

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

Título : Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo – 2023.

Autor : Bach. Loyola Zevallos Kevin Alberth

Línea de Investigación : Salud y Gestión de la Salud

Asesor(a) : Dra. Jesús Peña Mercedes Merryl

Fecha de inicio y culminación : Julio 2022 – julio 2023

Huancayo - Perú

2023

Dedicatoria

A Dios, a mis padres, hermanos, Psicólogos(as), médicos, compañeros de trabajo, hermandad de la comuna cristiana. Gracias por su apoyo.

A toda persona que trabaje con adultos mayores, un material que les ayude a valorar con objetividad.

Autor

Agradecimientos

A la Universidad Peruana los Andes por ser formadores de mi educación, al Centro Geriátrico por permitirme el estudio con sus pacientes, gracias.

Alberth Loyola

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0060-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO – 2023

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. LOYOLA ZEVALLOS KEVIN ALBERTH**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **PSICOLOGÍA**

Asesor(a) : **Ps. LLANOS VILLADOMA ANNABELLA**

Fue analizado con fecha **17/10/2023** con el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **18** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 17 de octubre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

Introducción

A lo largo de los años la sociedad ha ido degenerando el cuidado al adulto mayor por ser una carga a la sociedad y para el Estado; carga pasiva por la sociedad, desde esa premisa entendemos, que no aportan para el Producto Bruto Interno (PBI) y externo de cada nación como ser humano y persona, además, la población está envejeciendo, esto se refleja en el año 2010 en promedio 524 millones de sujetos tenía 65 años de edad a más y se estima que para el año 2050 ese estrato escalará a 1500 millones de integrantes (Papalia y Martorell, 2017).

En cuanto a la sociedad del territorio peruano hasta el 2020 la población adulta mayor representa un 12,7%, con más de 5 millones de personas, siendo la población adulta mayor mujer (52,4%) más que los varones (47,8%), siendo el doble del año 1950 que era el 6% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística e Informática, [INEI], 2020).

Actualmente se conoce que la soledad acorta la esperanza de vida de una persona, Scarimbolo (2016) refiere que “estudios que se hicieron sobre soledad desde 1990 hasta el 2014, llegaron a la conclusión que la soledad es un factor de riesgo de mortalidad comparable a una enfermedad”

El continuo envejecimiento de las funciones cognitivas puede avanzar de una normal disminución o llegar a la pérdida escalonada y patológica (d'Hyver y Gutiérrez, 2014), esto es más notable en la población etaria de adultos mayores, por lo cual, se muestra la prioridad investigar en este contexto.

Por ende, existe la necesidad de investigar, la prevalencia de los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM) de Huancayo, teniendo como referencia al Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP, que aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030.

Se plantea el objetivo de determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de un CEAPAM, de Huancayo – 2023, el cual se enmarca en un método descriptivo, de tipo básica, de diseño no experimental, transaccional o transversal, de nivel descriptivo simple, con una población muestral de 83 personas adultos mayores, para procesar y analizar los datos obtenidos se utilizó el software SSPS, versión 26.

El informe de investigación se organiza por los siguientes capítulos: Capítulo I: Se menciona el Planteamiento del Problema, en donde se propone la importancia de investigar la variable en dicha población, para así describir la realidad, en consecuencia formular el problema general y específico, después de ello, se justifica la investigación y plantea el objetivo general y específico; Capítulo II: Marco Teórico, donde se realiza el cimiento teórico, examinando los antecedentes internacionales y nacionales; Capítulo III: Se propone la hipótesis y variable, no obstante, en este estudio al tener una sola variable no es necesario contrastar o comparar las variables; Capítulo IV: Se desarrolla la metodología de la investigación, población, muestra, tipo y diseño del estudio, así mismo se especifica el cuestionario de recolección de datos; Capítulo V: Se muestra los resultados de la investigación realizada, su análisis, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Concluyendo con la investigación, se especifica las referencias bibliográficas y anexos de la investigación.

Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Introducción.....	v
Contenido.....	vii
Contenido de tablas.....	xi
Contenido de figuras.....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2. Delimitación del problema.....	19
1.2.1. Delimitación temporal.....	19
1.2.2. Delimitación Espacial.....	19
1.2.3. Delimitación temática.....	20
1.3. Formulación del problema.....	20
Problema General.....	20
Problema Específicos.....	20
1.4. Justificación.....	20
1.4.1. Social.....	20
1.4.2. Teórica.....	21
1.4.3. Metodológica.....	21
1.5. Objetivos.....	22

1.5.1. Objetivo General.....	22
1.5.2. Objetivo Específicos	22
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Antecedentes.....	24
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	24
2.1.2. Antecedentes Nacionales	25
2.2. Bases teóricas o científicas.....	29
2.3. Marco conceptual.....	42
Deterioro cognitivo	42
Soledad	42
Soledad familiar	43
Soledad conyugal.....	43
Soledad social	43
Soledad existencial	43
CAPÍTULO III HIPÓTESIS	44
3.1. Hipótesis.....	44
3.2. Variables	44
3.2.1. Definición Conceptual	44
3.2.2. Definición Operacional.....	44
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	45
4.1. Método de Investigación.....	45
4.2. Tipo de Investigación	45
4.3. Nivel de Investigación	45
4.4. Diseño de Investigación	45
4.5. Población y Muestra	46

4.5.1. Población.....	46
4.5.2. Muestra y Muestreo	46
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
4.6.1. Técnicas	47
4.6.2. Instrumento	48
4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
4.9. Aspectos éticos de la investigación.....	53
CAPÍTULO V RESULTADOS	55
5.1. Procesamiento Estadísticos	55
5.2. Descripción de los resultados	55
5.2.1. Tabla de frecuencia	55
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	67
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	84
Anexo 1 Matriz de Consistencia.....	85
Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables	86
Anexo 3 Matriz de operacionalización del instrumento	87
Anexo 4 El instrumento de investigación.....	88
Anexo 5 Escala de Este de Soledad en sujetos para determinar la Consistencia	96
Anexo 6 Validación de Juicio de expertos	97
Anexo 7 Consentimiento/ asentamiento informado	103
Anexo 8 Declaración de Confidencialidad	107
Anexo 9 Compromiso de autoría	108
Anexo 10 Carta de presentación para ejecutar la investigación	109

Anexo 11 Carta de Aceptación de la Entidad donde se ejecutó la investigación	110
Anexo 12 Constancia de la ejecución de la investigación	111
Anexo 13 Base de datos.....	112
Anexo 14 Evidencias	113

Contenido de tablas

Tabla 01 Ficha técnica de la Escala Este de Soledad.....	48
Tabla 02 Resultado de la Calificación por Juicio de expertos	49
Tabla 03 Resultado del Alfa de Crombach para determinar la consistencia interna	50
Tabla 04 Resultados de los niveles de soledad	55
Tabla 05 Resultado del nivel de soledad en el factor familiar	58
Tabla 06 Resultado del nivel de soledad en el factor conyugal	60
Tabla 07 Resultado del nivel de soledad en el factor social	62
Tabla 08 Resultado del nivel de soledad en el factor existencial.	64

Contenido de figuras

Figura 01 Pirámides de la población peruana de 1950 y 2022	16
Figura 02 Perú: Hogares con algún miembro adulto mayor, según área de residencia	17
Figura 03 Perú: Hogares jefaturados por adultos/as mayores, según área de residencia y sexo ..	18
Figura 04 Deterioro Cognitivo progresivo.....	36
Figura 05 Proceso para efectuar análisis estadístico (Hernández y otros, 2014).....	51
Figura 06 Resultados de los niveles de soledad que prevalece.....	56
Figura 07 Resultado del nivel de soledad en el factor familiar.....	58
Figura 08 Resultado del nivel de soledad en el factor conyugal.....	60
Figura 09 Resultado del nivel de soledad en el factor social	63
Figura 10 Resultado del nivel de soledad en el factor existencial	65

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo – 2023, se enmarcó en un método descriptivo, de tipo básica, de diseño no experimental, transaccional o transversal, de nivel descriptivo simple, la muestra poblacional estuvo conformada por 83 adultos mayores con deterioro cognitivo, tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, para el análisis se evaluó la prevalencia y frecuencia a través de la estadística descriptiva. El instrumento con que se evaluó fue la Escala Este de Soledad para Adultos Mayores, (creado por Rubio, R y Aleixandre [1999] adaptado por Carrasco y Duran [2021]). Los resultados obtenidos determinan que: el nivel de soledad medio prevalece en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo en un 67,5%, nos da a entender que más de la mitad de los participantes que se encuentran en continuo envejecimiento de las funciones cognitivas con avance de una normal disminución o llegar a la pérdida escalonada y patológica, expresan soledad media, malestar emocional que les hace sentirse incomprendido y rechazado por otro o cuando, éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea sean estas físicas intelectuales o emocionales. Se recomienda realizar investigaciones de nivel descriptivo-comparativo entre nivel de soledad Sin Deterioro Cognitivo (SDC), Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y DCL con patología.

Palabra clave: *Soledad, adulto mayor, vejez, deterioro cognitivo, demencia, centros de atención, niveles de soledad.*

Abstract

The research aimed to determine the level of loneliness prevalent in geriatric patients with cognitive impairment in Elderly Care Centers in Huancayo - 2023. It was framed within a descriptive method, of basic type, non-experimental design, transactional or cross-sectional, at a simple descriptive level. The population sample consisted of 83 older adults with cognitive impairment. The sampling method used was non-probabilistic convenience sampling. For the analysis, prevalence and frequency were evaluated through descriptive statistics. The instrument used for evaluation was the Este Loneliness Scale for Older Adults, (developed by Rubio, R. and Aleixandre [1999], adapted by Carrasco and Duran [2021]). The results obtained determined that the medium level of loneliness prevails in older adult patients with cognitive impairment at 67.5%. This suggests that more than half of the participants, who are continuously aging with a gradual and pathological decline in cognitive functions, experience medium loneliness. This emotional discomfort makes them feel misunderstood and rejected by others or when they lack companionship for the realization of physical, intellectual, or emotional activities they desire. It is recommended to conduct descriptive-comparative level research between the loneliness level without cognitive impairment (NCI), mild cognitive impairment (MCI), and MCI with pathology.

Keywords: *Loneliness, elderly, old age, cognitive impairment, dementia, care centers, levels of loneliness.*

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La población a nivel mundial está envejeciendo, según Papalia y Martorell (2017) para el año 2040 se estima que a nivel mundial existirá 1 300 millones de sujetos de 65 años para adelante, para el 2050 se pronostica la población total escalará a 1 500 millones de personas (p.497), de estas estimaciones en 10 años se habrá incrementado 200 millones más sujetos.

El incremento de la población adulta mayor es por la disminución en la tasa de natalidad, el crecimiento económico que hace que las personas tengan calidad de vida como: una mejor nutrición, mejor control de las enfermedades infecciosas, avance de la ciencia en intervenciones médicas acompañadas de promoción y prevención de la salud, instalaciones de salubridad más seguras, entre otros (Dobriansky y otros, 2007, como se citó en Papalia y Martorell, 2017).

En la mayoría de los países del mundo, “el grupo de edad de crecimiento más rápido está formado por personas de ochenta años en adelante. Se espera que la población de personas de 85 años en adelante aumente 351% entre el año 2010 y el 2050” (Kinsella y He, 2009, como se citó en Papalia y Martorell, 2017, p. 497). En referente a las edades según el National Institute of Aging en el 2011 el incremento de las personas de 65 años a más es del 188% que en referencia al resto de edades menores a los 65 años de 22% (como se citó en Papalia y Martorell, 2017).

Según el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), hasta la fecha – 2022 en América Latina del total de habitantes de la población el 8% tiene más de 65 años y que para el 2050 esto se duplicará y llegará a un 17,5%, y al finalizar el siglo superará el 30%.

En Perú existe cambios en la estructura por edad, en 1940 el grupo etario de 15 años a 59 años de edad representaba el 51,5% de la población, que a la fecha actual – 2022 se incrementa a 62,5%, de esta manera, la población adulta mayor con edades de más de 60 años en 1940

conformaba un 6,4% de la población peruana y en el 2022 (fecha actual) se eleva en un 13,3% (Agencia Peruana de Noticias Andina, 2022).

En la figura N°: 01 nos describe que la composición etaria de la población peruana ha cambiado notablemente desde los años cincuenta hasta el 2022. Mientras que en ese periodo histórico casi la mitad de los habitantes (42%) eran niños/as menores de 15 años, en la actualidad solo representan el 24% del total. Al mismo tiempo, se ha incrementado la proporción de personas adultas mayores, pasando de 5,7% a 13,0% en el mismo lapso de tiempo. Esto muestra un proceso de envejecimiento demográfico en el Perú (INEI, 2022).

Figura 01

Pirámides de la población peruana de 1950 y 2022, prevalencia de cada época por su edad

Gráfico N° 01

Perú: Pirámide de la población en 1950

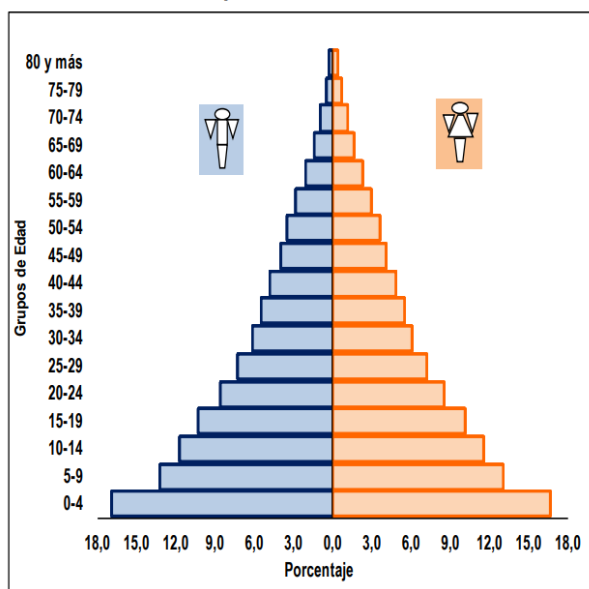
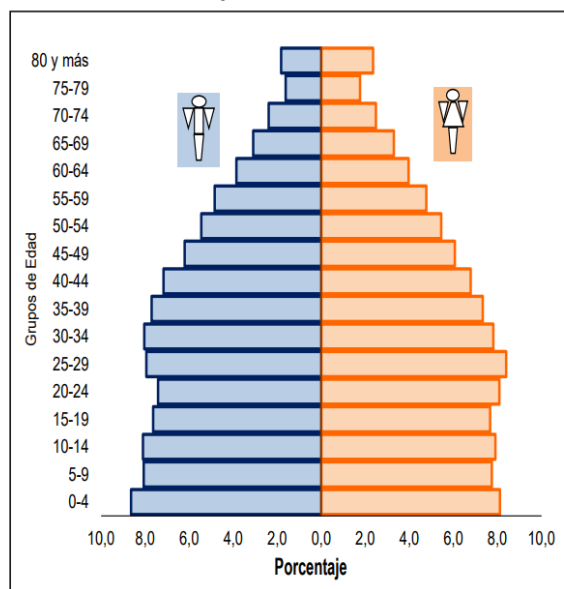


Gráfico N° 02

Perú: Pirámide de la población en 2022



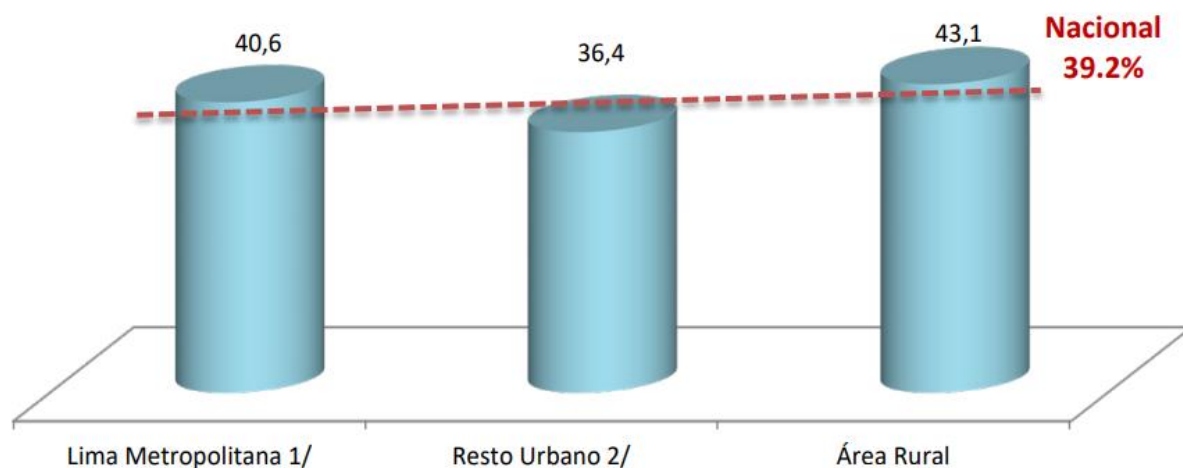
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Boletín de Análisis Demográfico N° 24 - Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, por Año Calendario y Edad Simple, 1950 – 2050.

Nota: Adaptado de Situación de la población adulta mayor, del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document>. Informe técnico.

En la figura N°: 02 nos muestra que entre enero y marzo del 2022, casi cuatro de cada diez hogares peruanos (39,2%) contaban con al menos un adulto mayor de 60 años o más. Esta proporción era mayor en el campo (43,1%) que en la ciudad. Dentro del área urbana, Lima Metropolitana tenía el 40,6% de hogares con algún miembro de la tercera edad, mientras que el resto de zonas urbanas tenía el 36,4% (INEI, 2022).

Figura 02

Perú: Hogares con algún miembro adulto mayor, según área de residencia



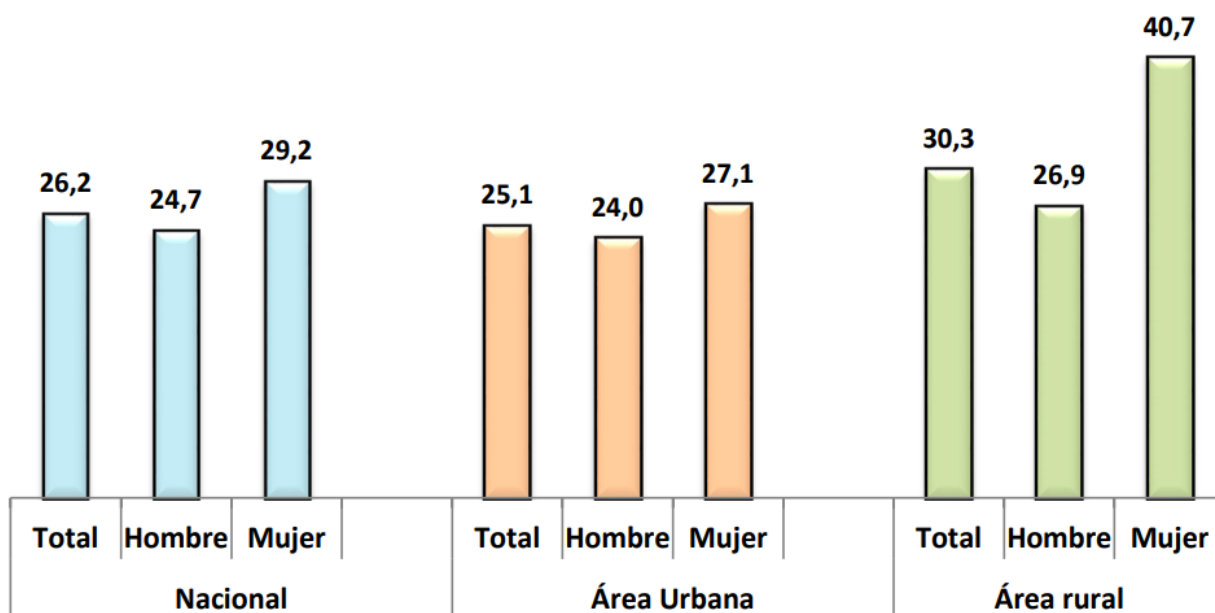
Nota: Adaptado de Situación de la población adulta mayor, del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document>. Informe técnico.

