuerza, sabiduría y valentía por ser nuestro guía en todo este proceso, por permitirnos culminarlo y lograr cumplir las metas trazadas.

Manifestamos total muestra de agradecimiento con la Universidad Nacional Autónoma de Chota que nos acogió en sus aulas durante nuestra formación profesional, así mismo por brindarnos conocimientos de calidad para poder desarrollarnos en el ámbito profesional y personal de manera eficaz y oportuna, siempre poniendo por delante la ética y honestidad aprendida en dicha alma mater.

Agradecemos de la misma manera a los docentes que laboran en la Facultad de Ciencias de la Salud y que tuvimos el privilegio de recibir con mucho entusiasmo sus conocimientos con ese compromiso, dedicación y apoyo que nos mostraron en el transcurso de las materias y el proceso de aprendizaje, siempre llevaremos con nosotras lo aprendido y lo aplicaremos con mucho orgullo.

A nuestros padres, por su infinito amor, sacrificio y apoyo constante, por creer en nosotras y apoyarnos en cada paso de nuestro camino, y en cada tropiezo por motivarnos a seguir adelante a pesar de las dificultades.

A nuestros familiares y amigos, por la motivación, apoyo y compañía en el transcurso de la formación como profesionales.

Al Dr. José Ander Asenjo Alarcón, nuestro asesor, por compartir con nosotros sus valiosos conocimientos, por brindarnos orientación durante el transcurso de la investigación.

A las personas adulto mayores que colaboraron voluntariamente y fueron parte fundamental de este estudio para realizar la recolección de datos estadísticos, ya que sin su apoyo y consentimiento no se hubiera podido llevar a cabo la investigación.

A:

A nuestros padres, familiares y amigos cercanos, quienes fueron soporte, motivo de superación para cada una de nosotras y porque con su respaldo, orientación y su infinito amor hemos podido cumplir esta meta trazada.

Emilda y Kely

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	4
2.1. Antecedentes del estudio	4
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	25
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. Ámbito de estudio	26
3.2. Diseño de investigación	27
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	27
3.4. Operacionalización de las variables	29
3.5. Descripción de la metodología	31
3.6. Procedimiento y análisis de datos	36
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
4.1. Características de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Cuyumalca	38
4.2. Grado de soledad en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca	56
4.3. Soledad según dimensiones en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca	60
4.4. Nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca	65
4.5. Relación entre grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca	68
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Edad de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	38
Tabla 2.	Sexo de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	41
Tabla 3.	Estado civil de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025.	43
Tabla 4.	Grado de instrucción de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	46
Tabla 5.	Beneficio social de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	49
Tabla 6.	Problemas de salud referidos por los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	52
Tabla 7.	Grado de soledad global en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	56
Tabla 8.	Grado de soledad según dimensiones en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	60
Tabla 9.	Nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	65
Tabla 10.	Relación entre grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025	68

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AAVD : Actividades Avanzadas de la Vida Diaria

AVD : Actividades de la Vida Diaria

ABVD : Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD : Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

EsSalud : Seguro Social de Salud

FUA : Formato Único de Atención

HIS : Sistema de Información Hospitalaria

HRS : Estudio de Salud y Jubilación

INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática

IC :Intervalo de confianza

MINSA : Ministerio de Salud

OMS : La Organización Mundial de la Salud

OPS : Organización Panamericana de la Salud

VACAM : Valoración Clínica del Adulto Mayor

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo relacionar el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025. Este estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, prospectivo, observacional, con diseño no experimental transversal, en el cual participaron 120 adultos mayores, para la obtención de la información se utilizó: La escala ESTER-R, que ayuda a medir la soledad y el Índice de Barthel, que evalúa la dependencia funcional. Los resultados mostraron que la mayor proporción de adultos mayores tuvo una edad entre 70 a 79 años (41,7%), seguido de los de 80 a 89 años (34,1%), según sexo, los adultos mayores presentaron un incremento ligero de varones (51,7%), unión de convivencia con sus parejas en mayor frecuencia (42,5%). El grado de soledad en adultos mayores fue medio (88,3%). La dependencia funcional estuvo más marcada de dependencia moderada (50,8%). De los pacientes con grado de soledad medio (88,3%), el 47,5% presentó dependencia moderada. Existe una relación estadísticamente significativa (p= 0,000), entre el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, 2025; demostrando que la soledad trasciende el ámbito emocional para vincularse de forma directa con la capacidad de la persona para realizar las AVD.

Palabras clave: Adulto mayor, soledad, dependencia funcional, envejecimiento

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between loneliness and functional dependence among older adults at the Cuyumalca Health Post in Chota, 2025. This quantitative, relational, prospective, observational study employed a cross- sectional, non-experimental design. One hundred and twenty older adults participated, and data was collected using the ESTER-R Loneliness scale and the Barthel Index, which assesses functional dependence. The results showed that the largest proportion of older adults were between 70 and 79 years old (41.7%), followed by those between 80 and 89 years old (34.1%). Regarding gender, there was a slight increase in the number of male older adults (51.7%), and cohabitation with partners was more frequent (42.5%). The degree of loneliness among older adults was moderate (88.3%), and the most prevalent functional dependence was moderate (50.8%). Of the patients with a moderate degree of loneliness (88.3%), 47.5% presented moderate dependency. A statistically significant relationship (p = 0.000) exists between the degree of loneliness and the level of functional dependency in older adults at the Cuyumalca Health Post in 2025; this demonstrates that loneliness transcends the emotional realm and is directly linked to a person's ability to perform Activities of Daily Living (ADLs).

Keywords: Older adults, loneliness, functional dependence, aging

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

La población mundial sigue envejeciendo, para fines del 2070 la población de 65 años a más podría llegar a 2,200 millones, para el 2030 habrá 265 millones de adultos mayores de 80 años [1]. En los países en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población es notoria debido al aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), refieren que las personas adultas mayores se triplicarán en América en lo que concierne a las próximas tres décadas, que va a pasar de 8 millones a 27 millones en el 2050 [2].

Estos cambios demográficos se han convertido en un desafío sanitario, político y social; además, se ha evidenciado que el envejecimiento acarrea condiciones para que las personas se sientan solas, aunque la soledad afecta a los individuos en cualquier etapa de su vida, pero es elevada en las personas mayores de 65 años; además, la capacidad funcional para satisfacer sus necesidades básicas de la vida diaria se ve deteriorada. Las enfermedades mentales y limitaciones físicas desencadenan el sentimiento de soledad, que aumenta si el adulto mayor vive solo [3].

La OMS advierte que el sentimiento de sentirse solos es una sensación recurrente en los últimos tiempos, es considerado un problema mundial, la cuarta parte de adultos mayores experimentan soledad, siendo un factor de riesgo para contraer enfermedades mentales. Para el 2030 una de cada seis personas será adulta mayor, en el 2022, 633 mil 590 individuos de 70 y más años habitaron solos [1]. La salud y la soledad están mancomunadas de manera negativa, siendo la soledad una causa para que la salud decline [2]

Es importante tomar en cuenta que las mujeres adultas mayores se caracterizan por un mayor nivel de dependencia y un alto grado de soledad, debido a los cambios físicos y hormonales que atraviesan, además, tienen una esperanza de vida mayor a de los varones [5] La soledad es una experiencia negativa que afecta la salud de los adultos mayores, trayendo consigo trastornos psicológicos y anímicos, como la

depresión y ansiedad, además, su relación significativa con el deterioro cognitivo, por eso, son más propensos a sufrir Alzheimer [2].

En Colombia, la soledad más frecuente es la soledad conyugal, seguido de la soledad social, la crisis de adaptación y al final la soledad familiar, el grupo más afectado son las mujeres adultas mayores que viven solas o son viudas, y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo [6]; por consiguiente, en Perú, la dependencia de la población envejecida ha subido de 10,7% en el año 1950, a un 22,4% al 2024 y para el 2050 llegará a 41,5%; la etapa del envejecimiento se origina en un entorno de pobreza y desigualdad social, pues existen adultos mayores que no pueden afrontar los gastos básicos que le permitan subsistir, por lo que deben seguir trabajando. Asimismo, algunas familias no los apoyan para acompañarlos a llevar una vejez saludable [7].

El 10% de los adultos mayores experimentan soledad en un nivel alto; 10% en soledad familiar, 10% en soledad conyugal; además, 57,5% de soledad social y un 57,3% de crisis existencial [8]; En tanto, en Cajamarca, mediante un estudio se obtuvo, que entre varones y mujeres no hay diferencias en el sentimiento de soledad, por lo que indica que la soledad se debe a otros factores y no está ligado fuertemente con el sexo [9]

El nivel de dependencia funcional en las personas mayores es 17,5% grave, moderada en 57,5% e independientes en un 5,8%. De acuerdo a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en las personas mayores respecto a la necesidad de comer el 87,4% es independiente, en el del baño el 81,6% son independientes, el 50,5% tiene una deposición normal y el 58,3% una continencia normal [10]. Se observa que los adultos mayores generalmente tienen una dependencia moderada, pero que se encuentran solos, debido a que aún no se han adaptado a la exclusión social, muerte de su pareja, el cambio de rol en la familia y no poder ejercer su propio autocuidado [11].

En el distrito de Chota, los datos referenciales son escasos e insuficientes o no corresponden a las variables de las que se estudió para observar la relación existente entre el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos

mayores. Considerando que la población adulta mayor y los casos de soledad están aumentando diariamente, que ya ha sido considerado un problema de la salud pública, por lo que resulta adecuada y de provecho científico haber realizado esta investigación.

Lo planteado permitió formular la siguiente interrogante**:** ¿Cuál es la relación entre el grado de soledad y nivel de funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025?, con su hipótesis: La relación entre grado de soledad y nivel de dependencia funcional, en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025 es estadísticamente significativa (p= 0,000). El objetivo planteado fue: relacionar el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025. Los objetivos específicos son: caracterizar a los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota- 2025; describir el grado de soledad global en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025; describir el grado de soledad según dimensiones en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025 y describir el nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025.

La estructura de la presente investigación se desarrolla en cinco capítulos. Capítulo I: corresponde a la introducción, abordando la realidad problemática junto con los datos estadísticos relevantes. Capítulo II: el marco teórico, en donde se encuentra los antecedentes, bases conceptuales y definición de términos básicos. Capítulo III: abarca el marco metodológico que contiene el ámbito de estudio, diseño de investigación, operacionalización de variables, métodos, materiales y técnicas para el estudio. Capítulo IV: se presentan los resultados y discusión. Capítulo V: comprende las conclusiones y recomendaciones, además las referencias bibliográficas y los anexos de la investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

Durante la revisión bibliográfica no se ha encontrado investigaciones a nivel local y nacional que incluyan a ambas variables de estudio, a nivel nacional, por falta de información, se ha considerado estudios que describen a las variables por separado. Se han hallado que las variables de estudio: dependencia funcional está relacionado con otras como: depresión, calidad de vida, ansiedad, apoyo social, dolor crónico y la soledad relacionada con depresión, aislamiento social, tristeza, factores de vulnerabilidad, salud mental; entre otros. La escasez de información hizo que esta investigación sea de elemental importancia para que se utilice como referencia en futuras investigaciones y es un aporte al conocimiento científico.

A nivel internacional

Lee [12], en el 2025, en Estado Unidos, en su investigación “La soledad y las limitaciones funcionales se moldean mutuamente: evidencia del Estudio de Salud y Jubilación”, cuyo objetivo fue explorar la relación causal entre la soledad y las limitaciones funcionales a lo largo del tiempo (2008-2016) utilizando datos del estudio de salud y jubilación (HRS); estudio cuantitativo, longitudinal, utilizó un modelo de panel con intercepción aleatoria y rezago cruzado, con una muestra de 7046 adultos mayores. Obtuvieron: a mayor nivel de soledad y a un mayor número de limitaciones funcionales tienen asociaciones bidireccionales a nivel intrapersonal entre los años 2012 a 2016, [intervalo de confianza (IC) del 95 % = 1,34-1,67]. Se concluye que la soledad y las limitaciones funcionales influyen bilateralmente en la vejez.

Masoudi et al. [13] investigaron en el 2023, en Irán, en su investigación “La soledad y su correlación con el autocuidado y las actividades de la vida diaria entre adultos mayores: un modelo de mínimos cuadrados parciales”, el objetivo fue investigar la sensación de soledad y su relación con el autocuidado y AVD (Actividades de la Vida Diaria) en las personas mayores. Estudio observacional transversal, la muestra fue de 315 adultos mayores mediante el

muestreo aleatorio simple. Se obtuvo: 51,1% fueron mujeres, 49,5% con educación secundaria y 86% eran casados, la relación negativa entre la soledad y el autocuidado fue significativa (P < 0,001). Las AVD se relacionaron positivamente con el autocuidado (p = 0.046) y también se observó una relación directa y significativa entre las AVD y el autocuidado diario (P < 0.001 y r = 0.335). Se muestra una fuerte asociación entre la soledad, autocuidado y AVD.

Gayol-Fernández et al. [14], en el 2020, en su estudio realizado en España, "Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural", cuyo objetivo fue medir la implicación de la dependencia en la soledad social en la población de 65 años o más; estudio de tipo observacional descriptivo, con una muestra de 164 adultos mayores. Obtuvieron: a mayor edad, mayor porcentaje de personas con soledad social. Se obtuvo que, a mayor edad aumenta los adultos mayores con soledad social (21,6% 65-69 años, 38,6% 70-79 años y 65,6% 80 años y más). Hay más personas con soledad social entre las que son dependientes para las AVD (64,7%), estadísticamente significativo (p 0,003). A mayor edad aumenta la dependencia para las AVD (4,3% 65-69 años, 29,5% 70-79 años y 62,5% 80 años y más) (p 0,000). Los hombres son más dependientes para las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) (59,5%). Se concluye que la población de Peñamellera Alta tiene unos niveles de soledad social bajo, pero aumenta según avanza la edad y la dependencia para ABVD.

A nivel nacional

Castillejo y Flores [15], en el 2024, en Perú, en el estudio "Soledad en usuarios del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad Provincial de Yungay – Ancash", con el objetivo de identificar la soledad en usuarios del centro integral de atención al adulto mayor. La investigación fue cuantitativa, descriptiva, no experimental, la muestra fue de 50 adultos mayores. Obtuvieron que al medir la variable soledad el 52% fue medio, 26% alto y 22% bajo, mientras que en la soledad familiar el 42% medio, en la soledad conyugal el 40% fue alto, soledad social el 52% bajo, crisis existencial medio con 54%. Se determinó que los adultos mayores perciben la soledad en

nivel medio, con tendencia a ser alta debido a las circunstancias negativas que afectan al adulto mayor en su mayoría en el aspecto familiar y conyugal.

Mendieta y Quiroz [16], en el 2024, en Perú, ejecutaron una investigación "Soledad en adultos mayores del Programa Pensión 65 de la Municipalidad Distrital Caleta de Carquín", con el objetivo de determinar el nivel de soledad en los adultos mayores. Fue cuantitativo, no experimental, participaron 70 adultos mayores. El 70% de soledad en el adulto mayor es alto, 30% es medio, en cuanto a la dimensión soledad familiar 74% es alto, 26% es medio, la dimensión soledad conyugal 73% es alto, 19% es medio y 9% es bajo, dimensión soledad social 100% es alto, soledad crisis existencial 100% es alto. Se concluye que la soledad del adulto mayor del programa pensión 65 muestra nivel alto, las dimensiones como: la soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial igualmente muestran un nivel alto en la soledad del adulto mayor.

Oyarce y Requejo [8], en el 2023, en Perú, en su investigación "Nivel de soledad en adultos mayores no institucionalizados del Centro de Salud Delicias de Villa en chorrillos", cuyo objetivo fue determinar el nivel de soledad en adultos mayores no institucionalizados, fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, no experimental. Una muestra de 80 adultos mayores. Se obtuvo un nivel de soledad medio en soledad familiar (68,8%), un nivel medio para soledad conyugal (65%), un nivel medio en soledad social (55%) y un nivel medio en grado de crisis existencial (57,5%). Se concluyó que el nivel medio de soledad prevaleció en comparación con el bajo y alto.

A nivel regional

Montenegro [17], en el 2021, en Cajamarca, en su estudio "Soledad y grado de valoración funcional de autocuidado en el adulto mayor de entre 60 a 70 años de una zona rural", el objetivo fue determinar la relación entre la soledad y el grado de valoración funcional de autocuidado en el adulto mayor. Investigación de tipo básica y de diseño no experimental, de corte transversal y correlacional, la muestra fue de 156 adultos mayores. En donde 120 entre los 60 a 65 años presentan un 36,7% de sentimientos de soledad; 66

participantes masculinos presentan 51,3% de sentimientos de soledad y 90 participantes femeninos un 48,7%, 66 participantes masculinos presentan un 21,3% de dependencia funcional de AVD, mientras que un 78,5% presentan una independencia funcional y el 0,07% de las mujeres presentan dependencia funcional. Existe una relación significativa entre ambas variables (Rho=0,366) ($p<0.05$). Concluyeron que, la soledad emocional influye en la capacidad funcional.

2.2 Bases conceptuales

2.2.1 Bases teóricas

En la teoría de adaptación de Callista Roy, describe que el ser humano se adapta a su entorno para mantener el equilibrio, propone los siguientes modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia, que en los adultos mayores puede verse afectados. Esta teoría permite evaluar las respuestas adaptativas y no adaptativas del adulto mayor, considerando que en la vejez los cambios son significativos, se tiene que adaptar a los cambios físicos como disminución de la movilidad o presencia de enfermedades crónicas y adaptación a los cambios sociales [18].

