



*“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”*

C.O. N° 021-2025-UI-FCCSS

Chota, 05 de marzo del 2025.

## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

El que suscribe, Jefe 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: **“CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE MAMABAMBA, CUTERVO 2024”** elaborado por la **Bachiller en Enfermería: Ruth Stanny Gonzáles Cueva**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 19%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

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

Atentamente,



*[Signature]*  
DR. HERNÁN TAFUR CORONEL  
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA



**Unidad de Investigación**  
**Facultad en Ciencias de la**  
**Salud**  
**UNACH**

C.c.  
Archivo  
Ch2025




# 19% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

## Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 1%  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

19%  Fuentes de Internet

1%  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	9%
2	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	2%
3	Internet	repositorio.unc.edu.pe	1%
4	Internet	hdl.handle.net	1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Internet	tesis.usat.edu.pe	<1%
7	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
8	Internet	redi.unjbg.edu.pe	<1%
9	Internet	ru.dgb.unam.mx	<1%
10	Internet	repositorio.autonomaedica.edu.pe	<1%
11	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%

12	Internet	repositorio.upp.edu.pe	<1%
13	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
14	Internet	zagan.unizar.es	<1%
15	Internet	salamancartvaldia.es	<1%
16	Internet	es.slideshare.net	<1%
17	Internet	www.clubensayos.com	<1%
18	Internet	repositorio.unsa.edu.pe	<1%
19	Internet	repositorio.upse.edu.ec	<1%
20	Internet	www.coursehero.com	<1%
21	Publicación	"Toolkit for Counseling Spanish-Speaking Clients", Springer Science and Business ...	<1%
22	Internet	www.slideshare.net	<1%
23	Internet	repositorio.uch.edu.pe	<1%
24	Internet	es.scribd.com	<1%
25	Internet	hogaressantaelena.blogspot.com	<1%
26	Internet	repositorio.uap.edu.pe	<1%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE MAMABAMBA,  
CUTERVO 2024**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA**

**BACH. ENF. RUTH STANNY GONZÁLES CUEVA**

**ASESOR**

**DR. HERRERA ORTIZ JOSÉ UBERLI**

**CHOTA – PERÚ**

**2025**



## Acta de sustentación: Informe final de tesis

Siendo las 10 horas del día 25 de FEBRERO 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 Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga, el secretario Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca y como vocal Dr. Salomón Huaman Quiña, como asesor de Tesis el (la) Dr. José Uberli Herrera Ortiz.

De acuerdo al 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 la Tesis "Calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Mamabamba, Cutervo 2024" presentado por el (la/los/las) bachiller (es) Ruth Stanny Gonzáles Cueva y  de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó aprobar la Tesis con Mención Honorosa con la calificación de 15; por lo tanto el(los) bachiller(es) puede proseguir con trámites posteriores.


En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:30 del 25 de FEBRERO del 2025.

DOCENTE	FIRMA
<b>Presidente Jurado evaluador:</b> - Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga	
<b>Secretario Jurado evaluador:</b> - Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca	
<b>Vocal Jurado evaluador:</b> - Dr. Salomón Huaman Quiña	
<b>Asesor de Tesis:</b> - Dr. José Uberli Herrera Ortiz	





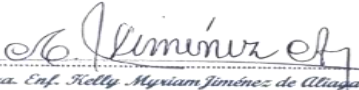
## COMITÉ CIENTÍFICO



Mg. José Uberli Herrera Ortiz  
LIC. ENFERMERÍA  
C.E.P. 70953

Dr. José Uberli Herrera Ortiz

**Asesor**



Dra. Enf. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga  
CEP N°10235

Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga

**Presidente Comité Científico**



Dr. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca  
CEP N° 27068  
DOCENTE - UNACH

Dra. Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

**Miembro Comité Científico**



SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA  
C.E.P. 27819 CEE. 11060  
PROFESOR DE PRACTICA

Dr. Salomón Huamán Quiña

**Miembro Comité Científico**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la oportunidad de seguir creciendo como persona y darme la fuerza necesaria para seguir con mi vida y realizar mis metas.

A mis padres Nórbil Gonzáles Flores y Doris Cueva Navarro, por haberme proporcionado mi educación y lecciones de vida, por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, y que en esta vida nadie regala nada, por cada día hacerme ver la vida de forma diferente y confiar en mis decisiones.

Con profunda estima y reconocimiento extiendo mi más sincera gratitud hacia mi asesor el Dr. José Uberli Herrera Ortiz quien fue guía indispensable para la dirección y enriquecimiento de esta investigación.

Muy agradecida por este nuevo triunfo que a pesar de las dificultades no me he rendido, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en mí y en la realización de esta tesis.



**A:**

Dios padre todo poderoso, a mis padres y hermanos que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser una profesional a pesar de las dificultades que tuve en el trascurso de mi vida y me alentaron a no rendirme.

**Ruth Stanny**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	10
2.3. Definición de términos básicos	18
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Ámbito de estudio	20
3.2. Diseño de investigación	21
3.3. Hipótesis	21
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	21
3.5. Operacionalización de las variables	23
3.6. Descripción de la metodología	24
3.7. Procedimiento y análisis de datos	27
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	27
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	29
4.2. Calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	32
4.3. Soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	35
4.4. Relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	38
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	
	53

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b>	Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	29
<b>Tabla 2.</b>	Calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	32
<b>Tabla 3.</b>	Soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	35
<b>Tabla 4.</b>	Relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	38

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto mayor
CV	: Calidad de vida
CVRS	: Calidad de vida relacionada con la salud
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
SS	: Soledad

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024. Investigación de enfoque cuantitativo, no experimental, de nivel relacional y transversal, realizado en 100 adultos mayores pertenecientes al Puesto de Salud de Mamabamba. La técnica empleada fue la encuesta, y los instrumentos la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida y la Escala de Soledad ESTE-R. Los adultos mayores partícipes del estudio, en su mayoría tenían entre 60 y 69 años (42%), mujeres (54,0%) e iletrados (48%). Respecto a la calidad de vida, el 66,0% de los adultos mayores tenían calidad de vida baja; en cuanto a la soledad, el 67,0% tuvo nivel medio de soledad. Al relacionar la soledad y la calidad de vida en el adulto mayor, el 76,5% con nivel de soledad media presentaron calidad de vida media; mientras que, el 62% con soledad media tuvo calidad de vida baja. Concluye que no existe relación significativa entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores mediante la prueba estadística Rho Spearman, cuyo p - valor fue 0,034.

**Palabras clave:** Calidad de vida, soledad, adulto mayor.

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to determine the relationship between quality of life and loneliness in older adults treated at the Mamabamba Health Post, Cutervo 2024. Research with a quantitative, non-experimental, relational and transversal approach, carried out on 100 older adults. belonging to the Mamabamba Health Post. The technique used was the survey, and the instruments were the WHOQOL-BREF quality of life scale and the ESTE-R Loneliness Scale. The older adults participating in the study were mostly between 60 and 69 years old (42%), women (54.0%) and illiterate (48%). Regarding quality of life, 66.0% of older adults had low quality of life; Regarding loneliness, 67.0% had a medium level of loneliness. When relating loneliness and quality of life in older adults, 76.5% with an average level of loneliness presented average quality of life; while, 62% with average loneliness had low quality of life. It concludes that there is a significant relationship between quality of life and loneliness in older adults using the Rho Spearman statistical test, whose p - value was 0.034.

**Keywords:** Quality of life, loneliness, older adults.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Es una realidad que la población adulta mayor en los últimos años ha crecido exponencialmente en cantidad y diversidad, algunos se encuentran acompañados por sus nietos o pareja y otros tantos viven solos, lo que permite abordarlos desde las perspectivas del envejecimiento individual, referido al envejecimiento cronológico asociado con la edad y lo biopsicosocial, es decir con lo que cada persona trae consigo (saberes pasados, experiencias, actitudes, estilos de vida, vivencias, etc.) [1].

Asimismo, la transición demográfica se caracteriza por menores tasas de morbimortalidad y la mejora en los servicios de salud, dando como resultado el incremento en la esperanza de vida [1]; pues de acuerdo al informe “envejecimiento y salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para fines de la primera mitad del siglo XXI la población mayor de 60 años alcanzará los 2 mil millones, duplicándose respecto al 2018 [2]; situación que también afecta al Perú, donde se estima que actualmente los adultos mayores constituyen el 13% de la población peruana. Además, es sabido que el envejecimiento implica cambios biopsicosociales que se asocian al bienestar y a la calidad de vida del adulto mayor (AM) [3].

Por tanto, la calidad de vida (CV) está directamente vinculada con las condiciones en las que viven los individuos, mismas que contribuyen a satisfacer sus necesidades individuales y colectivas; es así como la OMS refiere que, la CV es la percepción que una persona tiene respecto a su existencia, cultura y sistema de valores, y el vínculo que estos tienen con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes o modos de vida [4].

Por otro lado, la CV es un concepto multidimensional que se encuentra asociado a los aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, además de las relaciones que los individuos establecen con su entorno [5]; es decir, es una noción eminentemente humana que se encuentra vinculada al nivel de satisfacción física, emocional, afectiva, social, y al sentido y perspectiva que se tiene de la vida [6].



Además, la CV no solo debe ser percibida como el hecho de vivir más tiempo, sino que incluye los años vividos en las mejores condiciones, donde sus capacidades funcionales, el nivel de independencia biopsicosocial, sus expectativas individuales, la ausencia de enfermedades y dolencias, etc., les permite a los adultos mayores (AM) desenvolverse y desarrollarse con la menor cantidad de limitaciones [7].

Las evidencias científicas indican que la CV percibida por los adultos mayores se vincula con su salud biopsicosocial, donde la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) [8], las funciones cognitivas [9, 10], el bienestar, la satisfacción [11] y los aspectos psicológicos como la soledad determinan la CV del individuo [12].

En este sentido, la soledad es uno de los mayores problemas sociales que tienen y tendrán que afrontar los sistemas sanitarios, dado que afecta en mayor medida a los adultos mayores con interrupciones familiares y abandonados familiarmente. Esto genera entre ellos una actitud negativa hacia la vida, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, desesperanza, etc. [10].

La soledad (SS) está vinculada directamente con la CV percibida por la persona; definiéndose esta como el desequilibrio entre el deseo (realidad subjetiva) y lo que realmente se percibe sobre las interacciones sociales que establece una persona con su entorno [13]; es decir, es la percepción subjetiva, definida como el sentimiento negativo que se presenta al momento en que una necesidad social no es percibida como satisfecha; por tanto, no está vinculada al número de relaciones sociales personales, sino a la calidad de las mismas [14].