De todos los hogares peruanos, más de una cuarta parte (26,2%) está liderada por un adulto mayor de 60 años o más. Hay más jefas que jefes de hogar en este grupo etario, especialmente en el campo. Así, el 29,2% de los hogares con mujer al frente son de adultas mayores, mientras que el 24,7% de los hogares con hombre al frente son de adultos mayores. Esta brecha de género es más amplia en el área rural, donde el 40,7% de las jefas de hogar son adultas mayores, frente al

26,9% de los jefes de hogar. En el área urbana, la proporción de mujeres adultas mayores al frente del hogar es del 27,1%, y la de hombres es del 24,0% (INEI, 2022).

Figura 03

Perú: Hogares jefaturados por adultos/as mayores, según área de residencia y sexo



Nota: Adaptado de Situación de la población adulta mayor, del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document>. Informe técnico.

Existen investigaciones que indican que la soledad y la falta de conexión social se relacionan con aumento en los riesgos de experimentar problemas de salud, tales como enfermedades cardíacas, depresión y factor predictor de deterioro cognitivo, ansiedad y asocian el sentimiento de soledad con un mayor riesgo de mortalidad. (Palma y Duran, 2021; National Institute on Aging, North Dakota, 2023). La investigación realizada por Donovan (2017) señala la soledad como un síntoma neuropsiquiátrico significativo en las etapas preclínicas de la enfermedad de Alzheimer.

Según la psiquiatra Sonia Zevallos directora de Adultos y Adultos Mayores del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), menciona que la soledad es un tipo de maltrato que daña a la salud mental además afirmó que la “familia tiene el deber de cuidar y transmitir mensajes esperanzadores a la persona adulta mayor que tienen a su cargo, más aún en esta crisis en la que el miedo a morir está presente todos los días” (Agencia Peruana de Noticias Andina, 2022).

Según la Dirección de Personas Adultas Mayores (DIPAM) que hasta el año 2020 la región Junín ocupa el cuarto lugar con un 5,4% en denuncias realizadas por personas adultas mayores en materia de violencia, además, que hasta ese mismo año, en el Perú del total de denunciados de violencia el tipo de violencia psicológica fue de 66,5%, más que otros tipos de violencia como por ejemplo: la física con un 30,20%, financiera o económica 1,88% y la sexual con un 1,45%.

Por lo mencionado, son datos con mayor incidencia por año y a su vez con tendencia al alza que tiene que ser investigado en nuestra región Junín, y otros más, por ahora, nos vamos a concentrar en la provincia de Huancayo. Describiendo el comportamiento que va a tener la variable soledad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación temporal

La presente investigación se ejecutó en el transcurso de un año, iniciando en el mes de Julio del 2022 y concluyendo a finales del mes de julio del 2023.

1.2.2. Delimitación Espacial

El estudio se realizó en dos Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM), en la Provincia de Huancayo, Departamento de Junín – Perú, 2023.

1.2.3. Delimitación temática

Por consiguiente, se tomó en cuenta los planteamientos sobre el análisis de los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo, de Rubio (2007), quien define la soledad como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales”.

1.3. Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023?

Problema Específicos

- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?

- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?

- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?

- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

En justificación, la población adulta mayor se encuentra en un crecimiento exponencial, esta investigación tendrá un alcance basado en el Decreto Supremo N° 024 - 2021 MIMP, que aprueba su reglamento la Ley No 30490 en su Artículo No 3, referido a los principios en materia de promoción y protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, Artículo No 30, referido a los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM), Artículo No 11, en referencia a los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), lo cual servirá para un abordaje más integral al diagnóstico y tratamiento a las personas adultas mayores con deterioro cognitivo, una vez que tenemos identificado la prevalencia de soledad en pacientes adultos mayores con Deterioro cognitivo, los factores que lo determinan como las afecciones (causal y correlación u otro) y en futuras investigaciones llevar a cabo programas de intervención en los diferentes niveles de deterioro cognitivo en su abordaje y tratamiento de la variable soledad.

1.4.2. Teórica

En principio, teniendo en este caso en particular como prefijo la “población adulta mayor en aumento”, que viene acompañado de padecimientos como afecciones crónicas y/o agudos degenerativos y lo referido por Rubio (2007) sobre la soledad que es un malestar emocional siendo la causalidad por sentirse incomprendido, rechazo por el otro o ausencia de personas al realizar actividades que desea el sujeto, y sobre la base de la teoría de la Desvinculación de la soledad propuesta por Merchán y Cifuentes; de la involución interna que experimenta gradualmente la persona al envejecer y declinar en la vida; se va a medir la variable soledad en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo que nos va ayudar a comprender su prevalencia; que suma a la comunidad científica como fuente de antecedentes para futuras investigaciones en poblaciones adultas y maneras de abordaje e intervención para profesionales de la salud y el que lo requiera.

1.4.3. Metodológica

La investigación recurre al enfoque cuantitativo, con el fin de revisar y desarrollar la teoría de la soledad que se mide con la escala ESTE para adultos mayores en la población muestral de estudio – Huancayo. De nivel descriptivo que se detallará la recogida de información en una única circunstancia espaciotemporal fijando una época dada, además de, necesitar investigaciones en la región en esta etapa de desarrollo que tiene una tendencia de tasa al alza, siendo necesario la validación y confiabilidad de la Escala Este de soledad en adultos mayores para acortar las brechas del grado de error; que servirá para investigaciones venideras como un instrumento que mida lo que tenga que medir.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo – 2023.

1.5.2. Objetivo Específicos

- Identificar el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.
- Identificar el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.
- Identificar el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.

- Identificar el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. *Antecedentes Internacionales*

Pérez (2022), en su tesis de especialidad “Prevalencia de la sensación de soledad en adultos mayores durante pandemia de Covid – 19”; su objetivo pretendido era identificar el sentimiento de soledad en sujetos de 60 años a más durante la pandemia de Covid – 19; con un estudio observacional, transversal; con el tipo de muestro no probabilístico por cuotas y con la recogida de información con la Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM). Los resultados demostraron que el 94.8% de los adultos mayores no experimenta soledad, el 4.4% se encuentran en riesgo de experimentar esos sentimientos de soledad y el 0.8% de los sujetos experimentaban soledad.

Arango (2020), en su tesis de licenciatura “Sentimiento de Soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico “Amando la Vida” en Bello, Antioquía”, su objetivo fue delimitar los tipos de soledad que se vienen envueltos 26 ancianos en el grupo “Amando Bello”, en Bellos – Antioquia; referida investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo de alcance exploratorio, con una muestra de 26 sujetos ancianos que asisten a dicho grupo, el procesamiento muestral se realizó: no probabilístico por conveniencia y el instrumento que se utilizó fue Escala Este-R. Las evidencias infirieron que los evaluados tienen un promedio de soledad medio y que el tipo de soledad que obtuvo mayor influencia es el de soledad social con un promedio de 20,6 – soledad media.

Esquivel y Santiago (2020), en su investigación “Factores de soledad que predominan en el adulto mayor”, la investigación se enmarco en un estudio descriptivo de tipo transversal; con

una muestra de 111 sujetos adultos mayores de sesenta años; a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, el instrumento que se utilizó para recolección de sus datos fue la escala ESTE-R. Sus resultados muestran que no hay significancia en los niveles de categoría alta de soledad, pero en las subescalas, en la conyugal fue el predominante con una media de 11.82, con respecto a la edad los autores encontraron que, a más edad, mayor es el nivel de soledad, edades donde predominan de 85 a 89 años.

Bautista y Nava (2018) en su investigación “Valoración del tipo de soledad que vive el adulto mayor que acude al DIF Municipal de Xonacatlán”, tuvo el objetivo de valorar la soledad y sus tipos que se exponen los ancianos que asisten al DIF de Xonacatlán, su trabajo es de tipo cuantitativo, descriptiva; su muestra fue de 25 sujetos de adultos mayores, para su selección de muestreo fue no probabilístico tomado por conveniencia de los tesisistas, para recoger su información utilizaron Escala de Este. Sus resultados demostraron que más de la mitad de su muestra poblacional manifestaron que presentan soledad social, la soledad que más predomina en ese grupo es la soledad familiar y que cada sujeto de la muestra presentó algún tipo de soledad.

Kú, et al. (2018), en su investigación “Percepción de la soledad en los adultos mayores de la localidad de Molas Yucatán”, que se tuvo como objetivo determinar la presencia del sentimiento de soledad en los adultos mayores de su población de investigación, dicha investigación se enmarcó en un nivel descriptivo, con una muestra de 25 sujetos, con un muestreo por conveniencia; para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista. Los resultados hallados fue que no se encuentra presente los sentimientos de soledad en los sujetos investigados, el autor refiere que es “por la cultura de su localidad y la cercanía de sus familiares y amigos”.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Carrasco y Durán (2021), en su tesis titulada "Soledad en los adultos mayores del Centro Integral de Atención de la Municipalidad Provincial de Huaral", tuvieron como objetivo describir la soledad en los A. M. que son beneficiarios de la Atención de la Municipalidad Provincial de Huaral, la investigación se estructuró en un nivel descriptivo de tipo cuantitativo de corte transversal, de diseño no experimental, utilizaron una muestra de 51 adultos mayores, mediante el muestreo no probabilístico de tipo censal, para su recolección de datos se utilizó, el instrumento de Escala de Este – 1999. Las conclusiones de su estudio que se obtuvo mostraron que el 90% de los ancianos se ubican en la categoría de nivel medio de soledad y el 8% en la categoría de nivel alto de soledad, por el contrario, existe un 2% de la muestra poblacional estudiada que se ubica en la categoría de nivel muy bajo de soledad, por ende, concluyen refiriendo que existe un nivel medio de soledad en los adultos mayores del C.I. de atención de la Municipalidad de Huaral en el año 2021.

Flores y Ramos (2021) en su estudio "Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor – CIAM Municipalidad de Mariano Melgar, 2021", que se plantearon como objetivo de determinar en qué categoría de nivel de soledad del CIAM de la Municipalidad de Mariano Melgar en el año 2021, su presente estudio se enmarco en un diseño no experimental de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, con una población de 80 sujetos A. M. a través del muestreo no probabilístico por conveniencia y para la recolección de datos utilizaron la Escala Este – R. Sus resultados demostraron que la soledad en su población de estudio se ubica en el nivel medio con un 70% de su población, su nivel de soledad social es de nivel alta con un 49% con referencia a su población, el nivel de soledad conyugal se ubica en la categoría media con un 66% de su población, y con respecto a la soledad en crisis existencial es de nivel media con un 54% de su población de estudio.

Misato y Montoya (2020), en su investigación “Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un Centro Integral del Adulto Mayor de Cajamarca, 2019”, se plantearon como objetivo, observar lo que difiere la soledad con respecto al sexo en adultos mayores en participantes de un Centro Integral del A. M. de Cajamarca, referida investigación optó por un diseño descriptivo comparativo de tipo básica no experimental, su población ha sido de 50 sujetos de edad avanzada, procedieron con el muestreo no probabilístico de tipo censal, su recogida de información fue a través de la escala de Soledad del Adulto Mayor – IMSOL – AM. Sus hallazgos demostraron que no hay diferencias entre la soledad del varón y la soledad de la mujer en su población estudiada, por otro lado, se comprobó que la soledad prevalece en el adulto mayor con nivel promedio, además de ellos, donde si se evidencia diferencias es en la alineación familiar y la insatisfacción personal de acuerdo a los sexos de los ancianos.

Jiménez (2019) en su estudio titulado “Niveles de soledad en el anciano que asiste a un taller de adulto mayor de una entidad privada en el distrito de Rímac”, con su objetivo de determinar los niveles de soledad en el adulto mayor que asiste a talleres de personas adultas en una entidad particular en el Rímac; la investigación se enmarcó en un diseño no experimental, descriptivo correlacional; con una muestra de 80 sujetos adultos mayores, a través del muestreo no probabilístico por conveniencia; en función a su recolección de datos se manejó la Escala ESTE I para medir la soledad en personas mayores. Los resultados indican basándose en su muestra poblacional, que el 31% los ancianos experimentan soledad algunas veces , el 34% a menudo y el 4% de los ancianos experimentan soledad siempre, de acuerdo con la dimensión familia conyugal el 37% refiere que algunas veces, el 25% a menudo y el 13% siempre experimental la soledad de su familia conyugal, con base en la dimensión de sentimientos de soledad, el 29% de los adultos mayores experimentaron algunas veces sentimientos de soledad, el 27% a menudo y 6% siempre,

por ende Jiménez concluye su investigación refiriendo que su población de estudio a menudo presentan un nivel alto de soledad, y en la categoría rara vez y algunas veces se ubican en el nivel de soledad media.

Tinco (2018) en su investigación “La soledad Social en Adultos Mayores en la región Ica en el 2017”, que tuvo como objetivo señalar el nivel de soledad social en adultos mayores en la región Ica, su trabajo se enmarco en un estudio no experimental de corte transeccional con un diseño descriptivo, su muestra fue de 236 adultos mayores, a través del muestreo probabilístico por con la técnica de muestreo por estratos y para su recolección de datos utilizaron la Escala de Soledad Social para Adultos Mayores (ESTE II). Los resultados demostraron que de la muestra: las mujeres un 47% presentan un nivel de soledad alta, que los varones con un 28%, además hallaron que los sujetos sin ningún diagnóstico de patologías que son un 40% de la muestra indican más soledad social, por otra parte, de acuerdo a su grado de estudios; los participantes que cursaron grados superiores presentan más soledad social con un 80% a diferencia de los que cursaron hasta la secundaria y las personas sin instrucción, por lo determinado, concluyen que la región Ica de la muestra estudiada el 34% de los sujetos tienen una soledad baja, el 32% indican que poseen una soledad media y el 34% de evaluados tienen una soledad social alta.

Ramírez (2018), en su investigación titulada “Factores Sociodemográficos relacionados a la Soledad en el Adulto Mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Punchana, 2017”, su objetivo es determinar los factores sociodemográficos en relación a la soledad en el Adulto Mayor, la investigación se enmarco en un diseño cuantitativo de tipo prospectivo transversal, manejaron una muestra poblacional de 50 sujetos, a través del muestro no probabilístico por conveniencia, para la recogida de información fue la Escala de Soledad UCLA de Russell. Lo obtenido muestra que el 92% de los ancianos muestran niveles de soledad de categoría medio, el

48% presentan percepción de soledad absoluta, el 40% de los sujetos presentan tendencia a percibirse solos.

2.2. Bases teóricas o científicas

Vejez

La manera de percibir la vejez es influenciada por la cultura, la ubicación geográfica las creencias y otros, uno de ellos es el país de Japón donde ser más de edad es sinónimo de status, que en contraposición de Estados Unidos donde lo perciben como despreciable (Cuddy, Norton y Fiske, 2005, como se citó en Papalia y Martorell, 2017)

La referencia que se tiene a las personas adultas mayores en estos últimos años es en contraposición a lo que se percibía en décadas pasadas, ahora se tiene una connotación de personas respetadas, sensatas y sobre todo sabias, este cliché negativo que se va reduciendo apunta a una tendencia de mejora por las personas de tercera edad (Bodner, 2009 como se citó en Papalia y Martorell, 2017)

Según Papalia y Martorell (2017) en su clasificación de las ocho etapas del desarrollo humano, nos refiere que la adultez empieza desde los veinte años en adelante y dentro de ello lo subdivide en tres subetapas que es la adultez temprana de veinte a cuarenta años de edad; donde su desarrollo cognoscitivo se ve resaltado por los juicios morales y su complejidad que esto implica de la mano de trazar su camino en el ámbito laboral, además, tenemos a la adultez media que comprende de cuarenta a sesenta y cinco años el desarrollo cognoscitivo en esta subetapa lo pragmático prima con la facilidad de resolución de problemas, y teniendo como la tercera etapa la adultez tardía de sesenta y cinco años a más, el desarrollo cognoscitivo va en bajada ya que áreas

de la inteligencia y la memoria se deterioran no obstante buscando sobrellevar y contrapesar con sus las áreas que dominan (p.7)

Envejecimiento

El envejecimiento de la población va determinado por el efecto económico, a esto se le suma la salud y la discapacidad por eso Horn y Meer (1987, como se citó en Papalia y Martorell, 2017) afirma que existen dos maneras de envejecimiento:

Envejecimiento primario (parte de la naturaleza) es el resultado de hacerse mayor que conlleva un proceso paulatino e ineludible del deterioro corporal, esto empieza desde una edad temprana y continua al paso de los años.

Envejecimiento secundario (parte de la crianza) es el producto de las patologías, de llevar una vida en exceso y tener una vida sedentaria.

Tanto el envejecimiento primario que es el continuo desarrollo del ser humano hasta la senectud y el envejecimiento secundario que es producto de la crianza de los factores ambientales; los dos se topan en un punto intermedio que son determinantes en el envejecimiento.

Existen tres grupos de adultos mayores:

- **Viejo joven** que comprenden los sujetos que se encuentran entre 65 años – 74 años de edad, estas personas se caracterizan por ser vigorosas, tener una vida activa, animada y confortante.
- **Viejo viejo** que comprenden las personas que se encuentran entre 75 años – 84 años de edad, estos sujetos se caracterizan por presentar principios de patologías geriátricas y deterioro progresivo de las funciones básicas.
- **Viejo de edad avanzada** que comprenden de las edades de 85 años en adelante, estos individuos se caracterizan por ser proclives a la fragilidad y a las afecciones

médicas y dificultades en la praxis de su vida cotidiana o también denominado problemas para organizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Teorías del envejecimiento

Bengton, et al. (1997) refieren que se tiene teorías sociológicas de primera segunda y tercera generación (como se citó en Robledo et al., 2020)

Teorías de primera generación

Teoría de desvinculación

También llamadas desacoplamiento o retraining, se tiene como precursores a Elaine et al. (1961), quienes acentuaron la necesidad de reducir a las personas su participación en sus actividades sociales a medida que incrementa su edad hasta su cese definitivo, en la misma línea referían que si perdurará la persona adulta mayor en su actividad desestabilizaría el sistema social y que es una fase natural e inevitable de la senectud. Teoría que fue criticada por inferir negativamente en el papel activo del adulto mayor, sin considerar su estado cognitivo.

Teoría de la actividad

En contraposición sale la teoría de la actividad propuesta por Ruth Albrecht (como se citó en Robledo y Gómez, 2020), como su nombre menciona se ve la vejez este inmerso en todas las actividades y todo lo que traiga consigo los beneficios necesaria para pasar por la realización durante la etapa de la adultez mayor, sustituyendo los papeles sociales perdidos por unos nuevos adquiridos en la etapa adulta. Criticada a la teoría por homogenizar a la vejez, sin considerar por la estructura social dominante y las normas preestablecidas de su entorno.

