Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería

Relación entre el riesgo familiar con la soledad en adultos mayores. Centro de Salud Generalísimo San Martín Mariano Melgar. Arequipa-2024

Tesis presentada por:

Ambrus Canazas, Alessandra Maria

ORCID: 0000-0002-7065-8425

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor (a):

Mg. Arratia Corrales, Mayra Alexandra

ORCID: 0000-0002-0059-2419

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Julio del 2026

Dictamen: 013168-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 013168, presentado por:

2013250532 - AMBRUS CANAZAS ALESSANDRA MARIA

Titulado:

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO FAMILIAR CON LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTÍN MARIANO MELGAR. AREQUIPA-2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

29526835 - BORJA VIZCARRA MARIA DEL PILAR SOFIA
DICTAMINADOR

29298306 - DIAZ CESPEDES DE BELLIDO SUSANA VICTORIA
DICTAMINADOR

29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO FAMILIAR CON LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTÍN MARIANO MELGAR. AREQUIPA-2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	18%	5%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
14	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
	www.researchgate.net	

DEDICATORIA

A Dios, por hacer posible la culminación de esta meta, por fortalecer mi voluntad y acompañarme con su guía en cada paso de este camino. A mi madre Hilda, con inmenso orgullo y gratitud, por su dedicación, constancia y sacrificio a lo largo de mi vida. Este logro representa también el fruto de un sueño que durante mucho tiempo compartimos. A mi abuela María, por el apoyo incondicional que siempre me brindó y porque, desde el cielo, sigue iluminando mi sendero. A mi hija Dalessia, por ser la razón que me motivó a perseverar hasta alcanzar este sueño, con el deseo de que en el futuro también haga realidad cada uno de los suyos. Finalmente, a mi familia y a mis amigas, por permanecer a mi lado durante este recorrido y ofrecerme el respaldo y la motivación necesarios para no desistir hasta alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida, la salud y las fuerzas para alcanzar cada una de mis metas y por sostenerme con su fortaleza en todo momento. A mi madre, por su soporte incondicional durante toda mi formación profesional y por convertirse en la motivación que me impulsó a seguir adelante cada día. Con sincera gratitud, al C.S. Generalísimo San Martín, por brindarme la oportunidad de desarrollar la presente indagación. Mi especial reconocimiento a la Licenciada Mayra Arratia, por su acompañamiento, confianza y valioso respaldo desde el inicio, haciendo posible la realización de este proyecto. Asimismo, expreso mi agradecimiento a mi alma mater, la UCSM, y a la querida Facultad de Enfermería, por contribuir de manera decisiva a mi formación académica y personal. Finalmente, a todos mis profesores, por dar generosamente sus conocimientos, su dedicación y su constante apoyo a lo largo de mi carrera profesional.

RESUMEN

La soledad en adultos mayores representa un desafío creciente, afectando su salud emocional, social y calidad de vida familiar. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el riesgo familiar y la soledad en adultos mayores que se atendieron en el C.S. Generalísimo San Martín Mariano Melgar en Arequipa durante 2025. **Metodología:** Se empleó un diseño de indagación de campo, relacional y de corte transversal. La técnica para las variables fue la encuesta, aplicándose dos instrumentos validados: El cuestionario de riesgo familiar y la escala soledad en adulto mayor (ESTE-R). La población estudiada fueron 60 adultos mayores. **Resultados:** el 48.3% de los participantes tenía entre 71 y 81 años y el 58.3% eran mujeres. Respecto al grado de instrucción, el 36.7% tenía primaria y el 30% secundaria. El 65% trabajaba de manera independiente y el 48.3% eran casados o convivientes. El 75% tenía tres o más hijos. En cuanto al riesgo familiar, el 61.7% presentó riesgo, el 20% riesgo alto y el 18.3% riesgo bajo; las áreas de mayor riesgo fueron las condiciones psicoafectivas y el acceso a servicios de salud. En cuanto al nivel de soledad, el 98,3 % de adultos mayores se ubicó en la categoría media, mientras que el 1,7 % alcanzó un nivel alto. Al examinar sus dimensiones, se observó que la soledad de carácter familiar y la asociada a la crisis existencial registraron predominantemente un nivel medio. En contraste, las manifestaciones de soledad social y conyugal presentaron una menor intensidad. Asimismo, el análisis mediante el coeficiente de Spearman indicó que no hay una asociación estadísticamente entre el riesgo familiar y el nivel de soledad de los participantes. En consecuencia, se concluye que ambas variables se comportan de forma independiente dentro de la población evaluada.

Palabras clave: Soledad, riesgo familiar, salud del anciano.

ABSTRACT

Loneliness in older adults represents a growing challenge, affecting their emotional and social health, as well as their family quality of life. The objective of this study was to determine the relationship between family risk and loneliness in older adults who received care at the Generalísimo San Martín Health Center in Mariano Melgar, Arequipa, during 2025. **Methodology:** A field-based, relational, cross-sectional research design was employed. The technique used for both variables was the survey, applying two validated instruments: the Family Risk Questionnaire and the Loneliness Scale for Older Adults (ESTE-R). The study population consisted of 60 older adults**. Results:** 48.3% of the participants were between 71 and 81 years old, and 58.3% were women. Regarding educational level, 36.7% had completed primary education and 30% had completed secondary education. In addition, 65% worked independently, and 48.3% were married or cohabiting. Likewise, 75% had three or more children. Concerning family risk, 61.7% presented risk, 20% high risk, and 18.3% low risk; the areas with the highest risk were psycho-affective conditions and access to health services. Regarding the level of loneliness, 98.3% of older adults were classified in the moderate category, while 1.7% reached a high level. When examining its dimensions, it was observed that family-related loneliness and loneliness associated with existential crisis predominantly showed a moderate level. In contrast, manifestations of social and marital loneliness presented lower intensity. Furthermore, the analysis using Spearman's coefficient indicated that there was no statistically significant association between family risk and the level of loneliness among the participants. Consequently, it is concluded that both variables behave independently within the evaluated population.

Keywords: Loneliness, family risk, health of the elderly.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Problema de investigación 4

1.1. Enunciado 4

1.2. Descripción del problema 4

1.3. Justificación del problema 5

2. Marco teórico 7

2.1. Adulto mayor 7

2.2. Familia 9

2.3. Riesgo familiar 11

2.4. Soledad en el adulto mayor 20

2.5. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor 30

3. Antecedentes investigativos 35

3.1. A nivel internacional 35

3.2. A nivel nacional 35

3.3. A nivel local 36

4. Objetivos 36

5. Hipótesis 36

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 37

1. Técnica e instrumento 38

1.1. Técnica 38

1.2. Instrumentos 38
2. Campo de verificación 39
2.1. Ubicación espacial 39
2.2. Ubicación temporal 39
2.3. Unidad de estudio 39
3. Estrategia de recolección de datos 40
3.1. Organización 40
3.2. Recursos 40
CAPÍTULO III RESULTADOS 42
DISCUSIÓN 57
CONCLUSIONES 61
RECOMENDACIONES 62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad y sexo de los adultos mayores, 2025 43

Tabla 2 Grado de instrucción 44

Tabla 3 Situación laboral 45

Tabla 4 Situación conyugal 46

Tabla 5 Adultos mayores según número de hijos, 2025 47

Tabla 6 Adultos mayores según riesgo familiar, 2025 48

Tabla 7 Adultos mayores según dimensiones del riesgo familiar, 2025 49

Tabla 8 Adultos mayores según escala de soledad, 2025 51

Tabla 9 Adultos mayores según dimensiones de soledad, 2025 52

Tabla 10 Relación entre riesgo familia y soledad 55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad y sexo de los adultos mayores, 2025 43
Figura 2 Grado de instrucción 44
Figura 3 Situación laboral 45
Figura 4 Situación conyugal 46
Figura 5 Adultos mayores según número de hijos, 2025 47
Figura 6 Adultos mayores según riesgo familiar, 2025 48
Figura 7 Adultos mayores según dimensiones del riesgo familiar, 2025 50
Figura 8 Adultos mayores según escala de soledad, 2025 51
Figura 9 Adultos mayores según dimensiones de soledad, 2025 54
Figura 10 Relación entre riesgo familia y soledad 56

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado 72

Anexo 2 Ficha de recolección de datos 73

Anexo 3 Cuestionario Riesgo Familiar 74

Anexo 4 Escala Soledad en Adulto Mayor (ESTE-R) 76

Anexo 5 Pruebas de normalidad 78

Anexo 6 Correlación entre características sociodemográficas con riesgo familiar y soledad . 79

Anexo 7 Constancia de ejecución del estudio 80

Anexo 8 Matriz de datos 81

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento constituye uno de los cambios de la población más notables a escala mundial. Las proyecciones indican que, hacia el año 2050, el número de individuos con 65 años o más llegará aproximadamente a 1.500 millones, lo que equivaldrá al 16% de la población global (1). Este escenario supone importantes retos y, al mismo tiempo, nuevas oportunidades para los distintos países. En el contexto peruano, esta realidad también se hace evidente. De acuerdo con el INEI, durante el año 2020 las personas adultas mayores representaban el 11,6% de la población nacional, porcentaje que continuará creciendo en las décadas siguientes. En la región Arequipa se observa una tendencia semejante, ya que este grupo etario es cerca del 10% de la población total (2).

El envejecimiento implica diversas transformaciones de carácter psicológico y social que las personas mayores deben afrontar durante esta etapa de la vida. En el ámbito cognitivo, es frecuente la aparición de una reducción en funciones como la atención, la memoria y la rapidez para procesar información. Del mismo modo, podrían manifestarse alteraciones emocionales, entre ellas la sensación de soledad, el aislamiento, la tristeza o la ansiedad, así como acontecimientos de gran impacto, como el fallecimiento de seres queridos o la pérdida de autonomía física y económica (3).