Al mismo tiempo, se ha logrado identificar que la soledad afecta negativamente la CV de los adultos mayores, tal como lo plantean González-Celis, et al. [15], donde encontraron que a mayor soledad menor calidad de vida del AM; o Roland H, et al. [16], quienes afirman que la falta de conexión social de los adultos mayores reduce su calidad de vida; además, Gao Q, et al. [17], afirma que la soledad, según el contexto cultural donde se presente aumenta el riesgo de mortalidad del AM.

Asimismo, la soledad se acentúa más en los AM, pues los sentimientos que produce se agravan con la presencia de condicionantes negativos como: pérdidas de familiares o parientes, enfermedades crónicas y dolorosas, reducción de su

círculo social, dependencia física y emocional, abandono familiar, jubilación, etc., lo que les lleva a aislarse y a no encontrarle sentido a su vida [18]; más aún en el actual contexto de emergencia sanitaria por la COVID-19, en la que los AM vienen siendo la población más afectada [19].

En este contexto, es esencial promover el “buen envejecer”, pues hasta la fecha el constructo “envejecimiento = viejo” se ha utilizado socialmente como algo peyorativo; pero tampoco el buen envejecer debe ser visto como un envejecimiento sin enfermedades, sino como aquel proceso donde interactúan las morbilidades propias de esta etapa y el envejecer como parte del proceso natural [20].

Por ello, la OMS en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud de 2017, considera que el envejecer saludable implica el mantenimiento y fomento de las capacidades funcionales del AM a fin de lograr un bienestar en la vejez. Por tanto, el envejecimiento no es envejecer sin morbilidades, sino el tener la capacidad de ser independiente (realizar actividades cotidianas) por el mayor tiempo posible [21].

Asimismo, la estrategia “Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)”, planteada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS en el 2020 busca lograr y apoyar intervenciones que permitan construir una sociedad para todas las edades, donde se promueva el envejecer activo y saludable en toda la región. Esto implica, estimular políticas públicas del buen envejecer, generar espacios amigables a todos los AM, impulsar sistemas sanitarios más empáticos con los requerimientos de salud de los AM, y buscar la equidad en salud, enfatizando poblaciones vulnerables [22].

Por otro lado, el estado peruano en sus tres niveles de gobierno ha venido implementado estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores; esto desde sus diferentes dimensiones, incluida la mental, donde la soledad se ha convertido en uno de los sentimientos más negativos percibidos por los adultos mayores, especialmente en el escenario de pandemia por la COVID-19 [23], donde miles de AM no han podido acceder de forma oportuna a los servicios de salud, se han tenido que separar de sus familiares, han sufrido la muerte de su

conyugue, o viven bajo incertidumbre y temor constante de infectarse con el SARS-CoV-2, afectando sus relaciones sociales con familiares o amigos.

Finalmente, en la región Cajamarca y particularmente en la provincia de Cutervo, más aún en el Puesto de Salud de Mamabamba no se reportan estudios que evidencien de manera precisa la relación entre CV y SS en el AM; por ello, resultó importante realizar la presente investigación, para responder a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024?; hipótesis: H1: Existe relación estadística significativa entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024. Tuvo como objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024; los objetivos específicos planteados, fueron: Caracterizar a los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024; Estimar la calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024 y Estimar la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024.

Los resultados encontrados evidencian que la mayor proporción de adultos mayores en estudio fueron mujeres (54,0%), de 60 a 69 años (42%) e iletrados (48%); el 66,0% de tuvieron CV baja; el 67,0% de tuvo soledad media; y existió relación significativa entre soledad y calidad de vida a través de la prueba estadística Rho Spearman, cuyo p - valor fue de 0,034.

La investigación está estructurada en cinco capítulos: Capítulo I: Introducción, respecto a soledad y calidad de vida del AM en todo los contextos; Capítulo II: Marco teórico (antecedentes del estudio, bases conceptuales y definición de términos básicos); Capítulo III: Marco metodológico, que comprende ámbito y diseño de investigación, hipótesis, población, muestra y unidad de análisis, operacionalización de variables, metodología, procesamiento, análisis de datos y

aspectos éticos y rigor científico; Capítulo IV: Los resultados y la discusión; Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

Gao Q, et al. (China, 2021), realizaron el estudio “Soledad entre adultos mayores en América Latina, China e India: prevalencia, correlatos y asociación con la mortalidad”, con el objetivo de “explorar la prevalencia de la soledad autoinformada e investigar si la soledad predice la mortalidad entre los adultos mayores”; estudio descriptivo simple y transversal, desarrollado con 16, 685 adultos mayores de 65 años. Resultados: la Soledad en América Latina fue de 32,4%, India 18,3%, y en China 3,8%; además se encontró una asociación entre mortalidad y soledad en América Latina. Concluyeron que la soledad debe ser considerada como una parte de las dimensiones que afectan la salud pública y la calidad de vida de los AM [17].

Sayin K y Karaman E (Turquía, 2021) en su estudio “Vida en confinamiento: Aislamiento social, soledad y calidad de vida en los adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: Una revisión de alcance”, cuyo objetivo fue “Evaluar el aislamiento social, la soledad y la calidad de vida de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19 y mapear sugerencias para revelar y mejorar la situación actual”; investigación de revisión sistemática, ejecutada con siete estudios seleccionados mediante el método PRISMA. Concluyeron que para evitar sentimientos de soledad y aislamiento es necesario, aprovechar las oportunidades tecnológicas, emplear terapias cognitivo conductuales y estrategias de interacción personal [24].

Zafar J, et al. (Pakistán, 2021) en el estudio “La soledad puede mediar en la relación entre la depresión y la calidad de vida de los ancianos con deterioro cognitivo leve”, cuyo objetivo fue “Explorar el papel mediador prospectivo de la soledad en la relación entre la depresión y la calidad de vida en ancianos”; estudio observacional y trasversal, desarrollado con 170 AM. Resultados: 85,3% mostraron soledad entre moderada y alta, la depresión se vinculó a la soledad y mala calidad de vida, entre estas dos últimas variable también se encontró asociación significativa. Concluyeron que los AM participantes

tuvieron mayor soledad y calidad de vida inadecuada; los hombres fueron más tendientes a presentar soledad [25].

Tan SS, et al. (Europa, 2021) desarrollaron el estudio “Asociación entre la soledad y la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) entre los ciudadanos mayores que viven en la comunidad”, con el objetivo de “Evaluar la asociación entre la soledad y la calidad de vida relacionada con la salud entre ciudadanos mayores que viven en la comunidad en cinco países europeos”; investigación observacional y transversal realizado con 2169 AM, a quienes se les aplicó la escala de soledad de De Jong Gierveld y la HR-QoL de salud corta. Resultados: la media de edad fue de 79,6 años, 56% de AM vivían solos (29% = emocional y 27% = social); los que fueron considerados solos mostraron una HR-QoL más baja; la soledad emocional y social se relacionó con una CVRS física y mental más baja. Concluyeron que, la soledad requiere de políticas y prácticas de atención más efectivas que en el pasado que ayuden a mejorar la CVRS [26].

Çam C, et al. (Turquía, 2021), en el trabajo “Calidad de vida de las personas mayores en zonas rurales de Turquía y su relación con la soledad y características sociodemográficas”, se plantearon como objetivo “Examinar las relaciones entre la soledad, la calidad de vida y los factores que pueden estar relacionados con la calidad de vida en personas  $\geq 65$  años que viven en áreas rurales de Turquía”. Investigación relacional, no observacional y transversal, realizada con 427 participantes, a quienes se les aplicó el WHOQOL OLD) y la Escala de Soledad para los Ancianos (LSE). Resultados: “el género, estado civil, nivel de educación, estado de ingresos familiares, estado de salud, arreglo de vivienda y nivel de soledad fueron predictores de calidad de la salud”; la soledad tuvo el impacto negativo más fuerte sobre la CV. Concluyeron que la soledad predice la CV; acciones específicas para disminuir la soledad incrementarían la CV del AM [27].

Gutiérrez JM y Ramírez NX (Perú, 2022) en el estudio “Nivel de soledad social y calidad de vida en adultos mayores de la Asociación Virgen de Fátima, Paucarpata - Arequipa 2021”, se plantearon “Establecer la relación entre el

nivel de soledad social y calidad de vida en adultos mayores”; estudio relacional de corte transaccional, desarrollado con 30 adultos mayores. Resultados: 56,7% de la muestra tuvieron entre 71 y 80 años; 66,7% fueron mujeres; 33,3% casados y 26,7% viudos; 70% independientes; 66,3% laboraron por más de 30 años; 80% dependen económicamente de sus familiares; 43,3% mostraron soledad media, 36,7% alta y 20% baja; 80% calidad de vida regular y 20% alta. Conclusión: no existe asociación entre CV y soledad en los AM evaluados [28].

Chávez KM. (Perú, 2021) en el estudio “Influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna - 2020”, busco “determinar la influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores; investigación de nivel relacional, transversal, ejecutada con 21 adultos mayores. Resultados: 66,8% de los participantes fueron varones, 52,4% tenían de 90 a más años, 33,3% solteros, 32% viudos, 42,9% tuvieron educación primaria, 71,4% profesaban la religión católica, 38% indicaron escuchar música en sus tiempos libres; 19% evidenció soledad baja, 52,2% media y 28,8% alta; 4,8% mostró CV baja y 85,7% CV media. Concluyó que no existe asociación entre variables estudiadas [29].

Flores KR y Ramos AM. (Perú, 2021), estudiaron “Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor CIAM Municipalidad de Mariano Melgar 2021”, su objetivo fue determinar el nivel de soledad del adulto mayor. La metodología fue de diseño no experimental, nivel descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal. Los resultados muestran que el 70% tuvo nivel de soledad media, el 29% nivel de soledad alta y solo el 1% nivel de soledad baja. Concluyen que el nivel de soledad del adulto mayor del centro integral adulto fue medio [30].

Vargas KS y Lázaro KP. (Perú, 2020), realizaron la investigación “Calidad de vida en adultos mayores del Centro Integral de Atención al adulto mayor de la municipalidad de San Juan de Miraflores, Lima – 2019”, con el objetivo de “determinar la calidad de vida en los adultos mayores”; estudio cuantitativo,



de nivel descriptivo y corte transversal, ejecutado con 30 adultos mayores. Resultados: 60% de los participantes tuvieron CV general media, según la dimensión capacidad intrínseca: 50% tuvieron salud física regular, al igual que 66,7% en psicológica y 36,7% en espiritualidad; mientras que en la dimensión capacidad funcional: 46,7% presentaron relaciones sociales regulares, al igual que 70% en ambiente y 60% en niveles de independencia. Concluyeron que la calidad de vida de los participantes fue regular en el total de las dimensiones estudiadas [31].