Teoría de la modernización

Los más resaltantes en esta teoría son: Cowgill y Holmes en 1972 precisan que la modernización a llevado a la vejez a un declive de la valoración social, valorada en las sociedades

preindustriales y agrarias, minimizada en la sociedad industrializada, en consecuencia, el aumento de esperanza de vida, el nivel educativo de los hijos desplazados a los adultos mayores como dependiente económicos de la familia.

Teoría del envejecimiento como subcultura

Puesta por Rose y Peterson en 1968 refiere que los comportamientos, las normas, las políticas públicas segregacionistas y el agrupamiento por grupos etarios en sociedades contemporáneas hace que las personas mayores creen su propia cultura con normas, valores, patrones de conducta, creencias e intereses comunes y comportamentales que trascienden status distintivos como género, raza y clase social. La crítica en que recide la teoría es por excluir a otros grupos etarios influenciado por el incremento del índice de estereotipos negativos.

Teorías de segunda generación

Teoría de la continuidad

Figura como Atchley en 1971 sugiere que los adultos y adultos mayores hacen esfuerzos para preservar la reserva cognitiva, aplicando estrategias para afrontar su proceso de deterioro. Puesta sus fundamentos en continuidades tanto externas. Internas y la continuidad individual. Se critica a la teoría por suprimir asuntos de orden hegemónico que obstruyen el desarrollo del sujeto

Teoría de la rotulación social

Propuesta por Kuypers y Bengston en 1973 ayuda a entender que la disminución de las habilidades y competencias sociales no está obligatoriamente relacionada con la edad en sí misma, pueda que sea el producto de la rotulación negativa por los familiares, cuidadores, profesionales hacia los adultos mayores ya sea por afecciones, infecciones médicas, pérdida de las mismas, que esto conlleva a efectos negativos vulnerables a sentirse incapaces, inactivos o inútiles. Lo criticado

a esta teoría es por no ser suficiente para explicar la vejez como un momento vital, como la actividad social en función de las condiciones de salud, economía y sociales, independientemente que el sujeto sea una persona adulta mayor o no.

Teoría del intercambio social

Propuesta por Gubrium Jaber en 1973 menciona que relacionarse con los demás están determinadas por un cálculo costo – beneficio, si la interacción es beneficiosa, se maximiza el beneficio y se da la conexión, por el contrario, las personas se alejan de quienes no contribuyen a su elección. En este contexto las personas adultos mayores que no tienen muchos recursos, con relación a las otras generaciones tienden a experimentar un desequilibrio y disminución en sus interacciones. Crítica impuesta por el termino costo beneficio, teoría de perspectiva económica ignorando las motivaciones no racionales como son: el altruismo, solidaridad, el amor, el afecto que se presenta en todo el desarrollo de la vida.

Teoría de la estratificación de edad

Interpuesta por Riley, Johnson y Foner en 1972 indaga un marco analítico que comprende la interacción de las personas adultas mayores y las estructuras sociales cambiantes, donde la edad se convierte en una categoría fundamental para la distribución del poder, resultando la adultez mayor en ciertas desventajas. Una de las críticas a esta teoría son que no se interviene de manera apropiada los asuntos del poder, lo conlleva cada etapa y sus diferencias.

Teorías de tercera generación

Teoría del construccionismo social

Dada por Gubrium y Holstein en 1999 su propósito es entender y explicar las realidades sociales que tienen que ver con el envejecimiento, la manera en que las personas envejecen en su situación y los roles que se conectan con la construcción de la edad. Investigando sus variables

como: calidad de vida, cuidado, fragilidad, relaciones sociales y autonomía en la vejez. Los que cuestionan esta teoría, precisan que el enfoque individual que emplea puede sesgar los análisis de estratificación por edad, cohortes o periodos longitudinales, además, sostienen que ella no dispone de hipótesis que puedan validar o contradecir los planteamientos de corte positivista.

Teoría del curso de la vida

De acuerdo con esta perspectiva, la vejez es parte del proceso del envejecimiento y por ende no debe ser vista como una transición a una fase terminal o una causa de exclusión social, pues se ajusta a un conjunto de normas y roles establecidos de acuerdo a la época, Del mismo modo, la posición social vivida en la vejez está determinada por las decisiones y comportamientos adoptados previamente. Los que le critican a esta teoría se basan en que pueda generar confusiones la amplitud de su campo, en analizar en uno solo las variables del proceso de la involución de la vejez.

Teorías feministas del envejecimiento

Proponen en considerar el género y la edad como categorías que influyen en las normas sociales vinculadas a los cambios fisiológicos inciden en el resultante en la involución de hombres y mujeres tanto en la identidad, funciones y relaciones de género. Refieren las escasas o nulos estudios del envejecimiento en la mujer, por ello, replantear las diferencias que existen tanto en hombres como en mujeres. Además, que ofrecen la importancia de la etapa de la senectud en mujeres su intervención a nivel micro y macrosocial. Se critica a esta teoría por la nula inclusión al hombre en su proceso de envejecimiento.

Teoría de la economía política del envejecimiento

Esta teoría explora cómo la asignación de recursos sociales, políticos y económicos determina relaciones de poder, autonomía e influencia en el proceso del envejecimiento. Se tiene

en cuenta a parte de la variable edad, también, clase, raza, género y etnia. Critican a esta teoría porque se sustentan en la desmedida dependencia de la estructura social y la condicional económica de las personas adultas mayores.

Teoría de la gerontología crítica

Según Moody, dicha teoría se centra en cuatro principios: 1. teorizar las dimensiones subjetivas e interpretativas del envejecimiento; 2. enfocarse en cambios prácticos, como las políticas públicas, más que en el avance técnico; 3. vincular a académicos y practicantes a través de la praxis, y 4. Producir conocimiento emancipatorio (como se citó en Robledo et al., 2020). Las críticas a esta teoría se enfocan en su alto nivel de abstracción, pues es difícil de entender para investigadores que usen paradigmas positivistas o que no estén formados en modelos de ciencias sociales basados en las tradiciones filosóficas europeas.

Deterioro cognitivo

El continuo envejecimiento de las funciones cognitivas puede avanzar de una normal disminución o llegar a la pérdida escalonada y patológica.

Deterioro cognitivo leve

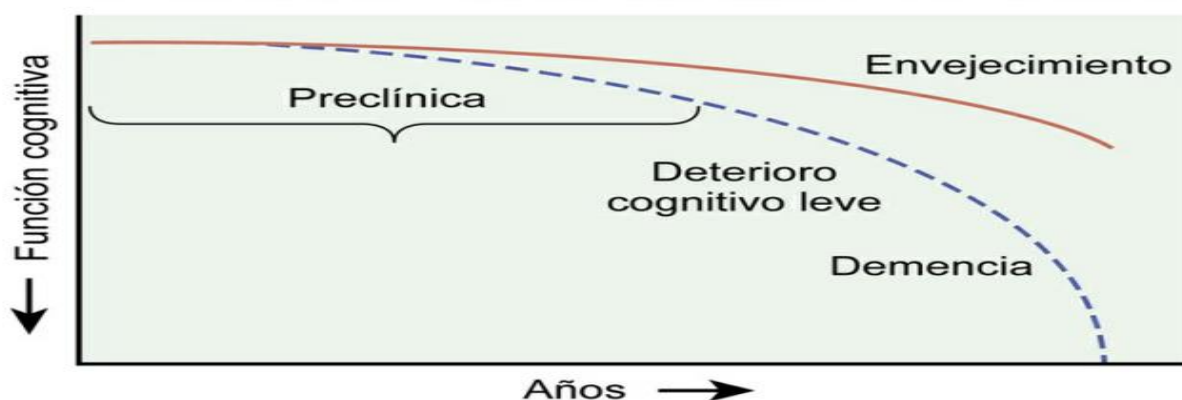
Las personas que presentan deterioro cognitivo leve (DCL), denominada una etapa de transición, muestran una disminución de las funciones cognitivas, pero mantienen sus actividades de la vida cotidiana (d'Hyver y Gutiérrez, 2014). Además, refiere que este cuadro clínico de (DCL), se denomina trastorno cognitivo sin demencia, ya que carece de los criterios clínicos para denominarlo demencia (p. 463).

La demencia se produce por varias enfermedades causales entre ellas también puede ser el DCL, por lo general es menos grave que la enfermedad, en la actualidad viene siendo una praxis

habitual en el proceso Dx de un DCL especificar la enfermedad o el cuadro patológico que lo causa por ejemplo de un DCL secundario a la enfermedad de Alzheimer (Budson y Salomon , 2017)

Figura 04

Deterioro Cognitivo progresivo



Nota: el gráfico representa un deterioro cognitivo de acuerdo al envejecimiento del cuerpo y sus estadios que pasa y su involución que presenta al ser una enfermedad demencial (d'Hyver y Gutiérrez, 2014)

Deterioro cognitivo moderado

El deterioro cognitivo moderado (DCM), determinado como una variación cognitiva mayor a la que se estima de acuerdo a su edad y su grado de instrucción, el DCM no interfiere en sus rutinas de la vida diaria (Gauthier et al., 2006, como se citó en Benavides, 2017), en su etapa de transición puede llevar a: la demencia, la permanencia en su estado de DCM o la reversión a su estado cognitivo normal, por ello Roqué et al. (2015) precisan en qué casos un deterioro cognitivo se puede revertir:

Potencialmente Reversibles

- Hidrocefalia normotensiva (síndrome de Hakim Adams)
- Demencia vascular

- Carencia de vitaminas B1, B12 o ácido fólico
- Disfunción tiroidea
- Insuficiencia hepática
- Síndrome urémico
- Tumores y Síndromes paraneoplásicos
- Insuficiencia hepática
- Hematoma subdural crónico
- Medicamentosa (uso de mediación anticolinérgica)
- Demencias autoinmunes (encefalopatía de Hashimoto y similares)
- Hematoma subdural crónico
- Tóxicas (alcohólica)
- Encefalitis herpética
- Sífilis – HIV

Demencias Irreversibles

- Demencia de Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Demencias de lóbulo frontotemporal
- Enfermedad por priones (Enfermedad de Jacob Creutzfeld)
- Demencia de Lewy

Además, el DCM se caracteriza por una o más de las siguientes manifestaciones: comprensión del lenguaje, alteraciones en el razonamiento y el pensamiento abstracto, alteraciones en los procesos sensoriales e integración social (Benavides, 2017; Roqué et al., 2015)

En DCM la memoria lo único que retiene son recuerdos remotos, toda la información nueva se olvidan con rapidez, la capacidad de resolver problemas muestran un deterioro grave, necesitan ayuda para el cuidado de su higiene y asistencia para vestirse, desarrollan incontinencia urinaria, en este deterioro cognitivo los pacientes parecen ser autosuficientes para llevar sus actividades de la vida diaria, pero solo se pueden mantener adiciones y actividades del hogar simples con supervisión (Budson y Salomon , 2017)

Deterioro cognitivo severo

En este grado de deterioro cognitivo severo (DCS), la memoria está deteriorada y solo conserva fragmentos de la memoria, el paciente muestra en instancias valorativas solo su orientación en persona, incapaz de desarrollar tareas en el hogar, incontinencia de sus deposiciones (Budson y Salomon , 2017).

Rodríguez y Sánchez (2004) refieren que los pacientes con DCS presentan dificultades en la comprensión de órdenes, aprendizaje, muestran desorientación en espacio y tiempo, fallas en las funciones de operaciones matemáticas (cálculo numérico), sus actividades instrumentales con afectación grave y esto viene hacer progresivo en DCS (como se citó en Sánchez y Marín, 2016) Además de ello, en el DCS la comunicación está comprometida lo que provoca que el paciente ingrese a un estado de aislamiento físico y psíquico (Carpena et al., 2020)

d'Hyver y Gutiérrez, (2014) mencionan que pacientes con la Enfermedad de Alzheimer (EA) en su etapa grave presentan trastorno importante del lenguaje, cambios en la afectividad, así como también cambios en su personalidad, además de, trastornos conductuales como: ansiedad, agresividad, alucinaciones, agitación y vagabundeo, también presentan, pérdida progresiva de las funciones psicomotoras que por lo general se evidencia reflejos primitivos y signos neurológicos (pág. 430)

Soledad

Cacioppo y otros (2010, como se citó en Papalia y Martorell, 2017) aseveran que según los estudios realizados en redes sociales, las personas solas disminuyen su asertividad que otros sujetos mayores, y las conductas que emiten implican indiferencia o rechazo, en consecuencia las personas se sientan más solitarias.

Las mujeres su ciclo de vida es más largo que los varones, los adultos mayores mujeres poseen un riesgo dos veces mayor de vivir solas que los varones (Papalia & Martorell, 2017), en el mismo libro Kaspar y otros indican que los adultos mayores que viven solos tienen mayor probabilidad de terminar en una institución.

Las personas que viven aisladas tienden a ser solitarias, Hawkey y Cacioppo refieren que dicha soledad puede acelerar su deterioro cognoscitivo y físico (como se citó en Papalia y Martorell, 2017). Que por ello la soledad es una variable dependiente que afecta la salud física y psicológica. Además que, Eng et al. (2006) refiere que en un estudio longitudinal las personas que estaban más aislados tenían un 53% más de probabilidad de morir por enfermedad cardiovascular, y el doble por morir por accidentes y suicidios.

Historia de la soledad

La palabra soledad deriva del latín <solus> y se refiere a quien está sin compañía, sin ayuda, separado de los demás o sin vínculos familiares habituales; según Seidman y Muchnik (2004). Refiere que el diccionario de la lengua francesa La Petit Robert que el adjetivo <Seul> de “solo” aparece por primera vez en el año 1080, en el siglo XI (p. 12).

El adjetivo soledad surge en el siglo XIII por el año 1213 que describe a la persona que está sola por un tiempo prolongado y que esto está asociado al aislamiento, separado o estado de abandono, pero este adjetivo de ese entonces no se asociaba como una connotación negativa, como

lo demuestra Alfred de Vigny, poeta de corriente romántico que precisa que la soledad es su fuente de inspiración y que por ello es sagrado (Seidman y Muchnik, 2004).

Importante

Las enfermedades mentales que conlleven un deterioro cognitivo d'Hyver y Gutiérrez, (2014) refieren que incrementan la vulnerabilidad de las infecciones en el adulto mayor, afectan a la falta de motivación y la adherencia al tratamiento, además, refieren que la soledad hay una relación causal que puede aumentar la ansiedad, depresión o empeorar el curso de la enfermedad (pág. 167)

Taylor y Wang, 2010 argumentan que cuanto más avanzada edad tenga el sujeto es más factible que la televisión sea más una necesidad que un lujo, por lo contrario, son en las etapas anteriores y sobre todo en los jóvenes que muestran un modelo a la inversa (como se citó en Papalia y Martorell, 2017, p., 587).

En el adulto mayor el trabajo es una fuente accesible en el contacto social, los que llevan mayor cantidad de años retirado poseen menos contacto social, que los de hace últimos años o los que siguen en continuidad de acorde a su estado actual (Papalia & Martorell, 2017), además, según la encuesta de National Council on Aging uno de cada cinco adultos mayores estadounidenses refirió como un problema importante la soledad (p. 544).

Un factor causal para las inmovilizaciones en el adulto mayor es la soledad y el abandono tanto en solteros, viudos y divorciados; en ellos existe más prevalencia, también se presenta en enfermedades neurológicas como son: demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad del Parkinson, entre otros (d'Hyver y Gutiérrez, 2014). Además, un número creciente de ancianos enfermos en estado terminal solicitan la muerte como único recurso a su situación de soledad que

se asienta más en países desarrollados, en consecuencia, el paciente inerme ante la grandiosidad de la muerte (d'Hyver & Gutiérrez, 2014; Oblitas Guadalupe et al., 2010)

La viudez llega a ser muy determinante en la tercera edad porque viene acompañado de soledad por la inestabilidad biopsicosocial, durante el primer año del duelo, el viudo(a) suele experimentar un estado afectivo deprimido, angustia, con presencia de reacciones fóbicas, cabe resaltar que el paciente adulto mayor no esté desarrollando un cuadro patológico (d'Hyver y Gutiérrez, 2014, p. 808)

Teorías de soledad

Teoría de la Desvinculación

Según Merchán y Cifuentes, una de las primeras teorías sobre la soledad, basada en el envejecimiento, alude a una alteración de la persona y su contexto, los cambios internos que vive el individuo de forma progresiva al envejecer y deteriorarse en la vida, que se relaciona con la pérdida del interés por las actividades cotidianas; lo que le lleva a un desapego por la ruptura de la red social de pertenencia de su ambiente (como se citó en Cummings y Henry, 1961)

Teoría del desapego

Las personas mayores se sienten solas como una forma de adaptarse al envejecimiento, lo que conlleva una disminución progresiva de los vínculos sociales y una mayor atención al ámbito interno y espiritual de la existencia (Palma & Escarabajal, 2019). Es decir, que las personas mayores se adaptan al envejecimiento reduciendo sus relaciones sociales y centrando su atención en su mundo interior y su dimensión espiritual.

Teoría de la actividad

Según la teoría de la actividad, las personas mayores se sienten solas cuando no tienen suficiente contacto social, lo que les provoca sensaciones de ineficacia, tedio y aislamiento. Esta

teoría propone que las personas mayores deben mantenerse activas y relacionarse socialmente para evitar o disminuir la soledad. (Rodríguez, 2009)

Teoría de la selectividad socioemocional

Según la teoría de la selectividad socioemocional, las personas mayores se sienten solas porque eligen, de forma voluntaria o involuntaria, tener menos relaciones sociales, pero más profundas y de calidad. Esta teoría sugiere que las personas mayores persiguen su equilibrio emocional y evitan las situaciones conflictivas con los demás (Chaparro et al, 2019).

Teoría del déficit social

García et al. (2015) refiere que, Según la teoría del déficit social, las personas mayores se sienten solas porque les faltan o pierden relaciones sociales de calidad, lo que puede estar relacionado con factores propios (como el carácter, el humor o la educación), circunstanciales (como el cambio de domicilio, la jubilación o el luto) o contextuales (como el nivel económico, el sexo o la cultura). Esta teoría indica que las personas mayores requieren tener un respaldo social apropiado para prevenir o afrontar la soledad (López et al., 2019).

Dentro de las teorías del envejecimiento se pone como base la teoría de la tercera generación -teoría de la gerontología crítica la soledad-, en la teoría de la soledad se fundamenta con la teoría de la desvinculación, teoría de la actividad y la teoría del déficit social.

2.3.Marco conceptual

Deterioro cognitivo

El continuo envejecimiento de las funciones cognitivas puede avanzar de una normal disminución o llegar a la pérdida escalonada y patológica (d'Hyver y Gutiérrez, 2014)

Soledad

La soledad, dentro de los adultos mayores, hace referencia, que es “un malestar emocional, que se genera, cuando un individuo, se siente incomprendido y rechazado, por otro o cuando, éste carece, de compañía, para la realización, de aquellas actividades que desea sean estas físicas intelectuales o emocionales” (Rubio, 2007)

Soledad familiar

Concerniente a la soledad familiar, Rubio nos refiere que es la ausencia de la familia, tanto como pérdida de la familia, no tener familia o no tener a quien acudir, en el mismo sentido ausencia de apoyo adecuado de la familia (Rubio, 2004).