Socialmente, la jubilación puede significar una pérdida de estructura social y propósito en la vida. La reducción de los vínculos sociales, ocasionada por el fallecimiento de familiares y amistades, así como por las dificultades para establecer nuevas relaciones interpersonales, limita el soporte social del que disponen las personas mayores. Asimismo, algunos adultos mayores necesitan ayuda para sus actividades cotidianas esenciales (4).

Lamentablemente, el abandono familiar es una realidad que enfrentan muchos adultos mayores en todo el mundo. Las razones detrás de este fenómeno son complejas y multifactoriales, e incluyen aspectos socioeconómicos como la indigencia, la falta de trabajo y la ausencia de acceso a servicios sociales. Las modificaciones en la familia, han reducido la disponibilidad de cuidadores para las personas vulnerables, como los adultos mayores (5).

El abandono familiar tiene un efecto devastador en la salud emocional mental, y física de los ancianos. Puede conducir a sentimientos de soledad, aislamiento y depresión, deterioro de la salud física por carencia de cuidados adecuados, mayor riesgo de abuso y negligencia, y una reducción en la calidad de vida y esperanza de vida (6).

Durante la práctica preprofesional realizada, se identificó que muchos de los adultos mayores indicaron sentirse solos, algunos de ellos vivían lejos de sus hijos, sin embargo, otros vivían cerca de ellos, se puedo observar diferencias respecto la estructura familiar y la salud emocional.

La presente indagación se organiza en tres capítulos. El primero desarrolla el planteamiento teórico, el segundo expone el planteamiento operacional y el tercero presenta los resultados obtenidos durante el estudio.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado

Relación entre el riesgo familiar con la Soledad en Adultos Mayores. C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar. Arequipa-2025

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Campo, área y línea

CAMPO: Ciencias de la salud

ÁREA: Enfermería

LÍNEA: Salud mental

1.2.2. Análisis u operacionalización de las variables

El trabajo posee dos variables:

- **Independiente:** Riesgo familiar
- **Dependiente:** Soledad

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
RIESGO FAMILIAR (Independiente)	• Condiciones psicoafectivas	1. Desarmonía 2. Privación afectiva 3. Ansiedad 4. Rol no gratificante
	• Servicios y prácticas de salud	5. Disposición 6. Acceso 7. Uso de servicios
	• Condiciones de vecindario y vivienda	8. Características ambientales de vecindario y vivienda
	• Situación socioeconómica	9. Recursos económicos del grupo familiar destinados a la cobertura de las necesidades básicas. 10. Requerimientos relacionados salud, la formación educativa y actividades recreativas.
	• Manejo de menores	11. Existencia de menores de 12 años
SOLEDAD (Dependiente)	• Soledad familiar	12. Apoyo familiar 13. Relación con amistades
	• Soledad conyugal	14. Relación de pareja 15. Sentimiento de unión
	• Soledad social	16. Contacto con entorno más próximo
	• Crisis existencial	17. Percepción de sí mismo

***Elaboración propia.**

1.2.3. Interrogantes de la investigación

1. ¿Qué riesgo en la familia presenta el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar?
2. ¿Cómo se presenta la soledad en el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar ?
3. ¿Existe relación entre el riesgo familiar con la soledad en el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar?

1.2.4. Tipo y nivel del problema

- **Tipo:** De campo
- **Nivel:** Relacional y de corte transversal (7).

1.3. Justificación del problema

Según la OMS, la población mundial de individuos de edad avanzada, está creciendo velozmente. Se prevé que para 2030 habrá 1.400 millones de individuos en este grupo etario, y para 2050, el número ascenderá a 2.000 millones (1).

En Perú, según el INEI en 2023 la población de ancianos representa el 13.6% del total, con más de 4 millones 598 mil personas en este grupo. Se proyecta que para 2050, la cantidad de adultos mayores alcanzará los 8 700 000 individuos, lo que significará que uno de cada cinco peruanos será adulto mayor. La ciudad de Arequipa también enfrenta el fenómeno del envejecimiento poblacional. Según estimaciones del INEI, en 2023, el 11.7% de la población arequipeña son adultos mayores, lo que equivale a más de 1 millón 316 mil personas (2).

La salud psicológica de los adultos mayores es un aspecto crucial, ya que este grupo es más susceptible a padecer trastornos y/o alteraciones. Estos trastornos podrían impactar significativamente en su calidad de vida, limitando su autonomía e independencia, por ello, tal como lo señala Schulz et al, el entorno familiar constituye un elemento esencial en la atención y el bienestar de la persona adulta mayor, brindándole apoyo emocional y social (8).

Estudios como Kislev, E que realizó la medición de soledad en adultos mayores de 30 países, encontró altos niveles de soledad en personas que estaban casados o vivían con su familia (9). En Perú, el estudio de Flores, Kelly; Ramos, Anthony, identificaron en

49% de individuos de edad avanzada presentaron niveles altos de soledad, siendo un característica resaltante para el estudio de Simbala, F; Neira, F el apoyo social recibido (10,11).

Frente a esta realidad, surge el interrogante de si existe una asociación entre el riesgo familiar y la soledad que experimentan los adultos mayores, considerando como relevante y de gran utilidad para las ciencias de la salud, el aporte de la misma.

La presente indagación tiene **relevancia científica**, debido a que permitirá aumentar el entendimiento acerca de la relación entre el riesgo familiar y la soledad en las personas adultas mayores. Los hallazgos obtenidos podrán constituir un referente para futuras indagaciones orientadas al diseño de estrategias de intervención dirigidas a prevenir o aminorar esta problemática.

En cuanto a la **relevancia académica** especialmente en Enfermería, este trabajo representará un recurso de apoyo para el proceso formativo. Asimismo, pondrá en evidencia una situación de importancia creciente en salud y del cuidado del adulto mayor, aportando información de utilidad para la preparación de los profesionales de Enfermería.

Además, el trabajo es **relevante para la sociedad**, ya que puede coadyuvar a mejorar la salud pública al identificar y abordar un problema que perjudica la salud psicológica y el bienestar general de los adultos mayores. En el caso específico de la comunidad de estudio, la indagación permitirá identificar riesgos en el bienestar general de los ancianos, lo cual permitirá a las autoridades y organizaciones comunitarias establecer medidas de prevención y/o control para aminorar los negativos efectos del estar solo.

En cuanto a la **viabilidad** la ejecución de esta investigación resulta factible, ya que la investigadora dispone de los recursos suficientes para su realización. También, se cuenta con la autorización correspondiente y con la participación voluntaria de los adultos mayores para la aplicación de las herramientas destinadas a la recolección de información.

La motivación para la puesta en marcha del presente estudio es el conseguir el título de Licenciada en Enfermería.

2. Marco teórico

2.1. Adulto mayor

2.1.1. Definición

El término se refiere a las personas de 60 años o más, según la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, la concepción va más allá de una simple clasificación por edad, abarcando una perspectiva biopsicosocial integral (1).

Las personas adultas mayores son titulares de derechos y cuentan con una protección especial en el ámbito constitucional. Además, participan activamente en la sociedad y asumen deberes y responsabilidades consigo mismas, con su familia y con la comunidad. En este contexto, resulta indispensable promover una cultura orientada a la vejez y al envejecimiento, donde esta etapa sea comprendida como un proceso natural del ciclo de vida y las personas mayores sean reconocidas como miembros activos de la sociedad. Desde distintas disciplinas se han formulado diversas teorías destinadas a explicar el proceso de envejecimiento (3).

2.1.1.1. Teorías biológicas

- Teoría del desgaste: Plantea que el envejecimiento constituye un proceso natural, progresivo e inevitable de deterioro del organismo.
- Teoría de los radicales libres: Los radicales libres causan daño celular y aceleran el envejecimiento (3).

2.1.1.2. Teorías psicológicas

- Teoría de la actividad: La felicidad en la vejez depende de mantener roles y actividades de la edad adulta.
- Teoría de la desvinculación: El envejecimiento implica un proceso de mutuo distanciamiento entre el individuo y la sociedad (4).

2.1.1.3. Teorías sociológicas

- Teoría de la modernización: El estatus de los ancianos disminuye con la industrialización y urbanización.
- Teoría de la estratificación por edad: La edad es un principio organizador clave de la estructura social (3).

2.1.2. Características del envejecimiento

A nivel fisiológico, el envejecimiento se caracteriza por cambios graduales en distintos sistemas:

- Sistema cardiovascular: pérdida de la elasticidad de los vasos sanguíneos e incremento de la presión arterial.
- Sistema respiratorio: reducción de la fuerza de la musculatura respiratoria y de la capacidad vital.
- Sistema renal: disminución del flujo sanguíneo renal y de la tasa de filtración glomerular.
- Sistema musculoesquelético: reducción de la fuerza y la masa muscular (sarcopenia), acompañada de una reducción de la densidad ósea.
- Sistema nervioso: reducción del número de neuronas y enlentecimiento de la velocidad de conducción del impulso nervioso (12).

A nivel neurofisiológico, el envejecimiento se vincula con:

- Disminución del metabolismo de la glucosa y del flujo sanguíneo cerebral a nivel del cerebro.
- Cambios en la neurotransmisión, como la reducción de la dopamina y la acetilcolina.
- Acumulación de lesiones cerebrales, como placas amiloides y ovillos neurofibrilares.
- Variaciones en la plasticidad neuronal y la capacidad de memoria y aprendizaje **(3)**.