Miyasato KM y Montoya CE. (Cajamarca, 2020), investigaron “Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un Centro Integral del Adulto Mayor de Cajamarca, 2019”, su objetivo fue determinar la diferencia de soledad según sexo en adultos mayores; investigación cuantitativa, no experimental y de diseño descriptivo-comparativo, la muestra fue de 50 adultos mayores. Se encontró que el 46,0% tuvo sentimientos de soledad de nivel promedio, el 36,0% bajo y el 18,0% alto. Concluye que no existen diferencias significativas de soledad, en cuanto al sexo [32].

Marchán YF y Leiva ER. (Chota, 2024), estudiaron “Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Yuracyacu – Chota, 2023”, su objetivo fue establecer la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida en adultos mayores; fue un estudio cuantitativo, nivel relacional, diseño observacional y trasversal, realizado en 86 adultos mayores. Los resultados evidencian que las características sociodemográficas frecuentes, fueron el 43% tuvieron de 70 a 79 años, 67,4% mujeres y 51,2% estudios de primaria. El 55,8% presentó abandono familiar medio de manera general; por dimensiones: el 59,3% tuvieron abandono material medio; mientras que, el 57,0% presentó abandono moral alto; en cuanto a la CV, el 55,8% presentó calidad de vida media. Al relacionar las variables, se encontró que el 79,2% de los adultos mayores que tuvieron abandono familiar medio también tenían CV baja. Concluyen que existe relación entre el abandono familiar y la calidad de vida, cuyo p-valor fue 0,002 [33].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas**

#### **Teoría del cuidado de Dorotea Orem**

Orem [34] en su “modelo general del déficit del autocuidado”, plantea que el cuidado que se brinda o realiza a toda persona sana o enferma, incluye la integración de tres postulados teóricos, el autocuidado, déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería; estos en conjunto guían el actuar del enfermero durante el proceso de cuidar, brindando cuidados integrales de salud a nivel personal, familiar y colectivo [34].

Orem considera que el autocuidado es una respuesta adaptativa del individuo a los estímulos, mecanismos de adaptación y modos de vida, donde los estímulos son percepciones temporales, internas, externas o contextuales que la persona tiene sobre su estado de salud y que generan mecanismos de adaptación de tipo fisiológicos (regulación neuroendocrina), psicológicos (reacción perceptiva emocional de la enfermedad) [34].

Estos mecanismos de adaptación ayudan a entender los modos de vida del individuo, revelando el rol que cumple en la sociedad, como es su autoconcepto y su relación de interdependencia con los demás. La respuesta positiva a este proceso se denomina autocuidado; ahora, si durante el mismo se presenta alguna disrupción desadaptativa, se presentará el déficit de autocuidado [34].

Según Orem, el autocuidado es la capacidad que tiene la persona para “cuidar de sí mismo”, utilizando para ello herramientas de salud preventivo/promocionales, recuperativas y paliativas que promuevan su estado de salud, por medio de la adquisición de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que le permitan lograr una mejor calidad de vida [34].

Por tanto, el profesional de enfermería debe ser capaz de identificar y promover en el adulto mayor cuidados y autocuidados integrales, que

permitan un abordaje óptimo de los sentimientos de soledad que ellos perciben; esto mediante actividades de reinserción social, pasatiempos, actividades productivas, activos física e intelectualmente, actividades lúdico-recreativas, etc.; mejorando su capacidad para “cuidarse a sí mismo” y, por tanto, su calidad de vida.

La presenta investigación planteó que los AM que tienen soledad necesitan de cuidados por parte del personal de salud y sus familiares, pero además de aprender a cuidarse por sí mismos, a fin de impedir alguna afectación en su CV; por tanto, se requiere determinar la calidad de vida y la SS en los adultos mayores del Puesto de Salud de Mamabamba en la provincia de Cutervo.

## **2.2.2. Calidad de vida en el adulto mayor**

### **A. Definición de la calidad de vida**

La calidad de vida es la percepción que una persona tiene respecto a su existencia, cultura y sistema de valores, y el vínculo que estos tienen con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes o modos de vida [4].

Es un concepto multidimensional que se encuentra asociado a los aspectos físicos, psicológico, sociales, espirituales, además de las relaciones que los individuos establecen con su entorno [5]; es decir, es una noción eminentemente humana que se encuentra vinculada al nivel de satisfacción física, emocional, afectiva, social, y al sentido y perspectiva que se tiene de la vida [6].

### **B. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

Autopercepción sobre el estado de salud que tiene una persona, lo que implica tener en cuenta sus condiciones biopsicosociales y la satisfacción que percibe sobre su entorno [35].

LA CVRS, está vinculada a los determinantes sociales de la salud, los cuales incrementan los factores de riesgo y determinan la aparición de estados mórbidos que en el corto o largo plazo afectarán la CV física, psicológica, espiritual, de relaciones sociales y de independencia que tiene el individuo para desempeñarse de manera autónoma [36].

La CVRS en los AM está determinada por variables como el sexo, la percepción que tienen sobre su salud, el grado de libertad para la toma de decisiones, la autonomía para realizar sus actividades cotidianas y sentimientos negativos como la soledad [37].

### **C. Características de la calidad de vida**

La CV está determinada por las siguientes características:

- a. Concepto subjetivo:** Todo individuo tiene su propio concepto de vida y calidad de vida [38].
- b. Concepto universal:** Es inherente a toda persona y cultura, independientemente de sus formas de pensar y sus modos de vida [38].
- c. Concepto holístico:** Es de abordaje biopsicosocial de lo percibido por la persona en relación con “lo vivido”; es decir considera al ser humano como un todo [38].
- d. Concepto dinámico:** La CV no es permanente, sino que está se va percibiendo de acuerdo con las condiciones biopsicosociales que presenta el individuo en un momento dado [38].
- e. Interdependencia:** Las dimensiones de la CV están vinculados entre sí, de tal manera que, ante la alteración de la salud física, esta repercute en la salud psicológica y las relaciones sociales del propio individuo [38].

## **D. Dimensiones de la calidad de vida**

La calidad de vida por su misma complejidad tiene diversas formas de ser valorada, en el presente estudio para poder identificar y estimar la calidad de vida se hará uso de las siguientes dimensiones [4, 39]:

### **a. Salud física**

Está determinada por el bienestar del cuerpo y el correcto funcionamiento del organismo, donde la correcta condición general del individuo se evidencia por el buen estado físico y la ausencia de dolencia o enfermedad [4, 39]. En este sentido problemas de enfermedad o dolor físico pueden provocar sentimientos de aislamiento social y soledad, en especial en las personas adultas mayores.

### **b. Salud psicológica**

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias habilidades, es capaz de afrontar las tensiones normales del día a día, tiene un desempeño laboral apropiado y contribuye propositivamente con su comunidad [4, 39]. Al respecto el adulto mayor es más sensible a desarrollar problemas psicológicos que se pueden traducir en soledad y alterar su CV.

### **c. Relaciones sociales**

Interacciones sociales que se establecen entre individuos, las mismas que se encuentran reguladas por normas y protocolos aceptados socialmente, donde cada persona cumple una función o rol de acuerdo al contexto social donde se encuentre [4, 39]. El componente social es fundamental para que el adulto mayor tenga un vínculo socio-afectivo con sus redes sociales, por tanto, si estas se ven alteradas aumentaría el riesgo de soledad, dando origen a una percepción baja sobre su calidad de vida.

#### **d. Ambiente**

Es el entorno que puede beneficiar o afectar las condiciones en las que vive la persona o la sociedad, incluye sus valores, experiencia, cultura y hasta los modos de vida; por tanto, no solo tiene que ver con el espacio físico en el que interactúa la persona, sino también las relaciones que se establecen entre ellos.

#### **E. Niveles de calidad de vida**

El presente estudio organiza la CV en tres niveles, baja, media y alta [4, 39]:

##### **a) Calidad de vida baja**

Percepción de frustración que experimenta el individuo, en relación a la correcta satisfacción de sus necesidades, ocasionando condiciones que distorsionan la salud y que se pueden evidenciar con problemas físicos, sociales y mentales, que repercuten en la CVRS [4, 39].

Asimismo, la CV baja está vinculada a la ausencia del sentido de vida o carencia de aspiraciones para lograr la plena realización que experimenta la persona, dando origen a insatisfacción y sensación de fracaso [39].

##### **b) Calidad de vida media**

Es la valoración “parcialmente aceptable” que evidencia una persona respecto a su salud biopsicosocial y de ambiente, teniendo en cuenta la satisfacción de sus necesidades percibidas [4, 39].

##### **c) Calidad de vida alta**

Referida al “completo bienestar biopsicosocial” percibido por la persona sobre su modo de vida, y las altas expectativas y aspiraciones que tiene a futuro; asimismo, se vincula al alto nivel de satisfacción y autovaloración que logra el individuo [4, 39].

### **2.2.3. Soledad en el adulto mayor**

#### **A. Definición de la soledad**

Dificultad que tiene el individuo para expresar sus sentimientos y opiniones, la cual se evidencia por aislamiento o confinamiento social, y falta de contacto físico y emocional con los demás; es decir, es la percepción de “falta de compañía, o estar o sentirse solo” [13].

La soledad es percibida cuando la persona vive sin acompañamiento de otra; siempre está vinculada a la decisión del individuo, aislamiento familiar en contra de su voluntad, carencia de sentido de la vida, pérdida conyugal, patologías infectocontagiosas, crónicas o terminales, trastornos psiconeurológicos, dolor crónico, etc. [14].

#### **B. Dimensiones de la soledad**

##### **a) Soledad familiar**

Referida al vínculo establecido con la familia, el cual se va construyendo desde el nacimiento (apego precoz) y fortaleciendo por medio de relaciones satisfactorias entre sus integrantes, estas relaciones les brindan seguridad e identidad familiar; además son una fuente de apoyo social, espiritual, moral y psicológico [40]. Por tanto, la familia es un sistema social que le da soporte integral al adulto mayor.

##### **b) Soledad conyugal**

Es la relación socioafectiva establecida con la pareja y construida a partir de las relaciones positivas o negativas de interdependencia entre ambos; lo que los lleva a percibir si son o no valorados, seguros y protegidos por sus parejas. Además, las relaciones de pareja son resultado de las interacciones que tuvo el conyugue en su familia de origen y las que resulta de los vínculos con su pareja actual [40].

##### **c) Soledad social**



Contacto que se tiene con la pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., lo que les ayuda a fortalecer su identidad, cambiar paradigmas o modificar estilos de vida. Además, le permite a la persona intercambiar ideas, sentirse valorado, escuchado y con un rol en la sociedad [40].

**d) Crisis de adaptación o soledad existencial**

Es el cómo se percibe a sí mismo, esto le ayuda a adaptarse y afrontar satisfactoriamente cambios o nuevas situaciones. Está vinculada con la autoestima, creencias, hábitos y modos de vida que practica la persona [40]. Los adultos mayores son una población muy frágil que frecuentemente tiene cambios conductuales y comportamentales que le pueden generar problemas vivenciales que le arrastran a una crisis existencial, producto de la incapacidad para afrontar su nueva condición.