Esta teoría permite a los profesionales de Enfermería evaluar el estado de adaptación del adulto mayor, con la finalidad de identificar los problemas de adaptación e intervenir en el individuo de manera personalizada, para mantener la integridad y dignidad del adulto mayor [18].

Por lo tanto, se percibió que durante el envejecimiento se producen diferentes cambios que si no se atienden y toman en cuenta para lograr una adaptación exitosa se desarrolla enfermedades tanto físicas y mentales, que entre ellas está incluida la variable de estudio que es la soledad, un problema de salud pública que genera el aumento de riesgo de dependencia funcional en los adultos mayores. La presente investigación se relaciona con esta teoría de adaptación porque permitió identificar como el adulto mayor se adapta a los diversos cambios del envejecimiento.

2.2.2 Soledad

A. Definición

La OMS, define a la soledad como un sentimiento de dolor que se origina por las brechas de las vínculos sociales esperados y reales. La soledad afecta sin importar la edad, a pesar que estamos en un mundo digitalizado, muchas personas se sienten solas [19].

Unas de las principales causas de la soledad es la ausencia de las relaciones sociales en cantidad y calidad de estas; otro aspecto que aumenta este sentimiento es la pobreza y el desempleo [20].

B. Perspectivas de la soledad

La soledad es un sentimiento que no siempre está relacionado con la falta de contactos sociales, a continuación, se muestra las diferentes perspectivas: la soledad objetiva, obtenida por uno mismo, es ocasionada por la carencia de relación con otras personas del entorno se entiende como falta de compañía ya sea a causa de muerte familiar o barrera de la edad. La soledad subjetiva, la persona se va a sentir sola indiferentemente de que se encuentre en contacto con las demás personas [21].

C. Soledad en el adulto mayor

La soledad que se exterioriza en los adultos mayores es un malestar emocional que nace cuando una persona no cuenta con compañía para realizar sus actividades deseadas; esto produce que se sienta rechazada e incomprendida por los demás. Esta experiencia es sentida como el no tener afecto requerido y necesario, por lo tanto, crea angustia, sufrimiento, insatisfacción y aislamiento [22].

D. Características de los adultos mayores con soledad:

Los adultos mayores que se sienten solos tienen menos amigos y lo perciben alejados e indiferentes, además, la probabilidad de volver a encontrar una pareja es baja, por otro lado, sufren de

enfermedades crónicas y problemas mentales [23].

E. Tipos de soledad:

Existen diferentes tipos de soledad, los principales son:

Soledad familiar: consiste en la calidad del vínculo que se construye desde la niñez entre los miembros de la familia, lo cual debe brindar seguridad para edificar su identidad, de esta manera convertirse en una fuente de apoyo en situaciones difíciles en el trascurso de los años [6].

Este tipo de soledad es una sensación subjetiva, que se experimenta por el sentimiento de desconexión en la cual a pesar de estar en contacto con la familia se sienten solos [3].

Las causas principales de este tipo de soledad es la muerte de algún ser querido, el abandono del hogar por parte de los hijos, que por motivos de trabajo o estudios se ven obligados a migrar, la pérdida de la capacidad funcional y problemas de pérdida de audición y visión que se convierte en una barrera para la interacción familiar [22].

Soledad conyugal: Este sentimiento de soledad lo perciben las parejas, que se debe a la ausencia física del cónyuge o la falta de apoyo emocional. Este tipo de soledad se ha convertido frecuente en las familias, que aumentan el riesgo de sufrir depresión, ansiedad y estrés. Es percibida mayormente por separados, viudos y solteros, que tiene que enfrentar la vida solos [6].

La falta de soporte y afecto es una de las principales causas, que se refiere que a pesar de la presencia de la pareja estas necesidades no son compensadas; así mismo, los matrimonios que tienen una baja calidad marital tienen un nivel más alto de soledad; la pérdida de un conyugue por la ausencia física por la muerte o divorcio provoca sentimientos y pensamientos negativos sobre el futuro [22].

Soledad social: Es la ausencia de conexiones significativas en calidad y cantidad, este sentimiento impacta significativamente en la salud física y mental, aumentando el riesgo de una prematura mortalidad [6].

Los factores claves para desarrollar este tipo de soledad son: la muerte de la pareja, la forma de vida como vivir solos o no tener acceso a una vida digna se convierte en una causa indispensable, el abandono familiar y de la sociedad [22].

Crisis de adaptación: sentimiento provocado cuando el adulto mayor no afronta con éxito los cambios propios de la vejez, de igual manera, es un trastorno que incluyen reacciones exageradas ante un suceso inoportuno en la vida de la persona [6].

Se manifiesta por sentimientos de ansiedad, desesperanza, dificultades para conciliar el sueño y problemas en el apetito, ya sea aumentado o disminuyéndolo, provocando el riesgo de obesidad o desnutrición, además, complicaciones en la concentración para realizar actividades cotidianas y otros síntomas físicos como dolor de cabeza [22].

Los cambios propios y no propios son los desencadenes de una crisis de adaptación en la vejez, como la jubilación, muerte del conyugue, amigos y vecinos, problemas físicos, familiares y económicos [22].

F. Factores de la soledad en el adulto mayor

Son varios los factores que desencadenan la soledad como los factores biológico: se refiere a la edad y género, en hombres y mujeres la soledad se presenta de diferentes maneras y grados; asimismo, es importante recalcar que en esta etapa se presenta enfermedades crónicas; además se encuentra los factores

psicosociales: en esta parte podemos encontrar el nivel educativo que se alcanzó, el estado civil, condición socioeconómica y las relaciones sociales. La soledad social es resultado de la pérdida de roles sociales, o lo que es lo mismo, cualquier evento que conlleve una pérdida de contacto con las personas con quienes uno compartía sus preocupaciones, generando este tipo de soledad [24].

De igual manera, están los factores sociodemográficos como la edad: en la vejez aumenta el riesgo de sentirse solos por los cambios bruscos que se van presentando. Existe una relación positiva entre la edad y la soledad, es decir, los adultos mayores presentan en comparación con los jóvenes más sentimientos de soledad. A mayor edad, mayor será la soledad, lo que puede ser debido a la reducción de interlocutores sociales, la muerte de compañeros, la jubilación y las limitaciones físicas y sensoriales que impiden la socialización con familiares y amigos [23].

Otro factor demográfico se encuentra el sexo, varios estudios expresan que se presenta la soledad mayormente en la mujer. Además, las mujeres dan más importancia a las pérdidas familiares que ocurren esta etapa de la vida, ya que viven más tiempo y están más expuestas a la viudez y a otras ausencias relacionadas con la edad [23].

Así mismo el estado civil, como la viudez pone en una situación de vulnerabilidad a las personas, desestabiliza la estructura familiar y recrudece la marginación; asimismo, la soledad que acompaña a la viudez no se compensada muchas veces con la descendencia ni los nietos. La soledad que viene cuando muere la pareja con la que se han compartido tantos años juntos, es una vivencia emocional importante y delicada. Los no casados son más propensos a sentirse solos (viudos, separados o divorciados), expresando mayor sentimiento de soledad que los casados [23].

De hecho, el nivel de estudios es un factor importante que aumenta el grado de soledad, un mayor nivel educativo se considera un importante factor de protección contra la soledad, ya que se presenta menos estrés crónico, un tamaño de la red social más grande y favorece las relaciones sociales de buena calidad. Los mayores niveles de instrucción parecen paliar un poco los sentimientos de soledad [24].

De igual forma, la tensión económica pone en peligro el bienestar social lo que hace que las carencias favorezcan el incremento de la soledad. Además, la forma de convivencia como vivir solos tienen mayor nivel de soledad que aquellas que viven acompañadas; el tamaño de su red social estará relacionado con la soledad, donde a mayor número de personas con quienes conviven menor grado de soledad [23].

Finalmente, otros factores son la jubilación, la migración, el ingreso en instituciones de larga duración, el divorcio de un hijo o el diagnóstico de una enfermedad grave de la pareja aumentan el riesgo de soledad [23].

G. Factores protectores de la soledad:

Es importante entender que la soledad se puede prevenir y existen factores que protegen a los adultos mayores de la soledad como las relaciones sociales que es importante recalcar que la calidad de estas tiene un poder explicativo más de tres veces superior al de la cantidad de contactos sociales, es decir, es mejor tener relaciones que ofrezcan seguridad, confort, confianza y placer, aunque el contacto sea poco frecuente, que tener mayor cantidad de amigos [23].

De igual manera, la participación en actividades sociales actúa como factor protector contra la soledad, debido a que la que la reducción del nivel de actividad social de las personas mayores coincidirá con

un aumento de la probabilidad de sentirse solas. El intercambio de apoyo intergeneracional es indispensable, que se refiere a la relaciones entre personas que pertenecen a diferentes grupos de edad para compartir conocimiento y experiencias [23].

H. Factores necesarios para envejecer en casa

Un entorno saludable permite un envejecimiento digno, un hogar debe contar con las siguientes particularidades: las características del entorno físico sean adecuadas (tanto la vivienda como el entorno comunitario); recursos materiales disponibles; red social que proporcione apoyo al adulto mayor; características de la zona, la vivienda tiene que tener accesibilidad de recursos, destacando que es frecuente la situación en la que la vivienda envejece con su propietario; vivir en soledad y ser mayor se relaciona con carencias en el equipamiento [25].

I. Consecuencias de la soledad

La soledad tiene consecuencias que impactan en diferentes ámbitos:

a) Físicas:

Enfermedades cardiovasculares: existe una fuerte asociación entre la soledad y este tipo de enfermedades debido a las hormonas segregadas por el estrés como el cortisol y adrenalina, que aumentan y altera la regulación de la presión arterial por la resistencia a nivel vascular periférico, provocado así que los vasos sanguíneos se estrechen, esto se puede observar con mayor frecuencia en la población femenina [9].

Síndrome metabólico o diabetes mellitus: como ya se mencionó la soledad ansiedad y estrés, provoca la alteración en producción de cortisol, el cuerpo entra en un estado de alerta y consume más energía, aumenta el apetito y producción de insulina disminuye [6].

Enfermedad pulmonar: debido a que las personas que viven solas realizan menos actividad física y adquieren otras actividades que afectan su salud como fumar, y como viven solas es difícil que acudan al médico [6].

Debilidad del sistema inmunológico: cuando hay soledad el cuerpo (los glóbulos blancos o leucocitos) tiene una reacción inflamatoria, además que disminuye la segregación de oxitocina, hormona que ayuda a fortalecer el sistema inmunológico [6].

Problemas digestivos: la soledad afecta la salud del tracto digestivo, disminuyendo la flora intestinal [6].

Problemas en el patrón del sueño: las personas con soledad suelen sufrir de pesadillas y tiene un sueño no reparador, al no dormir bien aumenta el riesgo de estrés y ansiedad lo que perjudica la salud física y mental [6].

b) Psicológicas:

Baja autoestima, la soledad hace cuestionar el valor propio, además, provoca sentimientos de inseguridad, miedo a ser rechazo por la sociedad; depresión, el estar solo y no tener relaciones sociales lleva al sentimiento de la depresión; alcoholismo, al estar solo aumenta el riesgo de desarrollar conductas que perjudican la salud como el alcoholismo, drogadicción y fumar; suicidio, la soledad es un predictor de la idea de suicidarse, al estar solo y aislado las personas no encuentran sentido a su vida [16].

c) Social:

Prejuicios sociales o aislamiento: al no tener contactos sociales las personas se aíslan y se sienten excluidas [6].

J. Soledad y funcionalidad

La soledad y la funcionalidad son dos variables que se relacionan fuertemente, la soledad acarrea muchas enfermedades físicas, sociales y mentales que deterioran la capacidad funcional de las personas, limitándolos a satisfacer su necesidades básicas y a cumplir con las AVD, llevándolo hacia la mortalidad [6].

2.2.3 Dependencia Funcional

A. Definición

Se define como la pérdida de la autonomía para satisfacer las necesidades que tiene el ser humano, por lo cual, se requiere de la asistencia de otra persona para lograr ejecutar las AVD, de esta manera, seguir subsistiendo [26]

La dependencia funcional para el adulto mayor significa sufrimiento propio y familiar, acompañado del temor a lo desconocido. El deseo del adulto mayor es que su familia no sufra sobrecarga física y emocional. No obstante, la persona es consciente de estar en la última etapa de su vida, donde el envejecimiento y la muerte son sucesos inminentes [27].

B. Factores de riesgo

Los factores para el desarrollo de una dependencia funcional en adultos mayores son las comorbilidades**:** algunas afecciones como la diabetes mellitus, colesterol alto, hipertensión, osteoporosis, están vinculados con la funcionalidad del adulto mayor. Es importante considerar el grado de educación que tienen la persona, como: sin nivel, inicial, primaria, secundaria, superior que influyen en la capacidad de autocuidado. Además, el ser mayor de 60 años y de sexo masculino de asocia a un mayor nivel de dependencia funcional [28].

Así mismo, las labores de alto rendimiento como la ocupación que

ha realizado o que actualmente se dedica el adulto mayor contribuyen al deterioro físico, debido a que las actividades que demandan mayor rendimiento físico aumentan el grado de la dependencia funcional. De hecho, el consumo de tabaco y alcohol hace a los adultos mayores más susceptibles a presentar problemas de salud al consumir estas sustancias, debido a los cambios fisiológicos de la vejez, como metabólicos y el riesgo de sufrir de enfermedades crónicas [28].

C. Clasificación

Se identifican cinco niveles de dependencia:

Dependencia total: Se refiere a que la persona no es capaz de valerse por sí mismo y de satisfacer sus propias necesidades primordiales por lo que es necesario la participación de un cuidador [29].

Dependencia moderada: En este grado el adulto mayor si puede realizar y satisfacer sus necesidades de forma parcial y requiere de la participación de un cuidador [29].

Dependencia leve: La persona puede ejecutar la mayoría de la AVD, pero necesita apoyo o asistencia para satisfacer algunas necesidades [29].

Independiente: Es el estado en que el adulto mayor se encuentra físicamente y mentalmente es capaz de satisfacer sus propias necesidades de manera autónoma [29].

D. Tipos de dependencia funcional en el anciano

Existen cuatro tipos de dependencia funcional:

Dependencia física: este tipo de dependencia encontramos a la mayoría de los individuos de la tercera edad, debido al deterioro de sus funciones corporales que lleva a la necesidad de ayuda para satisfacer las necesidades [30].

Dependencia mental: El adulto mayor no es capaz de tomar sus propias decisiones o resolver sus propios problemas debido a la pérdida de sus facultades mentales. En esta etapa el diálogo y la comunicación se hace imposible, pierden la coherencia al expresar lo que desean [30].

Dependencia afectiva: es provocada por una situación emocional que repercute en cambios del comportamiento, se expresa por la necesidad de aprobación constante, miedo a la soledad y dificultades para tomar decisiones [30].

Dependencia social: se refiere a la necesidad de ayuda de otras personas para realizar ciertas AVD por las limitaciones físicas o mentales [30].

E. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores

La valoración de la dependencia funcional se realiza a través de las AVD, que son tareas que el individuo realiza diariamente, lo que les permite vivir de manera autónoma. Con el paso del tiempo, por las diversas enfermedades y la falta de estimulación de estas actividades se ven deterioradas en los adultos mayores [14].

La importancia de la satisfacción de estas actividades es esencial, ya que permite a la persona sentirse bien consigo misma y potencia lo vínculos con la sociedad, la familia y la comunidad [14].

F. Tipos de AVD

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son las actividades esenciales para el cuidado personal y de supervivencia, no se pueden eliminar y toda persona en el mundo lo realiza, pues son universales. Estas actividades son [31]:

- La alimentación.
- El aseo personal y bañarse.

- El control de los esfínteres
- La movilidad, en la que se incluye caminar, subir y bajar las escaleras.
- Dormir.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son actividades complejas que nos permite interactuar con el entorno, no son necesarias para vivir, pero si importantes para la toma de decisiones y al momento de resolver problemas [31]:

- Utilizar los sistemas de comunicación.
- Realizar compras.
- Preparar los alimentos.
- Cuidar del hogar.
- Lavar la ropa.
- Utilizar los medios de transporte.
- Tomar sus medicamentos.
- Manejar su economía.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): no son necesarias o esenciales para la vida, pero mejorar el confort de la persona, están relacionadas con los valores, intereses, habilidades y contexto social, están vinculadas con la educación, la actividad laboral, las actividades de ocio y la participación en la vida social [31].

2.2.4 Adulto mayor

A. Definición:

Se entiende a una persona como adulto mayor cuando la edad es de 60 años o más [32].

B. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento visto desde el aspecto biológico son los cambios y daños que se dan a nivel molecular y celular, esto va acompañado de la perdida de capacidades físicas y emocionales; por lo tanto, el

adulto mayor pasa por muchos cambios y está más propenso a contraer enfermedades de todo tipo que al final le llevará a la muerte [33].

Todos estos cambios son graduales, se van dando y desarrollando de poco a poco, pero si tiene que ver en cómo va avanzando la edad de la persona. En la etapa adulta se puede diferenciar una gran diversidad que en la mayoría de los casos no está ligado a la genética, sino a la calidad de vida que cada ser humano lleva, por lo que, si una persona se mantiene activa, come saludable, realiza ejercicio y cuida su salud llevará una vejez saludable [33].

C. Determinantes del envejecimiento

El proceso del envejecimiento está relacionado a múltiples factores, por ejemplo; la cultura y costumbres que tiene cada pueblo, ciudad y país influye significativamente en el envejecimiento [28].