Soledad conyugal

En medida, la soledad conyugal, es la ausencia de la pareja o del apoyo de la pareja al no cubrir las necesidades afectivas que demanda. Originando incertidumbre o pensamientos negativos en el adulto mayor (Iglesias et al., 2001).

Soledad social

Con respecto a la soledad social Rubio nos refiere un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, carencia en las interacciones sociales valorativas y afectivas del adulto mayor (Rubio, 2004)

Soledad existencial

También conocida como crisis de adaptación, refiere que se produce cuando el adulto mayor no logra adaptarse a las condiciones vivenciales de su etapa de desarrollo, generando sentimientos de inutilidad y dependencia (Iglesias et al., 2001; Caviedes, 2015)

CAPÍTULO III HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

Esta investigación no presenta hipótesis por el alcance del estudio, en estudios descriptivos que llevan hipótesis son los que intentan predecir datos en una o más variables que se pretenden medir (Hernández et al., 2014). Por ende, el estudio va a describir los resultados tal como se muestran y de allí podemos obtener nuestras recomendaciones que se orientan a nuevos estudios que connoten hipótesis.

3.2. Variables

3.2.1. *Definición Conceptual*

Rubio (2007) define la soledad como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales”.

3.2.2. *Definición Operacional*

La soledad es medida por la escala ESTE que mide soledad en adultos mayores, consta de 34 reactivos, divididos en cuatro factores, como son: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y soledad existencial; con respuestas politómicas en la escala de Likert, teniendo como resultante valores de tres niveles: bajo, medio y alto.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

El método científico según Sánchez y Reyes (2017) mencionan que una manera sistematizada de indagación para resolver un conjunto de problemas que ignoramos haciendo valer un pensamiento lógico y reflexivo que nos va a guiar en el proceso de una investigación científica

Con la misma premisa, la presente investigación opta por un método descriptivo que estudia a la variable en su estado actual y en su forma natural.

4.2. Tipo de Investigación

La investigación puesta es de tipo básica (Sánchez y Reyes, 2017). Indican que conlleva como propósito la búsqueda de conocimientos recientes con la causalidad que evolucionen en principios y leyes.

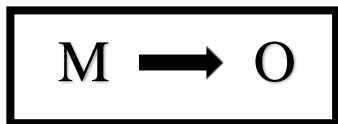
4.3. Nivel de Investigación

Sánchez y Reyes (2017) argumentan que es de nivel descriptivo simple; detallando comportamientos de los fenómenos en circunstancias temporal – espacial, que ayudan a fijar en una época y circunstancia dada.

4.4. Diseño de Investigación

El estudio es de diseño no experimental, transaccional o transversal (Hernández et al., 2014). Por ello, señalan que dicho estudio no se hace variar de manera intencionada, o no se elabora ninguna situación, sino que, estudia fenómenos tal como se da en su contexto natural, puesto que ya sucedieron al igual que sus efectos; lo cual su propósito es describir y analizar la variable como por ejemplo su incidencia e interrelación en una realidad temporal-espacial dada. Y esto lo complementa a nuestro nivel de investigación.

ESQUEMA



Donde:

M = Son los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el CEAPAM de la provincia de Huancayo.

O = Soledad en los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo.

4.5. Población y Muestra

4.5.1. Población

El estudio tenía como marco poblacional 120 personas adultos mayores geriátricos de dos Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM) de la provincia de Huancayo, en estos dos CEAPAMS se encuentran internados adultos mayores, sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo. (Lepkowski, 2008, como se citó en Hernández et al., 2014) afirma que la población es un colección de todos los hechos o variables que conciertan con una serie de descripciones.

4.5.2. Muestra y Muestreo

La muestra poblacional fueron los adultos mayores geriátricos de dos CEAPAM de la provincia de Huancayo que estén en el marco de los criterios de inclusión, que fueron 83 sujetos adultos mayores con deterioro cognitivo. El método del muestreo que se utiliza es el no probabilístico por conveniencia ya que el estudio se conformará por todos los casos que sea accesible (dependiente a los casos de exclusión), y esto nos conlleva a evaluar todos los casos disponibles (Battaglia, 2008, como se citó en Hernández et al., 2014)

Criterios de inclusión

- Que vivan más de 6 meses en el CEAPAM, Huancayo.
- Las personas adultas mayores geriatras de 65 años en adelante.
- Pacientes y/o familiares que han firmado en el contrato de internamiento en la residencia que están de acuerdo que se realicen investigaciones científicas manteniendo la confidencialidad con ellos y/o con sus familiares que están internando.
- Sujetos que se encuentren diagnosticado con deterioro cognitivo (DCI con o sin patología, DCM y DCS)

Criterios de exclusión

- Que vivan menos de 6 meses en el CEAPAM.
- Las personas adultas menores de 65 años.
- Las personas con estado de conciencia de estupor.
- Las personas con estado de conciencia de obnubilación.
- Los adultos mayores con estado de conciencia en coma.
- Los adultos mayores con diagnóstico de no presentar deterioro cognitivo.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Técnicas

En la siguiente investigación se recolectó la información para el estudio de soledad en adultos mayores que es la variable en investigación, para ello, se utilizó una encuesta: constructo con sus reactivos, la elección de la encuesta debe ser en congruencia con el planteamiento del problema de la investigación (Chasteauneuf, 2009; Brace, 2013, como

se citó en Hernández et al., 2014). Hernández y otros (2014) refiere que un cuestionario llega hacer una prueba estandarizada porque mide una variable en específico.

4.6.2. Instrumento

Tabla 01

Ficha técnica de la Escala Este de Soledad

FICHA TÉCNICA	
Nombre	: Escala ESTE para medir la soledad en adultos mayores
Autor	: Rubio, R y Aleixandre
Año	: 1999
Procedencia	: España
Adaptación en Perú	: Carrasco Calderón Melisa Denia y Duran Santos Erika Liz 2021
Tipo de aplicación	: Individual
Total, de ítems	: 34 reactivos, distribuidos en cuatro factores
Duración	: Tiempo aproximado de 20 minutos
Rango de aplicación	: adultos mayores
Factores	: Soledad familiar, Soledad conyugal, soledad social y soledad existencial
Calificación	De 1 a 5 puntos por cada respuesta

Niveles de Validez y Confiabilidad

Rubio y Aleixandre (1991) logran construir y validar la Escala ESTE que mide soledad en adultos mayores, en la población Española con 295 adultos mayores de 65 años, obteniendo una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.92; dicha ESCALA Rubio y Aleixandre utilizaron como antecedente cuatro instrumentos que mide la variable soledad, como es: Escala SELSA que mide tres factores: “soledad romántica, relaciones con los amigos y relaciones con la familia”; la

escala UCLA que mide dos factores: “intimidad con otros y sociabilidad”; la Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia con dos factores: “bienestar psicológico y satisfacción personal” y por último la escala ESLI con sus dos factores “soledad emocional y soledad social”; además de ello, recolectaron datos como las relaciones de las personas adultas con su entorno y autopercepción (como se citó en Acosta y otros, 2017).

Conjuntamente con su análisis factorial agrupó los reactivos en cuatro factores: “soledad familiar”, “soledad conyugal”, “soledad social” y “soledad existencial”; con sus 34 ítems.

En Perú Carrasco y Duran (2021) validaron la escala ESTE en la provincia de Huaral con 51 adultos mayores, los resultados que obtuvieron con el estadístico Alfa de Cronbach es de 0,705 lo cual nos indica que tiene una buena consistencia interna.

4.7. Validación del Instrumento de Escala ESTE de Soledad

En relación al instrumento de Escala ESTE de Soledad se efectuó la validación de juicio de expertos:

Tabla 02

Resultado de la Calificación por Juicio de expertos

JUECES	CRITERIOS				Σ Fila
	1	2	3	4	
1	2	2	2	2	8.00
2	3	3	3	3	12.00
3	3	3	2	2	10.00
Total, Columna	8.00	8.00	7.00	7.00	30.00
Promedio	2.67	2.67	2.33	2.33	10.00
Desv. Standard	0.58	0.58	0.58	0.58	2.00

Nota: El modelo de la tabla es autoría de Oseda (2021)

Se determinó la validación de la Escala ESTE de Soledad que mide la soledad en adultos mayores, utilizando los criterios que nos dan a optar la Universidad Peruana los

Andes las cuales son: 1 suficiencia de los ítems, 2 relevancia, 3 coherencia y claridad de los ítems. Pasando por un juicio de tres expertos, se obtuvo con el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,889 lo que nos indica una buena valorización de fiabilidad. Dicha fiabilidad de consistencia interna evalúa la correlación entre diferentes partes de un instrumento: ítems, criterios, reactivos; que miden el mismo constructo, además del alfa de Cronbach, el coeficiente de Guttman y otros también se utilizan para esta evaluación, por último, Kuder-Richardson se utiliza para las escalas dicotómicas y el coeficiente de alfa de Cronbach para escalas politómicas (Campos y Oviedo, 2008).

Para la medición de consistencia interna mediante la prueba piloto, se efectuó teniendo a los adultos mayores con características similares a la muestra final de 20 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión, hallando así la confiabilidad de la escala de medición Este en adultos mayores.

Tabla 03

Resultado del Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	34

Por ende, se ha procesado los datos teniendo total de ítems 34, con un grupo de 20 participantes, alcanzando por el estadístico de alfa de Cronbach de 0,857, lo que arroja una buena consistencia interna de la Escala ESTE de soledad en adultos mayores.

Para aplicar el instrumento de recolección de datos se pidió los permisos a las dos Instituciones y a los pacientes adultos mayores, primero a sus familiares y/o representantes y a ellos mismos se le dio el consentimiento informado

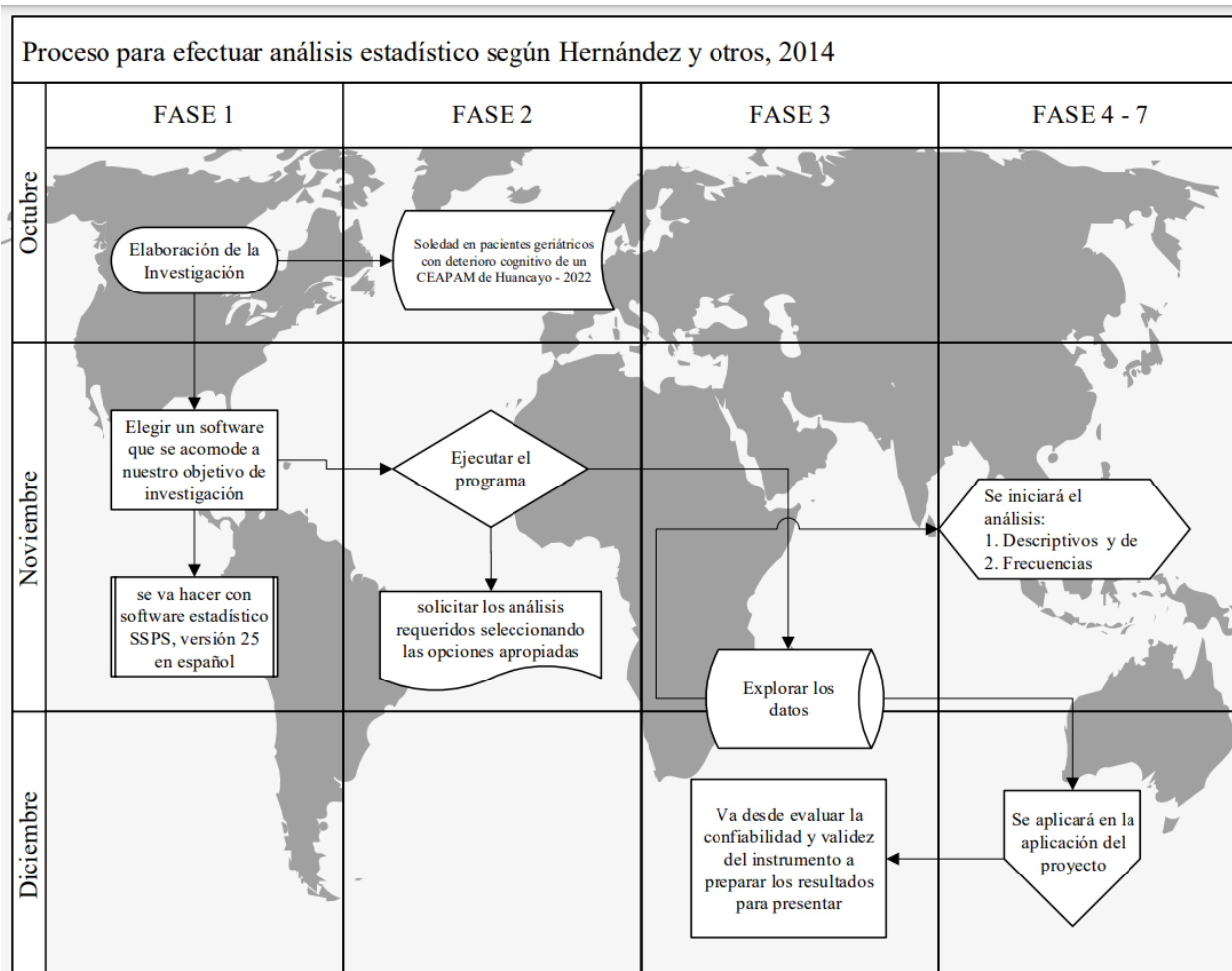
Una vez obtenido dichos permisos firmados, se procedió a aplicar el instrumento de manera física, a un porcentaje significativo de la población se les tuvo que leer el instrumento por su estado de salud. Los datos recolectados se pasaron a una tabla Excel para luego ser procesados al software SPSS versión 26.

Los datos de Deterioro Cognitivo de la muestra poblacional, se obtuvo del Historial médico del paciente, del diagnóstico funcional del área mental realizado por la Medico Geriatra; de los cuales, se descartó a los pacientes sin deterioro cognitivo; con deterioro cognitivo hubo 83 pacientes adultos mayores de los cuales se ubican en los siguientes niveles de deterioro cognitivo: deterioro cognitivo leve hay 54 adultos mayores, en deterioro cognitivo moderado 11 sujetos y en deterioro cognitivo severo 18 personas mayores, porque lo que en la investigación se esta tomando dicho dato como una variable sociodemográfica.

En la siguiente tabla se especifica el proceso de análisis estadístico que nos ha llevado la investigación con el propósito de guía en las diferentes fases para efectuar efectuarlo en la investigación:

Figura 05

Proceso para efectuar análisis estadístico (Hernández y otros, 2014)



Nota: este gráfico representa todo el proceso que se sigue en las diferentes fases de investigación a fin de realizar análisis estadístico.

4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Esta investigación para cuantificar los datos se ha realizado bajo en paquete de Microsoft Office, el aplicativo Microsoft Excel, por consiguiente, una vez que se obtuvo los datos cuantificados, el procesamiento se hizo con software estadístico SSPS, versión 26 en español, software que se encarga de analizar todo tipo de datos, por último, con la estadística descriptiva se ha analizado la variable de soledad en adultos mayores, utilizando prevalencia para hallar la proporción de los casos que presentan soledad en pacientes con deterioro cognitivo.

4.9.Aspectos éticos de la investigación

Para efectuar el estudio se tomó en cuenta los principios y normas de ética de investigación de la Universidad Peruana Los Andes, considerándose artículo 27° y el artículo 28°

En referencia al artículo N° 27 que nos habla de los principios que rigen la actividad investigativa, como son aspectos de protección de la persona de diferentes grupos étnicos y socio culturales en la población adulto mayor, además, que el participante estará en todo su derecho de no continuar y suspender su participación en el trayecto del estudio, siendo así en beneficio de la sociedad y no actuando maliciosamente. De igual manera, se asegura la veracidad y responsabilidad de la investigación; por tal motivo en la investigación se procesará los datos sin manipular los resultados que se obtengan (Universidad Peruana los Andes, 2019).

Por consiguiente, los sujetos en la investigación que estén inmersos en los criterios de inclusión a la medición, se actuó informándole sobre la motiva de la investigación y su aporte en la implicación, además de, respetar su anonimato, la confidencialidad, y la reserva de sus datos personales en todo el proceso del estudio. Evocando la voluntad informada para los fines pertinentes, necesarios y concretos enmarcados en el estudio de investigación. Cabe resaltar que, en el proceso del estudio, si los sujetos de la muestra quedan expuestos su integridad física o psicológica, se procede de manera irreflexiva a detener el estudio, por lo que se busca es eliminar los daños y maximizar los beneficios, por ende, reiterando el compromiso de la responsabilidad y veracidad en la “x” cantidad de procesos que tome el estudio con una adecuada praxis de la ética y del reglamento del alma mater.

Concerniente al Artículo N° 28 que nos refiere de las Normas de comportamiento de quienes investigan, se elaboró el estudio coherente y original con veracidad; basándonos en autores que definen y describen la variable de estudio (Soledad en pacientes adultos mayores con deterioro

cognitivo) que se utilizó y validó su confiabilidad de la escala ESTE, además se protegió el anonimato de los participantes a este estudio, entregando los resultados a la casa de estudios UPLA y área administrativa del CIAPAM (Universidad Peruana Los Andes, 2019). Por ello se consultó a repositorios internacionales y nacionales y en buscadores científicos como Redalyc, Chemedica, Google Académico, Alicia entre otros, obteniendo de allí información confiable y fidedigna.

A los adultos mayores y familiares se les leyó antes de ser partícipes del estudio el consentimiento informado, que la información recaudada tiene la connotación de ser confidencial y anónimo, en consecuencia, los resultados obtenidos de cada paciente geriátrico se les proporcionó, asimismo se nutrió su historial médico. A los participantes, en todo momento se mantuvo el respeto y se les preguntó si deseaban continuar con la prueba, siendo de esa manera que se respetó y veló por su integridad física y psicológica. Como resultante se muestran fotografías (bajo su consentimiento de los adultos mayores) en el anexo que se proporciona a la investigación como prueba fehaciente que los participantes se involucraron culminando así de manera satisfactoria el estudio.

Por lo expuesto en el presente estudio, posee la originalidad del autor de la investigación con citas de acuerdo a la universidad que ha planteado, tanto la validez como la fiabilidad del instrumento de medición se originaliza de acuerdo a la muestra y al estadístico que utiliza, manteniendo el anonimato de vuestra muestra, y que se utiliza con el rigor de la comuna científica para dicha investigación, estando regida por las normas de la investigación en toda esfera: institucional, nacional e internacional; además de ser transparentes en la investigación, plasmando las variables extrañas o externas que se presenta en la investigación.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1. Procesamiento Estadísticos

Para seguir con la línea de investigación, se procedió analizar mediante la hoja de cálculo de Microsoft office Profesional Plus Excel, se obtuvo de ahí los gráficos de tipo barra.

En consiguiente se transfirió los datos al software IBM SPSS Statistics versión 26 para el análisis de estadísticos descriptivos por prevalencia.

*Prevalencia: expresa la frecuencia con la que ocurre un evento en el total de población en que puede ocurrir.