2.2. Familia

2.2.1. Definición de familia

Se define como un grupo de personas vinculadas por lazos de consanguinidad, adopción o matrimonio, que conviven durante un tiempo indefinido. Asimismo, representa el centro esencial de la sociedad y el entorno más adecuado para favorecer el bienestar y el desarrollo de sus integrantes, especialmente de los niños (13).

2.2.1.1. Teorías relacionadas a la familia

Desde diferentes perspectivas se han desarrollado diversas teorías orientadas a explicar el funcionamiento y la dinámica del grupo familiar:

- Teoría estructural-funcionalista

  La familia cumple funciones básicas para la sociedad, como la socialización de los hijos y la regulación sexual (13).

- Teoría del desarrollo familiar

  La familia pasa por etapas previsible a lo largo del ciclo vital, cada una con sus propias tareas y desafíos.

- Teoría sistémica

  La familia es un sistema abierto, compuesto por subsistemas (conyugal, parental, fraternal) que interactúan entre sí y con el entorno (14).

- Teoría ecológica

  El desarrollo familiar está influenciado por múltiples niveles de contexto, desde el microsistema (familia) hasta el macrosistema (cultura) (6).

2.2.2. Características de la familia según Ministerio de Salud del Perú

Según el MINSA, las principales características de las familias saludables son:

- Comunicación efectiva entre sus miembros
- Límites y reglas claras
- Expresión adecuada de afectos
- Capacidad de resolver conflictos

- Adaptación al cambio
- Sentido de pertenencia e identidad familiar
- Apoyo y cuidado mutuo
- Promoción del crecimiento personal de cada miembro
- Participación en actividades recreativas y de ocio (15).

2.2.3. Rol de la familia en el bienestar del adulto mayor

La familia constituye un elemento esencial para el bienestar de la persona adulta mayor, al ofrecer respaldo emocional, físico y social, aspectos indispensables para preservar su calidad de vida. En seguida, se describen los principales ámbitos en los que el entorno familiar puede proporcionar dicho apoyo (16).

2.2.3.1. Áreas de apoyo

- Cuidado y atención médica: La familia puede colaborar con las personas adultas mayores en el seguimiento y cumplimiento de sus tratamientos médicos, asistirlos a las consultas y asegurarse de que cumplan con sus medicaciones y dietas.
- Actividades diarias: La familia puede coadyuvar a los adultos mayores a realizar actividades cotidianas, como la compra de comida, la limpieza de la casa y la preparación de comidas.
- Comunicación y comprensión: La familia puede proporcionar un entorno emocionalmente seguro, escuchando y comprendiendo las preocupaciones y necesidades del adulto mayor (17).

2.2.3.2. Actividades recreativas y culturales

La familia puede organizar actividades recreativas y culturales que mantengan al adulto mayor activo y socialmente involucrado (17).

2.2.3.3. Apoyo financiero

La familia puede apoyar a los ancianos a gestionar sus finanzas, asegurando que tengan suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas (17).

2.2.3.4. Apoyo psicológico

La familia puede proporcionar apoyo emocional y psicológico, ayudando a manejar la depresión y la ansiedad que podrían acompañar (18).

2.3. Riesgo familiar

2.3.1. Definición de riesgo familiar

Se entiende como la posibilidad de que una familia enfrente circunstancias adversas que afecten su funcionamiento y el bienestar de sus miembros. Este concepto incluye problemas de salud, desorganización estructural o dinámica familiar disfuncional. Su valoración comprende aspectos psicoafectivos, condiciones socioeconómicas y las posibilidades de acceso a los servicios de salud. La identificación de este riesgo resulta fundamental para reconocer las necesidades existentes y orientar el diseño de estrategias de intervención pertinentes (16).

Entre los principales aspectos asociados destacan las condiciones socioeconómicas, ya que las limitaciones económicas, reflejadas en el acceso insuficiente a una alimentación adecuada, una vivienda digna y los servicios de atención en salud, incrementan la situación de vulnerabilidad. Las dinámicas psicoafectivas también son fundamentales; el conflicto familiar y la violencia generan ambientes disfuncionales que perjudican el desarrollo emocional y social de los integrantes. La composición familiar, como las familias extensas o monoparentales, puede incrementar el riesgo debido a la sobrecarga de responsabilidades o recursos limitados. Además, la carencia de acceso o un uso inadecuado de los servicios asistenciales amplifican las dificultades de salud, colocando a las familias en situaciones críticas (19).

2.3.2. Teorías relacionadas al riesgo familiar

A continuación, se presentar las teorías relacionadas con el riesgo familiar (14).

2.3.2.1. Teoría Estructural-Funcionalista

La familia es concebida como un sistema social encargado de desempeñar funciones esenciales para la sociedad, entre ellas la socialización de sus integrantes y la regulación de la conducta sexual. Desde la perspectiva estructural-funcionalista, la sociedad se entiende como un sistema integrado y organizado, compuesto por elementos interdependientes que actúan de manera coordinada para preservar el equilibrio, la cohesión, el consenso y el orden social. Esta teoría fue desarrollada por varios pensadores, entre los que se destacan Comte et al (14).

El médico y profesor George Smilkstein desarrolló en 1978 el instrumento conocido como el APGAR Familiar, el cual examina la funcionalidad del grupo familiar a partir de cinco dimensiones clave (20).

2.3.2.1.1. Adaptabilidad (Adaptability)

Hace referencia a la aptitud del núcleo familiar para movilizar recursos propios y externos con el propósito de afrontar dificultades y responder eficazmente ante situaciones de crisis.

La adaptabilidad familiar constituye la capacidad de la familia para recurrir a sus recursos internos y al apoyo disponible en su entorno, permitiéndole enfrentar problemas y superar circunstancias críticas de manera efectiva. Esto implica:

- Flexibilidad en los roles y reglas familiares para adecuarse a las variaciones de la vida.
- Capacidad del grupo familiar para reestructurarse y redistribuir responsabilidades cuando es necesario.
- Habilidad para acceder y movilizar recursos de la comunidad (servicios sociales, redes de apoyo, etc.) cuando la familia lo requiere.

- Disposición del grupo familiar para buscar ayuda profesional (terapia, consejería, etc.) cuando enfrenta dificultades que no puede resolver por sí misma.
- Apertura del grupo familiar a aprender nuevas formas de afrontar los problemas **(21)**.

2.3.2.2. Participación (Partnership)

La participación familiar se refiere al grado de compromiso e implicación de los integrantes del grupo familiar en la toma de decisiones y en el cumplimiento de los deberes familiares. Esto incluye:

- Nivel de involucramiento de los integrantes en las discusiones y elecciones que afectan a la familia.
- Distribución equitativa de tareas y obligaciones entre los integrantes.
- Sentido de pertenencia y corresponsabilidad de todos los integrantes en el bienestar familiar.
- Comunicación abierta y fluida entre los integrantes para coordinar acciones.
- Capacidad de negociación y resolución de conflictos de manera conjunta **(22)**.

2.3.2.2.1. Crecimiento (Growth)

Hace referencia al desarrollo físico, emocional y social que experimentan los miembros de la familia como resultado del apoyo, la orientación y el fortalecimiento mutuo entre sus integrantes. Esto implica:

- Oportunidades que brinda la familia para el desarrollo personal de cada integrante.
- Apoyo y guía brindados por los padres durante el desarrollo de sus hijos.
- Promoción de la autonomía, el fortalecimiento de la independencia y el ejercicio de una toma de decisiones responsable.
- Espacios para la expresión de emociones, la resolución de conflictos y el aprendizaje conjunto (23).

2.3.2.2.2. Afecto (Affection)

El afecto familiar se refiere a las relaciones de cariño, amor y apoyo emocional que existen entre los integrantes del grupo familiar. Esto incluye:

- Demostraciones de afecto, cariño y aprecio mutuo entre los integrantes.
- Creación de un ambiente de confianza, seguridad y contención emocional.
- Capacidad del grupo familiar para brindar apoyo y consuelo en momentos difíciles.
- Expresión abierta de emociones positivas como alegría, orgullo y gratitud.
- Desarrollo de vínculos emocionales sólidos y saludables (24).

2.3.2.2.3. Resolución (Resolve)

Hace referencia a la capacidad de la familia para destinar tiempo, esfuerzo y recursos al cuidado de las necesidades físicas y emocionales de sus integrantes. Esto implica:

- Disponibilidad de los integrantes para escuchar, comprender y acompañar a los demás.
- Responsabilidad compartida de la familia para garantizar la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda y la atención en salud.
- Dedicación de tiempo y esfuerzo para brindar cuidados y apoyo emocional cuando se requiere.
- Capacidad del grupo familiar para priorizar el bienestar de sus integrantes por sobre otras demandas.
- Sentido de responsabilidad y solidaridad entre los integrantes del grupo familiar (25).

2.3.2.3. Teoría Sistémica

La familia es concebida como un sistema abierto conformado por distintos subsistemas, entre ellos el conyugal, el parental y el fraternal, los cuales mantienen una interacción constante tanto entre sí como con el entorno que los rodea. La teoría sistémica, denominada también teoría general de sistemas, fue propuesta por el biólogo Bertalanffy durante la década de 1930 (14). Esta teoría propone que los sistemas (como la familia) son conjuntos de elementos interrelacionados que funcionan como un todo organizado, con propiedades y características propias que no se podrían aminorar a la suma de sus partes (26).

De acuerdo con la teoría sistémica, la familia se concibe como un sistema abierto integrado por distintos subsistemas, como el conyugal, el parental y el fraternal, los cuales mantienen una interacción permanente tanto entre ellos como con el entorno. Algunos aspectos clave de la teoría sistémica aplicados a la familia incluyen (27).