De igual manera, los varones y mujeres enfrentan de diferentes formas la vejez, las mujeres toman una desventaja, por la limitación a una alimentación saludable y actividades de ocio; por otro lado, los varones también son afectados por la actividad laboral que realizan, produciendo daños físicos y psicológicos [9].

Es indispensable tener en cuenta que los servicios de salud y los servicios sociales influyen en el envejecimiento. El sistema de salud debe reenfocarse en la promoción y prevención de enfermedades para tener un envejecimiento saludable, pues se está destinando más presupuesto a lo que es tratamiento y rehabilitación [34].

De hecho, la actitud y habilidades adquiridas que desarrolla la persona en cada etapa de su vida es crucial para tener una vejez saludable, de igual forma, el envejecimiento de la persona está ligada a la genética y biología, pues durante esta etapa suceden

muchos cambios físicos [29].

De hecho, el entorno físico influye en el envejecimiento, por lo que se debe brindar a los adultos mayores espacios seguros y confortables [34].

Por consiguiente, la economía influye en el envejecimiento, ya que se ha demostrado que los adultos mayores que tiene mejores ingresos económicos tienen mejores posibilidades de recibir una atención médica oportuna y tener una vejez activa [34].

D. Cambios en la vejez

a) Físicos

Durante la transición hacia la vejez se observa cambios físicos importantes, que limitan la autonomía y el autoconcepto de la persona. A continuación, se describen los cambios fisiológicos:

Composición corporal: la masa corporal magra disminuye, al igual que la masa muscular, la producción creatinina baja lo que indica la disminución de la masa corporal o el inicio de una enfermedad, la masa corporal se ve afectada lo que provoca en los adultos mayores la osteoporosis esta enfermedad limita la funcionalidad, el agua corporal es afectada lo que hace a la persona propensa a deshidratarse, la fuerza disminuye al igual que el tejido adiposo disminuye después de los 60 años [14].

Células: En varios estudios se han obtenido que el ADN en la vejez se aumenta su daño y su reparación disminuye o es más lenta, la capacidad de las células del musculo para producir energía disminuye, las células se envejecen y dejan de multiplicarse, aumentan los casos de cáncer de diferentes tipos, aumenta el riesgo de que el adulto mayor tenga la enfermedad de la fibrosis [35].

Sistema nervioso central: En los adultos mayores se observa una tendencia a la rigidez de los músculos, pérdida de flexibilidad y del tono muscular, el equilibrio es difícil de mantener, las respuestas del sistema parasimpático se van deteriorando conforme avanza la edad [35].

Oídos: la pérdida del sentido de la audición es frecuente en los adultos mayores, así como se pierde la habilidad de reconocer el habla [35].

Sistema endocrino: En los adultos mayores existe aumento a la resistencia a la insulina, por lo que están propensos a sufrir de la enfermedad diabetes; en el caso de las mujeres por la menopausia hay una menor segregación de estrógenos y progesterona lo que provoca la disminución de masa ósea, el riesgo de tener enfermedades del corazón y sequedad vaginal; en los varones se produce la disminución de testosterona lo que afecta al deseo sexual y la masa muscular [35].

b) Emocionales

Los adultos mayores experimentan varios cambios en lo emocional, que influye en su capacidad funcional; por ejemplo: el aumento del sentimiento de tristeza, ansiedad por lo que vendrá en el futuro, ira, depresión por pérdidas familiares o perdida de la destreza física, agresividad, los adultos son más susceptibles al estrés y a sentir soledad; el punto clave para superar estos cambios es el apoyo de la familia, hijos y amigos [35].

c) Sociales

Algunos cambios sociales de la vejez son los cambios de los roles sociales, cuando llega la vejez se excluye a los adultos mayores y no se les da participación; la jubilación afecta a muchos adultos mayores llegando a tener depresión y soledad,

pues es un cambio importante es su vida, lo que indica el inicio de la vejez; la muerte de la pareja y amigos es una etapa que deja a los adultos mayores en soledad y tristeza [35].

E. Programas de asistencia al adulto mayor

Algunos programas destinados para los adultos mayores son:

Programa Nacional de Asistencia Solidaria-Pensión 65 Con la finalidad de proteger a los adultos mayores que viven en pobreza y pobreza extrema se creó en el 2011 este programa, en donde se otorga 250 soles cada 2 meses, 125 mensual, lo que significa un gran apoyo para este grupo etario [36].

Programa Vida Activa

Este es un programa promovido por el Instituto Peruano de Deporte con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con la práctica constante de actividad física y de ocio [37].

Programa Nacional Gratitud

Este programa permite a los adultos mayores acceder a una asistencia integral y especialidad poniendo énfasis en la prevención; además, se brinda capacitaciones a la familia y cuidadores para la atención a los adultos mayores, con la finalidad de eliminar la discriminación y violencia [38].

Programa de Atención Domiciliaria

Es un programa promovido por EsSalud con la finalidad de brindar servicios a los adultos mayores con dependencia severa que requieran cuidados hospitalarios, pero que no pueda acercase a un centro de salud por la condición de la enfermedad [39].

F. Marco normativo legal de la persona adulta mayor

A nivel nacional

En la “Constitución Política del Perú” (1993), conocida como la carta magna o ley de leyes, no indica cuáles son los derechos de las

personas mayores, dejando a su suerte y en el olvido a esta población; sin embargo, en el artículo 4°, menciona: La sociedad y el Estado deben salvaguardar al adulto mayor que se encuentre en desamparo [40].

La “Ley N.º 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, decretada en noviembre de 2015; en esta legislación también está incluido los adultos mayores; su finalidad es prevenir, eliminar y sancionar todo tipo de intimidación hacia la mujer y las otras partes de la familia, priorizando a los que estén en una situación vulnerable, ya sea por su edad, situación física y psicológica. En el artículo 6° menciona: que los adultos mayores, al igual que niños(as) merecen una representativa consideración [41].

La “Ley de la Persona Adulta Mayor N.º 30490” es producto de la derogación de la Ley N.º 2880**,** promulgada en junio de 2016; en donde indica que las personas mayores son aquellas que tienen 60 o más años; además el Estado debe avalar el ejercicio estos derechos, para optimizar su calidad de vida y participación en los aspectos políticos, económicos y sociales; así como certificar la equidad de oportunidades y protección del Estado, sociedad y familia [42].

“El Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021”, implementado septiembre del 2018, tiene como finalidad certificar el acato y protección de los derechos humanos de los peruanos, así gozar plenamente de la dignidad humana; en donde plantea 33 objetivos: el derecho a la imparcialidad y a la a no distinción de raza, sexo, o de cualquier otra índole, edificar un ambiente de armonía y que refute todo tipo de crimen [43].

“El EXP N ° 02214 2014-PA/TC”, decretado en mayo de 2015 por el Tribunal Constitucional, indica que se debe acelerar los procesos

judiciales cuando se abarca los derechos del grupo etario adulto mayor; con la intención de asegurar su bienestar físico, mental y social [44].

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Soledad: Proceso adaptativo, sentimiento ocasionado por la desconexión con el mundo, por la poca interacción y marginación de los demás [9].

2.3.2 Dependencia funcional. Pérdida o disminución de la capacidad para realizar las ABVD con normalidad [45].

2.3.3 Adulto mayor: Un adulto mayor es aquella persona cuya edad se encuentra en los 60 años o más [46].

2.3.4 Actividades de la vida diaria: Son acciones que toda persona realiza en su diario vivir, con la finalidad de satisfacer sus necesidades [47].

2.3.5 Envejecimiento: Proceso natural y biológico, en donde se producen cambios en las capacidades físicas y cognitivas [20].

2.3.6 Crisis existencial: periodo en el que se produce un conflicto interno sobre la vida y se replantea nuestra existencia [48].

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Ámbito de estudio

La investigación se realizó en Chota, una de las 13 provincias de Cajamarca, ubicada en la parte central de la región, a 2388 m s.n.m. entre los 06°33’31” de latitud Norte y al oeste de 78°38’51”, por el norte limita con la provincia de Cutervo, por el este con Utcubamba y Amazonas, por el sur con las provincias de Santa Cruz y Hualgayoc, por el oeste con Ferreñafe y Chiclayo [49].

Como provincia tiene una población de 144 286, como distrito 58 892; se divide en 19 distritos. Chota como distrito tiene una extensión de 3,795.10 km2; que representa el 6,9% de la provincia. La temperatura media es de 17.8°C, de clima templado. Las épocas lluviosas están entre noviembre y abril, y las sequías de mayo a octubre [49] [50].

El estudio se realizó en el Centro Poblado de Cuyumalca, está ubicado al este del distrito de Chota con una distancia desde la ciudad de 6 kilómetros, a 20 minutos, constituida de 15 caseríos, tiene una población aproximada de 9800 habitantes, se localiza a 2780 m.s.n.m. limita por el norte con Rojaspampa y Shitapampa, por el sur con Chaupelanche y Yuracyacu; por el este con Progresopampa y El Mirador y por el oeste con la ciudad de Chota. Unas de sus principales actividades económicas es la agricultura, ganadería, cuyicultura; entre otras [51].

La mayoría de los adultos mayores son atendidos en el Puesto de Salud de Cuyumalca, que brinda servicios de salud de calidad a la comunidad especialmente en preventivo y promocional, es de categoría I-2, su población asignada para este año 2025 es de 1230, atiende a cinco caseríos: Atoctambo, Huascarcocha, San Pedro, Centro Base y San Juan del Suro; cuenta con un equipo de personal de salud los cuales lo conforman: 1 médico general, 2 licenciados en enfermería, 2 técnicos, 1 obstetra y 1 odontólogo que están comprometidos en la atención primaria de la salud [52] [53].

El estudio se centró en el caserío Centro Base Cuyumalca, que es uno de los cinco caseríos que el Puesto de Salud de Cuyumalca atiende, por los siguientes criterios se realizó en este sector: accesibilidad geográfica, por ser el más representativo y por el flujo poblacional[52] [53].

Los adultos mayores en el Puesto de Salud de Cuyumalca reciben una atención integral, pues al ser un establecimiento I-2 tiene un equipo interdisciplinario preparado. Las personas adultas mayores reciben el paquete de atención Integral de acuerdo a las necesidades de la persona, si una adulto mayor llega por primera vez al establecimiento de salud se realiza la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), luego se define y selecciona al adulto mayor en cuanto a su capacidad funcional, problemas médicos, psicológicos y sociales; asimismo el paquete comprende el examen físico completo y los exámenes de laboratorio, el VACAM a los adultos mayores se le puede repetir una vez al año si el caso lo amerita [54].

3.2 Diseño de investigación

Este estudio fue de tipo observacional porque se observó y midió las variables sin intervenir o manipular, es decir, se analizó los fenómenos en su estado natural. Además, se consideró relacional porque se estableció la relación entre las variables: grado de soledad y nivel de dependencia funcional [55].

Con un diseño no experimental transversal, puesto que, no hubo manipulación de las variables y se recolectó los datos en un único momento del cual se hizo el análisis [55] [56].

3.3 Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo constituida por 265 adultos mayores asegurados al Puesto de salud de Cuyumalca. Para la presente investigación se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia. De una población total de 265, se seleccionó una muestra de 120, que representa el 45,3% de la población. Esta decisión se basó en criterios de accesibilidad y viabilidad, priorizando el sector con mayor densidad poblacional para garantizar la

calidad y autenticidad de la recolección de datos, minimizando el sesgo de deserción que mostraban los sectores periféricos. Además, nos permitió un control más riguroso al momento de aplicar los instrumentos, asegurando su llenado correcto, reduciendo el sesgo de información.

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores que pertenecían al caserío Centro Base Cuyumalca.
- Adultos mayores afiliados al Puesto de Salud de Cuyumalca.
- Adultos mayores que aceptaron ser parte de la investigación voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.
- Adultos mayores que tuvieron la capacidad de comprender y responder las preguntas de los instrumentos planteados.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con discapacidad auditiva, visual, problemas de comunicación o mentales que les dificultaba responder a los instrumentos planteados.
- Adultos mayores que residían en la zona urbana u otras comunidades colindantes.

3.4 Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Dimensione s	Indicadores	Valor Final
Soledad	Proceso adaptativo, sentimiento ocasionado por la desconexión con el mundo, por la poca interacción y marginación de los demás [9].	Soledad familiar	Concepto de la soledad	- Baja 34-80 - Media 81-129 - Alta 130-170
			Ausencia de la familia	
			Pertenencia a la familia.	
		La soledad conyugal	Tenencia del compañero sentimental	
			Concepto del amor	
			Satisfacción con la pareja	
		La soledad social	Tenencia de amigos	
		Crisis de adaptación	Ausencia de contactos sociales	
			Concepto sobre la soledad	
	Es la necesidad de asistencia de otra persona para lograr ejecutar		Beber	

Dependencia funcional	las AVD, y así lograr subsistir [57].	Índice de autocuidado	Comer	- 0-20=dependencia total - 21-60=dependencia severa - 61-90=dependencia moderada - 91-99=dependencia escasa - 100=independencia
			Vestirse	
			Colocarse prótesis o aparato ortopédico	
			Aseo personal	
			Continencia	
		Índice de movilidad	Trasladarse	
			Caminar	

3.5 Descripción de la metodología

3.5.1 Métodos

Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, lo que ayudó a recabar información sobre la soledad y la dependencia funcional en los adultos mayores.

Estrategias de recolección de datos

Se obtuvieron los datos a través de la aplicación de una encuesta que se realizó de manera presencial, sincrónica a la muestra de adultos mayores del caserío Centro Base-Cuyumalca, la información se mantuvo de manera confidencial, ya que se utilizó solo con fines investigativos; la encuesta se realizó de manera heteroadministrada, en donde las investigadoras leyeron las preguntas y la persona encuestada respondió en un tiempo prudente, asimismo, el cuidador participó si la ocasión lo amerita.

Procedimientos de recolección de datos

Se solicitó el permiso mediante una oficio de presentación que nos entregó el Coordinador de la Facultad de Ciencias de la Salud al jefe del Puesto de Salud de Cuyumalca, con la finalidad de tener acceso a la lista de adultos mayores, dirección y números telefónicos.

De esta manera, nos pusimos en contacto con cada uno de los participantes, así conseguimos llegar hasta sus domicilios, luego que se obtuvo la autorización se procedió con la recolección de los datos, el cual se realizó en las dos primeras semanas de septiembre, en donde los participantes contestaron los instrumentos previa explicación y orientación, en un tiempo de 10 a 15 minutos.

Para llegar a sus domicilios primero se realizó una llamada telefónica y previa coordinación con el adulto mayor, familiar

o cuidador nos indicaron la ubicación de sus hogares.

Al momento de la aplicación de los instrumentos se brindó la información respecto al estudio de investigación: en qué consiste y su finalidad, después que comprendieron se les invitó a participar de este, se les entregó la carta de invitación y el consentimiento informado.

Para la visita domiciliaria se cumplió con las siguientes medidas de bioseguridad, debido a que entramos en contacto con un grupo vulnerable:

- Higiene de manos antes y después de la entrevista al adulto mayor, ya sea con el lavado de manos o la desinfección con base alcohólica.
- Se llevó a cabo la encuesta en un ambiente ventilado.

3.5.2 Materiales

Instrumentos de medición

Para la obtención de la información se utilizó dos instrumentos:

El primer instrumento fue la escala ESTER-R, que ayudó a medir la soledad a nivel familiar, social, conyugal y crisis de adaptación del adulto mayor. En el 2010, en Colombia, fue validada por Cardona J, et al., la muestra estuvo conformada de 180 adultos no institucionalizados, proporcional a los 34 ítems, 5 participantes por cada uno. Se evaluaron la consistencia interna de las cuatro dimensiones: soledad social, conyugal, familiar y crisis de adaptación, y soledad global; en la dimensión de soledad familiar obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,82, en la soledad conyugal un 0,91, en la soledad social un 0,85 y 0,89 en la dimensión de crisis de adaptación [58].

En la reproducibilidad del test-retest, obtuvieron un 0,7 mediante el coeficiente de correlación de Spearman; además, resultó significativa con una probabilidad menor a 0,001. El ítem “Me preocupo por mi

familia” obtuvo una reproductibilidad en la correlación de Spearman de 0,44 y el ítem “Podría contar con mis amigos si necesitara ayuda” 0,42 [58].

En el análisis factorial obtuvieron en soledad familiar 10,9% de varianza, en soledad conyugal 14,0%, en soledad social 13,9% y 17,2% en crisis de adaptación. Por lo tanto, la escala ESTE-R es un instrumento confiable para estudiar la soledad que afecta a los adultos mayores [58].

En el 2024, la escala ESTE-R tuvo una adaptación cultural, en donde se aplicó una prueba piloto a un grupo de 34 adultos mayores de Perú; en la consistencia interna, los factores obtuvieron: alfa de Cronbach: 0,873, en lo que corresponde al número de elementos estandarizados se obtuvo 0,877. En la prueba piloto y juicio de expertos se obtuvo una calificación de 0.80 lo que indicó una alta consistencia del instrumento y que puede ser aplicable a la población [15].

El instrumento está dividido en dos partes, en la primera se encuentra las instrucciones de la escala, en la segunda parte incumbe al contenido del instrumento, en el cual se divide en cuatro dimensiones: soledad familiar con 13 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), conyugal con 5 ítems (14, 15, 16, 17, 18), social con 7 ítems (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) y crisis existencial con 9 ítems (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34); en total son 34 ítems. Los ítems inversos son: 4, 6, 7, 8, 9, 11,12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 [58].