**C. Factores causales de la soledad**

La soledad en los AM es resultante de la interacción entre diferentes factores:

**a) Crisis asociadas al envejecimiento**

La limitación física, la falta de autonomía, las enfermedades y dolencias frecuentes y la disminución de las capacidades intelectuales y funcionales, generan crisis que pueden llevar al adulto mayor a experimentar soledad [41].

**b) La crisis de identidad**

Esta puede ser resultado de diversas pérdidas que ha sufrido el adulto mayor en los últimos años, lo que puede deteriorar su autoestima y provocar sentimientos de soledad [41].

**c) La crisis de autonomía**

Dada por el déficit funcional y de las capacidades cognitivas que impiden que el adulto mayor se desempeñe satisfactoriamente en sus actividades cotidianas [41].

**d) La crisis de pertenencia**

Experimentada por la pérdida de roles y el distanciamiento de sus redes de apoyo social, afectando su vida social y su calidad de vida [41].

**D. Eventos asociados a la soledad en el adulto mayor**

El adulto mayor pasa por experiencias duras que suponen una ruptura con la vida anterior; vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales:

**a) Síndrome del nido vacío:** Evento trascendental en la vida del adulto mayor, caracterizado por la salida e independización de los hijos del hogar, lo que genera un deterioro emocional de las relaciones padre-hijo y origina sentimientos de soledad, esto se agudiza sobre todo cuando los hijos incumplen su función de cuidar y proteger a sus padres ante la enfermedad y la vejez [42].

**b) Relaciones familiares pobres:** Evento que lleva a la familia, y en especial al adulto mayor a un deterioro en su calidad de vida, a causa de una inadecuada calidad de las relaciones que este tiene con sus hijos, lo que les genera incertidumbre, frustración y soledad [42].

**c) Muerte del cónyuge:** La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en los AM; pues este se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, causando muchas veces un afrontamiento inadecuado, traduciéndose en sentimientos de soledad [42].

- d) **Salida del mercado laboral:** La jubilación laboral que experimenta el adulto mayor trae consigo problemas de tipo económico, pérdida de contacto con los compañeros de trabajo, las actividades de ocio amical, etc., limitando las relaciones sociales y aumentando en riesgo de aislamiento social [42].
- e) **Falta de actividades placenteras:** La realización de actividades lúdicas y recreativas permite llenar el espacio de tiempo que tiene el adulto mayor tras su jubilación, por ello organizar sus tiempos libres y destinarlo a este tipo de actividades incrementará el nivel de satisfacción del AM, mejorará su estado emocional y limitará la aparición de soledad [42].

#### **E. Consecuencias de la soledad**

Las consecuencias vinculadas con la soledad en el adulto mayor incluyen: depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, aumento de la morbimortalidad, deterioro cognitivo, dificultad de descanso y sueño, etc. [43].

### **2.3. Definición de términos básicos**

- a) **Calidad de vida:** Percepción que una persona tiene respecto a su existencia, cultura y sistema de valores, y el vínculo que estos tienen con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes o modos de vida [4].
- b) **Soledad:** Dificultad que tiene el individuo para expresar sus sentimientos y opiniones, la cual se evidencia por aislamiento o confinamiento social, y falta de contacto físico y emocional con los demás; es decir, es la percepción de “falta de compañía, o estar o sentirse solo” [13].
- c) **Adulto mayor:** Persona que tiene más de 60 años en países de bajos ingresos y mayor de 65 años de edad en países de medianos y altos ingresos, también se les denomina personas de la tercera edad [44].

- d) **Salud:** Estado de completo bienestar biopsicosocial, y no solo la mera ausencia de enfermedad o dolencia [45].
  
- e) **Bienestar:** Sentimiento de satisfacción y tranquilidad de la que goza una persona, producto de una adecuada salud física, psicológica, social, espiritual, etc., es decir, es el goce del grado máximo de salud que pueda lograr una persona [46].

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

El presente estudio se realizó en la provincia de Cutervo, ubicada en la cordillera de Tarros, ecorregión del Páramo, en el centro de la región Cajamarca. La provincia se encuentra localizada a más de 2600 metros de altitud; limita por el sur con la provincia de Chota, al norte con la provincia de Jaén, al este con las provincias de Chota y Utcubamba y hacia el oeste con las provincias de Ferreñafe (Lambayeque) y Chota; su clima es entre cálido hacia los valles y frío hacia las zonas altoandinas; con una población típica de la sierra peruana cercana a los 170 mil habitantes [47]. La mayoría de la población, incluida la AM, está dedicada a las actividades agrícolas, ganaderas, y en menor proporción al comercio minoritario (compra venta de animales menores, artesanía y de derivados lácteos).

El escenario de estudio fue el Puesto de Salud de Mamabamba, establecimiento de categoría I-2. El personal de salud que labora en el establecimiento, es un licenciado y un técnico en Enfermería; tiene un horario de atención diurno de 6 horas diarias que empieza a las 8:00 horas y culmina a las 14:00 horas, dos veces por semana el personal de salud realiza guardias comunitarias que prolongan la atención extramural hasta las 17:00 horas. Esta localizado a 2037 m.s.n.m., en la zona norte del caserío de Mamabamba, a unos 5 minutos a pie del centro, junto a la institución educativa primaria y la capilla católica [48].

En promedio, se atienden 4 personas AM al día. Entre las principales necesidades de salud por las cuales acuden al Puesto de Salud los AM, se encuentran, problemas auditivos y visuales, dolores osteoarticulares, gastritis, etc., además de sentimientos de desesperanza, soledad, ansiedad. El establecimiento tuvo una población adscrita de 1362 usuarios y un total de 188 AM.



Z = Coeficiente de confianza	= 1.96
P = Proporción del fenómeno de estudio	= 0.5
Q(1-P) = Complemento de P	= 0.5
E = Error estándar	= 0.05
<b>n = 127 adultos mayores</b>	

La selección muestral de los 127 AM se realizó a través del muestreo aleatorio simple; sin embargo, al momento de la aplicación de los instrumentos solo se pudo encuestar a 100 AM, debido a que 10 no quisieron participar en el estudio, 8 no se encontraron en su domicilio y 9 no cumplieron con los criterios de inclusión. La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los AM de 60 años atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba que cumplieron con los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Pobladores AM que tuvieron una edad mayor o igual a 60 años.
- AM de ambos sexos.
- Adultos mayores que residieron en el ámbito de estudio y que recibieron atención en el P.S
- AM que vivieron solos o con sus familiares.
- AM que aceptaron formar parte de la investigación y firmaron el consentimiento informado (**Anexo 1**).

**Criterios de exclusión:**

- AM que presentaron algún grado de alteración cognitiva.
- AM con alteraciones mentales diagnosticadas y/o tenían tratamiento.
- AM que no residieron en la comunidad de Mamabamba.

### 3.5. Operacionalización de variables

#### a) Calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud Mamabamba

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Calidad de vida en el adulto mayor	Percepción que una persona tiene respecto a su existencia, cultura y sistema de valores, y el vínculo que estos tienen con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes o modos de vida [4].	Salud general	Ítems: 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Baja:</b> 26 – 69 puntos</li> <li>- <b>Media:</b> 70 – 99 puntos</li> <li>- <b>Alta:</b> 100 – 130 puntos</li> </ul>
		Salud física	Ítems: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.	
		Salud Psicológica	Ítems: 5, 6, 7, 11, 19, 26.	
		Relaciones Sociales	Ítems: 20, 21, 22.	
		Ambiente	Ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.	

#### b) Soledad en el adulto mayor del Centro de Salud Mamabamba

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Soledad en el adulto mayor	Dificultad que tiene el individuo	Soledad familiar	Ítem: 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 21 y 28	- <b>Baja:</b> 34-107 puntos



para expresar sus sentimientos y opiniones, la cual se evidencia por aislamiento o confinamiento social, y falta de contacto físico y emocional con los demás [13].	Soledad conyugal	Ítems: 3, 4, 5, 6 y 7	- <b>Media:</b> 108-122 puntos - <b>Alta:</b> 123-170 puntos
	Soledad	Ítems: 15, 16, 18, 22, 23, 24 y 25	
	Crisis de adaptación o soledad existencial	Ítem: 14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 34	

### 3.6. Descripción de la metodología

#### 3.6.1. Métodos

##### Técnica y estrategias de recolección de datos

El estudio empleó como técnica la encuesta personal y anónima, la cual fue respondida por el participante o administrada por el investigador en caso el AM era iletrado [49].

##### Procedimiento de recolección de datos

- Se solicitó al responsable del Puesto de Salud la autorización para poder realizar el estudio (**Anexo 5**); además del acceso a las historias clínicas y/o registros de atención diaria (RAD) del AM.
- Se llevó a cabo la selección muestral teniendo en cuenta los criterios de inclusión planteados.
- Con la información obtenida y con ayuda del personal de salud, líderes o autoridades comunales se diseñó un croquis para identificar los AM participantes y facilitar la recolección de datos ((Anexo 7).
- Se procedió a la aplicación de las escalas a los AM, directamente en su domicilio, buscando no interferir en sus actividades diarias y

en un ambiente donde se sentía cómodo para responder satisfactoriamente.

- Previo a la aplicación del instrumento se obtuvo el consentimiento informado.
- La estrategia que se utilizó fue leer en voz alta las preguntas de los instrumentos, de tal manera que puedan entendidas con claridad por cada AM.
- El tiempo promedio que conllevó la aplicación de los instrumentos fue entre 20 a 25 minutos.
- Del total de la muestra, 10 AM no quisieron participar en el estudio, 8 AM no se encontraron en su domicilio y 9 AM no cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.6.2. Materiales**

#### **Instrumentos de medición**

Para la recolección de datos se utilizó dos escalas tipo Likert:

1) La escala “WHOQOL-BREF (abreviada)”, se elaboró por la OMS en 1996, con el fin de valorar la calidad de vida relacionada con la salud [50, 51]; en la investigación se empleó la versión chilena validada en AM por Espinoza I, et al. [38] en el 2011, lo que ayudó a determinar la CV de los AM que fueron atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba.

Espinoza I, et al., validaron el “WHOQOL-BREF (abreviado)” (Anexo 2), por medio de un análisis factorial confirmatorio con método de extracción componentes principales, donde el total de dimensiones de la versión original no sufrió cambio alguno. La fiabilidad del WHOQOL-BREF (abreviado)” se realizó con una muestra de 1520 adultos mayores seleccionados de manera voluntaria; la consistencia interna se determinó mediante Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,88 en la escala general y 0,87 entre item-item, indicando una fiabilidad muy aceptable y la pertinencia del instrumento para su aplicación en los AM. La escala está organizada en 26 ítems; de los cuales, los dos primeros (ítem 1 y 2) miden la salud general, en tanto los 24 siguientes se

encuentran divididos en cuatro dimensiones: salud física (7 ítems = 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), salud psicológica (6 ítems = 5, 6, 7, 11, 19, 26), relaciones sociales (3 ítems = 20, 21, 22), y ambiente (8 ítems = 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) [39]. Además, cada ítem fue calificado en una escala valorativa del 1 al 5, respecto a cómo percibe su salud en los últimos 15 días.