- Interacción e interdependencia: Los integrantes del grupo familiar interactúan de manera circular, donde cada uno influye y es influido por los demás. Un cambio en un miembro o subsistema afecta a todo el sistema familiar (28).
- Totalidad: la familia constituye un sistema integral cuyas características trascienden la simple suma de sus integrantes, ya que posee propiedades propias que no podrían explicarse únicamente a partir de cada individuo. Por ejemplo, la dinámica familiar es diferente a la suma de las personalidades de cada miembro.
- Equifinalidad: Diferentes caminos y estructuras podrían llevar al mismo resultado. Familias con diferentes composiciones y estilos podrían funcionar de manera similar (29).
- Homeostasis: La familia tiende a mantener un equilibrio interno, resistiéndose al cambio. Cuando se producen cambios, la familia moviliza mecanismos para restaurar la estabilidad (14).

- Fronteras y permeabilidad: La familia tiene límites que separan el sistema de su entorno y entre subsistemas. Estos límites podrían ser más o menos permeables al intercambio de información y recursos (30).

2.3.3. Elementos de riesgo familiar

Existen distintos aspectos que podrían poner en riesgo a la interacción familiar y afectar negativamente el bienestar del grupo familiar (31).

2.3.3.1. Condiciones psicoafectivas

Las condiciones psicoafectivas comprenden los aspectos emocionales y psicológicos que inciden en el bienestar de las personas y, en consecuencia, en el funcionamiento de la familia. Estos factores pueden repercutir tanto en la calidad de las relaciones entre sus integrantes como en el desarrollo emocional de cada uno de ellos. En seguida, se presentan algunos de los principales elementos que favorecen un entorno psicoafectivo desfavorable (31).

- Desarmonía: La desarmonía en el contexto familiar se manifiesta como una falta de cohesión y entendimiento entre sus miembros.
- Privación Afectiva: La privación afectiva se refiere a la ausencia de ayuda emocional y afecto dentro del núcleo familiar. Esta situación puede tener consecuencias significativas en el desarrollo emocional de los individuos (21).
- Ansiedad: La ansiedad es una condición psicoafectiva que puede surgir debido a múltiples aspectos dentro del entorno familiar. Esta emoción puede manifestarse como preocupación constante, tensión y miedo ante situaciones cotidianas (32).
- Roles No Gratificantes: Los roles familiares no gratificantes son aquellos que no proporcionan satisfacción ni realización personal a sus ocupantes. Estos roles podrían ser impuestos por normas culturales o expectativas familiares
- Comportamientos como la violencia, agresividad o delincuencia de algún miembro podrían alterar la armonía y cohesión familiar (33).

2.3.3.2. Práctica y servicios de salud

Los servicios y las prácticas de salud constituyen componentes esenciales para preservar el bienestar de la población. En este sentido, la existencia, el acceso y el aprovechamiento de dichos servicios representan factores determinantes para que el sistema de salud responda de manera adecuada a las necesidades de atención de las personas.

- Disponibilidad: hace referencia a la presencia de servicios de salud dentro de una comunidad y a su capacidad para cubrir los requerimientos de atención de la población.
- Accesibilidad: corresponde a la probabilidad que tienen los individuos de acceder a los servicios de salud de forma oportuna cuando los requieren. Este concepto comprende diversos aspectos:
- Uso de Servicios de Salud: Su uso efectivo implica no solo que estén disponibles y sean accesibles, sino también que las personas realmente los utilicen cuando lo necesiten (6).

2.3.3.3. Condiciones de vivienda y vecindario

Las particularidades de la vivienda y del entorno vecinal constituyen factores que influyen de forma significativa en el nivel de vida de las personas y de las familias. Estos elementos comprenden las condiciones físicas del hogar y del ambiente donde se ubica, las cuales repercuten en la salud, el bienestar emocional y la integración social de sus habitantes.

- Características ambientales de vivienda: Las características ambientales de una vivienda son fundamentales para garantizar un espacio habitable saludable y confortable.
- Características del vecindario: El entorno vecinal en el que se encuentra la vivienda influye de forma significativa en el estilo de vida de sus habitantes. Un vecindario donde los residentes se conocen y apoyan mutuamente tiende a tener una mayor cohesión social. Esta situación no solo favorece el bienestar emocional, sino que también fortalece el sentido de pertenencia a la comunidad, aspecto que resulta especialmente valioso frente a situaciones de crisis o de necesidad (34).

2.3.3.4. Situación socioeconómica

La condición socioeconómica del grupo familiar constituye un factor determinante para su bienestar y calidad de vida. Su valoración considera diversos componentes, entre los que sobresalen los recursos económicos del hogar y las necesidades vinculadas con la salud, la educación y la recreación.

- Recursos económicos destinados a las necesidades básicas: Los ingresos familiares representan un elemento esencial para garantizar la cobertura de los requerimientos básicos de los integrantes del hogar, tales como la alimentación, la vivienda, la atención en salud y la educación (35).
- Necesidades de salud, educación y recreación: Los requerimientos relacionados con estos ámbitos mantienen una estrecha relación entre sí y dependen, en gran medida, de la condición socioeconómica de la familia (36).
- La salud no solo depende del acceso a servicios médicos, sino también de aspectos como la alimentación adecuada y un entorno seguro. Las familias que no podrían cubrir sus necesidades básicas suelen enfrentar mayores riesgos de enfermedades crónicas y problemas mentales. Además, el estrés asociado con la inseguridad económica puede afectar negativamente la salud emocional
- La educación constituye un componente esencial para el desarrollo integral de las personas y el progreso de la sociedad. La carencia de educación adecuada perpetúa el ciclo de pobreza, ya que limita las posibilidades de empleo bien remunerado.
- La recreación es esencial para el bienestar integral de los individuos. Actividades recreativas adecuadas contribuyen a la salud física y mental, fomentando relaciones sociales positivas y reduciendo el estrés. Sin embargo, las familias con ingresos limitados podrían tener menos oportunidades para participar en actividades recreativas debido a la carencia de recursos o acceso a instalaciones adecuadas (37).

2.3.3.5. Manejo de menores

La convivencia entre adultos mayores y niños pequeños puede generar una dinámica familiar compleja, con implicaciones tanto positivas como negativas. Por un lado, la presencia de niños puede enriquecer la vida de los adultos mayores, proporcionándoles compañía, estimulación cognitiva y un sentido de propósito. Sin embargo, esta convivencia también puede presentar desafíos, como una mayor carga emocional y física, el riesgo de accidentes y posibles conflictos generacionales (38).

La interacción entre generaciones puede ser beneficiosa. Los adultos mayores podrían transmitir sus conocimientos y experiencias a los niños, mientras que los niños podrían aportar alegría y frescura a la vida de los ancianos. Sin embargo, es significativo señalar que esta convivencia no está exenta de riesgos. El cuidado de niños pequeños puede ser demandante físicamente y emocionalmente, especialmente para adultos mayores con problemas de salud. Además, la convivencia puede generar tensiones debido a las diferentes expectativas y estilos de vida entre generaciones. Con el propósito de reducir los riesgos y favorecer los beneficios de esta convivencia, resulta indispensable disponer de un entorno seguro y adecuado a las necesidades de todos los miembros del grupo familiar (39).

2.3.4. Funcionalidad familiar y bienestar del adulto mayor

La familia desempeña un papel crucial en el bienestar del adulto mayor, proporcionando apoyo emocional, físico y social que es fundamental para su calidad de vida. Algunos aspectos clave incluyen:

- La familia puede coadyuvar a los adultos mayores a gestionar sus tratamientos, asistirlos a consultas y asegurarse del cumplimiento de medicaciones y dietas.
- La familia puede brindar asistencia en tareas cotidianas como compras, limpieza del hogar y preparación de alimentos.
- La familia puede proporcionar un entorno emocionalmente seguro, escuchando y comprendiendo las necesidades del adulto mayor.
- La familia puede organizar actividades que mantengan al adulto mayor activo y socialmente involucrado.

- La familia puede ofrecer apoyo emocional y coadyuvar a manejar problemas como ansiedad y depresión (40).

Cuando la familia presenta un adecuado nivel de funcionalidad, esto se traduce en distintos beneficios para el bienestar del adulto mayor, tales como:

- Mantenimiento de la autonomía: La familia ayuda al adulto mayor a conservar su independencia y capacidad de decisión.
- Reducción de la soledad: La familia proporciona un entorno de apoyo y compañía, evitando el aislamiento social.
- Mejora de la calidad de vida: La familia facilita el acceso a actividades significativas y satisfactorias para el adulto mayor.
- Aumento de la longevidad: El apoyo familiar contribuye a preservar la salud emocional y física (41).

2.4. Soledad en el adulto mayor

2.4.1. Definición de soledad

La soledad es un concepto complejo que puede ser abordado desde diferentes perspectivas, incluyendo la psicología, la antropología, la sociología y la gerontología. A continuación se presenta una definición amplia de soledad, considerando estos enfoques (42).

- Desde la perspectiva sociológica, la soledad se entiende como una vivencia caracterizada por el aislamiento social, la ausencia de vínculos interpersonales relevantes y el sentimiento de no formar parte de un colectivo o una comunidad. Bajo este enfoque, dicho fenómeno alude tanto a la escasez de interacción con otras personas como a la percepción de exclusión o desvinculación respecto del entorno social (43).
- La antropología considera la soledad como un fenómeno cultural y social, que puede variar según el contexto y la cultura. La soledad puede ser una condición aceptada en algunas culturas, mientras que en otras es vista como un problema social (44).
- Desde el enfoque psicológico, la soledad es concebida como una vivencia de carácter subjetivo que surge a partir de la percepción de aislamiento tanto en el

plano emocional como en el ámbito de las relaciones sociales. La soledad psicológica se refiere a la percepción de no tener relaciones significativas o de no ser comprendido por los demás (45).