5.2. Descripción de los resultados

En consecuencia, se muestra el resultante estadístico de tipo descriptivo, con una muestra de 83 de 120 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión de dos Centros de Atención para Personas Adultas Mayores de la provincia de Huancayo a quienes se evaluó con la Escala Este para personas adultas mayores y se obtuvo los siguientes resultados:

5.2.1. Tabla de frecuencia

Tabla 04

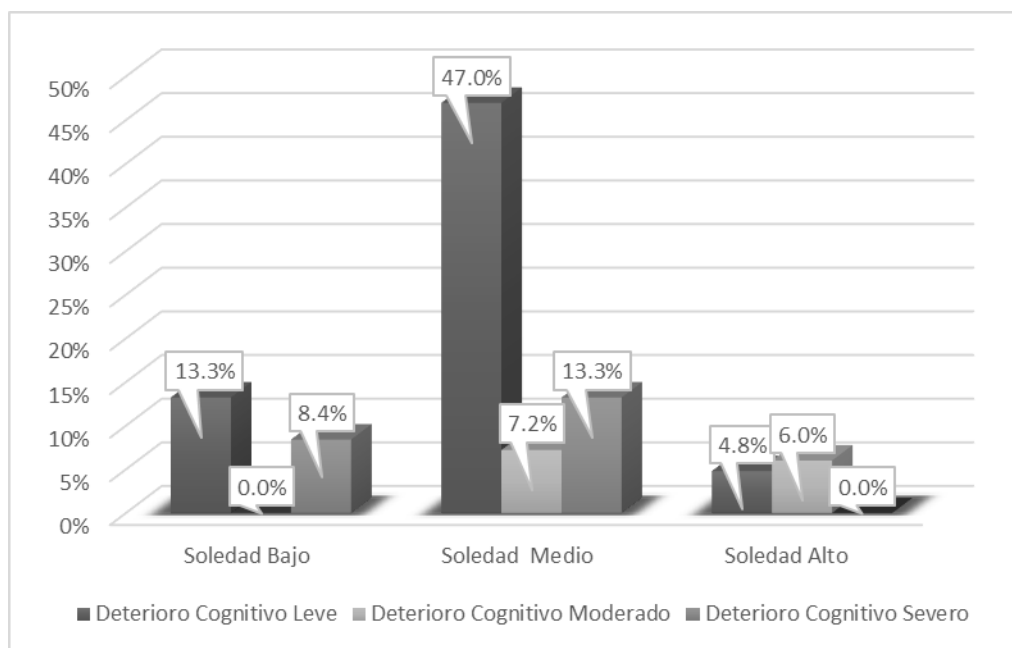
Resultados de los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023

			Soledad Adulto Mayor			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Estado	Deterioro Cognitivo	Recuento	11	39	4	54
Cognitivo	Leve	% dentro de Estado Cognitivo	20,4%	72,2%	7,4%	100,0%
		% dentro de Soledad Adulto Mayor	61,1%	69,6%	44,4%	65,1%
		% del total	13,3%	47,0%	4,8%	65,1%
Moderado	Deterioro Cognitivo	Recuento	0	6	5	11
		% dentro de Estado Cognitivo	0,0%	54,5%	45,5%	100,0%
		% dentro de Soledad Adulto Mayor	0,0%	10,7%	55,6%	13,3%
		% del total	0,0%	7,2%	6,0%	13,3%
Severo	Deterioro Cognitivo	Recuento	7	11	0	18
		% dentro de Estado Cognitivo	38,9%	61,1%	0,0%	100,0%
		% dentro de Soledad Adulto Mayor	38,9%	19,6%	0,0%	21,7%
		% del total	8,4%	13,3%	0,0%	21,7%
Total		Recuento	18	56	9	83
		% dentro de Estado Cognitivo	21,7%	67,5%	10,8%	100,0%
		% dentro de Soledad Adulto Mayor	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	21,7%	67,5%	10,8%	100,0%

Nota: La tabla refleja los resultados obtenidos de la Base de datos procesada, IBM-SPSS Versión 26.

Figura 06

Resultados de los niveles de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023



Interpretación:

En la tabla 4 y Figura 6, en los niveles de soledad se hizo el recuento del total de sujetos evaluados en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo, se muestra que: en soledad bajo el 21,7% del total (18) de adultos mayores se encuentran en el nivel de soledad bajo; en soledad medio el 67,5% del total (56) de adultos mayores se encuentra en el nivel de soledad medio; y en soledad alto el 10,8% del total (9) de adultos mayores con nivel de soledad alto. En resumen, en la muestra analizada, se observa una distribución desigual de los niveles de Soledad en el Adulto Mayor en función del Estado Cognitivo. El nivel de Soledad Medio muestra la mayor prevalencia en los tres estados cognitivos, seguido del Nivel de Soledad Bajo. El Nivel de Soledad Alto muestra la menor prevalencia en general, con presencia limitada en el Estado Cognitivo Leve. Por otra parte, se puede observar una relación entre el Estado Cognitivo y los niveles de Soledad en el Adulto Mayor. Los casos de Deterioro Cognitivo Leve y Deterioro Cognitivo Severo presentan una distribución de soledad en diferentes niveles, mientras que los casos de Deterioro Cognitivo Moderado no muestran casos de Soledad Bajo.

Tabla 05

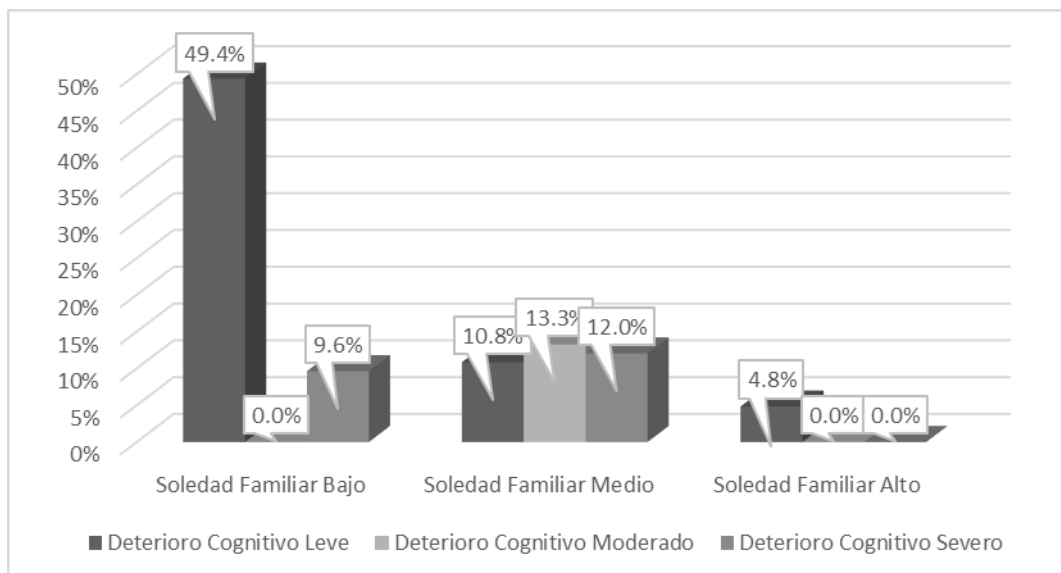
Resultado del nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.

		Soledad Familiar			Total	
		Soledad Familiar Bajo	Soledad Familiar Medio	Soledad Familiar Alto		
Estado Cognitivo	Deterioro Cognitivo Leve	Recuento	41	9	4	54
		% del total	49,4%	10,8%	4,8%	65,1%
	Deterioro Cognitivo Moderado	Recuento	0	11	0	11
		% del total	0,0%	13,3%	0,0%	13,3%
	Deterioro Cognitivo Severo	Recuento	8	10	0	18
		% del total	9,6%	12,0%	0,0%	21,7%
Total		Recuento	49	30	4	83
		% del total	59,0%	36,1%	4,8%	100,0%

Nota: La tabla refleja los resultados obtenidos de la Base de datos procesada, IBM-SPSS Versión 26.

Figura 07

Resultado del nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.



Interpretación:

En la tabla 5 y la figura 7, en el factor familiar de la escala de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo se describe: del recuento total de la muestra evaluada del nivel bajo de soledad familiar, que el 59% (49) experimentan soledad familiar bajo, en cuanto al estado cognitivo, el 49,4% (41) de los casos con Deterioro Cognitivo Leve experimentan Soledad Familiar Bajo, mientras que el 9,6% (8) de los casos con deterioro cognitivo severo también experimentan Soledad Familiar Bajo; del recuento total de la muestra del nivel medio de soledad familiar que el 36,1% (30) de los casos experimentan Soledad Familiar Medio, en relación con el estado cognitivo, el 10,8% (9) de los casos con Deterioro Cognitivo Leve experimentan Soledad Familiar Medio, el 13,3% (11) de los casos con Deterioro Cognitivo Moderado experimentan Soledad Familiar Medio y el 12,0% (10) de los casos con Deterioro Cognitivo Severo experimentan Soledad Familiar Medio; por último del recuento total de la muestra del nivel severo de soledad familiar el 4,8% (4) de los casos experimentan Soledad Familiar Alto, concerniente con el estado cognitivo, solo se observa que el 4,8% (4) Soledad Familiar Alto en el grupo de Deterioro Cognitivo Leve.

En resumen, en la muestra analizada, se observa una distribución desigual de los niveles de Soledad Familiar en relación al Estado Cognitivo. El Nivel de Soledad Familiar Bajo muestra la mayor prevalencia en el Estado Cognitivo Leve, mientras que el Nivel de Soledad Familiar Medio tiene una presencia significativa en los tres estados cognitivos. El Nivel de Soledad Familiar Alto muestra una prevalencia limitada en general y está presente únicamente en el Estado Cognitivo Leve.

Tabla 06

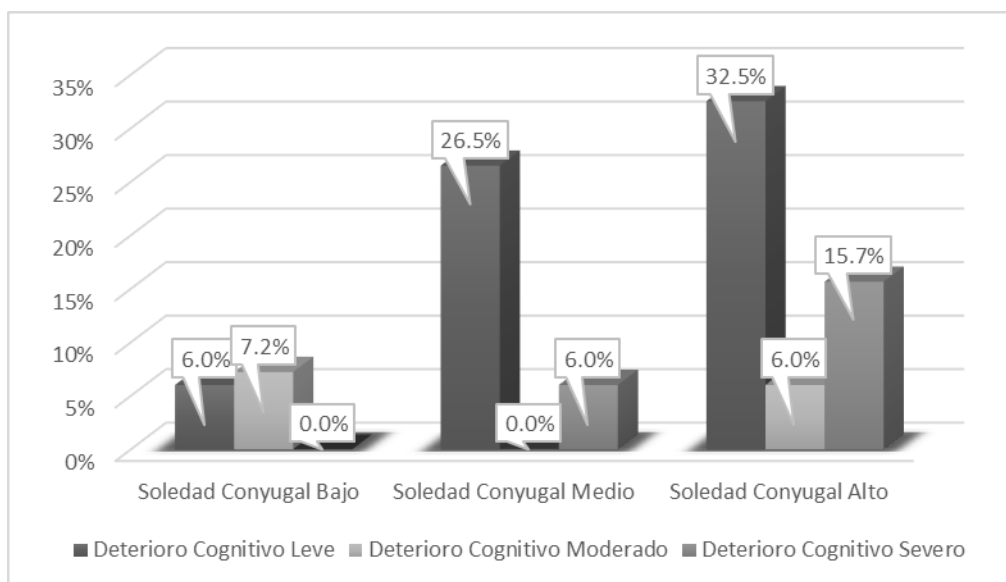
Resultado del nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023

		Soledad Conyugal			Total
		Soledad Conyugal Bajo	Soledad Conyugal Medio	Soledad Conyugal Alto	
Estado Cognitivo Deterioro Cognitivo Leve	Recuento	5	22	27	54
	% del total	6,0%	26,5%	32,5%	65,1%
Deterioro Cognitivo Moderado	Recuento	6	0	5	11
	% del total	7,2%	0,0%	6,0%	13,3%
Deterioro Cognitivo Severo	Recuento	0	5	13	18
	% del total	0,0%	6,0%	15,7%	21,7%
Total	Recuento	11	27	45	83
	% del total	13,3%	32,5%	54,2%	100,0%

Nota: La tabla refleja los resultados obtenidos de la Base de datos procesada, IBM-SPSS Versión 26.

Figura 08

Resultado del nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.



Interpretación:

En la tabla 6 y la figura 8, en el factor conyugal de la escala de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo se describe: del recuento total de la muestra evaluada del nivel bajo de soledad conyugal, que el 13,3% (11) experimentan soledad conyugal bajo, en cuanto al estado cognitivo, el 6,0% (5) de los casos con Deterioro cognitivo leve perciben Soledad conyugal bajo, también el 7,2% (6) de los individuos presentan un nivel bajo de soledad conyugal y un deterioro cognitivo moderado, por otra parte, no se observan casos de deterioro cognitivo moderado en este nivel de soledad conyugal; del recuento total de la muestra del nivel medio de soledad conyugal, el 32,5% (27) de los casos experimentan Soledad conyugal Medio, en cuanto al estado cognitivo, el 26,5% (22) de los sujetos con deterioro cognitivo leve experimentan soledad conyugal medio, no se observan casos de deterioro cognitivo moderado en este nivel medio de soledad conyugal, y se registra que el 6,0% (5) de los individuos con deterioro cognitivo severo presentan soledad conyugal medio; por último, del recuento total de la muestra evaluada del nivel alto de soledad conyugal el 54,2% (45) experimentan soledad conyugal alto, en cuanto al estado cognitivo, el 32,5% (27) de los sujetos con Deterioro cognitivo leve perciben Soledad conyugal

alto, el 6,0% (5) de los casos con deterioro cognitivo moderado se perciben con Soledad conyugal alto, y el 15,7% (13) de los sujetos con deterioro cognitivo alto experimentan soledad conyugal alto.

En resumen, en la muestra analizada, se observa una distribución desigual de los niveles de Soledad Conyugal en relación al Estado Cognitivo. El Nivel de Soledad Conyugal Bajo muestra una presencia limitada y está presente en los tres estados cognitivos. El Nivel de Soledad Conyugal Medio muestra una prevalencia en el Estado Cognitivo Leve, mientras que el Nivel de Soledad Conyugal Alto muestra una mayor prevalencia en el Estado Cognitivo Leve y Severo y de forma general.

Tabla 07

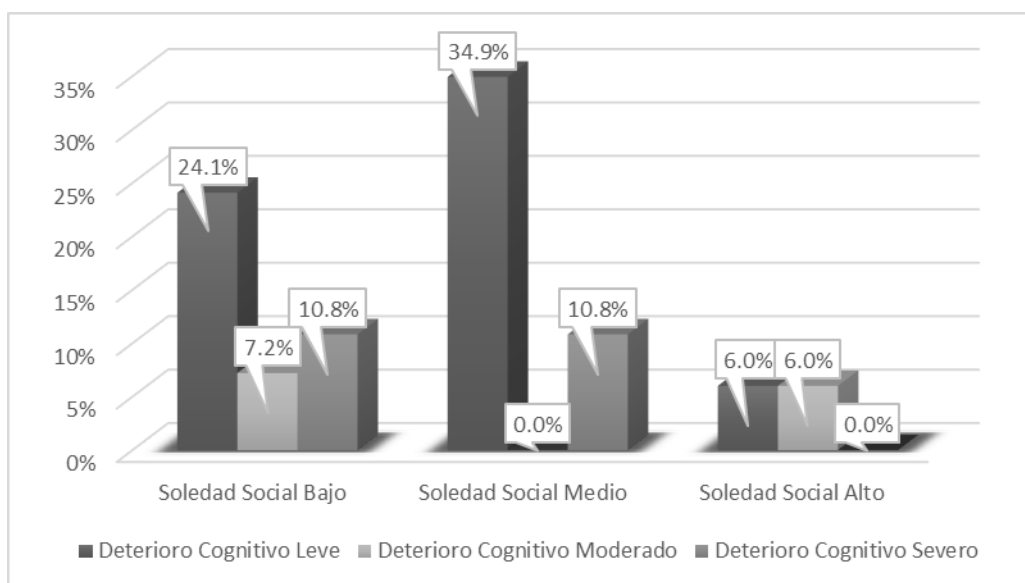
Resultado del nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023

		Soledad Social			Total
		Soledad Social Bajo	Soledad Social Medio	Soledad Social Alto	
Estado Cognitivo Deterioro Cognitivo Leve	Recuento	20	29	5	54
	% del total	24,1%	34,9%	6,0%	65,1%
Deterioro Cognitivo Moderado	Recuento	6	0	5	11
	% del total	7,2%	0,0%	6,0%	13,3%
Deterioro Cognitivo Severo	Recuento	9	9	0	18
	% del total	10,8%	10,8%	0,0%	21,7%
Total	Recuento	35	38	10	83
	% del total	42,2%	45,8%	12,0%	100,0%

Nota: La tabla refleja los resultados obtenidos de la Base de datos procesada, IBM-SPSS Versión 26.

Figura 09

Resultado del nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.



Interpretación:

En la tabla 7 y la figura 09, en el factor social de la escala de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo se describe: del recuento total de la muestra evaluada el 42,2% (35) experimentan soledad social bajo, en cuanto al estado cognitivo, el 24,1% (20) de los casos con deterioro cognitivo leve perciben soledad social bajo, el 7,2% (6) de los individuos presentan un nivel bajo de soledad conyugal y un deterioro cognitivo moderado, y el 10,8% (9) de los casos con deterioro cognitivo severo perciben soledad social bajo; del recuento total de la muestra el 45,8% (38) de los casos se perciben con soledad social medio, en referencia al estado cognitivo, el 34,9% (29) de los evaluados con deterioro cognitivo leve experimentan soledad social medio, no se observan casos de deterioro cognitivo moderado en este nivel medio de soledad social, y se registra que el 10,8% (9) de los sujetos con deterioro cognitivo severo presentan soledad social

medio; por último, del recuento total de la muestra evaluada el 12,% (10) experimentan soledad social alto, concerniente al estado cognitivo, el 6,0% (5) de los sujetos con Deterioro cognitivo leve perciben Soledad social alto, el 6,0% (5) de los casos con deterioro cognitivo moderado experimentan soledad social alto, y en deterioro cognitivo severo no se observan casos que presenten soledad social alto.

En resumen, se observa una relación entre el nivel de soledad social y el estado cognitivo. En general, hay una mayor prevalencia de casos de deterioro cognitivo leve en todos los niveles de soledad social. El nivel medio de soledad social muestra una presencia significativa tanto en el deterioro cognitivo leve como en el severo. Por otro lado, el nivel alto de soledad social presenta casos de deterioro cognitivo leve y moderado.

Tabla 08

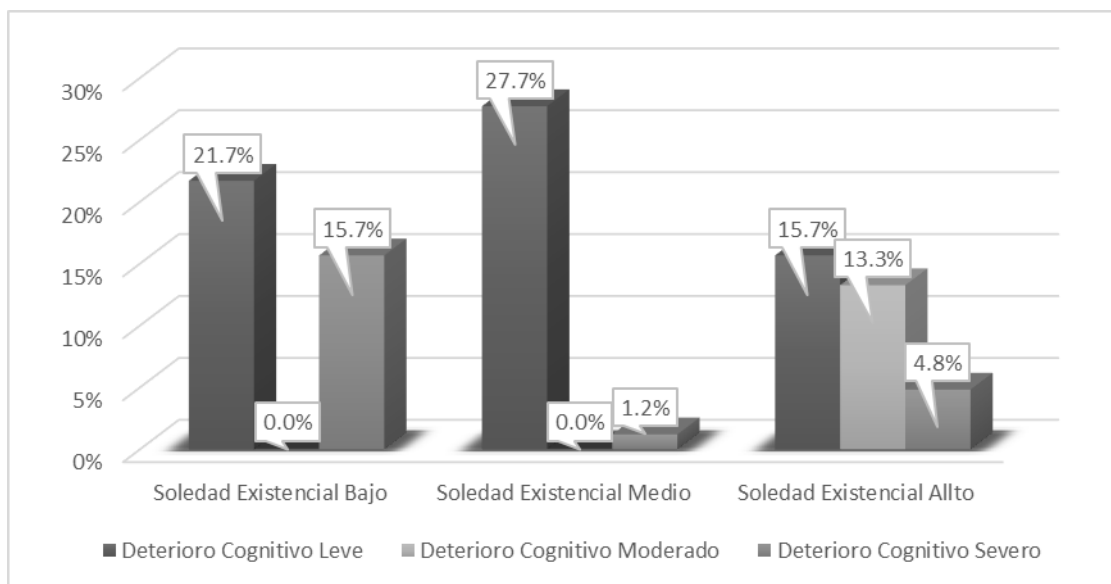
Resultado del nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.