Los puntajes de la escala WHOQOL-BREF para calidad de vida están organizados en tres categorías: baja = 26 a 69 puntos, media = 70 a 99 puntos y alta = 100 a 130 puntos. Asimismo, los ítems indirectos 3, 4 y 26 serán recodificados (1 = 5 puntos, 2 = 4 puntos, 3 = 3 puntos, 4 = 2 puntos, 5 = 1 punto) [39].

2) La Escala de Soledad ESTE-R (Anexo 3), fue diseñada por Rubio R [40], en el 2010, a fin de medir la percepción de soledad que tienen los adultos mayores en áreas como la familiar, conyugal, social y los eventos que ocasionan crisis existencial; esto permitió determinar la soledad que perciben los AM que fueron atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba.

La confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach, obteniéndose un 0,918, indicando una fiabilidad muy aceptable y la pertinencia del instrumento para ser aplicado en la población adulta mayor de 60 años

La ESTE-R está constituida por 34 ítems, organizados en cuatro dimensiones: soledad familiar (13 Ítems = 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 21 y 28), soledad conyugal (5 Ítems = 3, 4, 5, 6 y 7), soledad social (7 Ítems = 15, 16, 18, 22, 23, 24 y 25), y crisis existencial (9 Ítems = 14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 34)

La escala tiene cinco opciones de respuesta, donde: 1=Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces, 4 = A menudo y 5 = Siempre. Cabe precisar que

los ítems indirectos, fueron calificados de manera inversa una vez obtenida las respuestas de los participantes, Así:

Dimensión	Ítems indirectos	Puntaje
Soledad familiar	9, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 28	5 =Nunca, 4 = Rara vez 3 = Algunas veces 2 = A menudo 1 = Siempre
Soledad conyugal	3, 4, 5, 6, 7	
Soledad social	15, 22, 23, 24, 25	
Soledad existencial	-	

**Recursos:** Humanos (AM, investigadora y docente asesor), materiales (material de escritorio) y económicos (autofinanciado).

### 3.7. Procesamiento y análisis de datos

Luego de concluida la aplicación de los instrumentos, se codificó manualmente cada una de las variables para facilitar su ingreso en la matriz de datos elaborada en el paquete estadístico SPSS v. 26.0.

El análisis estadístico de datos se realizó mediante estadística descriptiva como frecuencia absoluta y relativa; tanto para las variables calidad de vida y soledad en el adulto mayor. El análisis relacional entre variables de estudio incluyó la prueba Rho de Spearman, con IC = 95%, y p-valor < 0,05.

Los resultados de calidad de vida y soledad en los adultos mayores, se presentan en tablas simples y de contingencia; la discusión y análisis se realizó teniendo en cuenta los porcentajes más altos y relevantes.

### 3.8. Aspectos éticos y rigor científico

En la presente investigación se aplicó los principios éticos; teniendo en cuenta el principio de beneficencia en el que se tiene la obligación de actuar en bien de los participantes, promoviendo sus intereses y suprimiendo prejuicios; el principio de dignidad humana, la cual fue respetada y protegida salvaguardando a los participantes en su dignidad e identidad; y el principio de justicia, tratando a cada uno de los AM por igual, todos los que tengan las mismas características que se requirió en el estudio, tuvieron las mismas probabilidades de ser seleccionados [52].

El rigor científico demostró la calidad con la que se realizó la investigación, por ello, se tuvo en cuenta la confidencialidad, para preservar y mantener en reserva la información proporcionada por los participantes; la credibilidad o autenticidad, requisito que consideró verdaderas a las respuestas que brindaron los participantes; la confirmabilidad, en la que los resultados de la investigación reflejaron la veracidad de los datos que brindaron los AM; y la transferibilidad o aplicabilidad, permitió transferir los resultados de la investigación a otros contextos y con características similares [52].

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
60 a 69 años	42	42,0
70 a 79 años	29	29,0
80 a más	29	29,0
<b>Sexo</b>		
Femenino	54	54,0
Masculino	46	46,0
<b>Grado de instrucción</b>		
Iletrado	48	48,0
Primaria	44	44,0
Secundaria	8	8,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala "WHOQOL-BRE sobre calidad de vida en adultos mayores

La tabla 1 muestra que la mayor proporción de adultos mayores en estudio fueron mujeres (54,0%), de 60 a 69 años (42%) e iletrados (48%).

Los resultados son concordantes con el estudio de Chávez [29], que manifiesta que el 66,8% fueron mujeres, sin embargo, fueron diferentes en cuanto al grado de instrucción, donde el 42,9% tuvieron estudios de primaria. Esto evidencia una transición demográfica gradual en el Perú, lo que resalta la necesidad de implementar políticas y prácticas de atención más efectivas y específicas para el AM. Actualmente, las políticas dirigidas a este grupo son de carácter general y vertical, lo que requiere un enfoque más adecuado y personalizado.

Se diferencia de los estudios realizados por Gutiérrez y Ramírez, quienes encontraron que el 56,7% tuvieron una edad entre 71 y 80 años y al estudio de Chávez donde manifiesta que, el 52,4% tenían de 90 a más años [28, 29]. Esta diferencia probablemente está relacionada con el contexto donde se realizó el estudio, donde la población de adultos mayores, están incrementándose masivamente.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población adulta mayor representa el 13,9%, la misma que evidencia que el envejecimiento de la población está relacionado con la disminución de nacimientos y disminución de la población de niños y jóvenes [53]. Por ello, es fundamental considerar la edad promedio de los participantes, ya que, con el envejecimiento, las personas experimentan una serie de cambios fisiológicos, físicos y psicológicos que las predisponen a afecciones y a una disminución de la capacidad funcional, lo que puede llevar a una dependencia parcial o total. Esto provoca, además, soledad y un deterioro en su calidad de vida [31].

Por otro lado, el predominio del sexo femenino en los participantes representa más de la mitad de los participantes del estudio. Al respecto, la OMS menciona que la esperanza de vida del varón en el mundo es en promedio 4,4 años menor a la mujer; puesto que, tasa de natalidad es mayor en las niñas que en los niños, lo que explica el predominio del sexo femenino en comparación de los hombres. Además, menciona que la tasa de suicidios es mayor en los varones que en mujeres [54].

Esto explica las características similares con los estudios encontrados; por ello, la calidad de vida y la soledad en el adulto mayor están estrechamente relacionados, siendo el grupo etario de mayor petición, donde los servicios de salud sean más accesibles, asequibles y adecuados a las necesidades en equipamiento y recursos humanos para promover un envejecimiento saludable y satisfactorio.

En el grado de instrucción, en la mayoría de adultos mayores se evidencia que son iletrados, debido a que son de épocas en que la educación era precaria y no era tomada en cuenta, por el contrario, priorizaban sus actividades productivas o agrícolas. Según el INEI en el año 2021, el nivel educativo sin instrucción es la más resaltante en la población AM, siendo más significativa en la zona rural y deteriora

la calidad de vida del AM, por lo que tiene menos oportunidades laborales, dificultades en la inserción social y la obtención de una pensión por jubilación [53].

Se puede destacar que las características sociodemográficas, tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil y el apoyo familiar, ejercen una influencia significativa sobre la calidad de vida del AM, como su funcionamiento cognitivo, capacidad funcional, uso de tecnologías, consumo de medicamentos y la prevalencia de complicaciones psicológicas; por ello, es necesario saber cuántos son y dónde están para que de esta manera se fortalezcan programas de acción para esta población, para mantener su autonomía y se mejore la calidad de vida [55].



#### 4.2. Calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024

**Tabla 2. Calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024**

Calidad de vida	N	%
Baja	66	66,0
Media	34	34,0
Alta	0	0,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala "WHOQOL-BRE sobre calidad de vida en adultos mayores.

En la tabla 2 se observa que el 66,0% de los adultos mayores tienen CV baja y el 34,0% CV media. Esto indica que una proporción considerable de AM tienen problemas de salud, limitaciones físicas o una falta de apoyo social.

Reporte diferente al estudio de Chávez KM. [29], quien encontró que el 4,8% mostró CV baja y 85,7% CV media; al de Vargas y Lázaro [31], quienes encontraron que 60% de los participantes tuvieron CV regular; y al estudio de Marchán y Leiva [33], quienes encontraron que el 55,8% tuvo CV media. Esto indica que una serie de factores influyen en la CV de los adultos mayores.

La CV es la percepción que tiene el AM respecto a su existencia asociado a los aspectos físicos (salud y seguridad física); bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones); emocional (autoestima, respeto a los demás, religión) y bienestar social (relaciones interpersonales con la familia y amistades) [35]. Asimismo, LA CVRS, está vinculada a los determinantes sociales de la salud, los cuales incrementan los factores de riesgo y determinan la aparición de estados mórbidos que en el corto o largo plazo afectarán la CV física, psicológica, espiritual, de relaciones sociales y de independencia que tiene el individuo para desempeñarse de manera autónoma [36].

Sin embargo, el predominio de la CV baja indica que más de una cuarta parte de AM todavía goza de un nivel de bienestar aceptable, aunque no óptimo. Estos datos pueden ser indicativos de áreas que requieren atención para mejorar la calidad de

vida de los AM [4, 39]. Por otro lado, este nivel de bienestar puede verse afectado por diversas enfermedades crónicas, dolor persistente, discapacidad, depresión, ansiedad, soledad, estrés, falta de apoyo social y abandono familiar. La presencia de dolencias crónicas puede acarrear consecuencias severas, ya que genera dependencia o incapacidad para realizar las actividades cotidianas [31].

Es por ello que la CV del AM puede variar dependiendo en el contexto en que viven, muchas veces poco favorable, debido a la deficiencia de recursos económicos, bajo grado e instrucción, deficiente acceso a los sistemas de salud, situación familiar conflictiva, modificación en la organización familiar y el papel que cumplen en la sociedad; los cuales pueden ocasionar problemas emocionales y muchas veces estar en abandono que empeora más la CV y ocasionar problemas de salud, más aun siendo un grupo poblacional vulnerable [56].

La CV, incluye cuatro dimensiones, como son la salud física (bienestar del cuerpo y el correcto funcionamiento del organismo), salud psicológica (Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias habilidades), relaciones sociales (Interacciones sociales que se establecen entre individuos) y el ambiente (entorno que puede beneficiar o afectar las condiciones en las que vive la persona o la sociedad) [4, 39]. Sin embargo, el estudio incluyó solo la CV general, sin contener sus dimensiones, por lo que, cualquiera de dichas dimensiones, podrían ser afectadas por la CV baja en el AM.