En el contexto del adulto mayor, la soledad puede tener un impacto significativo en su bienestar y calidad de vida. La soledad en el adulto mayor se refiere a la experiencia de aislamiento social, la carencia de relaciones importantes y la percepción de no pertenecer a un grupo o comunidad. Esto puede ser causado por la pérdida de cónyuge, amigos o familiares, la movilidad reducida, la carencia de actividades sociales y la percepción de no ser comprendido por los demás (46).

2.4.2. Teorías relacionadas a la soledad en el adulto mayor

La soledad en las personas adultas mayores constituye un fenómeno complejo que ha sido abordado desde distintos enfoques teóricos. Aquí se presentan algunas de las principales teorías que abordan este tema (46).

2.4.2.1. Teoría de la desvinculación

El supuesto de la desvinculación, formulada por los sociólogos Cumming y Henry, sostiene que el envejecimiento conlleva un proceso progresivo y natural de separación entre la persona y la sociedad. Conforme avanza esta fase de la vida, los ancianos suelen reducir su participación en las relaciones sociales y dirigir una mayor atención hacia sí mismos, situación que puede favorecer la aparición de la soledad (46).

2.4.2.2. Teoría de la actividad

Por otro lado, esta teoría sustenta que la conservación de roles y acciones sociales es clave para el bienestar del adulto mayor. De acuerdo con esta teoría, la soledad aparece cuando la persona se ve obligada a reducir su interacción social como consecuencia de elementos tales como el retiro, el fallecimiento de seres amados o el deterioro de su estado de salud (46).

2.4.2.3. Teoría de la selectividad socioemocional

Teoría desarrollada por Laura Carstensen, sustenta que, conforme avanza el proceso de envejecimiento, las personas otorgan mayor importancia a los objetivos emocionales y sociales de corto plazo, lo que las conduce a conservar y fortalecer aquellos vínculos que consideran más significativos. La soledad puede surgir cuando esta selección de relaciones no se logra de manera satisfactoria (47).

2.4.2.4. Teoría de la soledad existencial

Desde una perspectiva más filosófica, la teoría de la soledad existencial plantea que la soledad es una condición inseparable a la condición humana. Esta soledad existencial se acentúa en la vejez, cuando el individuo se enfrenta a la finitud de la vida y a la pérdida de seres queridos (48).

2.4.2.5. Teoría de la interacción social

Según la teoría de la interacción social, la soledad surge cuando las personas no logran establecer o mantener relaciones sociales satisfactorias. En el caso del adulto mayor, aspectos como el retiro, la viudez o la reducción de la movilidad podrían dificultar estas interacciones (48).

2.4.2.6. Teoría de la desconexión social

La teoría de la desconexión social propone que la soledad en la vejez se debe a un proceso de desconexión entre la persona y su entorno social, lo cual puede ser iniciado tanto por el adulto mayor como por la sociedad (49).

2.4.3. Características de soledad en el adulto mayor

La experiencia de soledad en las personas adultas mayores representa una condición multifactorial que puede afectar considerablemente su bienestar y su calidad de vida. Seguidamente, se exponen los rasgos más representativos asociados a este fenómeno en dicha población (50).

- Aislamiento social: El adulto mayor puede experimentar aislamiento social a causa de la pérdida de cónyuges, familiares o amigos cercanos. Esto puede llevar a una sensación de abandono y desprotección, lo que a su vez puede generar depresión y ansiedad (51).
- Falta de actividad social: La reducción de la movilidad y la capacidad para participar en actividades sociales puede agravar la soledad. Esto puede ser causado por problemas de salud, jubilación o cambios en el entorno social (52).
- Pérdida de roles y actividades: La pérdida de roles y actividades significativas puede llevar al adulto mayor a sentirse sin propósito o significado. Esto puede incluir la pérdida de trabajo, la jubilación o la reducción de la capacidad para realizar actividades del día a día (53).

- Dependencia del grupo familiar: La dependencia del grupo familiar para la supervivencia y el bienestar puede incrementar la soledad. Esto puede ser debido a la carencia económica o la necesidad de cuidados médicos, lo que puede generar una sensación de vulnerabilidad y desprotección.
- La percepción de no pertenecer a un grupo o comunidad puede ser una característica clave de la soledad en el adulto mayor. Esto puede ser causado por la pérdida de vínculos sociales, la reducción de la movilidad o la carencia de oportunidades para interactuar con otros.
- La carencia de apoyo social puede incrementar la soledad en el adulto mayor. Esto puede incluir la carencia de personas con quienes compartir problemas y preocupaciones, lo que puede llevar a una impresión de desesperanza y aislamiento.
- La soledad puede afectar de manera desfavorable la salud física y mental de las personas adultas mayores, favoreciendo la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro de las funciones cognitivas y una disminución de su calidad de vida.
- El cambio en la composición familiar, como la pérdida de cónyuges o la reducción de la movilidad, puede incrementar la soledad. Esto puede llevar a una sensación de desequilibrio y desprotección.
- La carencia de oportunidades para la participación social y la interacción con otros puede incrementar la soledad en el adulto mayor. Esto puede incluir la carencia de actividades recreativas, culturales o comunitarias.
- La soledad podría tener un efecto desfavorable en la autoestima del adulto mayor. Esto puede incluir la pérdida de sentido de propósito, la reducción de la confianza en sí mismo y la sensación de no ser valorado por los demás (50).

2.4.4. Elementos de riesgo para soledad en el adulto mayor

Algunos aspectos que podrían contribuir a la soledad en el adulto mayor incluyen:

- Pérdida de cónyuge o familiares: La pérdida del cónyuge o el fallecimiento de familiares cercanos puede generar sentimientos de aislamiento y soledad.
- Movilidad reducida: La incapacidad para moverse libremente puede limitar las oportunidades de socialización.
- Falta de actividades sociales: La carencia de actividades sociales y de oportunidades para interactuar con otros puede llevar a un sentimiento de aislamiento.
- Percepción de no ser comprendido: La percepción de no ser comprendido por los demás puede llevar a un sentimiento de aislamiento y soledad (50).

2.4.5. Aspectos protectores para el bienestar mental del adulto mayor

El bienestar mental del adulto mayor es fundamental para su calidad de vida y envejecimiento saludable. Existen distintos aspectos protectores que podrían contribuir a mantener una buena salud mental en la vejez:

- Apoyo social y familiar: Un entorno familiar y social positivo y de apoyo es clave para el bienestar mental del adulto mayor.
- Actividad física y hábitos de vida saludables: mantener un estilo de vida activo y saludable favorece el bienestar psicológico de las personas adultas mayores:
    - Realizar actividad física regular, como caminatas, baile o ejercicios suaves.
    - Mantener una alimentación equilibrada y balanceada.
    - Reducir o evitar el consumo de tabaco y alcohol.
    - Incorporar estrategias de relajación y técnicas para el control del estrés.
- Sentir que se tiene un propósito y participar activamente en la vida es fundamental para el bienestar mental:
    - Mantener roles y actividades significativas, como voluntariado, pasatiempos o trabajo.
    - Participar en actividades de aprendizaje, como cursos o talleres.

- Sentir que se contribuye de manera valiosa a la familia o la comunidad.

- Preservar la salud física y contar con acceso oportuno a servicios de atención médica favorecen la prevención y el manejo de los problemas de salud mental:
  - Realizar chequeos médicos regulares y seguir tratamientos indicados.
  - Acceder a servicios de salud mental, como terapia o apoyo psicológico.
  - Manejar adecuadamente enfermedades crónicas o discapacidades.
- Resiliencia y adaptabilidad: Desarrollar habilidades de resiliencia y adaptabilidad puede coadyuvar al adulto mayor a afrontar desafíos y mantener su bienestar mental:
  - Cultivar una actitud positiva y optimista ante la vida.
  - Desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento y resolución de problemas.
  - Ser flexible y adecuarse a los cambios propios del envejecimiento (52).

2.4.6. Consecuencias de la soledad en el bienestar del adulto mayor

La soledad en las personas adultas mayores puede generar importantes repercusiones sobre su bienestar y nivel de vida. Entre sus principales efectos se tienen las siguientes:

- Problemas de salud mental: La soledad se vincula con una mayor probabilidad de presentar trastornos como la depresión y la ansiedad. La escasa interacción social y la carencia de apoyo emocional pueden favorecer la manifestación de sentimientos de desesperanza, reducción de la autoestima y dificultades para afrontar las emociones (51).
- Deterioro de la salud física: la soledad también se vincula con un acrecentamiento en el riesgo de manifestar afecciones físicas, entre ellas enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y una mayor susceptibilidad a diversas enfermedades. El estrés y la carencia de motivación para cuidar la salud podrían contribuir a este deterioro.
- Reducción del nivel de vida: La soledad puede perjudicar negativamente el nivel de vida de los ancianos, al disminuir su satisfacción con la vida, su percepción de bienestar y la capacidad para participar y disfrutar de actividades

con significado. Esto puede llevar a un ciclo de aislamiento y desmotivación (49).

- Mayor riesgo de mortalidad: Distintos estudios han encontrado que la soledad se vincula con un riesgo mayor de muerte en adultos mayores, incluso después de controlar por aspectos de salud. La soledad parece tener un efecto independiente en la esperanza de vida.
- Deterioro cognitivo: La experiencia de soledad se vincula con un incremento en la probabilidad de presentar deterioro cognitivo y demencia en las personas adultas mayores. La limitada participación en eventos sociales y la insuficiente activación de las funciones mentales pueden favorecer la progresión de estas condiciones (48).