La escala tiene una puntuación que varía según la dimensión: en soledad familiar (Baja de 13 a 30, medio de 31 a 48, alto de 49 a 65), conyugal (baja de 5-11, medio de 12-18, alto de 19-25) social (baja de 7-16, medio de 17-26, alto de 27-35) y crisis existencial (baja de 9-20, medio de 21-33, alto de 34-45). La evaluación global de la soledad es: baja 34-80, media 81-129, alta 130-170 [58].

Se consideró la escala Likert con la siguiente clasificación: 1=Nunca, 2=Casi nunca, 3=A veces, 4= Casi siempre y 5=Siempre; para los ítems inversos: 5=Nunca, 4=Casi nunca, 3=A veces, 2= Casi siempre y 1=Siempre [58].

Para la segunda variable, se utilizó el Índice de Barthel, un instrumento diseñado por Mahoney y Barthel en el año de 1955, con la finalidad de evaluar la dependencia funcional mediante 10 AVD [59].

Debido a que no fue determinada la fiabilidad del índice de Barthel cuando lo desarrollaron, Loewen y Anderson [60], indican que fueron los primeros en realizar el estudio de fiabilidad en 1988 mediante videograbaciones en dos ocasiones a siete pacientes que sufrían de ictus; utilizaron pruebas de concordancia interobservador e intraobservador; en la primera se obtuvo un índice de Kappa entre los valores de 0,47 y 1,00, para la segunda prueba de concordancia se obtuvo los siguientes valores 0,84 y 0,97, por lo que se demuestra que es un instrumento fiable.

En el Perú, ya ha sido validado por diversos autores, uno de ellos es Mera [61] que, en el 2019, realizó un estudio conformado por 156 adultos mayores del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, obtuvo un coeficiente mayor a 0,5, con respecto a la prueba de Bartlett fue de 0,000, el índice de Alfa de Cronbach fue de 0,883, esto indica que la consistencia interna y fiabilidad es significativa.

Granger C, et al [62], en 1979, modificaron el Índice de Barthel incluyendo 15 actividades en vez de 10, es similar a la original, pero incluye acciones más específicas que nos ayudaron en el estudio. En la validez de constructo, obtuvieron 0,90, el estudio se realizó en una muestra heterogénea conformada por 307 personas en 10 instituciones de rehabilitación .

El Índice de Barthel modificado por Granger incluye a dos índices [62]:

a) **Índice de autocuidado:** tiene una puntuación máxima de 53, agrupa a 9 actividades, beber de un vaso (en donde independiente 4 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), comer (independiente 6 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), vestirse de cintura para arriba (independiente 5 puntos, con ayuda 3, dependencia 0), vestirse de cintura para abajo (independiente 7 puntos, con ayuda 4, dependencia 0), colocarse prótesis o aparato ortopédico (independiente 0 puntos, con ayuda -2, dependencia 0), aseo personal (independiente 5 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), lavarse o bañarse (independiente 6 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), control de orina (independiente 10 puntos, con ayuda 5, dependencia 0) y control de heces (independiente 10 puntos, con ayuda 5, dependencia 0).

b) **Índice de movilidad**: tiene una puntuación máxima de 47 puntos, agrupa a 6 actividades, Sentarse y levantarse de la silla (independiente 15 puntos, con ayuda 7, dependencia 0), sentarse y levantarse del retrete (independiente 6 puntos, con ayuda 3, dependencia 0), entrar y salir de la ducha (independiente 1 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), andar 50 metros sin desnivel (independiente 15 puntos, con ayuda 10, dependencia 0), subir y bajar un tramo de escaleras (independiente 10 puntos, con ayuda 5, dependencia 0), si no anda: mueve la silla de ruedas (independiente 5 puntos, con ayuda 0, dependencia 0), la última actividad de esta dimensión es opcional, es decir solo cuando la persona no camina.

La clasificación es la siguiente: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61- 90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 independencia [62].

Se aplicó la prueba piloto a una población de 30 adultos mayores

con las similares características a la de la muestra, que cumplían con los criterios de inclusión, los participantes pertenecieron al Puesto de Salud de Cañafisto, comunidad de Cuyumalca, distrito y provincia de Chota; la finalidad de la prueba piloto fue para certificar la validez y confiabilidad, así impedir los sesgos y errores.

Se obtuvo la fiabilidad del instrumento de forma global y por dimensiones con los siguientes resultados: en la escala para medir la soledad ESTE-R, de manera global se obtuvo una buena fiabilidad de 0,861; según dimensiones, en soledad familiar se obtuvo 0,712, en soledad conyugal 0,819, en soledad social 0,702, en crisis de adaptación 0,718. En el segundo instrumento, índice de Barthel, se obtuvo una buena fiabilidad de 0,908.

Para ambas escalas se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para explorar la confiabilidad y consistencia de los ítems [56].

Recursos

Los recursos que formaron parte del estudio fueron: recursos humanos (las investigadoras y los adultos mayores); los recursos materiales y tecnológicos (material de escritorio, instrumentos del estudio impresos, laptop, celular, calculadora, reloj). Los recursos económicos fueron financiados por las propias investigadoras, la cual fue presupuestada en S/. 736,00.

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Al finalizar con la recolección de la información, se codificó las variables para su fácil ingreso en la matriz de datos, luego de ingresar los datos se procesó la información en el programa SPSS versión 26.

Para analizar estadísticamente los datos se realizó mediante el análisis descriptivo incluyó la utilización de tablas de frecuencias absolutas y relativas, en las cuales se resumen los valores obtenidos de la investigación.

De igual manera, se utilizó las tablas de doble entrada, permitiendo la fácil identificación de la relación que existe entre las variables de estudio mediante la prueba Tau-c de Kendall, considerando que son variables categórica, con un intervalo de confianza al 95% y un $p < 0,05$, siendo este un valor significativo.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Cuyumalca

Tabla 1. Edad de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Edad	N°	%
60 a 69 años	23	19,2
70 a 79 años	50	41,7
80 a 89 años	41	34,1
90 a 97 años	6	5,0
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla1, la mayor proporción de adultos mayores tuvo una edad entre 70 a 79 años (41,7%), seguido de los de 80 a 89 años (34,1%), es decir que tres de cada cuatro adultos mayores alcanzan este lapso de edad, aumentando también sus necesidades de atención. Este grupo etario, suele presentar más problemas de salud que los adultos menores de 70 años, al avanzar la edad aumenta el grado de soledad y la dependencia funcional.

Los hallazgos se relacionan con el estudio de Gayol-Fernández [14], en el cual la mayoría de los participantes fueron mayores de 70 años, demostrando que la población está envejeciendo, aumentando los retos en salud para el país. Al avanzar la edad aumenta la demanda en la atención en salud y servicios de cuidado, debido a que en este grupo etario la dependencia tiende a incrementarse por el deterioro físico y cognitivo propios del envejecimiento [63].

De esta manera, a medida que la edad avanza existe un declive en la calidad de vida, provocando la disminución en la capacidad física, cognitiva y

emocional; además presentan desgaste de estas funciones, los adultos mayores son conscientes que cuando pasan los años se van acercando al final de su vida, si no se adaptan a estos cambios pueden presentar soledad y depresión [6].

Es así que, durante el envejecimiento gran parte de las personas son afectadas por la soledad, una enfermedad silenciosa, que a partir de los 65 años se va incrementando por los cambios biológicos, sociales y cognitivos que el individuo experimenta, pero alcanza su máxima expresión en los mayores de 75 años, desencadenando depresión, ansiedad y enfermedades cardiovasculares [64].

A pesar de los avances en la salud que han significado un impacto positivo en la esperanza de vida, se evidencia que al aumentar la edad se incrementa la dependencia, las personas mayores de 80 años son los más afectados, convirtiéndose en un reto para el estado porque más individuos van a necesitar cuidados, atención en salud y pensiones [65].

De todos modos, los hallazgos difieren de los obtenidos por Mendieta y Quiroz [16], la mayor parte de los entrevistados estuvieron entre las edades de 65-70 años, que puede deberse a la distribución demográfica y metodología de la investigación.

De igual forma, en relación con este hallazgo, los resultados difieren de los reportados por Masoudi et al. [13] en Irán, donde la mayoría de la población estudiada se encontraba en el rango de edad de 60-69 años (en un 66%). Esta divergencia podría relacionarse a las diferencias sociales, económicas, culturales, geográficas, calidad y estilos de vida de ambas realidades donde se realizó el estudio.

En el ámbito regional, los hallazgos difieren del estudios realizado por Montenegro [17], en el cual la mayoría de los participantes del estudio estuvieron entre las edades de 60-65 años; esto se debería las diferencias geográficas, socioeconómicas, criterios de selección de la muestra por parte

de los investigadores y el acceso a la salud. Estas divergencias evidencian la importancia de realizar un estudio debido a las diferencias descritas que a cada localidad lo caracteriza.

Los adultos mayores en el ámbito rural salen de sus hogares a realizar sus actividades cotidianas, mientras que los mayores de 70 años, permanecen en su hogares por las dificultades de movilidad o problemas en la visión y audición; además gran parte de este grupo etario se siente más seguro en sus hogares; por otro lado, es visible que los hijos se turnan en acompañarlos, lo que influye que los adultos mayores que más participaron en el estudio fueran de estas edades debido a que a mayor edad permanecen más tiempo en casa. De igual manera, los adultos mayores de 70 años acuden a una atención en salud por enfermedades propias y no propias del proceso del envejecimiento, por eso una cantidad significativa se encontraron en el establecimiento de salud [66].

Tabla 2. Sexo de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Sexo	N°	%
Masculino	62	51,7
Femenino	58	48,3
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 2, los hallazgos nos muestran que, según el sexo, los adultos mayores presentaron proporciones cercanas, con un incremento ligero de varones (51,7%), lo que podría deberse a razones de probabilidad.

Los hallazgos se relacionan según las proyecciones de la población peruana, en el año 2025, la población está conformada por 17 millones 25 mil (49,6%) hombres y por 17 millones 325 mil (50,4%) mujeres. Los resultados de los censos revelaron que en el país la población masculina y femenina han representado casi la misma proporción, con excepción del censo del año 1972, que registró una ligera mayoría de hombres que de mujeres [67].

De igual forma, los hallazgos hacen referencia a la estadística poblacional reportados por el INEI, en el presente año, en el distrito de Chota, 24 744 son mujeres y 26 178 de la población es masculina, mostrando una ligero incremento de habitantes varones. Esto se debe a diversos fenómenos demográficos, culturales, sociales y económicos [68].

Los hallazgos difieren de los encontrados por Gayol-Fernández [14], en donde la mayor parte de los participantes en el estudio fueron mujeres, esto puede deberse a los criterios de selección y exclusión, en donde se excluía a las personas con discapacidad auditiva, visual, problemas de comunicación o mentales que dificulten responder a los instrumentos planteados.

Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a de los varones, esto impacta en la salud física y mental, al vivir más años el deterioro del cuerpo

por el propio envejecimiento es notorio, lo que aumenta las discapacidades en este grupo, haciéndoles que estén sujetas al cuidado de otros [69].

De igual manera, al vivir más años existe la probabilidad de que se queden viudas y con eso aumenta la soledad en sus vidas, es por eso que durante la recolección de datos se encontró a varias mujeres con alzhéimer, problemas auditivos y visuales, lo que impedía la compresión de los instrumentos planteados, esto conllevó a que sean excluidos del estudio [70].

En la zona rural, las mujeres adultas mayores son las encargadas de brindar el cuidado a sus parejas que debido a las enfermedades propias de la edad no salen de sus hogares, esto obliga a las mujeres a salir de sus casas para cumplir sus actividades cotidianas, se encontró a adultos mayores varones en sus domicilios esperando a sus esposas [71].

Los hallazgos se relacionan con los resultados obtenidos por Mendieta y Quiroz [16], en el cual los participantes de sexo masculino representaron el 56% y 44% el sexo femenino, cantidades similares a los hallazgos en el estudio; estas similitudes pueden deberse al enfoque de la investigación, a factores demográficos y sociales.

Tabla 3. Estado civil de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Estado civil	N°	%
Conviviente	51	42,5
Casado	31	25,8
Viudo	31	25,8
Soltero	7	5,9
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 3, los adultos mayores presentaron unión de convivencia con sus parejas en mayor frecuencia (42,5%), debido probablemente a que lo consideraban más práctico, económico e inmediato, seguido de los adultos mayores casados y viudos con un porcentaje de 25,8% cada uno.

Los hallazgos coinciden con los resultados reportados INEI [67], indican que el 58,1% de la población adulta mayor de 60 y más años de edad es conviviente o casada; continúa la población adulta mayor que es viuda con el 23,4%, y en menor porcentaje la población adulta mayor divorciada, separada y soltera con el 18,5%.

El estado civil puede tener implicaciones en cuanto al bienestar y el apoyo emocional en los adultos mayores. Las personas que viven en pareja manifiestan menos sentimientos de soledad que las viudas o solteras; sin embargo, no quiere decir que tener pareja es un salvoconducto para existir sin soledad porque puede estar relacionado a otros factores como una crisis existencial; es importante tener en cuenta que los adultos mayores con un estado civil viudo o soltero tienen dificultades en su vejez, ya que muchos de ellos necesitan cuidados y atención en salud, que al no tener a alguien cerca son abandonados [72].

De igual forma, los hallazgos se relacionan con el reporte del INEI [67], en el cual refieren que, en el ámbito rural, la proporción de personas adultas

mayores convivientes o casadas alcanzaron el 63,7%, lo que representa un incremento de 1,4 puntos porcentuales respecto al año 2023. En segundo lugar, se ubicó la población viuda, con un 23,7%; mientras que, la población adulta mayor divorciada, separada o soltera representó el 12,6% del total. De tal manera, que la población peruana tiene una unión de convivencia debido a lo más accesible y viable, evitando los costos del matrimonio.

Los adultos mayores que tienen pareja superan con mayor facilidad las enfermedades, disminuyendo los riesgos de una discapacidad temprana, que a través del apoyo y cuidado mantienen el bienestar físico y mental de sus miembros, el apoyo familiar fortalece y reconforta a la persona. Al tener a alguien cercano que cuide y apoye al adulto mayor existe una buena adherencia al tratamiento, resultado en una mejor calidad de vida al disminuir una hospitalización y muerte temprana [73].

Los hallazgos difieren de los encontrados por Masoudi et al. [13], en el cual obtuvieron que el 86% de los adultos mayores eran casados y el 14% viudos/viudas, puede deberse estas diferencias a factores sociales, demográficas, culturales y religiosas. En otras culturas las personas que deciden formar su hogar tienen que unirse mediante el matrimonio, siendo esta una actividad sagrada e importante.

El estado civil de los adultos mayores influye en el bienestar físico y emocional, debido a que el ser humano cuando tiene compañía se siente protegido y útil en la vida, pero cuando la pareja enferma o muere se enfrenta a múltiples desafíos y cambios en los estilos de vida. Es por eso, que el ser humano en el trascurso de su existencia busca a su pareja, más allá de un acto de supervivencia es un acción de búsqueda de compañía y apoyo [13].

Asimismo, los hallazgos difieren de los encontrados en el estudio de Mendieta y Quiroz [16], en donde el 70% de los participantes eran viudos, esta condición afecta los resultados del estudio, debido a que son diferentes las condiciones

a los que se enfrenta un adulto mayor viudo (a) al de un casado, es por eso que en el estudio al tener una mayoría de participantes con este estado civil obtuvieron altos niveles de soledad en la dimensión conyugal con 73% y 100% en soledad social. Demostrando que el estado civil viudo (a) influye en el bienestar emocional.

La viudez, que es la pérdida de la pareja, constituye un cambio en las relaciones sociales, después de la muerte deja al adulto mayor en desamparo, haciéndoles vulnerables a sufrir de soledad, debido a que dejan un vacío difícil de llenar. El adulto mayor lo puede experimentar de distintas formas, desde el sufrimiento que luego logra superar y establecer nuevas relaciones sociales hasta una condición crónica; pero todo depende del tipo y calidad de la relación marital, las relaciones sociales antes de la muerte del cónyuge, el nivel económico, el grado de instrucción y estado de salud [74].

De esta manera, la viudez en los adultos mayores significa un evento doloroso, que para superarlo reta al nivel de resiliencia adquirido en las diversas etapas de su vida, sin embargo, el perder una persona con la cual se compartió muchos años y experiencias va a influir en el bienestar emocional, más aún que al estar en una etapa donde se reduce la capacidad física y se necesita cuidado, pero en gran parte los hijos están lejos o ya tienen su propia familia, por lo que su única compañía era su pareja lo que conlleva a sentirse solos [75].

Tabla 4. Grado de instrucción de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Grado de instrucción	N°	%
Sin instrucción	82	68,4
Primaria completa	9	7,5
Primaria incompleta	28	23,3
Secundaria completa	1	0,8
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 4, los hallazgos muestran que el 68,4% de los adultos mayores participantes de la investigación no tienen ningún grado de instrucción, seguido está primaria incompleta con 23,3%.

Lo hallazgos se relacionan con lo reportado por el INEI [68], el 12,8% de los adultos mayores no tiene ningún nivel académico, el 39,6% alcanzó estudiar solo primaria, de igual manera, el 14,2% no sabe leer ni escribir. Esta situación es preocupante debido que ponen en riesgo a que las personas de la tercera edad tengan un envejecimiento digno.

En relación con el hallazgo, los resultados difieren del estudio realizado por Masoudi et al. [13], en donde el 49,5% tuvo una educación medio, pero estaba seguido de una educación elemental (33,3%), esta discrepancia puede deberse a las diferencias socioculturales y políticas, debido a que en el territorio peruano el derecho a estudiar es reciente, este es el motivo por el cual muchos adultos mayores, en especial las mujeres no tienen ningún grado de instrucción.