		Soledad Existencial			Total	
		Soledad Existencial	Soledad Existencial	Soledad Existencial		
		Bajo	Medio	Alto		
Estado Cognitivo	Deterioro Cognitivo Leve	Recuento	18	23	13	54
		% del total	21,7%	27,7%	15,7%	65,1%
	Deterioro Cognitivo Moderado	Recuento	0	0	11	11
		% del total	0,0%	0,0%	13,3%	13,3%
	Deterioro Cognitivo Severo	Recuento	13	1	4	18
		% del total	15,7%	1,2%	4,8%	21,7%
Total		Recuento	31	24	28	83
		% del total	37,3%	28,9%	33,7%	100,0%

Nota: La tabla refleja los resultados obtenidos de la Base de datos procesada, IBM-SPSS Versión 26.

Figura 10

Resultado del nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo – 2023.



Interpretación:

En la tabla 8 y la figura 10, en el factor existencial de la escala de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo se describe: del recuento total de la muestra evaluada el 37,3% (31) experimentan soledad existencial bajo, en referencia al estado cognitivo, el 21,7% (18) de los individuos con deterioro cognitivo leve perciben soledad existencial bajo, no se observan casos de deterioro cognitivo moderado en este nivel bajo de soledad existencial, y el 15,7% (13) de los casos con deterioro cognitivo severo se perciben con soledad existencial bajo; del recuento total de la muestra el 28,9% (24) de los casos experimentan soledad existencial medio, concerniente al estado cognitivo, el 27,7% (23) de los evaluados con deterioro cognitivo leve experimentan soledad existencial medio, no se observan casos de deterioro cognitivo moderado en este nivel medio de soledad existencial, y se registra que el 1,2% (1) del caso con deterioro cognitivo severo presenta soledad existencial medio; por último, del recuento total de la muestra evaluada el 33,7%

(28) experimentan soledad existencial alto, en referencia al estado cognitivo, el 15,7% (13) de los sujetos con Deterioro cognitivo leve perciben Soledad existencial alto, el 13,3% (11) de los casos con deterioro cognitivo moderado experimentan soledad existencial alto, el 4,8% (4) de los sujetos con Deterioro cognitivo severo experimentan soledad existencial alto.

En general, se observa una distribución variada de los casos en cada categoría de Estado Cognitivo y Soledad Existencial. El Deterioro Cognitivo Leve es el más prevalente en general, mientras que el Deterioro Cognitivo Moderado no presenta casos en la muestra. En cuanto a la Soledad Existencial, se observa una distribución relativamente equilibrada entre los niveles Bajo, Medio y Alto.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Por lo tanto, plasmado los resultados en tablas y figuras se puede inferir de acuerdo al objetivo general que es -Determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, considerando a los dos centros geriátricos como la sumatoria de la muestra estudiada, se obtiene lo siguiente:

El nivel de soledad medio es el más prevalente, con aproximadamente el 67.5% de los adultos mayores ubicados en este nivel. Esto sugiere que la mayoría de los adultos mayores con deterioro cognitivo experimentan un nivel moderado de soledad, es decir se sienten ocasionalmente incomprendidos o rechazados: experimentan momentos de incompreensión o rechazo, pero no de manera constante o abrumadora, tienen períodos en los que se siente desconectados, pero también experimentan momentos de conexión social; experimentan algunas limitaciones en la compañía es posible que tengan algunas interacciones sociales, aunque puedan no ser tan frecuentes o satisfactorias como desearían; y mantienen algún nivel de participación social, tienen amigos o familiares con quienes interactúan, pero todavía experimentan ciertos momentos de soledad pero no llegan a sentirse completamente solos o marginados (Rubio, 2007; Acosta et al., 2017; Barros y Sosa, 2011).

Los resultados que se ha obtenido en la investigación muestran relación con Arango (2020), que los ancianos que asisten a un grupo de “Amando la Vida” en Bello - Colombia, tienen un promedio de soledad medio y que el tipo de soledad que obtuvo mayor influencia es el de soledad social con un promedio de 20,6 – soledad media.

Del mismo modo se relacionan con su investigación de Carrasco y Durán (2021) que el 90% de los adultos mayores se ubican en el nivel medio de soledad, y se relacionan con el nivel alto de soledad siendo su prevalencia con el 8%.

De la misma manera Flores y Ramos (2021) en su estudio halló que el 70% de su población se ubica en el nivel medio de soledad, al igual que Misato y Montoya (2020) con prevalencia en el nivel medio de soledad, concluyendo Ramírez (2018) obtuvo en su investigación un 92% de los ancianos con nivel de soledad medio.

Los resultados de nivel medio de soledad en la población estudiada, se fundamenta por las diferentes enfermedades neurológicas, las demencias en sus diferentes niveles de deterioro cognitivo, las afecciones como: enfermedad renal crónica, hiperglucemia o hipoglucemia, concentración de sodio alta o baja en la sangre, insuficiencia hepática, trastorno de la tiroides enfermedades comórbidas reversibles o irreversibles asociadas al estado cognitivo, además de las variables sociodemográficas como su estado civil, la edad, género, entre otros que atraviesan los adultos mayores, conllevando a que la soledad va desencadenar por la salud física y psicológica y viceversa, (d'Hyver y Gutiérrez, 2014; MedlinePlus Enciclopedia Médica. (s. f.), 2021; Papalia y Martorell, 2017). Además que la muestra estudiada se arguye en la teoría de la actividad, por el infuciente contacto social, es decir que cerca de dos tercios de los adultos mayores están en el rango intermedio de sentirse solos con deterioro cognitivo (Rodríguez, 2009).

Por otra parte, Pérez (2022) se opone al estudio con la prevalencia de la sensación de soledad en adultos mayores durante pandemia de Covid – 19, obteniendo un 94,8% de los adultos mayores no experimentan soledad y solo un 0,8% de los evaluados experimentaban soledad, se puede argumentar que se produjo dichos resultados por la vigilancia que hubo en pandemia como

sesiones regulares telefónicas con los familiares y su adulto mayor, el contacto saludable con la familia, el cuidado de las necesidades psicológicas y médicas de los familiares (Banerjee, 2020).

En relación con el primer objetivo que es -identificar el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, los resultados arrojan que un 59% de los adultos mayores con deterioro cognitivo experimentan mayor prevalencia en soledad familiar bajo. Por otra parte, la soledad familiar alto con un 4,8%. muestra una prevalencia limitada en general y está presente únicamente en el Estado Cognitivo Leve.

Los resultados, se asemejan a lo obtenido por Arango (2020) con la prevalencia en soledad familiar bajo con un 57%,70; similar con Ortíz (2018) con 57,50 % de los sujetos evaluados presentan soledad familiar bajo.

El estudio donde se realizó la investigación fue en una casa geriátrica particular o como dice Kaspar en una institución particular, y que las personas que viven solas tienden a irse a esos lugares, por estar en institución particular, existe poca ausencia familiar, es más se eleva el apoyo adecuado de la familia en los diferentes grados de consanguinidad (Papalia y Martorell, 2017; Rubio, 2004)

Los resultados se oponen en lo que han obtenido Bautista y Nava (2018) en su investigación como prevalencia el nivel medio de soledad familiar con un 64% de adultos mayor que acude al DIF Municipal de Xonacatlán, México. Flores y Ramos (2021) también evidencian prevalencia en el nivel medio de soledad familiar con 58%, así como Carrasco y Duran (2021) con frecuencia del 80% en su estudio en el nivel medio de soledad familiar.

Si se analiza la muestra poblacional de los que se oponen a este resultado de investigación, referidas investigaciones desarrollaron en municipalidades, con sus diferentes programas de

gobierno, mientras que la muestra estudiada es en dos centros de Casa de Reposo que son subvencionados por la familia del adulto mayor, particular.

Con respecto al segundo objetivo que es -identificar el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-. el resultado que se ha obtenido que el nivel de soledad conyugal alto muestra una mayor prevalencia de 54,2% de la muestra evaluada.

Estos resultados guardan relación con lo investigado por Arango (2020) con 50% en soledad conyugal alta, también con el estudio de Ortíz (2018) que muestra prevalencia en el nivel alto de soledad conyugal con 52,50%. Uno de cada dos pacientes adultos mayores se siente solo(a) en la casa geriátrica, las mujeres su ciclo de vida es más largo que los varones, en referencia a ello, gran parte de los pacientes en estos centros son viudas, divorciadas o solteras, y que carecen de un compañero sentimental (Papalia & Martorell, 2017). Con base en ello, la viudez en la tercera edad viene acompañado de soledad e inestabilidad biopsicosocial confirmando ello lo que plantea (d'Hyver y Gutiérrez, 2014, p. 808).

Por el contrario, se oponen con los estudios de Bautista y Nava (2018) que obtuvo mayor prevalencia en el nivel de soledad conyugal bajo, con un porcentaje de 62% de su frecuencia absoluta en el nivel bajo de soledad conyugal. Se difiere con el resultado obtenido por: diferente tipo de población, por la estadía que tienen los usuarios, uno que acuden por horas, mientras que el otro por ser una residencia permanente, aparándose lo mencionado por la teoría del déficit social -pierden sus relaciones de calidad por factores circunstanciales y contextuales-, y teoría de la actividad – las personas se sienten solas, cuando no tienen suficiente contacto social-, a pesar que tienen pareja, pero no conviven con ellos. (Rodríguez, 2009; García et al.,2015)

Concerniente al tercer objetivo que es -identificar el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, obteniendo con mayor prevalencia de 45,8% en el nivel medio de soledad social, además, se puede inferir que en el nivel medio de soledad social muestra una presencia significativa tanto en el deterioro cognitivo leve como en el severo.

El resultado que se ha obtenido guarda relación con lo hallado por Arango (2020), evidenciando mayor prevalencia de 73,10% en nivel medio de soledad social, Bautista y Nava (2018) también nos confirma eso con 52% de mayor prevalencia en nivel medio de soledad social, del mismo modo Carrasco y Duran, (2021) con mayor prevalencia de 67% sobre los otros niveles de soledad social, por último, Ortíz (2018), con un 45% con mayor prevalencia de los otros niveles de soledad social. Teniendo un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, carencia en las interacciones sociales valorativas y afectivas del adulto mayor (Rubio, 2004), siendo el centro indirectamente aislamiento al paciente adulto mayor, por su estadía, por la afección, su diagnóstico y/o tratamiento, disminuyendo progresivamente sus funciones cognitivas llegando a la pérdida escalonada y patológica.

Los resultados que se agudizan en lo que ha obtenido por Flores y Ramos (2021) con mayor prevalencia en el nivel alto de soledad social con porcentaje de 49%, es decir que uno de cada dos adultos mayores carece de interacciones sociales valorativas y afectivas.

En referencia con el cuarto objetivo que es -identificar el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, se ha obtenido mayor prevalencia en soledad existencial bajo de 37% de la soledad existencial medio y alto lo que se observa una distribución relativamente equilibrada entre los niveles Bajo, Medio y Alto. Enfocándonos como variable sociodemográfica

que es el deterioro cognitivo, que cada sujeto estudiado poseía, y la mayoría de los pacientes con DCL patológico desencadenando en algún tipo de demencia, y solo conserva fragmentos de la memoria, el paciente muestra en instancias valorativas solo su orientación en persona, valoran su situación sin pronosticar o hacer una regresión lineal, por ello es bajo su situación de soledad existencial (Roque y otros, 2015)

El resultado que se ha obtenido se agudizan en las investigaciones tomadas como antecedente en este estudio de: Arango (2020), obtuvo con mayor porcentaje de 57,70% en soledad existencial media, Bautista y Nava (2018) prevalencia en soledad existencial media con un 60% de frecuencia, Flores y Ramos (2021) con un 54% de frecuencia de soledad existencial media, al igual que Carrasco y Duran, (2021) con un 70%, también tenemos a Ortíz (2018) con un 42.50% con soledad existencial media.

La soledad existencial también referida como crisis de adaptación, en estas investigaciones presentadas, la mitad y más de la mitad de sus muestras estudiadas no logran adaptarse a las condiciones vivenciales de su etapa de desarrollo, generando sentimientos de inutilidad y dependencia (Iglesias et al., 2001; Caviedes, 2015), mientras en lo resultados de la investigación muestran menor prevalencia de soledad existencial, esto se debe a dos posibles desencadenantes, uno por el grado de lucidez de la muestra y el otro es por el lugar donde se encuentra la población, es un centro particular y cuenta con un cuidado integral, brindando talleres ocupacionales, y se disminuye los sentimientos de inutilidad.

Limitaciones del estudio: la muestra pudo haber sido más representativa pero la restricción por post pandemia a las dos instituciones en los pacientes en estado de afecciones críticas por ser personas vulnerables, como también, la prueba que se aplicó fue en un determinado momento, si

hubiera sido en un intervalo de un año a más, x sería el total de veces que se pudo haber aplicado el instrumento de medición que pasaron los adultos mayores en estas dos casas de reposo, en la muestra estas fueron dos limitantes que no hayan sido así. por otro lado, el alcance de este estudio fue descriptivo, de tipo básica, de diseño no experimental, transaccional o transversal, de nivel descriptivo simple, este estudio carece de la capacidad de aplicar los resultados de manera generalizada, ya que se basó en una muestra no probabilística por conveniencia; así mismo reportar que durante la administración del instrumento casi un 70% fueron aplicados en formato entrevista, la exposición directa del evaluador como una variable interviniente pudo haber afectado las respuestas de los participantes, por último, por las afecciones que presentan los pacientes durante la entrevista, más del 95% de los participantes fueron adultos mayores con enfermedades como Parkinson, hipertensión, diabetes, artritis, artrosis, demencias, ictus, fibromialgia, osteoporosis entre otros; que pudo haber afectado las respuestas. Por consiguiente, plasmo las limitaciones con la intención de que futuras réplicas del estudio las consideren.

CONCLUSIONES

1. En cuanto al objetivo general orientado a -Determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo – 2023-, el nivel de soledad medio prevalece en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo en un 67,5%, es decir, más de dos tercios de los adultos mayores con declive cognitivo presentan malestar emocional medio cuando se sienten incomprendido y rechazado por la carencia de compañía y/o por la realización de las mismas.
2. En cuanto al primer objetivo específico que es -Identificar el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, con mayor prevalencia es el factor de soledad familiar bajo con un 59%, esto es, que seis de cada diez adultos mayores con DC presentan una percepción baja de la ausencia del apoyo adecuado de su familia, por consiguiente, perciben la presencia de la familia y/o tienen a quien acudir.
3. Con referencia al segundo objetivo específico que es - Identificar el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, con mayor prevalencia es el factor de soledad conyugal alto con un 54,2%, por ende, más de la mitad de los adultos mayores con DC presentan una percepción alta en la ausencia de la pareja al no cubrir las necesidades afectivas que demanda.
4. Con relación al tercer objetivo específico que es - Identificar el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo- el factor de soledad social con mayor prevalencia es el medio con un 45,8% de frecuencia. Casi la mitad de los adultos mayores con DC presentan

una percepción media de carencia en las interacciones sociales valorativas y afectivas, un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social,

5. En cuanto al último objetivo específico que es Identificar el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo-, el factor de soledad existencial con más prevalencia es el bajo con 37,3% de frecuencia, esto es que un poco más de un tercio, presentan una percepción baja de no lograr adaptarse a las condiciones vivenciales de su etapa de desarrollo humano.

RECOMENDACIONES

Expuestas las conclusiones de esta investigación se recomienda al personal de la salud, investigadores o afines que se relacionen con adultos mayores:

- Tener en cuanto como referencia bibliográfica es propio de la investigación la variable deterioro cognitivo que fue planteado como variable sociodemográfica y no como una variable independiente o dependiente.
- Realizar investigaciones de nivel descriptivo-comparativo entre nivel de soledad sin DC, DCL y DCL con patología.
- A la comunidad científica, tomar como referencia los resultados de prevalencia de nivel de soledad, así como sus factores en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo para elaborar programas de inclusión en las carpetas: instituciones públicas o privadas, casas de reposo, centros de día, etc.
- El Nivel de Soledad Familiar Medio tiene una presencia significativa en los tres estados cognitivos, significa que, para elaboración de talleres, programas u otras carpetas formativas, se pueda incluir del mismo modo en los deterioros cognitivos bajo medio y severo.
- Mientras que en el Nivel de Soledad Conyugal Medio muestra una prevalencia en el Estado Cognitivo Leve, lo que significa que los programas enfocados a soledad conyugal se realicen con más ahínco en DCL.
- En soledad social, hay una mayor prevalencia de casos de deterioro cognitivo leve en todos los niveles de soledad social, tener en cuenta para futuras investigaciones.