2.4.7. Norma técnica de atención integral del adulto mayor peruano

La disposición vigente que rige la organización, prestación y evaluación de los servicios de salud para este grupo poblacional es la Norma Técnica de Salud N.° 207-MINSA/DGIESP-2023, aprobada mediante R.M. N.° 789-2023-MINSA (54). Esta norma constituye el instrumento rector que articula el quehacer de los establecimientos de salud, con el MCIS por curso de vida. La presente norma establece como sujeto de atención a todo individuo de 60 años o más, teniendo en cuenta que el envejecimiento constituye un proceso dinámico y heterogéneo, influenciado por componentes psicológicos, biológicos, ambientales y sociales. Su orientación se sustenta en los principios de atención integral, continuidad del cuidado, respeto por la dignidad, promoción de la calidad de vida y reconocimiento de la autonomía de las personas seniles, en concordancia con los lineamientos de la OMS y los referentes internacionales sobre envejecimiento activo y saludable. En este sentido, la norma trasciende la atención curativa para incorporar de manera explícita la capacidad funcional, el bienestar subjetivo y la participación social como dimensiones centrales de la salud en la vejez. Desde el enfoque de la presente indagación, la soledad, el aislamiento y la disfunción familiar no son considerados fenómenos ajenos al sistema sanitario, sino condiciones que deben ser tamizadas, registradas y abordadas dentro del plan de cuidados individualizado (1).

2.4.7.1. Paquete de atención integral prioritaria para el adulto mayor

La norma estructura la atención en salud mediante un conjunto de intervenciones integrales que abarcan el fomento de la salud, la prevención de males, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la recuperación y el monitoreo de las condiciones más frecuentes durante la vejez. Entre sus componentes se identifican los siguientes:

- Fomento de la salud y prevención de elementos de riesgo. Se establece la consejería en estilos de vida saludables, que abarca orientación sobre alimentación equilibrada, actividad física adaptada, eliminación del tabaco y alcohol, prevención de caídas y adherencia al esquema de vacunación. Este componente se articula con acciones comunitarias y familiares, reconociendo que el entorno doméstico y social condiciona de manera determinante la adopción de conductas protectoras en la persona adulta mayor
- Prevención y tamizaje de enfermedades no transmisibles (ENT). La norma contempla la detección y el seguimiento de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidad y sobrepeso, cuya prevalencia aumenta con la edad y cuya gestión inadecuada incrementa la carga de dependencia y el deterioro funcional. La comorbilidad de estas condiciones se vincula frecuentemente con aislamiento social y limitación de la participación en redes de apoyo, aspectos directamente vinculados a la experiencia de soledad.
- Salud mental y subjetividad. Se plantea la aplicación sistemática de tamizajes orientados a identificar depresión, ansiedad y riesgo suicida, mediante instrumentos validados como el PHQ-9 o la escala ES-9. Del mismo modo, se considera la evaluación de la sobrecarga del cuidador y el análisis del apoyo proporcionado por la red familiar, reconociendo que la dinámica intrafamiliar influye directamente en la salud psicológica del adulto mayor. En este contexto, la soledad puede comprenderse tanto como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión, como una consecuencia de la disfunción familiar, configurando así una relación bidireccional que la normativa busca prevenir e interrumpir a través de intervenciones oportunas.

- Funcionalidad e independencia: comprende la valoración de la capacidad funcional, la movilidad, el equilibrio, el riesgo de caídas y el nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, reconoce que la disminución de la autonomía representa un importante factor asociado al aislamiento social y a la soledad durante la vejez.
- Tamizaje oncológico y otras condiciones crónicas. La norma integra el tamizaje para cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y piel conforme a las guías de práctica clínica vigentes. Asimismo, contempla un abordaje multidisciplinario para la atención de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, osteomusculares y de los síndromes demenciales.
- Atención paliativa y cuidados continuados. Para aquellas personas adultas mayores con condiciones irreversibles o en etapa terminal, se contempla la provisión de cuidados paliativos con enfoque humanista, incluyendo el acompañamiento a la familia y el apoyo emocional al final de la vida.
- La Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM): El instrumento operativo central de la NTS N.° 207 es la VACAM, herramienta de evaluación multidimensional estructurada que debe aplicarse de manera sistemática y periódica en cada visita programada. Su propósito es generar un perfil integral del adulto mayor que oriente el plan de cuidados individualizado con metas claras y seguimiento oportuno.

  La VACAM comprende los siguientes dominios:

  - **Anamnesis integral.** Incluye la historia de enfermedades crónicas, antecedentes psiquiátricos, perfil farmacológico con atención a la polifarmacia, caídas previas, hospitalizaciones recientes y uso de dispositivos de apoyo. Esta dimensión permite identificar la carga de morbilidad acumulada y los aspectos que condicionan la fragilidad.
  - **Exploración funcional y riesgo de caídas**. Examina la movilidad, el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular, la incontinencia fecal y urinaria, y el uso de ayudas técnicas. La pérdida funcional, además de su impacto clínico directo, produce restricción de la participación social y contribuye a la emergencia de la soledad como experiencia subjetiva.

- **Estado nutricional e hidratación.** Se valoran la talla, el peso, el IMC, los signos de desnutrición y las condiciones que dificultan una alimentación adecuada, reconociendo que el estado nutricional deficiente se vincula con mayor vulnerabilidad física y social.
- **Estado cognitivo y mental.** El tamizaje de deterioro cognitivo leve y demencia, junto con la detección de síntomas depresivos y ansiosos, constituyen dimensiones prioritarias. El deterioro cognitivo limita la capacidad del adulto mayor para mantener vínculos sociales activos, mientras que la depresión amplifica la percepción de soledad incluso en contextos con soporte familiar aparentemente suficiente.
- **Estado de salud general y comorbilidades.** El examen físico sistemático, el control de presión arterial, glucemia, dislipidemias y función pulmonar y osteoarticular completan la evaluación biomédica, articulada con los protocolos de ENT vigentes.
- **Contexto social y familiar.** Este dominio es de especial relevancia para los propósitos del presente estudio. La VACAM establece la evaluación del nivel de apoyo familiar, la calidad de la red social, las condiciones de vivienda y seguridad del entorno, y el riesgo de maltrato, abandono o negligencia. Se trata del único dominio que trasciende la esfera individual para incorporar la dimensión relacional y estructural del envejecimiento, reconociendo que la familia y el entorno comunitario son determinantes fundamentales del bienestar del adulto mayor (54).

2.5. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor

2.5.1. Teoría de Betty Newman aplicada en el cuidado del adulto mayor

La Enfermería cumple un rol esencial en la atención integral de las personas adultas mayores, al responder de manera articulada a sus necesidades psicológicas, físicas, espirituales y sociales. Los enfermeros utilizan distintos modelos y teorías de Enfermería para guiar su práctica y brindar una atención de calidad a este grupo poblacional (55).

Entre las teorías de mayor relevancia para el cuidado de las personas seniles destaca la Teoría de Sistemas de Neuman. Este modelo considera al individuo como un sistema abierto que permanentemente interactúa con su entorno y procura conservar un estado de equilibrio y bienestar (56).

Desde la perspectiva de Neuman, el adulto mayor puede ser visto como un sistema cliente que está en constante interacción con aspectos intrapersonales, interpersonales y extrapersonales que podrían afectar su estabilidad y bienestar (26).

2.5.1.1. Aspectos intrapersonales

- Cambios físicos y fisiológicos propios del envejecimiento
- Problemas de salud crónicos
- Deterioro cognitivo y emocional
- Aspectos Interpersonales
- Dinámica y funcionalidad familiar
- Redes de apoyo social
- Relaciones con cuidadores (26).

2.5.1.2. Aspectos extrapersonales

- Acceso a servicio de asistencia social y salud
- Barreras ambientales y arquitectónicas
- Recursos económicos

El rol de Enfermería en este contexto es coadyuvar al adulto mayor a mantener o recuperar su estabilidad, fortaleciendo sus líneas de defensa y resistencia ante los aspectos estresantes. Algunas intervenciones clave incluyen:

- Evaluación integral del adulto mayor y su entorno
- Identificación de elementos de riesgo y fortalezas
- Planificación de cuidados individualizados
- Educación y empoderamiento del adulto mayor y su familia
- Coordinación y gestión de recursos comunitarios
- Monitoreo y seguimiento del estado de salud
- Fortalecimiento de la autonomía y mejora de la calidad de vida (57).

Al aplicar la Teoría de Sistemas de Neuman, los enfermeros podrían brindar un cuidado holístico y centrado en el adulto mayor, ayudándolo a mantener o restaurar su estabilidad y bienestar en las diferentes dimensiones de su vida (26).

2.5.2. Teoría de Jean Watson aplicada en el cuidado del adulto mayor

La Teoría del Cuidado Humano, desarrollada por la enfermera y filósofa estadounidense Jean Watson a partir de 1979 y consolidada en sus obras posteriores, constituye uno de los marcos teóricos de mayor proyección en la disciplina enfermera contemporánea. Su propuesta surge como respuesta crítica al reduccionismo biomédico dominante, postulando que el objeto central de la enfermería no es la enfermedad en sí misma, sino la experiencia humana de quien la padece, en toda su complejidad existencial, relacional y espiritual. En este sentido, Watson sitúa el cuidado como un imperativo moral y ontológico que trasciende la dimensión técnica de la práctica clínica, reconociendo en el encuentro interpersonal entre el enfermero y la persona cuidada el locus constitutivo de la disciplina (58).