Los hallazgos de Mendieta y Quiroz [16], no se relacionan con los datos obtenidos, en donde el 53% de adultos mayores tuvieron un nivel educativo secundario, indicando que por condiciones socioeconómicas no continuaron sus estudios, estas diferencias puede deberse por el rango de edad entrevistado, debido a que el 50% de participantes estuvieron entre las

edades de 65-70 años, en cambio en el presente estudio los participantes fueron mayores de 70 años, mientras la edad sea menor los adultos mayores van a tener un nivel educativo mayor.

Se ha encontrado que, el nivel educativo influye en el bienestar del adulto mayor, al disminuir el grado de instrucción aumenta la soledad y dependencia del adulto mayor, diversos estudios al igual que expertos en el tema refieren que el nivel educativo está relacionado a un envejecimiento saludable y digno [76].

De esta forma, el nivel educativo influye en la salud física de las siguientes maneras: las personas con una educación mayor suelen llevar hábitos alimenticios saludables, reconocen la importancia de la actividad física y la conciencia en la prevención de enfermedades, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de adulto mayor [76].

Asimismo, el nivel educativo en los adultos mayores se relaciona con el acceso a una atención oportuna en salud y la toma de decisiones consientes e informadas. Un buen nivel académico permite comprender la situación de salud y una mejor adherencia a tratamiento si es que le corresponde [76].

De igual manera, un mayor nivel académico facilita un mejor estatus económico, al poder adquirir un trabajo digno, de esta forma permite acceder a una vivienda digna, alimentos de calidad, acudir a los servicios de salud oportunamente, lo que influye en la calidad de vida [76].

De hecho, un buen grado académico influye en la capacidad del cerebro para resistir a la vejez y enfermedades. Al estar el cerebro en continúo funcionamiento y entrenamiento disminuye el riesgo de las enfermedades neurodegenerativas. Igualmente, la preparación permite el desarrollo de la confianza en uno mismo, disminuyendo el riesgo de desarrollo de soledad [76].

Es así, que la educación permite a los adultos mayores a ser resilientes, es decir adaptarse a los diversos cambios de la vejez y proporciona la capacidad de resolver problemas, lo que permite un envejecimiento saludable y más activo [16].

Tabla 5. Beneficio social de los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Beneficio social	N°	%
Pensión 65	85	70,8
Programa Nacional “Vida digna”	1	0,8
Ninguno	34	28,4
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 5, el beneficio social que la mayoría de los adultos mayores reciben es Pensión 65 (70,8%) y un 28,4% no es beneficiara de ninguno. El apoyo económico es significativo en la tercera edad, debido a los cambios del envejecimiento que afecta la capacidad funcional de los adultos mayores, al recibir este apoyo permite el acceso a alimentos, medicamentos y recurrir a una atención en salud.

La pensión 65 es una iniciativa del estado peruano con la finalidad de brindar una protección social a los adultos mayores que están en pobreza extrema. Este apoyo económico se les brinda cada dos meses, desde este año el monto se ha incrementado a 350 soles representado un ingreso vital, permitiendo a los adultos mayores sentirse protegidos. El programa ayuda a que los beneficiarios no tengan que trabajar por necesidad o tengan que realizar trabajos duros que agraven la situación y condición de la persona adulta mayor [77]

El número de beneficiarios del programa Pensión 65 se ha incrementado, actualmente son 824, 251, permite que más adultos mayores tengan acceso a un sustento económico para satisfacer sus necesidades básicas. En el país, es notorio el aumento de la población adulta mayor, aunque es un indicador de desarrollo también se ha convertido en un reto, debido a que va acompañado del desamparo a este grupo etario, por lo tanto, estas políticas de apoyo al adulto mayor permiten un envejecimiento activo e independiente [78].

De esta forma, el estudio realizado por Aldana et al. [79], mencionan que dos adultos mayores por hogar eran beneficiarios del programa, pero se observa que, aumentó a tres, esto refleja que el envejecimiento de la población se está incrementando constantemente, pero al recibir este apoyo les permite acceder a una alimentación y hogar digno. Así mismo, obtuvieron que la mayoría de los beneficiarios aumentarán su gasto per cápita en alimentos, reduciendo la desnutrición y hambre, mejorando notoriamente el estado de salud físico y mental al tener la confianza de que no están solos.

Asimismo, el estudio realizado por Bernal y Olivera [80], encontraron que el programa tiene un impacto en la salud física y mental, reduciendo el estrés y ansiedad, además aumenta el empoderamiento económico en mayor proporción en mujeres que son abandonadas a su suerte por los hijos desconsiderados, a recibir el apoyo económico permite que puedan acceder a una vida más digna y con ello impacta en la disminución de la muerte temprana.

Otro estudio realizado por Rodrich et al [81], indican que el programa pensión 65 tiene impactos positivos en la seguridad y protección de los adultos mayores, disminuyendo la dependencia funcional y mejorando la calidad de vida.

Durante la vejez, los ingresos económicos disminuyen por el cese del trabajo, ya que los adultos mayores no están en condiciones de seguir laborando, muchos caen en pobreza, que es un fenómeno que no solo hace referencia a la falta de dinero para cubrir las necesidades para un bienestar material, sino que impide tener una vida digna. La pobreza se asocia con un impacto negativo en la salud, agravando la vulnerabilidad e independencia de los adultos mayores, pero con la iniciativa del estado de brindar una pensión a este grupo de edad simboliza que los adultos no están solos [76].

De igual manera, Pinzón [82], en su estudio determinó que existe una relación significativa entre los beneficiarios de pensión 65 y la calidad de vida, que se asocia a un apoyo social adecuado y la capacidad para realizar las actividades

de la vida diaria. Además, encontró una relación significativa con el bienestar emocional, esto se debe a que el programa permite a los adultos mayores participar de actividades productivas y de recibir visitas domiciliarias de los promotores.

Tabla 6. Problemas de salud referidos por los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Problemas de salud referidos	N°	%
Hipertensión arterial	36	30,0
Gastritis	25	20,8
Artritis	12	10,0
Pérdida de audición	12	10,0
Artrosis	8	6,7
Otros*	21	17,5
Ninguno	6	5,0
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

* Otros: Asma, osteoporosis, diabetes, miopía, carnosidad.

En la tabla 6, la hipertensión arterial es uno de los principales problemas de salud referidos por los adultos mayores estudiados que representa el 30,0%, es decir, 1 de cada 4 presentan presión alta, en segundo lugar, se encuentra la gastritis con un 20,8%, seguido de artritis y pérdida de audición con 10% cada una. Lo que se asocia a que los adultos mayores pierdan su autonomía y necesiten cuidados a corto y largo plazo.

En un estudio realizado por Zaldivar et al. [83] en Cuba se evidencia que el principal antecedente identificado en su estudio es la hipertensión arterial con un 65,9%, de esta manera, se reafirma que este problema se está volviendo recurrente en este grupo etario, lo que implica la necesidad de establecer estrategias para afrontarlo. La hipertensión arterial aumenta el riesgo de la dependencia funcional al ocasionar daños a otros órganos, es una causa que provoca otras enfermedades cardiovasculares y que al mismo tiempo crea la necesidad de ayuda para realizar ciertas ABVD.

El número de adultos mayores con hipertensión arterial ha ido aumentado en las últimas décadas, principalmente en los países en vías de desarrollo, del cual nuestro país no es ajeno a este evento, debido al incremento del envejecimiento de la población, los cambios de estilos de vida y mala

adherencia al tratamiento ha contribuido que se convierta en una epidemia y en un problema de salud pública que requiere de acciones inmediatas; a nivel nacional, el 19,3% de los peruanos sufren de hipertensión arterial, lo varones son los más afectados y en la región de la sierra el 17,8% sufren de esta patología [84].

De hecho, en Lima, un estudio realizado por Gonzales [85], encontró que la alimentación fue poco saludable en un 79,4% en los adultos mayores, el ejercicio físico fue bajo, los hábitos nocivos fue regular y según la medicación fue bajo en un 56,9%, evidenciando que los hábitos de vida influyen de manera notoria en la hipertensión arterial.

Además, Mejía [86], en Cajamarca, realizó un estudio en donde los adultos mayores que presentaron hipertensión tuvieron un estilo de vida no saludable en 66.7% y aquellos que no fueron hipertensos con vida saludable en un 84.4%, demostrando como la forma de vida influye en la hipertensión arterial de los adultos y adultos mayores.

De igual manera, los datos coinciden con el estudio que realizó Russo [87], en Venezuela, donde la mayoría de los participantes tuvieron hipertensión y presentaban una soledad social evidenciada que sigue siendo un problema de salud en aumento sin importar las diferencias demográficas y culturales. Existen datos fehacientes de que la soledad afecta a la salud cardiovascular, mostrando la relación entre la soledad, cortisol y estrés, señalando que este proceso psicológico trae potenciales efectos adversos a la salud [88].

De esta forma, el ser humano al estar en soledad se activa el sistema nervioso simpático induciéndolo a un estado de alerta, lo que provoca la segregación de cortisol y la retención de sodio en el organismo, es por eso que la soledad acompaña a la sociedad actual provocando daños significativos y lo seguirá haciendo si es que no se toma en cuenta como un problema potencial que deteriora el bienestar del adulto mayor [87].

Por lo tanto, durante el envejecimiento, aumenta el riesgo de desarrollar

múltiples enfermedades crónicas que conllevan a la disminución de la capacidad física e impactan en la calidad de vida y salud mental de este grupo etario, en este proceso se puede dar la posibilidad de experimentar más de un problema de salud a la vez impactando en la sociedad y generando gastos costosos al estado [20].

De igual manera, otro problema de salud identificado en los participantes del estudio es la gastritis, según indican Gallo et al. [86] el envejecimiento significa el desgaste de todos los sistemas del organismo, en los que encontramos el sistema gastrointestinal, muchos signos y síntomas no siempre están relacionadas con el envejecimiento, sino por efectos de otras enfermedades como diabetes, neoplasias; etc. Los problemas gastrointestinales en esta edad suponen un grave problema debido a la fisiología disminuida, a los hábitos alimenticios, consumo de medicamentos y vivir solos, exponiendo al adulto mayor a una desnutrición crónica, aumentando el riesgo de caídas, depresión y soledad, influyendo en la decadencia del estado funcional.

Unos de los problemas principales del sistema gastrointestinal en los adultos mayores descrito por Gallo et al. [89] es el Helicobacter Pylori, causante principal de la gastritis y úlceras, se estima que la mitad de la población está infectada de esta bacteria, la efectos más graves y prevalencia se encuentra en la población anciana, debido a las dificultades en su tratamiento por resistencia a los antibióticos, esto explica el aumento de patologías gástricas y no gástricas en esta población. Esta bacteria aumenta el riesgo de sangrado gástrico, agravando la situación del adulto mayor, provocando desnutrición y aumentando el riesgo de caer en dependencia.

Finalmente, el aumento la esperanza de vida brinda la oportunidad de que las personas disfruten de nuevas experiencias y enfrenten nuevos desafíos, pero todo depende de un factor indispensable: la salud, la evidencia refiere que una parte de la vida se disfruta de una buena salud y la otra de una mala, que se caracteriza por un declive de la capacidad funcional y mental lo que trae implicaciones para el adulto mayor y la sociedad. Las afecciones en salud se deben a diversos factores, como la genética, pero los que más influyen son el

contexto social y físico, otro aspecto fundamental es el entorno que lo rodea y nos referimos a la vivienda y comunidad, a esto se suma las características personales como sexo, edad, calidad de vida y condiciones económicas, todo esto influye en el proceso del envejecimiento [20].

A partir de lo descrito, es necesario fortalecer y preservar la salud de las personas durante el proceso del envejecimiento, preocupándose no solo por mitigar o contener los gastos en salud provocados por ciertas enfermedades que provocan la pérdida de dependencia física y mental, sino para aprovechar sus conocimientos y aportes a la sociedad [90].

Los problemas de salud referidos por los adultos mayores no tienen certeza, se debe realizar un diagnóstico para definirlos, teniendo en cuenta que repercuten de manera negativa en salud física y mental.

4.2 Soledad global en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca

Tabla 7. Grado de soledad global en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Soledad global	N°	%
Baja	4	3,3
Media	106	88,3
Alta	10	8,4
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 7, el grado de soledad en adultos mayores fue medio (88,3%) en casi nueve de cada diez, lo que denota vacíos en algún aspecto de su vida. Una soledad media se refiere a un nivel moderado de soledad que las personas experimentan en varios aspectos de su vida, que se puede manifestar de las siguientes maneras: sentimientos de desconexión o dificultad para relacionarse con los familiares y amigos, el poco apoyo emocional por la falta de una red de apoyo familiar o social y el problema de conectarse con otros por los cambios de la vejez como la jubilación, aparecimiento de enfermedades y el fallecimiento de las personas cercanas [15].

Los resultados concuerdan con los encontrados por Castillejo y Flores [15], en donde se obtuvo que los adultos mayores presentan una soledad global media (52%), esto muestra que los adultos mayores sin importar de las diferencias sociales y demográficas presentan soledad con tendencia a convertirse en alta, debido a los diversos cambios que experimentan en su vida.

De tal manera, esto demuestra que la soledad ha ido incrementándose en los últimos años por el envejecimiento de la población y se ha vuelto recurrente en este grupo etario debido a diversos cambios propios del envejecimiento, que hace que el adulto mayor se aísle, tenga pocos contactos sociales aumentando de esta manera el sentimiento de vacío y dificultadad para

encontrar el significado y propósito de la vida. Todos estos cambios impactan en la salud de los adultos mayores afectando física y mentalmente [15].

Por lo tanto, la soledad genera síntomas físicos y psicológicos, es por eso que muchos adultos mayores estudiados presentaban dolores de cabeza y problemas para dormir, es así como la soledad se expresa, pero no es tomada en cuenta como un factor potencial que perjudica la calidad de vida de la población anciana [15].

En relación con el hallazgo, en el estudio se puede justificar que en la zona rural los adultos mayores tienen una soledad media debido a que reciben apoyo mutuo y compañerismo en sus familias y en la comunidad, además de las actividades que se realiza en el vecindario incluyen al adulto mayor y lo valoran como símbolo de sabiduría y experiencia. Por otro lado, es notorio que en el ámbito rural no existe la discriminación a los adultos mayores como sucede en las grandes ciudades, sino que predomina el respeto a este grupo etario por las costumbres que les identifica. En el seno del hogar se protege, respeta y cuida al adulto mayor y se satisface sus necesidades, llevando a mejorar la calidad de vida y a disminuir los niveles de soledad y estrés. Por lo tanto, es necesario fortalecer estos principios que aún perduran en la sociedad, ya que actualmente los hijos abandonan a sus padres por la vida tan agitada que se vive y se les excluyen de ciertas actividades [3].

Los hallazgos en el estudio de Oyarce y Requejo [8], realizado en Huacho, muestran de igual manera que los adultos mayores tuvieron un nivel de soledad moderada con un 62,2%, mostrando nuevamente que la soledad se está volviendo en un problema de salud pública, que va afectando a los adultos mayores de manera silenciosa y dejando huellas que repercuten en su bienestar emocional y físico. Se puede observar que gran parte de los participantes que tienen soledad se encuentran sin apoyo familiar y existe ausencia del cónyuge, el distanciamiento y muerte de amigos cercanos y conocidos, las enfermedades que afecta la participación en reuniones y actividades, la percepción que tienen sobre ellos mismos lo que limita el disfrute de la vida.

De esta manera, se considera que la soledad no solo es la ausencia de contactos sociales, sino la calidad de esas relaciones, se puede estar rodeado de muchas personas, pero si uno no siente cómodo y a gusto se genera un aislamiento emocional y social [8].

Según los hallazgos de Montenegro [17] en Cajamarca, la mayoría de los adultos mayores (que representa un 79,3%) presentan sentimientos de soledad y que en la mayoría de ellos están en situación de abandono y tienen una estado civil de convivencia, lo que muestra una relación relevante con el estudio, debido a que la mayor parte de los participantes conviven con sus parejas, pues diversos estudios han mostrado que no estar casados aumenta la posibilidad de experimentar soledad, esto se debería a la calidad y el tiempo de relación en pareja.

Mostrado de esta manera, que no siempre tener o convivir con la pareja es símbolo de sentirse acompañados, diversos estudios en personas adultas mayores casadas y/o convivientes muestran sentimientos de soledad, por lo tanto, es imprescindible comprender que la soledad es algo más de la simple ausencia de compañía física, sino que es la impresión de desconexión y vacío de afecto, que se manifiesta en síntomas de desesperanza, tristeza, tensión y desmotivación, al igual que en problemas físicos como cansancio y cambios en el apetito, aumentando el riesgo de ser susceptible a múltiples enfermedades [17].

Los resultados difieren de los reportados por el estudio realizado por Mendieta y Quiroz [16] en Huacho, en donde los adultos mayores obtuvieron en su mayoría soledad alta (70%), que puede deberse a las variaciones demográficas, culturales y sociales del entorno que rodea al adulto mayor. Esto es un ejemplo de que la población estudiada puede aumentar los niveles de soledad por la propia rutina y cambios constantes, por lo que evidencia la relevancia de este estudio para implementar estrategias por el bienestar de la población, con la finalidad de brindar un envejecimiento digno y saludable.

Las diferencias en este hallazgo se debería a que la mayoría de participantes del estudio fueron viudos lo que podría aumentar la soledad, pues la viudez se convierte un momento de reflexión y cambios al perder al compañero de toda la vida, con quien se realiza actividades compartidas, es una pérdida del vínculo afectivo que conlleva a desarrollar una soledad conyugal que de no ser identificada puede generar enfermedades crónicas y enfermedades mentales que genera la pérdida de autonomía del adulto mayor, es por eso que la condición de la viudez influye sustancialmente en los resultados de la investigación, ya que en el estudio se logró identificar a una minoría que vivían en este estado [16].