- En cuanto a la soledad existencial, se observa una distribución variada de los casos en cada categoría de Estado Cognitivo y Soledad Existencial, tener en cuenta para nuevos estudios o programas de formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acetuno, P., & Velasquez, Y. (2015). Factores Sociodemográficos y Soledad del Adulto Mayor, Club Caminito de Jesús, Cerro Colorado, Arequipa. *[tesis de licenciatura]*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/338>
- Acosta, C., García, R., Vales, J., Echevarría, S., & Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364 - 372. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775010>
- Agencia Peruana de Noticias Andina. (7 de Julio de 2022). *Población en Perú alcanzó las 33 millones 396,000 personas en el 2022*. (E. Andina, Editor) Andina.pe : <https://andina.pe/agencia/noticia-poblacion-peru-alcanzo-las-33-millones-396000-personas-el-2022-900919.aspx#:~:text=Asimismo%2C%20aumenta%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulto,progresivo%20envejecimiento%20de%20la%20poblaci%C3%B3n>
- Arango, K. (2020). Sentimiento de Soledad en adultos mayores que asisten al grupo de ejercicio físico "Amando la via" en Bello, Antioquia, en el 2020-I. *[Tesis de licenciatura]*. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello, Colombia. <https://hdl.handle.net/10656/12918>
- Ávila, H. L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Eumed.net.
- BANCO DE DESARROLLO DE AMERICA LATINA. (07 de Julio de 2022). *En 30 años se duplicará la población con más de 65 años en América Latina: ¿Cuáles son los desafíos en salud y pensiones?* Caf.com: <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2020/11/en-30-anos-se-duplicara-la-poblacion-con-mas-de-65-anos-en-america-latina-cuales-son-los>

- desafios-en-salud-y-pensiones/#:~:text=En%20la%20actualidad%2C%20en%20Am%C3%A9rica,siglo%2C%20superar%C3%A1%20el%20
- Banerjee, D. (2020). 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102154>
- Bautista, J., & Nava, J. (2018). Valoración del tipo de soledad que vive el adulto mayor que acude al DIF Municipal de Xonacatlán. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma del Estado México, Toluca, México. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/67945>
- Bautista, J., & Nava, J. (2018). Valoración del tipo de soledad que vive el adulto mayor que acude al DIF Municipal de Xonacatlán. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma del Estado México, Toluca, México. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/67945>
- Benavides, C. (2017). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 107 - 112. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72641&id2=>
- Budson , A., & Salomon , P. (2017). *This translation of Memory Loss, Alzheimer's Disease, and Dementia: A Practical Guide for Clinicians*. Elsevier Inc.
- Carpena, M., Gómez, A., Del Oso, A., & Carrasco, L. (2020). Efectos de la estimulación basal en deterioro cognitivo severo: informe de un caso único. *MOVE*, 2(1), 130 - 4. <https://jomts.com/index.php/MOVE/article/view/16>
- Carrasco, M., & Duran, E. (2021). Soledad en los adultos mayores del Centro Integral de atención de la Municipalidad Provincial de Huaral - 2021. [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/6155>

- Caviedes, E. (2015). Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del hospital nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *1Library*, 12. <https://1library.co/document/yjd1952y-relacion-sentimiento-soledad-bienestar-psicologico-hospital-alcantara-butterfield.html>
- Chaparro, L., Carreño, S., & Arias, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), 633. <https://doi.org/https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Decreto Supremo N° 006-2021-MIMP. (05 de Junio de 2021). *Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030*. Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/normas-legales/1953327-006-2021-mimp>
- Decreto Supremo N° 024 - 2021 MIMP. (27 de julio de 2021). *Reglamento de la Ley N° 30490, Ley de la persona Adulta Mayor*. Diario Oficial El Peruano. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2041837/ds_024_2021_mimp.pdf
- d'Hyver, C., & Gutiérrez, L. (2014). *Geriatría*. México: El Manual Moderno.
- Esquivel, S., & Santiago, M. (2020). Factores de soledad que predominan en el adulto mayor. *[Tesis de licenciatura]*. Universidad de Monterrey, Nuevo León, México. <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/3479>
- Flores, K., & Ramos, A. (2021). Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto Mayor - CIAM Municipalidad de Mariano Melgar 2021. *[tesis de licenciatura]*. Universidad César Vallejo, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/70743>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw -HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V.

- Iglesias, J., López, J., Díaz, M., Alemán, C., Trinidad, A., & Castón, P. (2001). *La soledad en las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/La-soledad-en-las-personas-mayores.pdf>
- INEI. (2022). *Situación de la Población Adulta Mayor*. INEI. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3313690/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor%3A%20Enero%20-%20Febrero%20-%20Marzo%202022.pdf?v=1656451805>
- Jiménez, F. (2019). Nivel de soledad en el anciano que asiste a talleres del adulto mayor de una entidad privada en el distrito de Rimac 2019. [tesis de licenciatura]. Universidad Privada Norbert Wiener, Lima. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3110>
- Kú, F., Lope, M., García, M., & Carrillo, E. (2018). Percepción de la soledad en los adultos mayores de la localidad de Molas, Yucatán. [Artículo científico]. Universidad de Sonora, Mérida, Yucatan. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v7i1.263>
- López, A., Lorena, L., Ortega, C., & Sepúlveda, G. (2019). La soledad en el adulto mayor. *Proyecto de Investigación para el Cuidado*. Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/7ab735d3-427a-4b67-bc3a-611a4e22607c/content>
- MedlinePlus Enciclopedia Médica. (s. f.). (2021). *Disminución del estado de conciencia*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003202.htm>
- Miyasato, K., & Montoya, C. (2020). Soledad según sexo en adultos mayores beneficiarios de un Centro Integral de Adulto Mayor de Cajamarca, 2019. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada del Norte, Cajamarca. <https://hdl.handle.net/11537/24420>

- Oblitas Guadalupe , L. A., Labiano, M., Fusté, A., Fiorentino, M. T., Becoña, E., Mussi, C., . . . Sandín, B. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Vol. tercera edición). Cengage Learning Editores, S.A. de C.V. <http://latinoamerica.cengage.com>
- Ortíz, L. (2018). Soledad y Deterioro Cognitivo. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Técnica de Ambato, Ambato- Ecuador.
- Palma, E., & Escarabajal, M. (2019). Efectos de la soledad en la salud. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano* (13a ed.). México: McGraw - Hill.
- Pérez, A. (2022). Prevalencia de sensación de soledad en adultos mayores durante la pandemia de Covid - 19. [Tesis de Especialidad]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/23358>
- Ramirez , C. (2018). Factores sociodemográficos relacionados a la soledad en el Adulto Mayor del Centro Integral de Atención al adulto mayor, Punchana, 2017. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Científica del Perú, Maynas. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/680>
- Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (Mayo de 2020). *Revista Guillermo de Ockham*. [https://doi.org/ https://doi.org/10.21500/22563202.4660](https://doi.org/https://doi.org/10.21500/22563202.4660)
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *GeroKomos*, 20(20(4)), 159-166. https://doi.org/http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es.
- Roqué, M., Rubin, R., Bartoloni, L., & Allegri, R. (2015). *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras demencias*. Formación profesional para el equipo socio-sanitario.
- Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores. *Portal Mayores*, 21. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

- Sánchez, H., & Reyes, C. (1998). *Metodología y Diseño en la investigación científica*. Lima: Editorial Mantaro.
- Sánchez, L., & Marín, A. (2017). Deterioro cognitivo adultos mayores Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud*, 2(4), 288 - 293. <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/213>
- Sarzosa, M. (2021). Soledad en Adultos Mayores. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/26456>
- Scarimbolo, G. (2016). La soledad de los adultos. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología*, 67 - 69. <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/vpN>
- Seidman, S., & Muchnik, E. (2004). *Aislamiento y Soledad* (1 ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Sequeira, D. (2012). La soledad en las personas mayores: factores protectores de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores Chilenos. [Tesis de doctorado]. Universidad de Granada, Chile. URI: <http://hdl.handle.net/10481/21617>
- Tinco, M. (2018). La Soledad social en Adultos Mayores de la región Ica - 2017. [tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de Ica, Ica. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/226>
- Universidad Peruana los Andes. (Setiembre de 2019). Código de ética para la investigación científica. Huancayo, Junin, Perú.

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de Consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023	<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuál es el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>- Identificar el nivel de soledad en el factor familiar de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.</p> <p>- Identificar el nivel de soledad en el factor conyugal de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.</p> <p>- Identificar el nivel de soledad en el factor social de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.</p> <p>- Identificar el nivel de soledad en el factor existencial de los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo 2023.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>En esta investigación se ausenta la hipótesis, debido al alcance del estudio, ya que no precisamos predecir datos de nuestra variable que medimos (Hernández et al., 2014).</p>	<p>Variable:</p> <p>Soledad en el adulto mayor con deterioro cognitivo.</p> <p>Dimensiones</p> <p>Factores:</p> <p>-Soledad familiar.</p> <p>-Soledad conyugal.</p> <p>-Soledad social.</p> <p>-Soledad existencial.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Tipo Básica.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Nivel descriptivo simple.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>No experimental, transaccional o transversal.</p> <p>ESQUEMA:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> <p style="font-size: 2em; margin: 0;">M → O</p> </div> <p>Donde:</p> <p>M: Son los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el CEAPAM de la provincia de Huancayo.</p> <p>O: Soledad en los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo.</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>El marco poblacional es de 120 personas adultos mayores geriátricos de dos Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM) de la provincia de Huancayo.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra poblacional son los adultos mayores geriátricos de dos CEAPAMS de la provincia de Huancayo que estén en el marco de los criterios de inclusión, con la cantidad de 83 adultos mayores.</p> <p>TÉCNICA DE MUESTREO</p> <p>No Probabilístico por Conveniencia.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Se ha de utilizado la Escala ESTE DE SOLEDAD.</p>

Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Soledad.	Rubic (2007) define la soledad como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando éste carece de compañía para la realización de aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales”.	La escala ESTE que mide soledad en adultos mayores, consta de 34 reactivos, divididos en cuatro factores, como son: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y soledad existencial; con respuestas politómicas en la escala de Likert, teniendo como resultante valores de tres niveles: bajo, medio y alto	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la soledad • Abandono de la familia • Pertinencia de la familia 	Cualitativa	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> • Soledad conyugal 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción por el compañero sentimental • Percepción de amor • Agrado de pareja 	Cualitativa	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> • Soledad social 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción por los amigos 	Cualitativa	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> • Soledad existencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de contactos sociales • Percepción de la soledad 	Cualitativa	Nominal

Anexo 3 Matriz de operacionalización del instrumento

Variable	Dimensiones	Indicadores	Reactivos	Escala valorativa		Criterio de validez y confiabilidad	Escala de medición	Instrumento
				Baremo del instrumento	Valor			
Soledad.	Variable soledad.	Soledad en adultos mayores	Los 34 ítems	1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- Totalmente de acuerdo Parcialmente de acuerdo No tiene una opinión definida Parcialmente en desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Bajo 34 ----- 79 Medio 80 ----125 Alto 126 -----170	La Escala ESTE que mide soledad en adultos mayores, en Perú Carrasco y Duran (2021) validaron la escala ESTE en la provincia de Huaral con 51 adultos mayores, los resultados que obtuvieron con el estadístico Alfa de Cronbach un 0,705 lo cual nos indica que tiene una buena consistencia interna.	Nominal	La Escala ESTE que mide soledad en adultos mayores
	Factor Soledad Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de la soledad Abandono de la familia Pertinencia de la familia 	1,2, 8, 9,10,11,12, 13,17, 19, 20, 21, 28.		Bajo 13 ----- 30 Medio 31 ----- 48 Alto 49 ----- 65			
	Factor Soledad Conyugal.	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción por el compañero sentimental Percepción de amor Agrado de pareja 	3, 4, 5, 6, 7.		Bajo 5 ----- 11 Medio 12 ----- 18 Alto 19 ----- 25			
	Factor Soledad Social.	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción por los amigos 	15, 16, 18, 22, 23 24, 25.		Bajo 7 ----- 16 Medio 17 ----- 26 Alto 27 ----- 35			
	Factor Soledad Existencial.	<ul style="list-style-type: none"> Falta de contactos sociales Percepción de la soledad 	14,26, 27,29,30, 31, 32, 33, 34.		Bajo 9 ----- 21 Medio 22 ----- 34 Alto 35 ----- 45			

Anexo 4 El instrumento de investigación



ESCALA ESTE DE SOLEDAD

Autores: Rubio & Alexandre - 1999
Adaptado: Carrasco Calderon Melisa Denia y Duran Santos Erika Liz - 2021




Estimado Señores (as) reciban el saludo cordial a nombre de la Universidad Peruana Los Andes, Escuela Profesional de Psicología. La presente encuesta tiene como propósito ayudar analizar los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023. El cuestionario es anónimo, esperemos la sinceridad correspondiente, recuerda no hay respuesta correcta o incorrecta.

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____ Familia que le visite (SI) (NO)

INSTRUCCIONES: De las siguientes afirmaciones, indique con un aspa (x) en que punto de las 5 alternativas se siente identificado.

- 1.- Totalmente de acuerdo
- 2.- Parcialmente de acuerdo
- 3.- No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias
- 4.- Parcialmente en desacuerdo
- 5.- Totalmente en desacuerdo

	Afirmaciones	1	2	3	4	5
1	Me siento solo					
2	Ya no tengo a nadie cerca de mí					
3	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo					
4	Tengo un compañero sentimental que me apoya cuando lo necesito					
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8	Me siento solo cuando estoy en familia.					
9	Nadie de mi familia se preocupa de mí.					
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					
11	Realmente me preocupo por mi familia					
12	Realmente pertenezco a mi familia					
13	Me siento cercano a mi familia					
14	Lo importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos					
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17	Me encuentro a gusto con la gente					

18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo					
19	Me siento aislado					
20	Mis amigos y familiares raramente me entienden					
21	Mi familia es importante para mí					
22	Me gusta la gente con la que salgo					
23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda					
24	No me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28	No me siento importante para nadie					
29	Siento que no soy interesante					
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31	Me molesta ahora las cosas pequeñas que antes					
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					
34	Tengo miedo de muchas cosas					



ESCALA ESTE DE SOLEDAD



Autores: Rubio & Alexandre -1999
Adaptado: Carrasco Calderon Melissa Denise y Duran Santos Erika Liz - 2021

Estimado Señores (as) reciban el saludo cordial a nombre de la Universidad Peruana Los Andes, Escuela Profesional de Psicología. La presente encuesta tiene como propósito ayudar analizar los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023. El cuestionario es anónimo, esperamos la sinceridad correspondiente, recuerda no hay respuesta correcta o incorrecta.

Sexo: F Edad: 80 a Estado Civil: viuda Familia que le visite (S) (N)O

INSTRUCCIONES: De las siguientes afirmaciones, indique con un aspa (x) en que punto de las 5 alternativas se siente identificado.

- 1.- Totalmente de acuerdo
- 2.- Parcialmente de acuerdo
- 3.- No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias
- 4.- Parcialmente en desacuerdo
- 5.- Totalmente en desacuerdo

n	Afirmaciones	1	2	3	4	5
1	Me siento solo	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	Ya no tengo a nadie cerca de mi	<input checked="" type="checkbox"/>				
3	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Tengo un compañero sentimental que me apoya cuando lo necesito					<input checked="" type="checkbox"/>
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					<input checked="" type="checkbox"/>
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					<input checked="" type="checkbox"/>
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					<input checked="" type="checkbox"/>
8	Me siento solo cuando estoy en familia.					<input checked="" type="checkbox"/>
9	Nadie de mi familia se preocupa de mí.					<input checked="" type="checkbox"/>
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera					<input checked="" type="checkbox"/>
11	Realmente me preocupo por mi familia	<input checked="" type="checkbox"/>				
12	Realmente pertenezco a mi familia	<input checked="" type="checkbox"/>				
13	Me siento cercano a mi familia	<input checked="" type="checkbox"/>				
14	Lo importante para mí no parece importante para la gente que conozco	<input checked="" type="checkbox"/>				
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos			<input checked="" type="checkbox"/>		
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Me encuentro a gusto con la gente			<input checked="" type="checkbox"/>		

18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo					✓
19	Me siento aislado	✓				
20	Mis amigos y familiares raramente me entienden	✓				
21	Mi familia es importante para mí	✓				
22	Me gusta la gente con la que salgo			✓		
23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda			✓		
24	No me siento satisfecho con los amigos que tengo			✓		
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					✓
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie			✓		
27	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	✓				
28	No me siento importante para nadie	✓				
29	Siento que no soy interesante	✓				
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí	✓				✓
31	Me molesta ahora las cosas pequeñas que antes					✓
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					✓
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					✓
34	Tengo miedo de muchas cosas					✓



ESCALA ESTE DE SOLEDAD



Autores: Rubio & Aleixandre -1999
Adaptado: Carrasco Calderon Melisa Denia y Duran Santos Erika Liz - 2021

Estimado Señores (as) reciban el saludo cordial a nombre de la Universidad Peruana Los Andes, Escuela Profesional de Psicología. La presente encuesta tiene como propósito ayudar analizar los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023. El cuestionario es anónimo, esperemos la sinceridad correspondiente, recuerda no hay respuesta correcta o incorrecta.

Sexo: F Edad: 79 Estado Civil: Soltera Familia que le visite (SI) (NO)

INSTRUCCIONES: De las siguientes afirmaciones, indique con un ápsa (x) en que punto de las 5 alternativas se siente identificado.

DC: LEVE

- 1.- Totalmente de acuerdo
- 2.- Parcialmente de acuerdo
- 3.- No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias
- 4.- Parcialmente en desacuerdo
- 5.- Totalmente en desacuerdo

№	Afirmaciones	1	2	3	4	5
1	Me siento solo			X		
2	Ya no tengo a nadie cerca de mi			X		
3	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo			X		
4	Tengo un compañero sentimental que me apoya cuando lo necesito					X
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					X
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales			X		
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					X
8	Me siento solo cuando estoy en familia.					X
9	Nadie de mi familia se preocupa de mí.					X
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	X				
11	Realmente me preocupo por mi familia	X				
12	Realmente pertenezco a mi familia	X				
13	Me siento cercano a mi familia	X				
14	Lo importante para mí no parece importante para la gente que conozco	X				
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos	X				
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					X
17	Me encuentro a gusto con la gente	X				

18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo					<input checked="" type="checkbox"/>
19	Me siento aislado					<input checked="" type="checkbox"/>
20	Mis amigos y familiares raramente me entienden			<input checked="" type="checkbox"/>		
21	Mi familia es importante para mí	<input checked="" type="checkbox"/>				
22	Me gusta la gente con la que salgo	<input checked="" type="checkbox"/>				
23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda					<input checked="" type="checkbox"/>
24	No me siento satisfecho con los amigos que tengo					<input checked="" type="checkbox"/>
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					<input checked="" type="checkbox"/>
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					<input checked="" type="checkbox"/>
27	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					<input checked="" type="checkbox"/>
28	No me siento importante para nadie					<input checked="" type="checkbox"/>
29	Siento que no soy interesante					<input checked="" type="checkbox"/>
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					<input checked="" type="checkbox"/>
31	Me molesta ahora las cosas pequeñas que antes					<input checked="" type="checkbox"/>
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					<input checked="" type="checkbox"/>
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					<input checked="" type="checkbox"/>
34	Tengo miedo de muchas cosas					<input checked="" type="checkbox"/>



ESCALA ESTE DE SOLEDAD



Autores: Rubio & Alexandre -1999
Adaptado: Carrasco Calderon Melisa Denia y Duran Santos Erika Liz - 2021

Estimado Señores (as) reciban el saludo cordial a nombre de la Universidad Peruana Los Andes, Escuela Profesional de Psicología. La presente encuesta tiene como propósito ayudar analizar los niveles de soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023. El cuestionario es anónimo, esperemos la sinceridad correspondiente, recuerda no hay respuesta correcta o incorrecta.

Sexo: F Edad: 82a Estado Civil: casada Familia que le visite (S) (NO)

INSTRUCCIONES: De las siguientes afirmaciones, indique con un aspa (x) en que punto de las 5 alternativas se siente identificado.