La teoría de Watson concibe al individuo como un ser irreductible, en interrelación permanente con su medio, cuya experiencia de salud y enfermedad solo puede comprenderse en su totalidad cuando se considera la dimensión biopsicosocial, cultural y espiritual de manera integrada. Este planteamiento adquiere especial importancia para el análisis de la soledad en las personas adultas mayores, ya que

este fenómeno trasciende una interpretación exclusivamente clínica. Abordarlo únicamente desde esa perspectiva implicaría fragmentar una experiencia de carácter profundamente subjetivo y construida en el marco de las relaciones interpersonales (59).

El planteamiento central de la teoría de Watson se estructuró, en sus inicios, a partir de diez factores carativos (59), Estos comprenden el desarrollo de un conjunto de valores humanístico-altruistas; el fortalecimiento de la esperanza y la fe; el cuidado de la afecto hacia otros y hacia uno mismo; el establecimiento de una relación basada en la ayuda y la confianza; la expresión de emociones tanto positivas como negativas; la adopción de decisiones creativas mediante el proceso de cuidado; la enseñanza-aprendizaje transpersonal; la creación de un ambiente de ayuda, cuidad y fortalecimiento en los ámbitos mental, físico, sociocultural y espiritual; la atención de las necesidades; y la apertura a las fuerzas espirituales, fenomenológicas y existenciales (60).

Para los fines del presente estudio, tres de estos procesos caritas adquieren especial resonancia analítica: la mejora de la relación de confianza y ayuda, la provisión de un ambiente sociocultural de ayuda y la asistencia en las necesidades humanas, toda vez que la soledad y el riesgo familiar comprometen directamente estas dimensiones en la experiencia cotidiana del adulto mayor. Watson sostiene que la persona es un ser-en-relación, cuya salud no puede desvincularse de la calidad de sus vínculos afectivos y de la estructura de su entorno de cuidado primario. La familia, en este marco teórico, no es concebida únicamente como una red de apoyo instrumental, sino como el sistema relacional originario en el que se construyen los patrones de apego, pertenencia y significado que sostienen la identidad del sujeto a lo largo de la existencia. En la vejez, cuando la capacidad de construir nuevas redes sociales se ve limitada por aspectos biológicos, funcionales y contextuales, la familia adquiere un peso aún mayor como referente de vinculación afectiva (59).

2.5.3. Intervenciones de Enfermería en la prevención y promoción de salud en adultos mayores

Según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), algunas intervenciones clave para la prevención y promoción de la salud en ancianos incluyen (61).

2.5.3.1. Intervenciones para prevención primaria

- **6510 Manejo de la Actividad y el Ejercicio**
  - Promover la práctica periódica de actividad física acorde con las capacidades funcionales de la persona adulta mayor.
  - Enseñar técnicas de ejercicio seguras y efectivas.
  - Monitorizar la respuesta al ejercicio.
- **6680 Monitorización de los Signos Vitales**
  - Monitorizar signos vitales de forma regular.
  - Identificar tendencias y desviaciones de los valores normales.
  - Comunicar hallazgos significativos al equipo de salud.
- **6550 Protección contra las Infecciones**
  - Fomentar una adecuada higiene personal.
  - Administrar vacunas según el esquema recomendado.
  - Enseñar signos y síntomas de infección (61).

2.5.3.2. Intervenciones para prevención secundaria

- **6610 Identificación de Riesgos**
  - Evaluar elementos de riesgo para enfermedades crónicas.
  - Identificar barreras para el autocuidado.
  - Desarrollar un plan de reducción de riesgos.

- **7370 Planificación para el Alta**
    - Evaluar la capacidad del adulto mayor para el autocuidado.
    - Coordinar recursos comunitarios de apoyo al alta.
    - Enseñar al adulto mayor y cuidadores habilidades de cuidado.
- **7460 Protección de los Derechos del Paciente**
    - Asegurar el respeto a la autonomía y dignidad del adulto mayor.
    - Facilitar el acceso a asistencia social y servicios de salud.
    - Abogar por los derechos y necesidades del adulto mayor (61).

2.5.3.3. Intervenciones para prevención terciaria

- **0200 Fomento del Ejercicio**
    - Coadyuvar al adulto mayor a mantener o mejorar la capacidad funcional.
    - Adaptar los ejercicios a limitaciones físicas y cognitivas.
    - Monitorizar la respuesta y progreso del adulto mayor.
- **5240 Asesoramiento**
    - Proporcionar apoyo emocional y escucha activa.
    - Coadyuvar al adulto mayor a adecuarse a cambios y pérdidas.
    - Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.
- **7140 Apoyo a la Familia**
    - Identificar fortalezas y necesidades del grupo familiar cuidadora.
    - Proporcionar educación sobre el cuidado del adulto mayor.
    - Facilitar la comunicación y resolución de conflictos familiares (61).

3. Antecedentes investigativos

3.1. A nivel internacional

Kevser et al. **La relación entre la soledad percibida y la depresión en las personas adultas mayores, y los factores que influyen en ella. Estados Unidos, 2021 (titulo traducido al español).**

El estudio concluye que la depresión y la soledad, se relacionan directamente. Se encontró que la soledad, la solicitud de ingreso a un C.S. familiar/hospitalización, el nivel educativo, la soledad social y la edad eran los predictores de depresión. Se encontró que la depresión, la solicitud de ingreso a un C.S. familiar/hospitalización y el estado civil eran predictores de soledad (51).

Thakur, N; Han, C. **Un marco para facilitar las interacciones entre personas con el fin de mitigar la soledad en las personas adultas mayores. China, 2022 (titulo traducido al español).**

El estudio concluye que los aspectos que intervienen en la soledad del adulto mayor, son la familia, contexto geográfico y actividades de cuidado que realizan los adultos mayores con sus nietos (50).

3.2. A nivel nacional

Contreras, Marylu. **Grado de soledad social en las personas adultas mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor VIDA, Lima, 2022.**

El estudio concluyó que 50 adultos mayores, 76% presentó soledad social media, 64% percibió un apoyo social medio, respecto al uso de tecnología 56% indicó un uso alto, sin embargo en 64% se evidenció una baja participación social (62).

Huerta, Percy; Rivera, Carmen. **Relación entre el abandono familiar y la depresión en personas adultas mayores del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II, Lima, 2022.**

El estudio concluye que existe una relación directa entre abandono familiar y depresión, 25% de individuos de edad avanzada presentó un nivel medio de abandono familiar, 13% indicó un abandono personal alto, 12% indicó abandono laboral alto, 20% señaló abandono social alto, finalmente 26% presentó depresión grave (63).

3.3. A nivel local

Chalco, Gabriela; Huayra, Rosario. **Mecanismos de afrontamiento frente al estrés asociado a la soledad en personas adultas mayores residentes de un albergue de Arequipa, 2021.**

El estudio identificó que de 30 adultos mayores, 53% presentó un nivel medio de soledad, 30% señalo afrontar el estrés en la dimensión religiosa, se determinó relación entre soledad social con afrontamiento en solución del problema (64).

Ventura, Verónica. **Protección jurídica de la persona adulta mayor dentro del entorno familiar en el marco de la legislación peruana y del derecho de familia en Arequipa.**

El estudio identificó que la calidad del adulto mayor depende de su participación social, por otro lado, se evidenció que el adulto mayor se encuentra desprotegido respecto al cuidado familiar (65).

4. Objetivos

1. Identificar el riesgo familiar que presenta el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar
2. Evaluar el nivel de soledad que presenta el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar
3. Establecer la relación entre el riesgo familiar con la soledad en el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar

5. Hipótesis

Dado que, la familia, en sus diversas formas y funciones, juega un papel crucial en la vida de los adultos mayores, influyendo de manera significativa en su bienestar social, emocional y físico .

Es posible que, exista significativa relación entre el riesgo familiar con la soledad en el adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento

1.1. Técnica

Para ambas variables se aplicó la encuesta.

1.2. Instrumentos

- **Para la variable independiente**: **Riesgo familiar** de Pilar Anaya adaptado por Barboza E, Prado L y Vega P. La validez fue determinada mediante la revisión de cinco especialistas en el área, mientras que su consistencia interna se comprobó a través del coeficiente Kuder-Richardson, obteniéndose un valor de 0,81.

  El instrumento está conformado por 33 ítems, organizados en cinco dimensiones: condición psicoafectiva, servicio y práctica de salud, vecindario y vivienda, situación socioeconómica y manejo de menores. La puntuación es dicotómica, 0 cuando no hay riesgo y 1 punto cuando existe el riesgo. La puntuación corresponde:

  - Riesgo bajo: 0-4
  - Riesgo : 5-12
  - Riesgo alto: 13-33 (66).

- **Para la variable dependiente: Soledad,** se empleó la Escala ESTE-R la cual fue elaborada por la Universidad de Granada-España, validada para Perú y población adulta mayor por Flores, Kelly; Ramos, Anthony. Demuestra un alfa de Cronbach 0.92. El instrumento está integrado por 14 ítems, cuya valoración se efectúa mediante escala Likert de cinco categorías, en la que 1 corresponde a nunca, 2 a rara vez, 3 a alguna vez, 4 a a menudo y 5 a siempre. El puntaje final corresponde a (10).

	Bajo	**Medio**	**Alto**
Soledad familiar	14-32	33-51	52-70
Soledad conyugal	5-11	12-18	19-25
Soledad social	7-16	17-26	27-35
Crisis existencial	9-20	21-33	34-45
Soledad	34-80	81-129	130-170

***Flores; Ramos, (10).**

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar, el cual se halla en la Av. Argentina 1207 , distrito de Mariano Melgar- Arequipa-Perú.