Más de la mitad de adultos mayores peruanos viven con sus parejas e hijos (as), lo que significa un apoyo en esta etapa difícil; de los cuales el 60% de hombres habitan en un hogar tipo nuclear, mientras que el 31% de las mujeres viven en estas circunstancias [4].

Por lo tanto, es importante considerar que la soledad tiene efectos nocivos a la salud del adulto mayor, limitando la actividad física y una alimentación saludable, se ha descrito que soledad genera ansiedad y depresión lo que genera trastornos en la alimentación y sistema metabólico, agravando el estado de salud por el abandono y poca adherencia al tratamiento farmacológico, aumentando el riesgo de una mortalidad temprana [91].

De tal forma, es esencial abordar la soledad en los adultos mayores para mejor la calidad de vida y su bienestar, además para prevenir problemas de salud, ya que si progresa a una soledad crónica puede tener consecuencias graves que afecta la capacidad funcional del adulto mayor, haciéndolos más frágiles lo que conlleva a aumentar la necesidad de apoyo emocional y físico, aumentando el riesgo de la institucionalización temprana. De tal manera, es clave actuar oportunamente para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores [16].

4.3 Soledad según dimensiones en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca

Tabla 8. Grado de soledad según dimensiones en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Soledad según dimensiones	N°	%
Soledad familiar		
Baja	9	7,5
Media	104	86,7
Alta	7	5,8
Soledad conyugal		
Baja	11	9,2
Media	84	70,0
Alta	25	20,8
Soledad social		
Baja	4	3,3
Media	102	85,0
Alta	14	11,7
Crisis existencial		
Baja	3	2,5
Media	82	68,3
Alta	35	29,2
Total	**120**	**100,0**

Fuente: Escala aplicada a los adultos mayores.

En la tabla 8, el 86,7% de los adultos mayores perciben en un nivel medio la soledad familiar, el 70% un nivel medio de soledad conyugal, el 85% una soledad social media y el 68,3% una crisis existencial media, lo que se relaciona con la soledad global. Esto indica que estamos frente a un problema de salud pública que debe ser atendido oportunamente por todas las repercusiones que trae a la salud física y mental [19].

Los hallazgos se relacionan con los obtenidos por Castillejo y Flores [15], en donde obtuvieron un 42% de soledad familiar media, seguido de un 36% alta, lo que reafirma que la soledad está presente en los adultos mayores, sin importar las diferencias contextuales, pues no mira el nivel socioeconómico, religión o cualquier otro factor.

La familia es la base primordial de apoyo social y emocional del adulto mayor, y se convierte en un pilar para la lucha contra la soledad, es esencial que se mantenga una comunicación regular entre los miembros porque durante esta etapa los adultos mayores necesitan ser incluidos y comprendidos [15].

Otro hallazgo que se relaciona con los resultados obtenidos es el de Mendieta y Quiroz [16], obtuvieron que en la dimensión de soledad familiar es alto en un 74%, esto indica que la soledad familiar está aumentando debido a los cambios en la dinámica familiar como la muerte de la pareja y la separación de los hijos, el aspecto demográfico afecta a la relación del adulto mayor con su familia, esto influye en la frecuencia de las visitas, debido a que los hijos van a vivir lejos por motivos del trabajo, estudio o en búsqueda de un mejor futuro; los cambios físicos de la vejez como problemas visuales y auditivos aumenta la soledad familiar al aumentar la posibilidad de dejarles de lado por las dificultades en la comunicación.

De la misma manera, Oyarce y Requejo [8] mostraron un hallazgo que se relacionan con el estudio, en donde prevaleció el nivel medio en la soledad familiar con un 68,8%, demostrando que la soledad en esta dimensión está siendo notoria y con el riesgo de seguir aumentando.

En la soledad conyugal los resultados se relacionan con los hallazgos de Castillejo y Flores [15], que presentaron una soledad media en un 38% y alto en un 40%, esto indica una tendencia de poder aumentar en la soledad conyugal de los participantes.

El estudio de Mendieta y Quiroz [16] obtuvieron una soledad conyugal en un nivel alto (75%), lo que aumenta el riesgo de que la población estudiada siga aumentado los niveles de soledad en esta dimensión, debido a que es más probable que en esta etapa muera la pareja, lo que se convierte en una mala experiencia porque el cónyuge sobreviviente se tendrá que ajustar a la nueva realidad y adaptarse a los cambios de rutina, convirtiéndose en un proceso traumático y difícil de superar, muchos de ellos caen en depresión y el riesgo de dependencia funcional es alto.

Oyarce C y Requejo [8], mostraron resultados similares con una soledad conyugal media (65%), manifestando que esta dimensión es de igual de significativa que las demás, al tener un vacío en el hogar promueve el desarrollo de otros tipos de soledad.

De igual manera, el estudio realizado por Mendieta y Quiroz [16] reportaron una soledad social alta en un 100%, es decir todos los adultos mayores presentaron soledad en esta dimensión, esto se convierte en un reto para la salud pública y se deben tomar acciones oportunas y rápidas. Además, muestra la probabilidad de que la soledad aumente con el paso del tiempo en los participantes estudiados.

Oyarce y Requejo [8], obtuvieron que el 55% de los adultos mayores partícipes del estudio tienen soledad social media, indicando fehacientemente que los resultados del estudio son confiables y pueden ser replicables en diferentes lugares.

Los hallazgos difieren por los encontrados por Castillejo y Flores [15], en donde se encontró una soledad social baja en un 52%, debido a que los adultos mayores se sentían aceptados e incluidos. Esta convergencia se debe a la influencia de diversos factores como las diferencias geográficas, la diversidad cultural, las características propias de la población y las variaciones económicas, además de ello interviene el enfoque de la investigación que le da el investigador.

Las diferencias se explican debido a que el estudio fue realizado en un centro integral de atención del adulto mayor, espacio donde se reúnen para compartir actividades y experiencias, convirtiéndose en una herramienta económica y efectiva para minimizar la soledad social, al ser un lugar de oportunidad para la interacción social y apoyo emocional, así mismo este lugar ofrece a los adultos mayores acceso a los servicios de salud mejorando la calidad de vida y reduciendo la probabilidad de una hospitalización por complicaciones de la enfermedad por no poder acudir a tiempo a una consulta médica [92].

Toda persona necesita relacionarse con los demás para poder sobrevivir, pero medida que avanza la edad se pasa más tiempo solos, lo que aumenta que los adultos mayores estén más propensos a sufrir soledad social. Los cambios en el bienestar físico y la calidad de las relaciones sociales son factores indispensables para el desarrollo de sentirse solos, la perdida de la audición y la visión incrementa que los adultos se aíslen y no sean considerados en conversaciones, reuniones familiares y excluidos de realizar ciertas actividades [93] [94].

En la dimensión, crisis de adaptación se relacionan con los hallazgos de Castillejo y Flores [15], que reportan una soledad existencial media, indicando que los adultos mayores no se están adaptando a los cambios de la vejez.

Los cambios significativos en la vida pueden llevar a una crisis de adaptación como la jubilación que se convierte un momento de reajuste de la vida, se plantea la incógnita de qué cosas hacer de acá en adelante con el tiempo libre, si el adulto mayor no logra sobrellevar estos cambios entra en depresión y siente una pérdida del propósito de la vida. De igual forma, la pérdida de los seres queridos y del cónyuge es otro desafío a enfrentar; por consiguiente, la disminución con la pérdida de la capacidad física o cognitiva lleva al adulto mayor a experimentar un cambio sustancial en sus vidas que en múltiples instancias cambia la rutina y las activades cotidianas. La pérdida de roles y responsabilidades afecta la autoestima e identidad de los adultos mayores al representar un cambio crucial y rotundo [95].

El ajuste a una nueva forma de vivir marca la existencia del adulto mayor, como vivir dependientes del cuidado de otras personas o necesitar ayuda para realizar alguna tareas, este significa un desafío que la mayoría no quiere aceptar y se niegan al apoyo [95].

De esta manera, los adultos mayores reflexionan sobre la vida, sobre sus logros, fracasos y las cosas que les falta por hacer, algunos pueden sentirse orgullosos y satisfechos, mientras que otros insatisfechos por las acciones del pasado, experimentado sentimientos de frustración, desesperación y arrepentimiento lo que lleva a una crisis de adaptación [95].

Mendieta y Quiroz [16] obtuvieron en su investigación que el 100% de adultos mayores presentaron crisis de adaptación, este resultado representa que los adultos mayores están teniendo problemas en la aceptación de los cambios propios y no propios de la vejez, esto puede generar reacciones y emociones negativas que perturban el funcionamiento habitual.

La crisis existencial en los adultos mayores es un problema considerable que los afecta física y psicológicamente, mucho estudios muestran que están viviendo en una soledad existencial media, como los reportados por Oyarce y Requejo [8], lo que requiere el pronto apoyo y evaluación.

En un estudio realizado por López-Nolasco [95], se encontró que casi todos los adultos mayores (96,8%), tuvieron problemas en la adaptación al nuevo yo físico y yo personal, afectado a la aceptación de uno mismo, a su imagen corporal, perspectivas e identidad en la sociedad. Demostrando que el ser humano como ser biopsicosocial debe adaptarse durante la vejez a muchos cambios.

Finalmente, es preocupante que los adultos mayores convivan con la soledad, haciéndoles pasar una experiencia no gratificante. Aún quedan muchos retos para mejorar la calidad de vida de este grupo etario y lograr un envejecimiento digno y saludable .

4.4 Dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca

Tabla 9. Nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Dependencia Funcional	N°	%
Dependencia severa	34	28,3
Dependencia moderada	61	50,8
Dependencia escasa	3	2,5
Independencia	22	18,4
Total	**120**	**100,0**

Fuente: índice aplicado a los adultos mayores.

En la tabla 9, la dependencia funcional estuvo presente en ocho de cada diez adultos mayores, más marcada la dependencia moderada (50,8%), lo que sugiere limitaciones particulares según la situación contextual de cada participante, en segundo lugar, está la dependencia severa, que representa el 28,3% de los adultos mayores estudiados.

Una dependencia moderada se refiere a que se necesita ayuda para realizar ciertas actividades, pero que no requiere ser constante, aunque puede realizar algunas acciones de manera autónoma necesita asistencia casual para satisfacer las necesidades o cuando se realiza actividades que requieren de un esfuerzo físico, este tipo de dependencia lo suelen presentar aquellos que tienen enfermedades crónicas, problemas en la movilidad o algún deterioro mental y cognitivo, los cuidadores de este grado de dependencia no requiere que sean profesionales lo pueden realizar los propios familiares, amigos o un cuidador informal [96].

Los hallazgos difieren con los resultados de Gayol-Fernández [14], en donde el 65,7% de adultos mayores eran independientes en realizar sus actividades rutinarias, pero estaba seguido de una dependencia ligera en un 33,3%, esta convergencia se debe a diferencias culturales, sociodemográficas y

económicas. Lo que se rescata de este estudio es que los investigadores mostraron que a mayor edad el número de dependientes para las AVD aumenta.

Esto se debe a que durante la vejez por diversas patologías y transcurso de los años las limitaciones funcionales se hacen evidentes, puede ser que no necesiten ayuda completa, pero lo requieren para realizan acciones complejas [14]. Una patología predominante en los adultos mayores estudiados es la hipertensión arterial, afección que incrementa el riesgo de dependencia funcional al producir deterioro cognitivos y otras enfermedades cardiovasculares [87].

El aumento de la esperanza de vida no está yendo de la mano con cambios necesarios en el sector de salud y fortalecimiento del cuidado que la población necesita; los adultos mayores están llegando a la vejez en un estado de gran carga de enfermedades principalmente las crónicas que se relacionan potencialmente en la reducción de la capacidad funcional [96].

Asimismo, los resultados difieren por los encontrado por Gonzáles-García et al. [94], donde obtuvieron que los participantes tenían una dependencia leve (56,3%), esta convergencia se debe a las diferencias contextuales de cada adultos mayor, además se realizó mayormente en una población más joven (rango de edad 60-69 años que representa el 53%), cuando avanza la edad aumenta el riesgo de desarrollar una dependencia funcional.

Conocer el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores es de gran relevancia debido a que se logra identificar la realidad en la que viven, lo que fortalece al sector salud con el diagnóstico oportuno, de esta manera prevenir oportunamente dependencias totales, institucionalización y la muerte temprana [96].

La dependencia funcional está aumentada en los adultos mayores, en mayor proporción en los que están en una edad más avanzada, según Montenegro [17], los participantes que tenían un edad mayor a 66 años tenían una dependencia funcional en un 73,3%, esto se relaciona a lo que muestran diversos estudios.

De esta forma, la dependencia funcional aumenta con la edad, debido a que el organismo se deteriora por factores biológicos y ambientales, lo que resulta relevante conocer el estado de salud para mejorar la calidad de vida y disminuir la dependencia [96].

Es necesario recalcar que, los adultos mayores abandonados y que viven con sus parejas en un estado de convivencia presentan un mayor nivel de dependencia funcional, según los hallazgos de Montenegro [17], las personas que viven en abandono sufren de múltiples carencias, al estar solos no tienen a alguien que les ayude a realizar actividades complejas.

Por lo tanto, el envejecimiento va acompañado de cambios en las limitaciones funcionales, pero se está incrementando por las patologías concurrentes es por eso que la OMS hace el llamando a todas la naciones para que fortalezcan el sistema de salud y se adapten a los cambios constantes, con la finalidad de no solo aumentar los días de vida, sino de brindar un envejecimiento saludable y digno. Es cierto que al aumentar el número de adultos mayores se relaciona con el incremento de la carga de la enfermedad [95].

De esta forma, es necesario tomar en cuenta que la disminución de la capacidad funcional de los adultos mayores es un problema global, las acciones que se tomen favorecerá al envejecimiento saludable, esto no solo influye en el adulto mayor sino también en el bienestar de la familia y comunidad [95].

4.5 Relación entre soledad y dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca

Tabla 10. Relación entre grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota – 2025

Dependencia funcional	Soledad						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Independencia	3	2,5	19	15,8	0	0,0	22	18,3
Dep. escasa	0	0,0	3	2,5	0	0,0	3	2,5
Dep. moderada	1	0,8	57	47,5	3	2,5	61	50,8
Dep. severa	0	0,0	27	22,5	7	5,8	34	28,3
Total	4	3,3	106	88,3	10	8,3	**120**	**100,0**

Prueba de hipótesis

Prueba Estadística	Valor	p-valor aprox.	p-valor exacto
Tau-c de Kendall	-0,175	0,001*	0,000*

* Sig. p < 0,05.

En la tabla 10, de los pacientes con grado de soledad medio (88,3%), el 47,5% presentó dependencia moderada, es decir valores intermedios para la intersección entre estas variables. A nivel estadístico, la relación fue altamente significativa (p < 0,01), lo que permitió comprobar la hipótesis planteada en el estudio.

Los hallazgos se relacionan con el estudio de Lee [12], en Estado Unidos, en el cual encontró que a mayores niveles de soledad aumenta las limitaciones para realizar las AVD, este resultado puede ser un referente para el personal de salud, actores sociales, políticos e investigadores para mejorar la situación de los adultos mayores; debido a que la soledad impacta en el bienestar físico.

El sentimiento de soledad es una emoción que influye negativamente en la salud de los adultos mayores, lamentablemente la población más afectada es la que se está estudiando, lo que involucra, consecuencias negativas en la salud y repercusiones al sistema sanitario que aún no se adaptan a los cambios demográficos [3].

De esta forma, la soledad ha sido considerada como un componente social predictor para consultas médicas, volver a ser hospitalizado y aumenta la estadía hospitalaria lo que pone en peligro al adulto mayor de contraer infecciones hospitalarias y agravar su condición, otro punto clave es que no siempre la soledad se relaciona con una peor salud, sino que las personas mayores aprovechan la oportunidad de ir al médico para que los familiares y seres queridos se preocupen y se sientan acompañados [3].

La soledad se apodera de la mayoría de las vías regulatorias sistémicas del organismo y se constituye en un factor de amenaza al bienestar físico y mental, se considera a la soledad un síndrome inmunometabólico. Se considera tres vías patológicas principales para que la soledad deje sus huellas, las malas prácticas de salud, activación del organismo al estrés y la respuesta inadecuada en la reparación fisiológica [97].

En la primera vía, las malas prácticas sociales, podemos encontrar el consumo excesivo de azúcar, fumar tabaco, no salir de casa lo que aumenta el riesgo de la obesidad, tomar alcohol y no tener un sueño reparador, sabiendo que es indispensable para el funcionamiento del organismo [98].

De tal manera que, la soledad aumenta la mortalidad, se ha encontrado lo efectos nocivos que tiene en el corazón aumentando las enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, estos problemas de salud impactan directamente en la capacidad funcional, de igual manera, afecta al cerebro conduciendo al desarrollo de enfermedades mentales como depresión y ansiedad. Así mismo, la soledad se relaciona con un efecto negativo en el sistema metabólico aumentando el riesgo desarrollar diabetes, aumento de la presión arterial, entre otros, esto confirma como la soledad

desencadena consecuencias negativas en la salud produciendo que el adulto mayor se convierta en un ser frágil y dependiente de cuidados [98].