- 1.- Totalmente de acuerdo
- 2.- Parcialmente de acuerdo
- 3.- No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias
- 4.- Parcialmente en desacuerdo
- 5.- Totalmente en desacuerdo

№	Afirmaciones	1	2	3	4	5
1	Me siento solo	X				X
2	Ya no tengo a nadie cerca de mi	X				
3	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo					X
4	Tengo un compañero sentimental que me apoya cuando lo necesito					X
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					X
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					X
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					X
8	Me siento solo cuando estoy en familia.					X
9	Nadie de mi familia se preocupa de mí.				X	
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	X				
11	Realmente me preocupo por mi familia				X	
12	Realmente pertenezco a mi familia		X			
13	Me siento cercano a mi familia	X				
14	Lo importante para mí no parece importante para la gente que conozco	X				
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos			X		
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones				X	
17	Me encuentro a gusto con la gente				X	

18	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo					X
19	Me siento aislado				X	
20	Mis amigos y familiares raramente me entienden		X			
21	Mi familia es importante para mí	X				
22	Me gusta la gente con la que salgo			X		
23	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	X				X
24	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	X				X
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	X				
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie			X		
27	Me siento aislado/sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas			X		
28	No me siento importante para nadie					X
29	Siento que no soy interesante					X
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí	X				
31	Me molesta ahora las cosas pequeñas que antes		X			
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil		X			X
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida		X			
34	Tengo miedo de muchas cosas			X		

Anexo 5 Resultados de la Escala de Este de Soledad en sujetos para determinar la Consistencia

ITEM SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
1	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	3	2	3	3	3	3	3	4	5	3	3	4	3	4	4	4	3	2	5	5	4	4	5	3	
2	1	4	2	5	1	2	1	3	5	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
3	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	3	3	5	1	1	1	3	3	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	
4	4	5	1	1	2	2	1	5	5	5	1	1	1	4	3	3	3	1	5	5	1	1	3	2	1	3	4	5	5	4	4	3	4	3	
5	3	5	3	5	5	3	5	5	5	4	4	1	1	3	4	1	1	5	5	4	1	1	2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	
6	3	5	5	2	5	5	5	3	4	2	1	2	3	1	2	3	4	2	3	3	1	3	3	4	4	3	4	2	3	1	2	1	3	1	
7	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	1	1	2	2	2	2	4	5	4	5	5	4	3	5	4	4	5	1	4	2	3	4	5	
8	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	5	1	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5
9	1	1	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	1	3	2	5	5	5	5	5	3	4	
10	4	2	4	5	2	3	2	4	3	4	1	1	1	4	2	1	4	1	3	5	1	3	5	1	4	2	5	3	1	3	2	4	1	3	
11	1	3	2	2	5	2	5	5	5	5	1	1	1	3	3	3	3	5	2	3	1	1	3	4	2	3	1	4	4	4	1	1	1	3	
12	1	1	1	1	1	1	5	3	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	5	1	4	1	5	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1
13	2	2	3	5	3	3	4	5	4	4	2	1	1	3	2	1	1	5	4	2	1	1	1	4	1	3	3	4	4	1	2	1	2	1	
14	1	1	5	5	5	5	5	5	4	1	4	2	1	1	3	4	4	5	4	2	1	3	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	
15	1	2	5	5	5	4	5	1	1	1	1	1	1	3	4	4	2	5	1	1	1	2	1	4	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	
16	3	3	3	5	5	3	5	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	5	5	3	1	1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
17	1	3	2	2	5	2	5	5	5	5	1	1	1	3	3	3	3	5	2	3	1	1	3	4	2	3	1	4	4	4	1	1	1	3	
18	1	1	1	1	1	1	5	3	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	5	1	4	1	5	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	
19	2	2	3	5	3	3	4	5	4	4	2	1	1	3	2	1	1	5	4	2	1	1	1	4	1	3	3	4	4	1	2	1	2	1	
20	1	1	5	5	5	5	5	5	4	1	4	2	1	1	3	4	4	5	4	2	1	3	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	

Anexo 6 Validación de Juicio de expertos

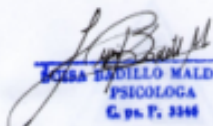
INFORME DE VALIDACIÓN

Nombre y apellido del Juez : Mg. Ps. LUISA BADILLO MALDONADO
 Formación académica : Magister en Psicología
 Áreas de experiencia laboral : Clínica y de la salud
 Tiempo : 30 años
 Cargo actual : Psicóloga
 Institución : Hospital Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento de evaluación denominado Escala Este de Soledad que forma parte de la investigación titulada "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los Ítems (los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta).			X
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido).			X
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo).			X
Claridad de los Ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuados).			X



LUISA BADILLO MALDONADO
 PSICOLOGA
 C. ps. P. 3348

Constancia

Juicio de experto

Yo **Luisa Badillo Maldonado** con Documento Nacional de Identidad N° **19915937** Certifico que realicé el juicio de experto a la **ESCALA ESTE DE SOLEDAD**, presentado por el bachiller: **Loyola Zevallos Kevin Alberth**, en la investigación titulada: “Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023”.

Huancayo 8 junio del 2023



LUISA BADILLO MALDONADO
PSICOLOGA
C. ps. F. 3346

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombre y apellido del Juez : Mijail Alexander Saquicoray Gomez

Formación académica : Licenciado en Psicología

Áreas de experiencia laboral : Psicología clínica

Tiempo : 4 años de experiencia

Cargo actual : Psicólogo Clínico

Institución : Centro Especializado Integral Xprésate

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento de evaluación denominado Escala Este de Soledad que forma parte de la investigación titulada "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los Ítems (los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta).		X	
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido).		X	
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo).		X	
Claridad de los Ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuados).		X	




Mijail Saquicoray Gomez
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 47505

 Sello y Firma del Experto

Constancia

Juicio de experto

Yo Mijail Alexander Saquicoray Gomez con Documento Nacional de Identidad N° 70245337. Certifico que realicé el juicio de experto a la ESCALA ESTE DE SOLEDAD, presentado por el bachiller: Loyola Zevallos Kevin Alberth, en la investigación titulada: "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023".

Huancayo 06, junio del 2023



Mijail Saquicoray Gomez
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 47505

Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombre y apellido del Juez : Carmen Milagros Yaranga Gutarra
 Formación académica : Magister en Psicología
 Áreas de experiencia laboral : Educativo – Clínico
 Tiempo : 8 años de experiencia
 Cargo actual : Directora del Centro Integral Especializado Xprésate
 Institución : Centro Integral Especializado Xprésate

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento de evaluación denominado Escala Este de Soledad que forma parte de la investigación titulada “Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023”.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los Ítems (los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta).			X
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido).			X
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo).		X	
Claridad de los Ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuados).		X	


 Lic. Carmen Milagros Yaranga Gutarra
 C.Ps.P. 38187
 Especialista en Terapia de Lenguaje y Logopedia
 DIRECTORA DE EXPRESATE

Constancia

Juicio de experto

Yo Carmen Milagros Yaranga Gutarra con Documento Nacional de Identidad N° 72937013 Certifico que realicé el juicio de experto a la ESCALA ESTE DE SOLEDAD, presentado por el bachiller: Loyola Zevallos Kevin Alberth, en la investigación titulada: "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo - 2023".

Huancayo 11 de junio del 2023



Lic. Carmen Milagros Yaranga Gutarra
C.Ps.P. 38187
Especialista en Terapia de Lenguaje y Logopedia
DIRECTORA DE EXPRESATE

Anexo 7 Consentimiento/ asentamiento informado



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada **“SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023”**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable Loyola Zevallos Kevin Alberth.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Así mismo, me ha referido que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutas absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación el material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo 15 de JULIO del 2023

(PARTICIPANTE)



Apellidos

N° DNI:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres: Loyola Zevallos Alberth
 D.N.I.: 72652800
 N° de teléfono/celular: 949585080
 Email: alberth.loyola5@gmail.com
 Firma:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Ps. Llanos Villadoma Annabella
 D.N.I.: 22486156
 N° de teléfono/celular: 964692625
 Email: anallanos5@gmail.com
 Firma:

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “**SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023**”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable Loyola Zevallos Kevin Alberth.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Así mismo, me ha referido que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutas absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación el material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo 15 de JULIO del 2023



X 

(PARTICIPANTE)

Apellidos y

N° DNI:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres: Loyola Zevallos Alberth
 D.N.I.: 72652800
 N° de teléfono/celular: 949585080
 Email: alberth.loyola5@gmail.com
 Firma:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Ps. Llanos Villadoma Annabella
 D.N.I.: 22486156
 N° de teléfono/celular: 964692625
 Email: anallanos5@gmail.com
 Firma

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable Loyola Zevallos Kevin Alberth.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Así mismo, me ha referido que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutas absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación el material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo 15 de JULIO del 2023



[Handwritten Signature]
 (PARTICIPANTE)

Apellidos

N° DNI:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres: Loyola Zevallos Alberth
 D.N.I.: 72652800
 N° de teléfono/celular: 949585080
 Email: alberth.loyola5@gmail.com
 Firma:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Ps. Llanos Villadoma Annabella
 D.N.I.: 22486156
 N° de teléfono/celular: 964692625
 Email: anallanos5@gmail.com
 Firma:

Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “**SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023**”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable Loyola Zevallos Kevin Alberth.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Así mismo, me ha referido que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutas absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación el material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo 15 de JULIO del 2023






 (PARTICIPANTE)

Apellidos y

N° DNI:

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres: Loyola Zevallos Alberth
 D.N.I.: 72652800
 N° de teléfono/celular: 949585080
 Email: alberth.loyola5@gmail.com
 Firma: 

Responsable de la investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:

Aseor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Ps. Llanos Villadoma Annabella
 D.N.I.: 22486156
 N° de teléfono/celular: 964692625
 Email: anallanos5@gmail.com
 Firma:

Aseor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
 D.N.I.:
 N° de teléfono/celular:
 Email:
 Firma:

Anexo 8 Declaración de Confidencialidad



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo LOYOLA ZEVALLOS, Kevin Alberth con Documento Nacional de Identidad N° 72652800 egresado de la escuela profesional d psicología, vengo implementando el proyecto de tesis titulado: "SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023" en ese contexto declaró bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana los Andes.

Salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 5 de junio del 2023



Huella digital


 Apellidos y Nombres: LOYOLA ZEVALLOS KEVIN ALBERTH
 Responsable de Investigación

*Anexo 9 Compromiso de autoría***COMPROMISO DE AUTORÍA**

En la fecha, yo LOYOLA ZEVALLOS, Kevin Alberth con Documento Nacional de Identidad N° 72652800, domiciliado en Avenida Universitaria N° 1247- La Ciudad , Bachiller en Psicología de la Universidad Peruana los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada “SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023” se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, autoplagio, etc. Y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 5 de junio del 2023



LOYOLA ZEVALLOS Kevin Alberth
DNI N° 72652800

Anexo 10 Carta de presentación para ejecutar la investigación



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de
Ciencias de la Salud

DECANATO

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"
UPLA: ¡40 Años formando profesionales exitosos!

Huancayo, 19 de julio de 2023

CARTA DE PRESENTACION

Señora:
Dra. Elena Ricse Estabridis

Gerente General
CASA DE REPOSO "EDAD DE ORO" Y CASA DE REPOSO "MI DULCE HOGAR".

Ciudad:-

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes de la ciudad de Huancayo que me honro en dirigir; así mismo, presentar ante su Despacho al Sr(a):

LOYOLA ZEVALLOS, Kevin Alberth

Bachiller de la Carrera Profesional de PSICOLOGÍA, con código de matrícula N°F097998, quien viene desarrollando el proyecto de tesis "SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DETERIORO COGNITIVO EN CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE HUANCAYO - 2023," por cuanto solicito a Usted, brindar las facilidades del caso a fin de poder concluir con dicha investigación se expide la presente a solicitud de la interesada para fines convenientes.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi distinguida y particular deferencia.

Atentamente,



Dra. Melva Iparraguirre Meza
Decana
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Anexo 11 Carta de Aceptación de la Entidad donde se ejecutó la investigación



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Huancayo, 20 de julio de 2023

CARTA DE ACEPTACIÓN

En respuesta a la Carta de Presentación del que remite Dra. Melva Iparraguirre Meza Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ciudad. -

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted haciéndole llegar el saludo cordial, asimismo, notifico la **ACEPTACIÓN** de la ejecución del proyecto de investigación titulada "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo - 2023," que tiene como objetivo Determinar el nivel de soledad que prevalece en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo de dos Centros de Atención para Personas adultas Mayores de Huancayo, a llevarse a cabo por el Sr. Loyola Zevallos Kevin Alberth, a partir de las fechas programadas en consenso por las dos partes.

Esperando que la culminación de este proyecto de investigación sea en beneficio de ambas partes, sin otro particular, me despido no sin antes reiterarle estima y afecto personal.

Atentamente,



Jr. Uruguay N° 498 – San José N° 287 – San Carlos

976 455 555

Anexo 12 Constancia de la ejecución de la investigación



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CONSTANCIA

Dra. Elena Ricse Estabridis, Gerente General de las casas de reposo "Edad de Oro" y "Mi Dulce Hogar"

HACE CONSTAR

Que el Sr. Loyola Zevallos Kevin Alberth, ha ejecutado satisfactoriamente su proyecto de investigación denominado "Soledad en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en centros de atención para personas adultas mayores de Huancayo - 2023," en los adultos mayores a mi cargo, demostrando responsabilidad y profesionalismo.

Se expide el presente a petición del interesado, para los fines que estime por conveniente.

Huancayo, 20 de julio de 2023

Atentamente,



Jr. Uruguay N° 498 - San José N° 287 - San Carlos

976 455 555

Anexo 13 Base de datos

ITEM DE LA ESCALA ESTE DE SOLEDAD EN ADULTO MAYOR																																				
Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	bc	
1	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	1	1	4	3	4	3	3	5	5	5	1	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3
2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2	1	1	2	2	3	2	3	1	
3	3	1	5	2	5	5	5	3	2	4	1	2	3	5	4	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	5	4	5	3	5	1	
4	4	4	3	5	3	3	4	1	2	2	2	1	1	3	4	1	1	5	2	4	1	1	2	1	3	3	2	2	5	4	5	4	5	1		
5	5	5	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	1	4	1	1	1	2	5	3	5	5	5	5	5	3		
6	5	3	2	2	5	2	5	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	5	4	3	1	1	3	2	2	3	5	2	2	2	5	5	3	2		
7	2	4	4	5	2	3	2	3	2	1	1	1	2	4	2	4	1	3	1	1	3	5	5	4	4	1	3	5	3	4	2	5	3	1		
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	3	2	4	
9	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	
10	1	1	5	5	5	5	3	1	1	4	1	1	4	4	2	2	4	1	2	5	5	4	3	5	2	2	1	5	2	4	3	2	1	1	1	
11	3	1	3	5	5	3	5	1	1	2	4	1	1	3	2	1	1	5	1	2	1	1	2	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	
12	1	5	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	3	1	5	5	5	3	3	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	2	
13	5	2	2	5	5	2	1	3	1	4	1	1	1	5	5	2	1	1	5	5	1	1	2	1	5	5	1	1	2	1	5	5	5	5	4	
14	1	5	5	3	5	5	3	1	1	1	4	1	1	5	1	3	2	5	1	3	1	3	3	2	3	4	3	3	4	5	5	5	3	3	1	
15	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	3	2	3	3	3	3	4	1	3	3	4	3	2	4	2	3	4	1	1	2	2	1	3	2	2	
16	3	5	2	5	5	3	5	5	5	5	1	5	5	3	3	3	2	5	5	5	3	5	5	3	3	5	3	5	3	5	1	5	1	5	2	
17	5	1	5	5	5	3	3	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	5	5	3	5	5	5	5	5	1	1	
18	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	1	1	4	3	4	3	3	5	5	5	1	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	1	3
19	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	3	4	1	3	2	1	1	2	2	3	2	3	1	
20	3	1	5	2	5	5	5	3	2	4	1	2	3	5	4	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	5	4	5	3	5	1	
21	4	4	3	5	3	3	4	1	2	2	2	1	1	3	4	1	1	5	2	4	1	1	2	1	3	2	2	2	4	5	4	5	4	5	1	4
22	5	5	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	1	4	1	1	1	2	5	3	5	5	5	5	5	5	3	
23	5	3	2	2	5	2	5	1	1	1	1	1	1	3	3	3	5	4	3	1	1	3	2	2	3	5	2	2	2	5	5	5	3	2	4	
24	2	4	4	5	2	3	2	2	3	2	1	1	1	2	4	2	4	1	3	1	1	3	5	5	4	4	1	3	5	3	4	2	5	3	1	
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	3	4	1	1	1	1	3	2	4	3	2	4
26	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	
27	1	1	5	5	5	5	3	1	1	4	1	1	4	4	2	2	4	1	2	5	5	4	3	5	2	2	1	5	2	4	3	2	1	1	1	
28	3	1	3	5	5	3	5	1	1	2	4	1	1	3	2	1	1	5	1	2	1	1	2	1	5	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	4
29	1	5	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	3	1	5	5	5	3	3	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	2	
30	5	2	2	5	5	2	1	3	1	4	1	1	1	5	5	2	1	1	5	5	1	1	1	2	1	5	5	4	5	5	5	5	5	4	1	
31	1	5	3	5	5	3	1	1	1	4	1	1	1	5	1	3	2	5	1	3	1	3	3	2	3	4	3	4	5	5	5	3	3	1	4	
32	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	3	2	3	3	3	3	4	1	3	3	4	3	2	4	2	3	4	1	1	2	2	1	3	2	2	
33	3	5	2	5	5	3	5	5	5	5	1	5	5	3	3	3	2	5	5	5	3	5	5	3	3	5	3	5	3	5	1	5	1	5	2	
34	5	1	5	5	5	3	3	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	5	5	3	5	5	1	5	5	1	1	
35	5	5	5	5	5	5	2	5	5	1	1	4	3	4	3	3	5	5	5	1	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	1	
36	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	3	4	1	3	2	1	1	2	3	2	3	2	3	1	
37	3	1	5	2	5	5	5	3	2	4	1	2	3	5	4	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	5	4	5	3	5	1	
38	4	4	3	5	3	3	4	1	2	2	2	1	1	3	4	1	1	5	2	4	1	1	2	1	3	2	2	5	4	5	4	5	4	5	1	4
39	5	5	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	5	5	1	5	1	5	1	1	4	1	1	1	2	5	3	5	5	5	5	5	5	3	
40	5	3	2	2	5	2	5	1	1	1	1	1	1	3	3	3	5	4	3	1	1	3	2	2	3	5	2	2	5	5	5	3	2	1	1	
41	2	4	4	5	2	3	2	2	3	2	1	1	1	2	4	2	4	1	3	1	1	3	5	4	4	1	3	5	3	4	2	5	3	1	2	
42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	3	4	1	1	1	1	1	3	2	4	1	
43	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	
44	1	1	5	5	5	5	5	3	1	1	4	1	1	4	4	2	2	4	1	2	5	5	4	3	5	2	2	1	5	2	4	3	2	1	1	
45	3	1	3	5	5	3	5	1	1	2	4	1	1	3	2	1	1	5	1	2	1	1	2	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	
46	1	5	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	3	1	5	5	5	3	3	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	2	
47	5	2	2	5	5	2	1	3	1	4	1	1	1	5	5	2	1	1	5	5	1	1	1	2	1	5	5	4	5	5	5	5	4	1	4	
48	1	5	5	3	5	3	1	1	1	4	1	1	1	5	1	3	2	5	1	3	1	3	3	2	3	4	3	4	5	5	5	3	3	1	4	
49	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	4	1	3	3	4	3	2	4	2	3	4	1	1	2	2	1	3	2	
50	3	5	2	5	5	3	5	5	5	1	5	5	5	3	3	3	2	5	5	5	3	5	5	3	5	3	5	3	5	1	5	1	5	2	1	
51	5	1	5	5	5	3	3	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	5	5	3	5	5	1	5	5	1	1	1	
52	5	5	5	5	5	5	2	5	5	1	1	4	3	4	3	3	5	5	5	1	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	1	
53	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	3	4	1	3	2	1	1	2	2	3	2	3	1	2	
54	3	1	5	2	5	5	5	3	2	4	1	2	3	5	4	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	4	3	5	4	5	3	5</		

Anexo 14 Evidencias