Por otro lado, existe un porcentaje considerado de AM que tienen CV media, que significa que el adulto mayor tiene un nivel moderado de satisfacción con su vida general, teniendo en cuenta que puede variar de persona a persona y depende de valores y prioridades individuales relacionado con la movilidad, competencias de comunicación, bienestar y las actividades diarias. En tal sentido, es necesario que el AM tenga buen vínculo socio-afectivo enfocada hacia el mejoramiento de la salud y la percepción de la calidad de vida para este grupo etario [13].

La CV media indica que el AM tienen una valoración “parcialmente aceptable” que evidencia una persona respecto a su salud biopsicosocial y de ambiente, teniendo en cuenta la satisfacción de sus necesidades percibidas [4, 39]. Esto implica, generar políticas públicas del buen envejecer, generar espacios amigables a todos los AM, impulsar sistemas sanitarios más empáticos con los requerimientos de

salud de los AM, y buscar la equidad en salud, enfatizando poblaciones vulnerables [22].

#### 4.3. Soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024

**Tabla 3. Soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024**

<b>Soledad en el adulto mayor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baja	30	30,0
Media	67	67,0
Alta	3	3,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala de soledad ESTE – R en adultos mayores.

En la tabla 3 se observa que el 67,0% de AM tienen soledad media, el 30% soledad baja y el 3% soledad alta. Esto indica que el AM tiene problemas sociales (disrupciones familiares y abandonos), que puede generar ansiedad, depresión, intentos de suicidio, desesperanza, entre otros [10].

El resultado es similar al estudio de Gutiérrez y Ramírez [28], quienes encontraron que 43,3% de la población en estudio presentaron soledad media; al reporte de Chávez [31], quien encontró que el 52,2% de AM tuvo soledad media. Por tal razón, las personas mayores que residen en sus domicilios en abandono y falta de inclusión familiar son excluidas de actividades familiares y sociedad, por lo que, manifiestan sentimientos de dolor y temor ante la soledad.

De manera similar, los resultados son comparables a los de la investigación de Flores y Ramos [30], encontraron que 70% tuvo nivel de soledad media; al de Miyasato KM y Montoya [32], mostraron que el 46,0% de AM tuvo sentimientos de soledad de nivel promedio. Esto indica que el AM cuando experimenta soledad, tiene dificultad para expresar sus sentimientos y opiniones, la cual se evidencia por aislamiento o confinamiento social, y falta de contacto físico y emocional con los demás; es decir, es la percepción de “falta de compañía, o estar o sentirse solo” [13].

Cabe mencionar que la OMS, indica que la soledad aqueja a casi la cuarta parte de las personas AM; por otro lado, considera que la sensación de sentirse solo es cada

vez más constante en muchas personas en la población y advierte de las serias consecuencias que podría desencadenar en las personas causando afecciones de salud mental (soledad) en etapas avanzadas de la vida [57].

Por otra parte, la soledad es el convencimiento acongojado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional donde el AM se siente incomprendida (o) o rechazada (o) por otras personas. Esto indica que la vejez es una etapa en la que ocurren una serie de pérdidas que predisponen la aparición del sentimiento de soledad [58].

Cabe indicar que la soledad está influenciado por la vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas degenerativas, deterioro de los órganos de los sentidos, funciones intelectuales, agotamiento del sistema inmunológico, dolor de cabeza, problemas de corazón y digestivos, dificultades para dormir, baja autoestima, depresión, alcoholismo, ideas suicidas, prejuicios sociales y otros, por lo que es importante abordar la soledad para mejorar las condiciones de vida del AM y evitar mayores consecuencias para su salud física y mental [58].

El predominio de la soledad en su nivel medio y bajo, indica que el AM tiene ya sea soledad familiar (ruptura de vínculo establecido con la familia), soledad conyugal (carencia de relación socioafectiva con la pareja), soledad social (falta de contacto con la pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) o crisis de adaptación (adaptarse y afrontar satisfactoriamente los cambios o nuevas situaciones); el cual es percibido cuando la persona vive sin acompañamiento de otra, está vinculada a la decisión del individuo, aislamiento familiar en contra de su voluntad, carencia de sentido de la vida, pérdida conyugal, patologías infectocontagiosas, crónicas o terminales, trastornos psiconeurológicos, dolor crónico, etc. [14].

Esto indica que el AM pasa por experiencias duras que suponen una ruptura con la vida anterior; vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales, como el síndrome del nido vacío (salida e independización de los hijos del hogar), relaciones familiares pobres, muerte del cónyuge, salida del mercado laboral y la falta de actividades placenteras. Estos eventos asociados con la soledad, predisponen a la depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, aumento de la morbimortalidad, deterioro cognitivo, dificultad de descanso y sueño, etc. [43]. En tal sentido, para evitar los sentimientos de soledad y aislamiento, es necesario

aprovechar las oportunidades tecnológicas, emplear terapias cognitivas conductuales y estrategias de interacción personal [24], para mejorar la salud mental del AM.

Por eso, la soledad se acentúa más en los AM, pues los sentimientos que produce se agravan con la presencia de condicionantes negativos como: pérdidas de familiares o parientes, enfermedades crónicas y dolorosas, reducción de su círculo social, dependencia física y emocional, abandono familiar, jubilación, etc., lo que los lleva a aislarse y a no encontrarle sentido a su vida [18].

#### 4.4. Relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024

**Tabla 4. Relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024**

Soledad en adulto mayor	Calidad de vida			
	Baja		Media	
	N	%	N	%
Baja	24	36,4	6	17,6
Media	41	62,1	26	76,5
Alta	1	1,5	2	5,9
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Fuente: escala WHOQOL-BRE sobre la calidad de vida y soledad ESTE-R en AM.

Calidad de vida / soledad en AM	P – Valor	Rho Spearman
	0,034	0,212

\*  $p < 0,05$ .

La tabla 4 muestra que el 76,5% de AM con nivel de soledad media tuvieron CV media; mientras que, el 62% con soledad media tuvieron CV baja. Lo que indica que existe un predominio en sus niveles inferiores de ambas variables (soledad y CV en el AM).

Al establecer relación entre la soledad y la CV en el AM se encontró que existe relación significativa a través de la prueba estadística Rho Spearman, cuyo p - valor fue de 0,034. Por lo que, se acepta la hipótesis alterna (H1: Existe relación estadística significativa entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024). Es decir, la soledad repercute en la CV del AM.

El resultado es similar al estudio de Çam et al. [27], indican que la soledad predice la CV; por ello, las acciones específicas para disminuir la soledad incrementarían la CV del AM [27]. Al estudio de Marchán y Leiva [33], encontraron que existe

relación entre el abandono familiar (soledad) y la CV, cuyo p-valor fue 0,002 [33]. Esto evidencia que la soledad debe ser considerada como una parte de las dimensiones que afectan la salud pública y la CV de los AM [17]. Sin embargo, no existe asociación entre CV y soledad en los AM evaluados y a la investigación de Chávez [29], no existe asociación entre la soledad y la CV en el AM.

La soledad constituye uno de los problemas que amenaza la salud mental y afecta la CV del AM, se evidencia por envejecimiento de las sociedades y el aumento del número de personas mayores que deciden vivir solos (as); por lo que, tienen que adaptarse a cambios del desarrollo biopsicosocial y afectan directamente de forma negativa, la salud, la relación con el entorno, el acceso a los servicios comunitarios de apoyo, necesitando seguridad, nutrición y una mejor CV en general [59].

Por tanto, para prevenir la soledad se debe tener en cuenta factores, tales como los individuales (desarrollo de actividades domésticas, televisión, radio, prácticas religiosas, comunicaciones telefónicas, participación en actividades culturales); familiares (compañía, afecto, cuidado y apoyo); y los factores objetivos (estado físico, salud, capacidades, economía, independencia), para mejorar la CV del AM [59].

El sustento teórico del estudio es el modelo del déficit del autocuidado de Orem, que plantea que el cuidado es fundamental para toda persona sana o enferma que se brinda, donde el profesional de enfermería ayuda a identificar y promover en el AM cuidados y autocuidados integrales, que permitan un abordaje óptimo de los sentimientos de soledad y CV que ellos perciben [34]. En tal sentido, los AM que experimentan soledad necesitan de cuidados por parte del personal de salud y sus familiares; pero, además necesitan aprender a cuidarse por sí mismos, a fin de impedir afectaciones en su quehacer diario.

El predominio de AM con soledad media que tuvieron CV media, está relacionado con la carencia de acceso a los servicios de salud, problemas de salud del AM, cambios en la sociedad, falta de interacción social, deterioro cognitivo, pérdida de seres queridos, falta de apoyo familiar, déficit de recursos económicos y la falta de políticas de estado que amparan y creen fuentes de trabajo para este grupo etario tenga un ingreso económico para satisfacer sus necesidades y por ende mejorar su CV.



Asimismo, la soledad (SS) está vinculada directamente con la CV percibida por la persona; definiéndose esta como el desequilibrio entre el deseo (realidad subjetiva) y lo que realmente se percibe sobre las interacciones sociales que establece una persona con su entorno [13]; es decir, es la percepción subjetiva, definida como el sentimiento negativo que se presenta al momento en que una necesidad social no es percibida como satisfecha; por tanto, no está vinculada al número de relaciones sociales personales, sino a la calidad de las mismas [14].

Por otro lado, se ha logrado identificar que la soledad afecta negativamente la CV de los adultos mayores, tal como lo plantean González-Celis, et al. [15], donde encontraron que a mayor soledad menor calidad de vida del AM; o Roland H, et al. [16], quienes afirman que la falta de conexión social de los AM reduce su CV; por su parte Gao Q, et al. [17], afirma que la soledad, según el contexto cultural donde se presente aumenta el riesgo de mortalidad del AM.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la mayoría de los adultos mayores fueron una edad comprendida entre los 60 y 69 años, un predominio del género femenino y un nivel de escolaridad de iletrados.
- En su mayoría los adultos mayores presentaron una calidad de vida baja, mientras que más de una cuarta parte de la población estudiada mostró una calidad de vida media.
- Más de la mitad de los adultos mayores experimentaron soledad en un nivel medio, mientras que más de una cuarta parte la vivió en un nivel bajo.
- La mayoría de los adultos mayores con un nivel de soledad media presentaron una calidad de vida también media. Al analizar la relación entre la soledad y la calidad de vida, se encontró una correlación significativa, determinada mediante el coeficiente Rho de Spearman, con un valor de p de 0,034.

## **5.2. Recomendaciones**

### **A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH**

- Fomentar investigaciones en otras instituciones o centros para adultos mayores que presenten características similares a las del estudio, con el fin de determinar si existe alguna relación entre la calidad de vida y la soledad.