Las personas solitarias tienden a percibir los eventos como estresantes, lo que conduce al aumento de citocinas proinflamatorias en el cerebro y la sangre que luego se conduce por diferentes partes del cuerpo, entonces los adultos mayores aumentan de manera exagerada la respuesta inflamatoria, esta reacción de nuestro organismo tiene un lado positivo y negativo, en el positivo ayuda a la persona a que ante situaciones de amenaza el cuerpo reacciona para defenderse y sanar, pero si este es muy crónica provoca daños irreparables a los tejidos y órganos provocando enfermedades graves como la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y mentales [98].

Por lo tanto, la soledad afecta a los diversos sistemas del organismo provocando enfermedades que aumentan la dependencia funcional de los adultos mayores. Además, cuando aumenta la respuesta inflamatoria la reacción del sistema inmunológico frente a los virus disminuye, haciendo al individuo vulnerable [98].

Otro estudio que se relaciona es el de Masoud et al. [13] en Irán, en el que se encontró que las características demográficas (edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico) influyen negativamente en el autocuidado, un claro ejemplo es cuando avanza la edad se necesita más cuidado, así mismo las características demográficas se relacionaban positivamente con la soledad, es decir al aumentar la edad y estar en un nivel económico inestable aumenta el grado de soledad. Lo que se mostró una relación entre el autocuidado, la soledad y la satisfacción de las actividades de la vida diaria. Es crucial fortalecer el rendimiento en las AVD debido a su gran importancia para el autocuidado y bienestar físico y emocional.

Los hallazgos se asemejan con los resultados de la investigación de Gayol-Fernández [14], en donde los adultos mayores partícipes del estudio obtuvieron la tendencia de que al aumentar la edad aumenta la soledad y la dependencia para las ABVD, datos que concuerdan con la literatura, cuando

avanza el paso de los años el cuerpo envejece y se manifiesta con más enfermedades, con ello la dependencia funcional se incrementa.

De igual forma, los hallazgos se relacionan con los de Montenegro [17], en el cual se obtuvo que existe una significativa y directa relación entre ambas variables, con lo cual se confirma nuevamente que a un nivel más alto de soledad el grado de dependencia funcional es mayor. La soledad trae consecuencias negativas, independientemente de donde se realice el estudio se encuentra que la población tiene niveles altos de soledad y que repercute en la salud, trayendo problemas de salud, mala calidad de vida, deterioro cognoscitivo y funcional, que puede llegar hasta la muerte.

De esta forma, la soledad predice discapacidad funcional y la discapacidad funcional la soledad, ambas variables son bidireccionales, al disminuir la capacidad de realizar el propio autocuidado y satisfacer las necesidades básicas e instrumentales aumenta el riesgo de soledad y depresión en el adulto mayor [98].

Finalmente, la soledad debe dejarse de ver como un fenómeno psicosocial sino como un problema que impacta en la salud del ser humano, haciéndoles propensos a contraer más enfermedades, que activa al sistema nervioso central poniéndolo en alerta y segrega sustancias como cortisol que aumenta la inflamación del organismo. El bienestar emocional ha sido abandonado y no se toma en cuenta al momento de una evaluación médica, pero según lo mencionado y todos los estudios, muestran que la soledad aumenta el riesgo de enfermedades crónicas y mentales, es por eso, que el sistema de salud debe cambiar sus perspectivas y atender a los usuarios de manera integral y holística, no solo enfocándose en el aspecto físico; los adultos mayores no están muriendo de las enfermedades físicas, sino las enfermedades mentales, una de ellas es la soledad [96].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La mayoría de los adultos mayores se encontraron entre el rango de edad 70 a 79 años, seguido de los de 80 a 89. De este grupo, la mayoría fueron varones, convivientes y sin grado de instrucción. Casi el total de los adultos mayores eran beneficiarios del programa social Pensión 65 y el problema de salud referido fue la hipertensión arterial.

- En la soledad global, casi todos los adultos mayores obtuvieron una soledad media, es decir casi 9 de cada 10 adultos mayores experimentan sentimientos de vacío en su vida.

- En la soledad según dimensiones, se obtuvo un grado medio en soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial.

- La mitad de los adultos mayores obtuvieron una dependencia moderada, de igual manera casi una tercera parte de los participantes experimentaron una dependencia severa.

- Existe una relación estadísticamente significativa (p= 0,000), entre el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, 2025. Demostrando que la soledad trasciende el ámbito emocional para vincularse de forma directa con la capacidad de la persona para realizar las AVD.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota

- Promover investigaciones a nivel aplicativo para comprender mejor la dinámica de ambas variables. De igual manera, es indispensable impulsar investigaciones cualitativas para comprender las vivencias, experiencias y percepciones de los adultos mayores.

Al personal del Puesto de Salud

- Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en cuando a la identificación de signos de soledad en la Valoración Integral del Adulto Mayor con la finalidad de mitigar su impacto y prevenir la aparición de patologías, además realizar un seguimiento y registro adecuado del estado de salud y enfermedades de los adultos mayores.

- Fortalecer un seguimiento proactivo mediante las visitas domiciliarias, muchos adultos mayores no acuden a los establecimientos de salud por problemas de movilidad y desconfianza en los profesionales de la salud, al realizar este seguimiento se mejora el pronóstico de los adultos mayores.

- El puesto de salud debe catalizar redes de apoyo, mediante la articulación con actores sociales y comunitarios para realizar intervenciones que fortalezcan el bienestar físico y emocional.

Recomendaciones para reducir la soledad y dependencia funcional a nivel comunitario:

- Realizar talleres grupales con los adultos mayores para fortalecer el equilibrio y fuerza, reduciendo el riesgo de caídas y sarcopenia, evitando la institucionalización o muerte temprana.

- Crear entornos seguros y saludables (hogar y comunidad), buena iluminación, bancos para el descanso y eliminar las barreras arquitectónicas.

- Creación de proyectos y programas de intercambio generacional, en el cual se reúnan jóvenes y adultos mayores para que compartan sus conocimientos y experiencias. En estos proyectos se debe estimular la utilización de herramientas digitales, con la finalidad de que se mantengan en contacto con familiares y amigos lejanos, reduciendo de esta forma la brecha digital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Perspectivas de población mundial para 2024 [Internet]. New York-Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas; 2024 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en: https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results?_gl=1*1mzbhx6*_ga*NzE2ODAwMDA1LjE3NTE1OTI0NzA.*_ga_TK9BQL5X7Z*czE3NTE1OTY5MjckbzIkZzEkdDE3NTE1OTc1NjgkajIxJGwwJGgw

2. Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de la salud. Día Internacional de las Personas Mayores reflexiona sobre cómo impacta la pandemia en el abordaje del envejecimiento [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la salud; 2020 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2020-dia-internacional personas-mayores-reflexiona-sobre-como-impacta pandemia#:~:text=De%20hecho%2C%20el%20n%C3%BAmero%20de,advirtieron%20expertos%20de%20la%20OPS.

3. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta M. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos [Internet]. Barcelona, España; 5 de abril del 2021 [citado 7 de marzo 2025];32(1). Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022 [citado 07 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

5. Puto G, Sowinska I, Scislo L, Walewska E, Kaminska M, Muszalik M. Factores sociodemográficos que inciden en la dependencia de cuidados de las personas mayores en su entorno de la vida diaria según la escala de

dependencia de cuidados (CDS). Healthcare (Basel) [Internet]. 21 de junio 2021 [citado 2 de julio 2025];9(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494359/

6. Soledad -Rojas C, Chavarro-Carvajal D. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Universitas Medica [Internet]. 2020 Apr 2 [citado el 15 de marzo del 2025];61(2):64–71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

7. Instituto Nacional de Estadística de Informática. Situación de la población peruana 2024 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística de Informática; 2024 [citado 2 de julio 2025].Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf

8. Oyarce C, Requejo F. Nivel de soledad en adultos mayores no institucionalizados del Centro de Salud Delicias de Villa en chorrillos, Lima – Perú [Internet] [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Privada del Norte; 2023 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/35226

9. Miyasato K, Montoya C. Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un centro integral del adulto mayor de Cajamarca, 2019 [Internet] [Tesis]. Cajamarca, Perú: Universidad Privada del Norte; 2020 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24420/Miyasato%20Espino%2C%20Karen%20Melissa%20-%20Montoya%20Urteaga%2C%20Clara%20Elisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Torres L. Dependencia funcional y las características sociodemográficas en adultos mayores atendido en un Centro de Atención de Día - Jaén, 2023 [Internet] [Tesis]. Jaén, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14074/7636

11. Rojas C, Carvajal D. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. Universitas Medica [Internet]. Bogotá, Colombia; 2020 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed 61-2.essm

12. Lee G. La soledad y las limitaciones funcionales se moldean mutuamente: evidencia del Estudio de Salud y Jubilación. Aging Ment Health [Internet]. Estado Unidos; 2025 [citado 15 de julio 2025]. Disponible en: https://pubmed-ncbi- nlm-nih-gov.translate.goog/39681471/

13. Masoudi N, Sarbazi E, Soleimanpour H, Abbasian M, Ghasemi M, Rostami Z, et al. La soledad y su correlación con el autocuidado y las actividades de la vida diaria entre adultos mayores: un modelo de mínimos cuadrados parciales. BMC Geriatr [Internet]. Irán; 2024 [citado 16 de julio 2025];24(1):621. Disponible en: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05215-7

14. Gayol-Fernández M, Sánchez-Arguiano J, Conde-Díez Y. Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet]. 2020 [citado el 16 de febrero del 2025];8(1):12–22. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7397027.pdf

15. Castillejo L, Flores S. Soledad en usuarios del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad Provincial de Yungay – Ancash, 2024 [Internet] [Tesis]. Huacho, Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión ; 2024 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en:

https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/9803/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Mendieta D, Quiroz C. Soledad en adultos mayores del Programa Pensión 65 de la Municipalidad Distrital Caleta de Carquín, 2023 [Internet] [Tesis]. Huacho, Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión ; 2024 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/9177

17. Montenegro K. Soledad y grado de valoración funcional de autocuidado en el adulto mayor de entre 60 a 70 años de una zona rural en la ciudad de Cajamarca, 2021 [Internet] [Tesis]. Cajamarca, Perú: Universidad Privada del Norte ; 2021 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30402/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos M, Gallego de Pardo P, Gómez B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. Bogotá, Colombia; 2002 [Citado 15 de julio 2025];2(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004#n_8

19. Organización Mundial de la Salud. La conexión social está vinculada a la mejora de la salud y a un menor riesgo de muerte temprana [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/30-06-2025-social-connection-linked-to-improved-heath-and-reduced-risk-of-early-death#:~:text=La%20soledad%20se%20describe%20como,objetiva%20de%20conexiones%20sociales%20suficientes.

20. Instituto de Salud Global. Abordaje de la soledad un desafío compartido [Internet]. Barcelona-España: Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España; 2025 [citado 2 de julio 2025]. Disponible en:

https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2025/01/2025-Informe-Estudio-Soledad.pdf

21. Sánchez M, Jailene L, Tapia T, Hailys M. Estilos de afrontamiento y sentimiento de soledad en adultos mayores del hogar San José, 2019 [Internet] [Tesis]. Guayaquil, Perú: Universidad de Guayaquil ;2020 [citado 21 de junio 2022]. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/50251/1/ANALISIS%20de%20caso%20MONTERO%20-TAPIA%20T.pdf

22. Fernández L. La Soledad en las Personas Mayores [Internet]. España: Repositorio Institucional de la Universidad de Valladolid; 2020 [citado 22 de junio 2022]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42641/TFG-G4191.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Mozo M. La percepción de la soledad en los adultos mayores: una aproximación al trabajo social [Internet]. Zaragoza, España: Universidad Zaragoza; 2020 [citado 14 de marzo 2025]. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/88750/files/TAZ-TFG-2020-225.pdf?version=1

24. Moran L. Depresión en adultos mayores a causa de la soledad y calidad de vida en el Cantón Antonio Ante [Internet] [Tesis]. Antonio Ante, Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2023 [21 de junio 2022]. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/14455

25. Ricalde V. Sentimiento de soledad y calidad de vida en los adultos mayores del hogar Señor de la Ascension, Lima – 2022 [Internet] [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 14 de marzo 2025]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/59fb9371-6adf-4eee-9799-baaf56cd2f4f/content

26. López E. Dependencia funcional y personas adultas mayores: una problemática desde la informalidad y las tecnologías en el trabajo en México. Revista Internacional y Comparada de relaciones laborales y derecho del empleo [Internet]. 2024 [21 de junio 2022];12. Disponible en: https://ejcls.adapt.it/index.php/rlde_adapt/article/view/1442

27. Matos C. Situación Socio Familiar y Dependencia Funcional del Adulto Mayor del Hospital Militar Geriatrico 2020 [Internet]. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2023 [citado 9 de febrero 2025]. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe

28. Moreno Y. Factores asociados a la dependencia funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud la Tinguiña durante octubre y noviembre – Ica- 2023 [Internet] [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2024 [21 de junio 2022]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/697d3473-066a-4a58-afab-5788be798433

29. Azpur A, Calixto S, Celadita Y. Relación entre el nivel de dependencia física y la calidad de vida del adulto mayor en Pillco Marca, Huánuco 2021. [Internet] [Tesis]. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2022 [21 de junio 2022]. Disponible en: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7150?show=full

30. Chipana I. Grado de dependencia funcional del adulto mayor de la Casa de Reposo Madre Josefina Vannini, Surco-2020 [Internet] [Tesis]. Surco, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2020 [citado 16 de febrero 2025]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstreams/c2d012d2-73db-49dc-8a35-f188ff74e877/download

31. Centro de Día y Rehabilitación para Mayores. Actividades de La Vida Diaria (AVDs) [Internet]. Madrid, España: Centro de Día y Rehabilitación para Mayores; 2021 [citado 15 de marzo 2025]. p. Salusmayores. Disponible en: https://salusmayores.es/servicios/actividades-de-la-vida-diaria/

32. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Ley de la persona adulta mayor, ley N° 30490 [Internet]. Lima, Perú: El Peruano; 2018 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd6976768c74#:~:text=Enti%C3%A9ndese%20por%20persona%20adulta%20mayor,o%20m%C3%A1s%20a%C3%B1os%20de%20edad.

33. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

34. Chumil S, Súchite Y, Pérez G, Cid K. Factores culturales Latinoamericanos que influyen negativamente en un envejecimiento activo en paciente que acuden a organización médica de servicios para la salud vida, S.A en la ciudad de Guatemala de julio a diciembre de 2024 [Internet] [Tesis]. Guatemala: Universidad Galileo; 2024 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/123456789/1968

35. Santamaría Y, Molina M. El rol del psicólogo en el bienestar de los adultos mayores: Un análisis de la literatura latinoamericana [Internet]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2024 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12494/55807

36. Gobierno del Perú. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65. Decreto N° 081-2011-PCM [Internet]. Lima, Perú: Diario el Peruano; 2015 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.pension65.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/DS_048_2014PCM.pdf

37. Gobierno del Perú. Vida Activa [Internet]. Lima, Perú: Plataforma del Estado Peruano; 2024 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/ipd/campa%C3%B1as/66423-vida-activa

38. Gobierno del Perú. Programa Nacional Gratitud [Internet]. Lima, Perú: Plataforma del Estado Peruano; 2024 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/1024740-mimp-oficializo-inicio-de-funciones-del-programa-nacional-gratitud-para-personas-adultas-mayores

39. Gobierno del Perú. Programa de Atención Domiciliaria [Internet]. Lima, Perú: Plataforma del Estado Peruano; 2025 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.gob.pe/59827-como-inscribirse-en-padomi

40. Presidencia de la República del Perú. Constitución Política del Perú [Internet]. Lima, Perú: El Peruano; 1993 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/198518/Constitucion_Politica_del_Peru_1993.pdf

41. El Congreso de la República. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Lima, Perú: El Peruano; 2015 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1

42. El Congreso de la República. Ley de la Persona Adulta Mayor [Internet]. Lima, Perú: El Peruano; 2016 [citado 7 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30490.pdf

43. Ministerio de Justicia y Derechos humanos. El Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Justicia y Derechos humanos; 2018 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1539318/PLAN-NACIONAL-2018-2021.pdf.pdf

44. Tribunal Constitucional. EXP N ° 02214 2014-PA/TC [Internet]. Lima, Perú: Poder Judicial del Perú; 2015 [citado el 11 de marzo 2025]. Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/ppr0099/s_ppr_0099/as_noticias/cs_n_nt_adultos-mayores_tc_030815

45. Gonzáles A, Mota E, Olguín C, Maya A, López B, Cano E. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Revista de enfermería neurológica [Internet]. México; 2023 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/396/530

46. Gobierno del Perú. Ley N° 28803 [Internet]. Lima, Perú: El Peruano; 2006 [citado 7 de febrero 2025]; Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf

47. Pantoja-Pantoja J, Ardila-Villareal G. Promoviendo independencia, bienestar y autonomía en actividades de la vida diaria. Excelsium Scientia Rev Int Investig [Internet]. 2024 [citado 7 de febrero 2025];8(1). Disponible en: https://doi.org/10.31948/esrii.v8i1.3967

48. Gonzáles T. Edad y crisis existencial [Internet]. acento; 2023 [citado el 13 de marzo 2025]. Disponible en: https://acento.com.do/opinion/edad-y-crisis-existencial-9232512.html

49. Municipalidad Provincial de Chota. Plan vial provincial participativo Chota (2021-2025) [Internet]. Chota, Perú; 2021 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4656064/PVPP_Chota_2021_2025.pdf?v=1686088843

50. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Población Total Estimada 2025 [Internet]. Repositorio Único Nacional de Información en Salud; 2025 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=5&tbl=1