### **A los estudiantes de Enfermería de la UNACH**

- Concientizar a los familiares de los adultos mayores para promover los beneficios de fortalecer la comunicación con la familia y su entorno social.
- Desarrollar intervenciones educativas (talleres de ejercicio físico y movilización, estimulación cognitiva, habilidades sociales y emocionales) dirigidas a fomentar un envejecimiento activo, con el objetivo de prevenir problemas que puedan afectar la calidad de vida de las personas mayores.

### **Al personal de salud del Puesto de Salud de Mamabamba**

- Organizar e implementar programas, talleres y actividades que inciten la participación activa de los adultos mayores.
- Educación en salud sobre la importancia de prevenir la soledad social en los adultos mayores, puesto que repercute en su calidad de vida de manera negativa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la salud en las Américas. [Internet]. Ginebra – Suiza: OMS; 2019. [consultado el 05 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y)
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. Ginebra – Suiza: OMS; 2018. [consultado el 05 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte.>
3. Morocho EJ, Morocho DR, Rodríguez JR. Calidad de vida del Adulto Mayor y su repercusión en la salud Dominio De Las Ciencias [Internet]. 2024 [consultado el 02 de diciembre de 2024]; 10(3), 533–547. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3938>
4. Villasís MA. La evaluación de la calidad de vida como parte de la atención médica en pacientes pediátricos. Rev. mex. pediatr. [Internet]. 2023 [consultado el 02 de diciembre de 2024]; 89(3): 93-94. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522022000300093](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522022000300093)
5. Instituto Nacional de Estadística. Indicador multidimensional de la calidad de vida. [Internet]. España, 2023 [consultado el 02 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/IMCV2023.htm>
6. Sociedad Española de Nutrición. Calidad de vida relacionada con el estado de salud. [Internet]. España, 2024 [consultado el 02 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sennutricion.org/es/2024/04/22/calidad-de-vida-relacionada-con-el-estado-de-salud>

7. Queirolo SA, Barboza M, Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*. 2020 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 60:259-273. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000400010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400010)
8. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 25(2):693-702. Disponible en: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>
9. Estrada AM, Casado DM. Deterioro cognitivo y estilo de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Académica Sociedad Del Conocimiento Cuzac*. [Internet] 2024 [consultado el 02 de diciembre de 2024]; 4(2), 62–75. Disponible en: <https://revistasociedadcuzac.com/index.php/revista/article/view/142#:~:text=RESULTADOS%3A%20los%20adultos%20mayores%20institucionalizados,institucionalizados%20no%20existe%20deterioro%20cognitivo.>
10. Caycho-Rodríguez T, Domínguez-Vergara J, Barboza-Palomino M. Funcionamiento cognitivo y comportamental, y calidad de vida en adultos mayores. *Enferm Clin*. 2019 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 29(1):57-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862118300950?via%3Dihub>
11. Caycho-Rodríguez T, Rondón-Jara E, Domínguez-Vergara J, Cabrera-Orosco I. Voluntad de vivir en adultos mayores peruanos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 55(2):126-127. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7657004/>
12. Guajardo D, Montero-López M. Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro. *Psicología y Salud*. 2021[consultado el

- 05 de febrero de 2022]; 31(2):215-224. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2688/4581>
13. Chaparro L, Carreño S, Arias-Rojas M. Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Rev Cuid.* 2019 [consultado el 04 de febrero de 2022]; 10(2): e633. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2216-09732019000200300&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732019000200300&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  14. Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics.* 2007 [consultado en 05 de febrero de 2022]; 19(2):279-294. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17005067/>
  15. Guajardo D Montero M. Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro. *Psicología y Salud.* [consultado el 04 de febrero de 2022]; 31(2):1-10. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2688>
  16. Roland H, Ilin Shpilkerman Y, Schaub J, Comeau AC. Connection Through Calls: The Impact of a Seniors Center Without Walls on Older Adults' Social Isolation and Loneliness. *Gerontol Geriatr Med.* 2021 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 7:1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35005099/>
  17. Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M, et al. Loneliness Among Older Adults in Latin America, China, and India: Prevalence, Correlates and Association With Mortality. *Int J Public Health.* 2021 [consultado el 04 de febrero de 2022]; 66(1):e604449. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8565277/>
  18. Hernández-Ascanio J, Perula-deTorres LA, Rich-Ruiz M, Roldán-Villalobos AM, Perula-deTorres C, Ventura PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde

atención primaria de salud. Atención Primaria. 2022 [consultado el 03 de febrero de 2022]; 54:102218.pp-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002523>

19. Seifert A, Cotten SR, Xie B. ¿A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2020 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 76(3):e99–e103. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
20. Organización Panamericana de la Salud. Década del envejecimiento saludable en las Américas. [Internet] Ginebra, Suiza: OPS; 2020 [consultado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
21. Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 y el decenio del envejecimiento Saludable [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [consultado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-es.pdf?sfvrsn=d3f887b0\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-es.pdf?sfvrsn=d3f887b0_7)
22. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [consultado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
23. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. [Internet]. Lima: MINSa: Dirección de Salud Mental - R.M. N° 186-2020-MINSa; 2020. [consultado el 05 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
24. Sayin K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr*

- Nurs. 2021 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 42(5):1222-1229. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824008/>
25. Zafar J, Malik NI, Atta M, Makhdoom IF, Ullah I, Manzar MD. Loneliness may mediate the relationship between depression and the quality of life among elderly with mild cognitive impairment. *Psychogeriatrics*. 2021 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 21(5):805-812. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34302412/>
26. Tan SS, Fierloos IN, Zhang X, Koppelaar E, Alhambra-Borras T, Rentoumis T, et al. The Association between Loneliness and Health Related Quality of Life (HR-QoL) among Community-Dwelling Older Citizens. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 17(2):600. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31963427/>
27. Çam C, Atay E, Aygar H, Öcal EE, Önsüz MF, Işıklı B, et al. Elderly people's quality of life in rural areas of Turkey and its relationship with loneliness and sociodemographic characteristics. *Psychogeriatrics*. 2021 [consultado el 05 de febrero de 2022]; 21(5):795-804. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235795/>
28. Gutiérrez JM, Ramírez NX. Nivel de soledad social y calidad de vida en adultos mayores de la Asociación Virgen de Fátima, Paucarpata - Arequipa 2021 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022 [consultado el 01 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/14590>
29. Chávez KM. Influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2020 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021 [consultado el 01 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4365>



30. Flores KR, Ramos AM. Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor CIAM Municipalidad de Mariano Melgar 2021. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2020 [consultado 08 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70743/Flores\\_BKR-Ramos\\_CAM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70743/Flores_BKR-Ramos_CAM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Vargas KS, Lázaro KP. Calidad de vida en adultos mayores del Centro Integral de Atención al adulto mayor de la municipalidad de San Juan de Miraflores, Lima – 2019. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [consultado el 04 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8204/Calidad\\_VargasMaucaylle\\_Kayli.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8204/Calidad_VargasMaucaylle_Kayli.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Miyasato KM, Montoya CE. Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un Centro Integral del Adulto Mayor de Cajamarca, 2019. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Privada del Norte; 2020 [consultado 08 de octubre de 2024]. 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>
33. Marchán YF, Leiva ER. Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Yuracyacu – Chota, 2023. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chota Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024 [consultado 08 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/88852f33-c1a0-4075-a1a4-3fea9734a8bf/content>
34. Raile M, Tomey AM. “Modelos y teorías en enfermería”. 9na Ed. España: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>

35. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de información para la salud: un análisis del diseño desde la perspectiva de las políticas públicas [Internet] Ginebra: OMS; 2022. [consultado el 04 de febrero de 2022]; 46:e35 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9063853/>
36. Haraldstad K, Wahl A, Andenaes R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality-of-life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019 [consultado 17 de diciembre de 2022]; 28(10):2641-2650. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/>
37. Caycho-Rodríguez T, Carbajal-León C, Noé M. Soledad, sexo y percepción de la salud general en adultos mayores peruanos Soledad, sexo y percepción general de salud en adultos mayores peruanos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2022 [consultado el 03 de febrero de 2022]; 55(3):187-188 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X20300330>
38. Manrique 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 [consultado el 04 de febrero de 2022]; 18(2), 96-106. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982022000200096](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982022000200096)
39. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco M, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile.* 2011 [consultado el 28 de enero de 2022]; 139:579-586. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
40. Red Latinoamericana de Gerontología. Perú. Salud mental de los adultos mayores: la soledad y el aislamiento social como factores de riesgo. [Internet]. Uruguay, 2024 [consultado el 02 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=5400>

41. Camargo-Rojas CM, Chavarro-Carvajal DA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica (Colombia)*. 2020 [consultado el 06 de febrero de 2022]; 61(2):1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v61n2/0041-9095-unmed-61-02-00064.pdf>
42. Emerson KG, Jayawardhana J. Risk factors for loneliness in elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019 [consultado el 06 de febrero de 2022]; 64(4):886-887. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.14053>
43. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2021 [consultado el 02 de febrero de 2022]; 32(1):22-25. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022)
44. Somes J. The Loneliness of Aging. *J Emerg Nurs*. 2021 [consultado el 17 de diciembre de 2022]; 47(3):469-475 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33714564/>
45. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos. [Internet]. Ginebra – Suiza: OMS; 2023. [consultado el 04 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
46. Barragán AR. Bienestar, salud mental óptima y florecimiento: esclareciendo y diferenciando conceptos complejos. [Internet]. 2023. *Liberabit*, [consultado el 04 de febrero de 2022]. 29(2), e680. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272023000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272023000200001)
47. Cutervo.com. Aspectos Geográficos de Cutervo. [Internet]. Cutervo, Perú: Cutervo.com; 2021 [consultado el 01 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.cutervo.com/aspecto-geograficos.php>

48. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Población regional por establecimientos de salud. Archivo Excel. Chota, Perú. 2021.
49. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
50. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, Tudor R, Shaaban L, Ali A, et al. Evaluación de los aspectos de la calidad de vida en personas con trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática basada en el cuestionario WHOQOL. Salud Multidisciplinaria. [Internet] 2023. [consultado el 30 de enero del 2022]. 28 (16): 4265-4278. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10758186/>
51. Organización Mundial de la Salud. Métodos de evaluación. [Internet] Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 30 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351502/9789240039223-spa.pdf>
52. Vojvodic IM. La investigación en las escuelas de las ciencias de la salud. Horiz Med [Internet]. 2024 [citado 3 de diciembre de 2024];24(1): e2439. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2439>
53. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta mayor 2024 [Internet]. Lima, Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024 [consultado 12 de octubre 2024]. Disponible en: [https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_iit\\_24.pdf](https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_iit_24.pdf)
54. Organización Mundial de la salud. Esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud; 2019 [consultado 12 de octubre 2024]. Disponible en: 64 <https://p.dw.com/p/3GGew>
55. Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes para velar por la salud de las futuras

- generaciones. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024. [consultado 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2024-securing-adolescent-health-and-well-being-today-is-vital-for-the-health-of-future-generations-who>
56. Peña E, Bernal LI, Reyna L, Pérez R, Onofre DA, Cruz IA. Et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Rev. Univ. Salud. [Internet]. 2019. [consultado 12 de octubre 2024]; 21(2): 113-118. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-)
57. Organización Mundial de la Salud. La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo[internet]. Ginebra, suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=5400#:~:text=Según%20la%20Organización%20Mundial%20de,etapas%20avanzadas%20de%20la%20vida.>
58. Palma Elena, Escarabajal MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2021 [consultado 02 diciembre del 2024]; 32(1): 22-25. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022)
59. Mozo M. La percepción de la soledad en los adultos mayores: una aproximación al trabajo social [Tesis de grado] [Internet]. España: Universidad de Zaragoza; 2020 [citado 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/88750/files/TAZ-TFG-2020-225.pdf?version=1>

## ANEXOS

### Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:**

“Calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024”

**Objetivo de la investigación:**

Determinar la relación entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024.