51. Barboza M. Recursos turísticos del Centro Poblado de Cuyumalca para el diseño de un circuito turístico en el distrito de Chota [Internet] [Tesis]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca ; 2024 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14074/6757

52. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) [Internet]. Lima, Perú: Superintendencia Nacional de Salud; 2024 [citado 13 de marzo 2025]. Disponible en: http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00004668#no-back-button

53. Red Integral de Salud (RIS) Chota. Población Asignada x Grupos Etarios a Nivel de Microred [Internet]. Cajamarca; Perú: Repositorio Único Nacional de Información en Salud; 2025 [citado 13 de marzo 2025]. Disponible en: https://oite.rischota.gob.pe/poblacion/modulos/poblasignada/gruposetapa.php

54. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf

55. Alvarez-Risco A. Clasificación de las Investigaciones. [Internet]. Lima, Perú: Universidad de Lima; 2020 [21 de junio 2022]. Disponible en: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%C3%A9mica%202%20%2818.04.2021%29%20-

%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y

56. Oyola-García A. La variable. Revista del cuerpo médico de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero 2025]; 14(1): 90-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v14n1/2227-4731-rcmhnaaa-14-01-90.pdf

57. Guerra S, Salazar C. Grado de carga del cuidador familiar asociado al grado de dependencia del adulto mayor atendido en el servicio de hospitalización - Hospital Essalud - Ferreñafe, 2017. [Internet] [Tesis]. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019 [citado 7 de febrero 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPRG_b19c2cdd521329d3d06b95222aa16115

58. Cardona J, Villamil M, Henao E, Quintero A. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Medellín, Colombia; 2010 [citado 7 de febrero 2025] ;28(3). Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721012

59. Mahoney F, Barthel D. Evaluación funcional: El Índice de Barthel. Md State Med J [Internet]. 1965 [citado 28 de febrero 2025]; 14: 61-5. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/

60. Loewen S, Anderson B. Fiabilidad de la Escala de Evaluación Motora Modificada y del Índice de Barthel. Phys Ther [Internet]. 1988 [citado 7 de marzo 2025] 68(7):1077–81. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3387463/

61. Mera R. Riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen-ESSALUD,2019 [Internet] [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener;

2019 [citado 14 de marzo 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.13053/3271

62. Granger C, Albrecht G, Hamilton B. Resultado de la rehabilitación médica integral: medición mediante el perfil PULSES y el índice de Barthel. Archivos de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 1979 [citado 14 de marzo 2025];60(4):145–54. Disponible en: https://europepmc.org/article/med/157729

63. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. [Internet]. Lima, Perú: Estado de la Población Peruana; 2025 [citado 17 de setiembre 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8353403/6953760-estado-de-la-poblacion-peruana-2025-una-mirada-hacia-la-poblacion-adulta-mayor.pdf?v=1752261881

64. Alonso P. Soledad no deseada: un estudio revela que el 20% de las personas mayores de 75 años se siente sola [Internet]. Infobae; 2025 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en:

https://www.infobae.com/espana/2025/10/03/soledad-no-deseada-un-estudio-revela-que-el-20-de-las-personas-mayores-de-75-anos-se-siente-sola/

65. Caamaño J. La dependencia en mayores, un problema creciente en las sociedades desarrolladas [Internet]. MAPFRE; 2022 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.mapfre.com/actualidad/economia/dependencia-mayores-problema-creciente/

66. Nopo H, Hidalgo S. Envejecimiento y atención a la dependencia en el Perú [Internet]. Lima, Perú; 2022 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-el-Peru.pdf

67. Herrera O. La Educación de la población mayor de 65 años: ¿Calidad de vida y beneficio socioeducativo o espacio de ocio?: Estudio descriptivo en dos centros educativos [Internet].Trabajo Social Hoy; 2021 [citado 15 de setiembre 2025]. p. 25–56. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2021.0008

68. Instituto Nacional de Estadística e Informativa. Situación de la población Adulta Mayor [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informativa; 2021 [citado 15 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2021.pdf

69. Ministerio de Salud. Población Total Estimada [Internet]. Lima, Perú: Repositorio Único Nacional de Información en Salud; 2025 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=5&tbl=1

70. Cañadas D. Diferencias de salud entre hombres y mujeres [Internet]. MAPFRE; 2021 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/reportajes-enfermedades/la-salud-entre-hombres-y-mujeres/

71. Franco E, Sánchez A, Ramírez C. Manual de género y vejez [Internet]. México; 2024 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://piensadh.cdhcm.org.mx/images/2024_capacitacion_generoyvejez.pdf

72. Yanguas J. La soledad no deseada en las personas mayores [Internet]. Fundación ”la Caixa”; 2021 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores

73. Manrique-Anaya Y, Escobar K, Nariño S. Funcionalidad familiar y percepción de la satisfacción de necesidades básicas de cuidado en adultos mayores de Cartagena, Colombia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2022 [citado 3 de octubre 2025];18(2). Disponible en: https://doi.org/10.15332/22563067.8202

74. Jiao K, Zhang J, Liu M, Xu M. Interacción de la viudez, el género y la edad en la predicción de la soledad entre los adultos mayores en China. Journal of Women & Aging [Internet]. 2024 [citado 3 de octubre 2025];36(3):225–38. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08952841.2023.2293446

75. Freire M. "La viudez en adultos mayores" [Internet]. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2023 [citado 3 de octubre 2025]. Disponible en: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/37697/1/BJCS-TS-421.pdf

76. Dirección Nacional de Censos y Encuestas. Informe técnico: metodología de la medición de la pobreza multidimensional [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informativa; 2025 [citado 16 de setiembre 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7710254/6524650-informe-tecnico-de-pobreza-multidimensional-avance-revision-2025.pdf.

77. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. Lima, Perú: Plataforma Digital Única del Estado Peruano; 2024 [citado 15 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/pension65/institucional

78. Infobae. Pensión 65: 171 mil adultos mayores siguen en lista de espera [Internet]. Lima, Perú: Infobae; 2025 [citado 16 de setiembre 2025].

Disponible en: https://www.infobae.com/peru/2025/08/09/pension-65-171-mil-adultos-mayores-siguen-en-lista-de-espera-para-acceder-al-programa-del-estado/

79. Aldana K, Carrasco F, Villegas M, Sánchez E, Timaná M, Aldana L, et al. Análisis de beneficiarios del programa Pensión 65 y su efecto en la alimentación en la costa norte del Perú. Comuni@cción [Internet]. Perú; 30 de setiembre del 2022 [citado 15 de setiembre 2025];13(3):179–88. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682022000300179&lng=es&nrm=iso&tlng=es

80. Bernal N, Olivera J. Los efectos de Pensión 65 en la salud de la tercera edad: una mirada acerca de cómo este programa puede contribuir a un envejecimiento saludable [Internet]. Lima-Perú; 2021 [citado 16 de setiembre 2025]. Disponible en: https://mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/PMAT1_1172_075_RE.pdf

81. Rodrich S, Ramírez ,M, Velásquez L. Impacto del Programa Social Pensión 65 en la satisfacción de necesidades de adultos mayores peruanos. Revista InveCom [Internet]. Perú; 2024 [citado 16 de setiembre 2025];4(2). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632024000200129&lng=es&nrm=iso&tlng=es

82. Pinzón M. Influencia del Programa Pensión 65 en la Calidad de vida de los adultos mayores del distrito de Moyobamba, 2019 [Internet] [Tesis]. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2021 [citado 16 de setiembre 2025]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8709/Pinz%C3%B3n%20Ni%C3%B1o%20Miguel%20Orlando.pdf?sequence=1&isAllowed=y

83. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 15 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Panorama%20general,Beber%20demasiado%20alcohol

84. Pinilla M, Ortiz M, Suárez J. Adulto mayor: Envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revista Salud Uninorte [Internet]. 2021 [citado 15 de setiembre 2025];37(2). Disponible en: https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971

85. Gonzales S. Prevalencia y Estilos de Vida en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial del Centro de Salud Atusparia, 2023. [Internet] [Tesis]. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2025 [citado 10 de noviembre 2025]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/15087/Gonzales%20Gonzales%20Sheyla%20Maria.pdf

86. Mejía D. Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la MICRORED patrona de Chota, 2021. [Internet] [Tesis]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [citado 10 de noviembre 2025]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5808/14.06.2023 DAGOBERTO%20MEJ%C3%8DA_ENF_UNC%20CHOTA..pdf?sequence=1&isAllowed

87. Russo V, Aparicio J, Becerra C, Castillo C, Depablos N, Díaz E, et al. Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela. Revista Venezolana de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 09 de setiembre 2025];8(1):31–48. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7509597&info=resumen&idioma=ENG

88. Pourriyahi H, Yazdanpanah N, Saghazadeh A, Rezaei N. La soledad: un

síndrome inmunometabólico. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 1 de noviembre del 2021 [citado 11 de setiembre 2025];18(22):12162. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8618012/

89. Gallo A, Pellegrino S, Pero E, Agnitelli MC, Parlangeli C, Landi F, et al. Principales trastornos del tracto gastrointestinal en personas mayores: una visión general. Gastrointestinal Disorders [Internet]. 2024 [citado 4 de octubre 2025];6(1):313–36. Disponible en: https://www.mdpi.com/2624-5647/6/1/22/htm

90. Plataforma del Estado Peruano. Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) [Internet]. Lima, Perú: Plataforma del Estado Peruano; 2024 [citado 11 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/21665-centro-integral-de-atencion-al-adulto-mayor-ciam

91. Trujillo-León Y, Casique-Casique L, Morales-Jinez A, Álvarez-Aguirre A. Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. Revista Eureka [Internet]. 2021 [Citado 4 de octubre 2025]. Disponible en: https://psicoeureka.com.py/publicacion/18-3/articulo/22

92. National Institute on Aging. Soledad y aislamiento social: Sugerencias para mantener las conexiones sociales [Internet]. National Institute on Aging; 2024 [citado 11 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20est%C3%A1n%20en,p%C3%A9rdida%20de%20familiares%20y%20amigos

93. Red Latinoamericana de Gerontología. Eliminemos el edadismo y la discriminación por edad [Internet]. 2021 [citado 15 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=4840

94. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir?. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 11 de setiembre 2025];46:34. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9004688/

95. López-Nolasco B, Granados-León L, López-Vargas X, Maya-Sánchez A. Nivel de adaptación en adultos mayores de dos localidades del estado de Hidalgo, México. Revista de Enfermería Neurológica [Internet]. 2023 [citado 4 de octubre 2025];22(2):40–9. Disponible en: https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/425/574

96. González-García A, Mota-Hernández E, Olguín-Estrada C, Maya-Sánchez A, López-Nolasco B, Cano-Estrada E. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Revista de Enfermería Neurológica [Internet]. 03 de mayo del 2023 [citado 11 de setiembre 2025];21(3). Disponible en: https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/396/530

97. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2024 [citado 11 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/envejecimiento- saludable

98. Pourriyahi H, Yazdanpanah N, Saghazadeh A, Rezaei N. La soledad: un síndrome inmunometabólico. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 1 de noviembre del 2021 [citado 11 de setiembre 2025];18(22):12162. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8618012/

ANEXOS

Anexo 01. Consentimiento Informado

Título de la investigación:

"Grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025"

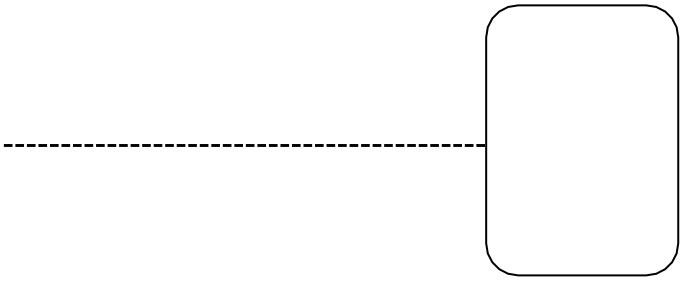
Objetivo de la investigación:

Relacionar el grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota-2025.

Yo……, identificado (a) con DNI N° … ....., conforme a la explicación dada por la Bach. Enf. Irigoín Vásquez Kely Azucena y la Bach. Enf. Diaz Yrigoin Emilda Yulisa; estoy de acuerdo en brindar la información que requieran las investigadoras, sabiendo que mis datos no serán revelados y la información recogida será confidencial.

La investigación es relevante, debido a que, nos permitirá obtener datos que puedan comprobar si existe la relación entre las variables de estudio: grado de soledad y nivel de dependencia funcional, de esta manera, se pueda tomar acciones inmediatas a favor de los adultos mayores.

Chota……..de ..... del 2025.



Anexo 02. Formato de instrumentos de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de Enfermería

““Grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota, 2025””

Escala para medir la soledad ESTE-R
(Rubio y Alexandre,1999, adaptado por Castillejo y Flores, 2024)

INSTRUCCIONES: La siguiente escala será utilizado sólo para términos de investigación científica, su información personal será protegida. Se le pide sinceridad en sus respuestas. Agradecemos su cooperación.

Datos generales

1. **Edad:**……años

2. **Sexo:**
   a) Masculino
   b) Femenino

3. **Estado civil:**
   a) Soltero(a)
   b) Casado(a)
   c) Conviviente
   d) Divorciado(a)
   e) Viudo(a)

4. **Grado de instrucción**
   a) Analfabeto
   b) Primaria completa
   c) Primaria incompleta
   d) Secundaria completa
   e) Secundaria incompleta
   f) Superior universitaria
   g) Superior no universitaria

5. **Recibe beneficios de algún programa social**
   a) Sí
   b) No
   Responda cuando su respuesta es sí:
   a) Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65
   b) Programa Nacional Vida Digna
   c) Programa Techo Propio

6. **Problemas de salud**

a) Ninguno
b) Diabetes
c) Hipertensión
d) Artritis
e) Artrosis
f) Osteoporosis
g) Enfermedades oculares……..
h) Pérdida de audición
i) Asma
j) Otro:……...

Lea las preguntas y marca con un aspa (X) la repuesta correcta:

En donde:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

N°	Ítems	Escala de medición				
		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Dimensión 1. Soledad familiar						
1.	Me siento solo	1	2	3	4	5
2.	¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?	1	2	3	4	5
3.	Me siento solo cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5
4.	Mi familia se preocupa por mí	5	4	3	2	1
5.	Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	1	2	3	4	5
6.	Realmente me preocupo por mi familia	5	4	3	2	1
7.	Siento que pertenezco a mi familia	5	4	3	2	1
8.	Me siento cercano a mi familia	5	4	3	2	1
9.	Me encuentro a gusto con la gente	5	4	3	2	1
10.	Me siento aislado	1	2	3	4	5
11.	¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que real mente te comprende?	5	4	3	2	1
12.	Siento que mi familia es importante para mí	5	4	3	2	1
13.	Siento que soy importante para la gente	5	4	3	2	1
Dimensión 2. Soledad conyugal						
14	¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?	5	4	3	2	1

15.	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	5	4	3	2	1
16	Siento que estoy enamorado de alguien que me am a	5	4	3	2	1
17	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	5	4	3	2	1
18	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	5	4	3	2	1
Dimensión 3. Soledad social						
19	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos	1	2	3	4	5
20	Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	5	4	3	2	1
21	Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo	5	4	3	2	1
22	Me gusta la gente con la que salgo	5	4	3	2	1
23	Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda	5	4	3	2	1
24	Me siento satisfecho con los amigos que tengo	5	4	3	2	1
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	5	4	3	2	1
Dimensión 4. Crisis de adaptación						
26	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	1	2	3	4	5
27	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4	5
28	Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5
29	Siento que no soy popular	1	2	3	4	5
30	Siento que a medida que me voy haciendo mayor s e ponen las cosas peor para mí	1	2	3	4	5
31	Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes	1	2	3	4	5
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil	1	2	3	4	5
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vi vida	1	2	3	4	5
34	Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5

Anexo 03. Formato de instrumentos de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

"Grado de soledad y nivel de dependencia funcional en adultos mayores del Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota, 2025"

Índice de dependencia funcional de Barthel
(Mahoney y Barthel, 1955, modificado por Granger, 1979)

INSTRUCCIONES: La siguiente escala será utilizado sólo para términos de investigación científica, su información personal será protegida. Se le solicita sinceridad en sus respuestas. Agradecemos su cooperación.

Lea las preguntas y marca con un aspa (X) la repuesta correcta:

- **0-20=dependencia total** - **21-60=dependencia severa** - **61-90=dependencia moderada** - **91-99=dependencia escasa** - **100=independencia**	**Independencia**	**Con ayuda**	**Dependencia**
Índice de autocuidado			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control de orina	10	5	0
9. Control de heces	10	5	0

Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. .Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

Gracias por participar

Anexo 4. Análisis de fiabilidad

Escala para medir la soledad ESTE-R

Global

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	N
0,861*	0,779 – 0,923	34	30

***** Buena fiabilidad (α > 0,80).

Dimensión 1: Soledad familiar (ítem 1 a 13)

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	N
0,712*	0,534 – 0,843	13	30

***** Fiabilidad aceptable (α > 0,70).

Dimensión 2: Soledad conyugal (ítem 14 a 18)

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	N
0,819*	0,691 – 0,904	5	30

***** Buena fiabilidad (α > 0,80).

Dimensión 3: Soledad social (ítem 19 a 25)

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	N
0,702*	0,504 – 0,840	7	30

***** Fiabilidad aceptable (α > 0,70).

Dimensión 4: Crisis de adaptación (ítem 26 a 34)

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	n
0,718*	0,537 – 0,847	9	30

***** Fiabilidad aceptable (α > 0,70).

Índice de dependencia funcional de Barthel

Global

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	n
0,908*	0,852 – 0,950	14	30

***** Buena fiabilidad (α > 0,80).