Yo....., identificado (a) con DNI N° ....., mediante la información dada por la Bachiller. Enf. Ruth Stanny Gonzáles Cueva; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Cutervo, .....de..... del 2024.

-----  
**Firma del participante**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA  
Escuela Académico Profesional de  
Enfermería

*“Calidad de vida y soledad en adultos  
mayores atendidos en el Puesto de  
Salud de Mamabamba, Cutervo 2024”*

## Escala “WHOQOL-BRE sobre calidad de vida en adultos mayores

(Autor: OMS, 199)

(Validación: Espinoza, et al., 2011)

### I. INSTRUCCIONES

Las preguntas que se le presentan a continuación serán anónimas y utilizadas sólo para fines de la presente investigación; por lo que se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

### II. DATOS GENERALES

#### 1. Edad:

- a) 60 a 69 años ..... (1)
- b) 70 a 79 años ..... (2)
- c) 80 a más..... (3)

#### 2. Sexo:

- a) Masculino..... (1)
- b) Femenino..... (2)

#### 3. Nivel educativo

- a) Iltrado..... (1)
- b) Primaria..... (2)
- c) Secundaria..... (3)
- d) Técnica..... (4)
- e) Universitaria..... (5)

### III. ESCALA “WHOQOL-BRE

Al momento de decir su respuesta debe considerar que:

Mala	Regular	Normal	Bastante	Muy buena
1	2	3	4	5

Nº	Ítems	1	2	3	4	5
1	¿Qué tan satisfecho/a está con su calidad de vida?					
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
3	¿Piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿El ambiente físico a su alrededor es saludable?					
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Puede realizar actividades de ocio?					
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
16	¿Cuán de satisfecho/a está con su sueño?					
17	¿Está satisfecho/a con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Está satisfecho/a con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					



Anexo 3

N° ENCUESTA:



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA  
Escuela Académico Profesional de  
Enfermería

*“Calidad de vida y soledad en adultos  
mayores atendidos en el Puesto de  
Salud de Mamabamba, Cutervo 2024”*

**Escala de soledad ESTE-R en adultos mayores**

(Autor: Rubio R, 2010)

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de la presente investigación. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

Nº	Afirmaciones	1	2	3	4	5
1	¿Se siente solo?					
2	¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3	¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					
4	¿Tiene un compañero sentimental que le da el apoyo y aliento que necesita?					
5	¿Siente que está enamorado de alguien que le ama?					
6	¿Tiene a alguien que llena sus necesidades emocionales?					
7	¿Contribuye a que su pareja sea feliz?					
8	¿Se siento solo cuando esta con su familia?					
9	¿Siente que su familia se preocupa por usted?					
10	¿Siente que en su familia no hay nadie que le preste apoyo, aunque le gustaría que lo hubiera?					
11	¿Realmente se preocupa por su familia?					
12	¿Siente que pertenece a su familia?					
13	¿Se siente cercano a su familia?					
14	¿Lo que es importante para usted no parece importante para la gente que conoce?					
15	¿No tiene amigos que compartan sus opiniones, aunque le gustaría tenerlos?					
16	¿Siente que sus amigos entienden sus intenciones y opiniones?					
17	¿Se encuentra a gusto con la gente?					
18	¿Tiene amigos a los que puede recurrir cuando necesita un consejo?					
19	¿Se siente aislado/a?					
20	¿Con qué frecuencia siente que hay gente que realmente le comprende?					

21	¿Siente que su familia es importante para usted?					
22	¿Le gusta la gente con la que sale?					
23	¿Puede contar con sus amigos si necesita recibir ayuda?					
24	¿Se siente satisfecho con los amigos que tiene?					
25	¿Tiene amigos con los que comparte sus opiniones?					
26	¿Está preocupado/a porque no puede confiar en nadie?					
27	¿Se siente sin apoyo o comprensión cuando cuenta sus problemas?					
28	¿Siente que es importante para la gente?					
29	¿Siente que no es popular?					
30	¿Siente que a medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?					
31	¿Siente que las cosas pequeñas le molestan ahora más que antes?					
32	¿Siente que conforme se va haciendo mayor, usted es menos útil?					
33	¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida?					
34	¿Tiene miedo de muchas cosas?					

## Anexo 4

### Solicitud al responsable del Puesto de Salud Mamabamba

SOLICITO: Autorización y apoyo para la ejecución de mi Proyecto de investigación.

SEÑOR SILVESTRE LEIVA FLORES JEFE DEL P.S. MAMABAMBA.

Yo, Ruth Stanny Gonzáles Cueva, bachiller en Enfermería, identificada con DNI N° 71919030, con domicilio en Jirón Ramos Ocampo s/n del distrito de Cutervo.

Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo, que habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la Universidad Nacional Autónoma de Chota, solicito a Ud. permiso y a la vez su apoyo para ejecutar mi Proyecto de Investigación que lleva por título: "CALIDAD DE VIDA Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE MAMABAMBA, CUTERVO 2024" en su respectivo establecimiento de salud para así poder seguir con lo que me corresponde.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

10 de agosto del 2024.



RUTH S. GONZALES CUEVA

DNI: 71919030

## Anexo 5

Carta en respuesta a lo solicitado por el jefe del Puesto de Salud Mamabamba

### CARTA EN RESPUESTA A SOLICITUD

Yo, SILVESTRE LEIVA FLORES, identificado con DNI N° 10285578, Técnico en Enfermería de profesión y Jefe del Puesto de Salud de Mamabamba, hago constar:

Que le concedo el permiso y apoyo a la señorita RUTH STANNY GONZALES CUEVA identificada con DNI N° 71919030, BACHILLER EN ENFERMERIA de profesión, para realizar las actividades necesarias para seguir con sus papeles correspondientes.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Mamabamba, 10 de agosto del 2024.

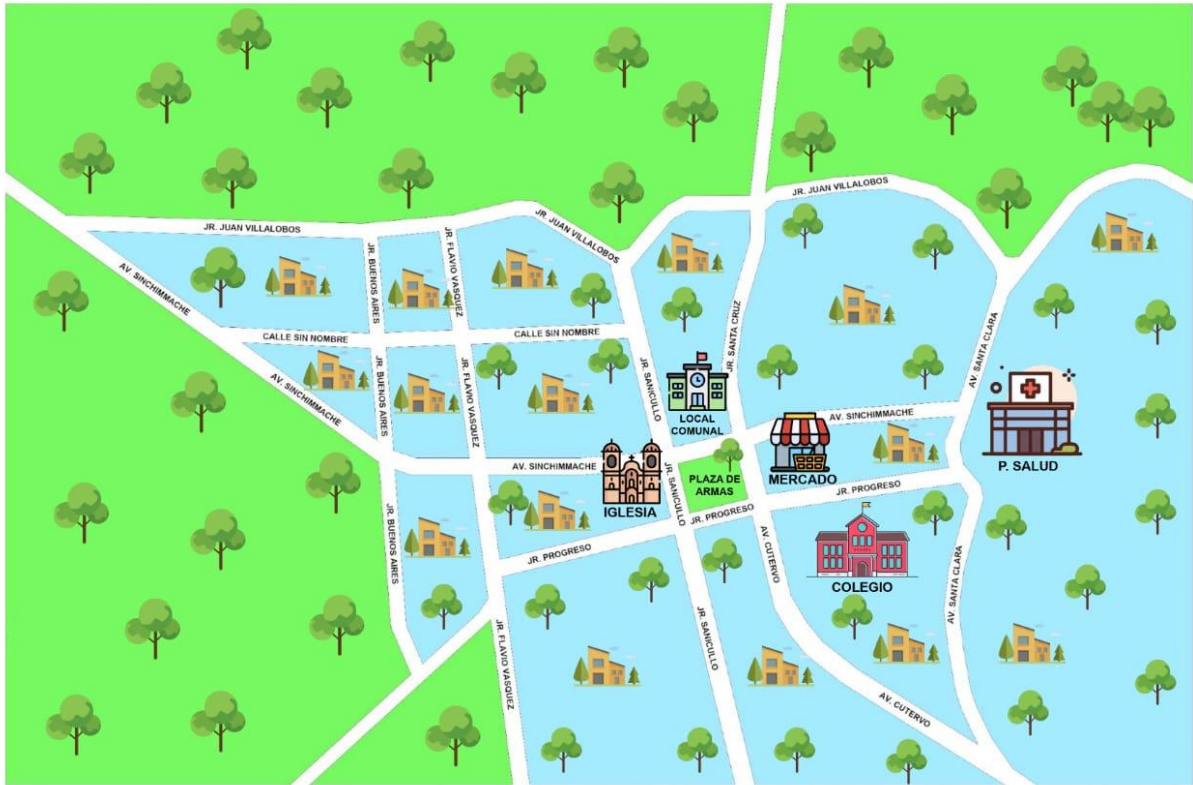
Atentamente:



MINISTERIO DE SALUD  
P.S. MAMABAMBA  
Silvestre Leiva Flores  
TEC. ENFERMERIA  
DNI N° 10285578

## Anexo 6

Croquis para identificar a los adultos mayores pertenecientes al Puesto de Salud  
Mamabamba



## Anexo 7

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas de instrumentos
Calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024	¿Cuál es la relación entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024?	<p><b>Objetivo general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la relación entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar a los adultos mayores de la muestra.</li> <li>- Estimar la calidad de vida en adultos mayores de la muestra.</li> <li>- Estimar la soledad en adultos mayores de la muestra.</li> </ul>	La relación entre calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024, es significativa	<p><b>Técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> </ul> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala WHOQOL-BREF.</li> <li>- Escala de soledad ESTE-R.</li> </ul>