El C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar, es una institución de salud de nivel I-III, cuenta con los servicios de Tópico, Consultorios, Farmacia y laboratorio.

2.2. Ubicación temporal

La indagación se realizó en el 2025.

2.3. Unidad de estudio

Estuvieron constituidas por 60 pacientes del club del adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martín, ubicado en el distrito de Mariano Melgar.

2.3.1. Universo

Estuvo constituido por 60 pacientes del club del adulto mayor del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar.

2.3.2. Muestra

La investigación comprendió la totalidad del universo de estudio, por lo que no fue necesario seleccionar una muestra.

2.3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

2.3.2.1.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que deseen colaborar con el estudio
- Que puedan comunicarse verbalmente
- Que estén presentes al momento de utilizar las encuestas
- Adultos mayores del club del adulto mayor

2.3.2.1.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que hayan sido hospitalizados
- Que no quieran colaborar

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- El proyecto fue remitido a la Facultad de Enfermería para que la Decana designara a los jurados dictaminadores y a la asesora de tesis. Posteriormente, se realizaron las correcciones correspondientes en atención a las observaciones formuladas.
- Con la aprobación de la asesora se presentó el estudio al comité de ética institucional, con su aprobación se entregó el proyecto a la Dirección del centro de salud de interés.
- La investigadora informó a las personas adultas mayores sobre los objetivos del estudio, absolvió las consultas planteadas y, posteriormente, entregó el consentimiento informado. Una vez obtenido su consentimiento, procedió a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Hubo adultos mayores que no sabían leer ni escribir, la investigadora tomó y registró los datos.
- La información fue tabulada e ingresada a una matriz de datos, para luego ser analizada estadísticamente por el programa SPSS V.24
- El borrador de la tesis fue presentado a la asesora para su revisión y aprobación. Posteriormente, el documento se remitió al jurado dictaminador para su correspondiente evaluación.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora
- Asesora

3.2.2. Materiales

- Material de escritorio: Papel A4, lápices, bolígrafos, correctores, borradores, tajadores, etc.
- PC, portátiles e impresoras

3.2.3. Económicos

Autofinanciado en su totalidad por la investigadora

3.2.4. Institucionales

- Facultad de Enfermería de la UCSM
- C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1

Edad y sexo de los adultos mayores, 2025

		F	%
Edad	60 a 70 años	23	38,3
	71 a 81 años	29	48,3
	82 a más años	8	13,3
	Total	**60**	**100,0**
Sexo	Masculino	25	41,7
	Femenino	35	58,3
	Total	**60**	**100,0**

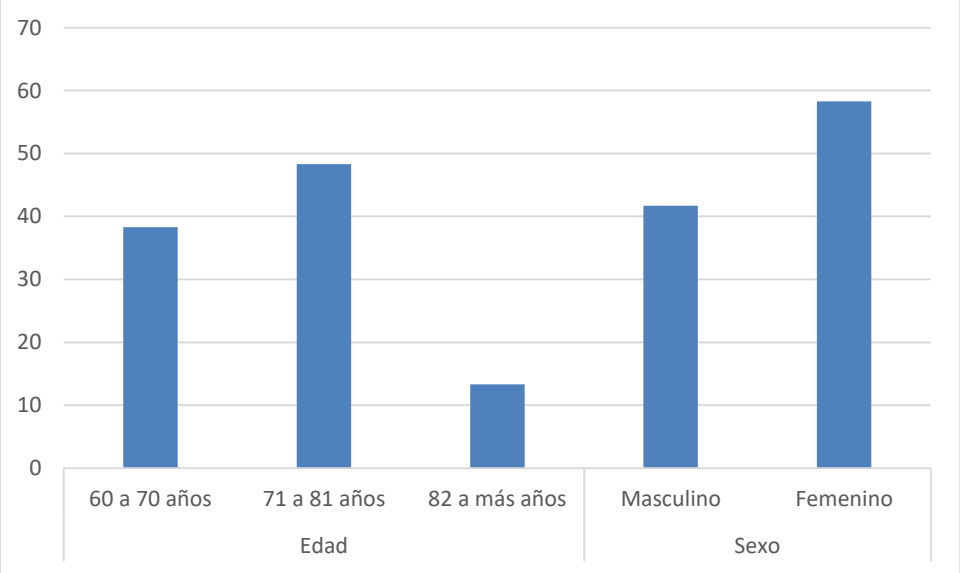
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que 48.3% de adultos mayores tienen entre 71 a 81 años, 38.3% de 60 a 70 años, 13.3% de 82 a más años. Respecto al sexo, se evidencia que 58.3% son damas y 41.7% varones.

Se infiere que cerca de la mitad de los individuos de edad avanzada se hallan en rango etario de 71 a 81 años y más de la mitad son mujeres.

Figura 1

Edad y sexo de los adultos mayores, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 2

Grado de instrucción

	F	%
Sin estudios	8	13,3
Primaria	22	36,7
Secundaria	18	30,0
Técnico	5	8,3
Universitario	7	11,7
Total	**60**	**100,0**

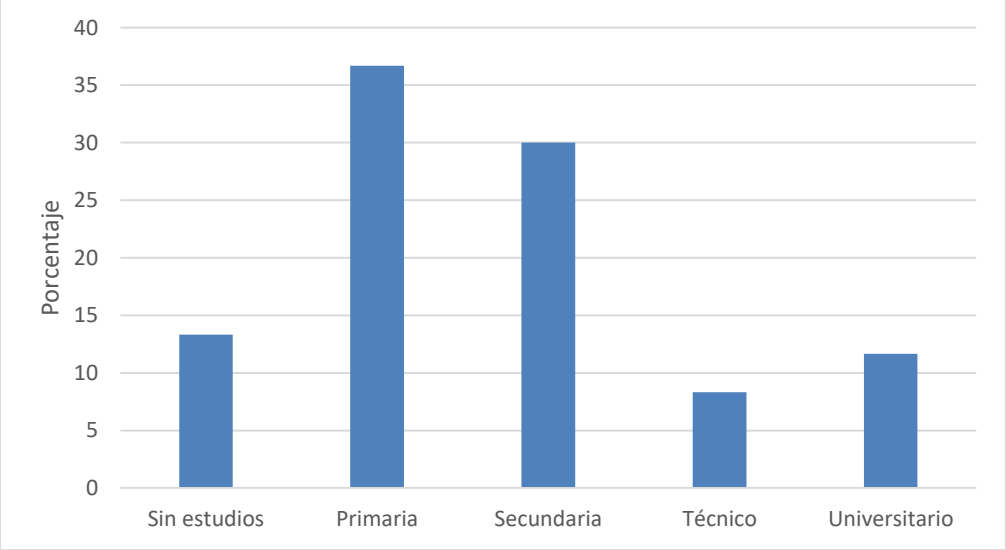
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que 36.7% de adultos mayores tienen grado de instrucción de primaria, 30% secundaria, 13.3% sin estudios, 11.7% universitario y 8.3% técnico.

Se infiere que más de la cuarta parte de individuos de edad avanzada participantes del estudio presentan grado de estudio de primaria, seguido de secundaria.

Figura 2

Grado de instrucción



***Elaboración propia.**

Tabla 3

Situación laboral

	F	%
Nunca laboró	7	11,7
Trabajo dependiente	9	15,0
Trabajo independiente	39	65,0
Jubilado	5	8,3
Total	**60**	**100,0**

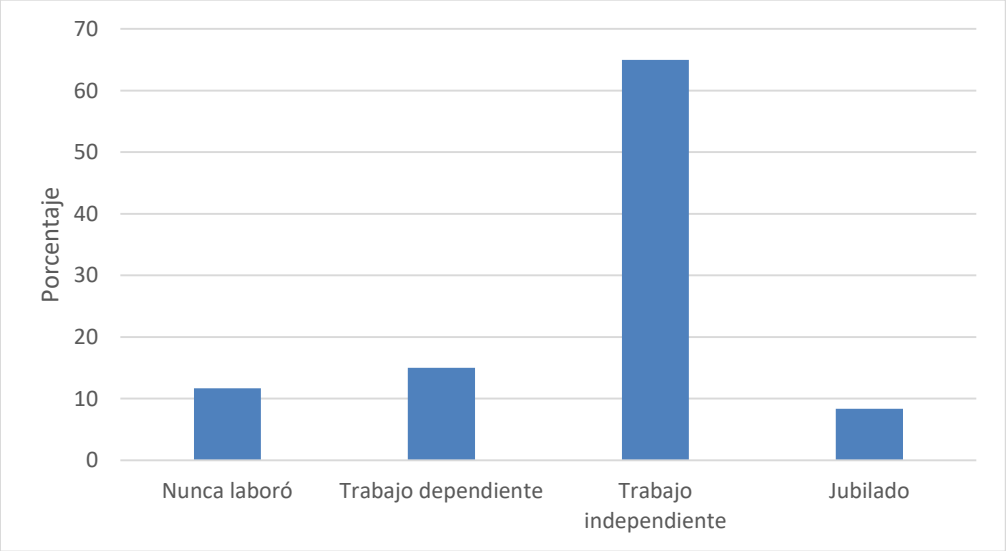
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que 65% de adultos mayores presentan un trabajo independiente, 15% trabajo dependiente, 11.7% nunca laboró y 8.3% son jubilados.

Se infiere que más de la mitad de los individuos de edad avanzada aún se encuentra laborando de manera independiente.

Figura 3

Situación laboral



***Elaboración propia.**

Tabla 4

Situación conyugal

	F	%
Solteros	7	11,7
Convivientes/Casados	29	48,3
Divorciados / Separados	8	13,3
Viudos	16	26,7
Total	**60**	**100,0**

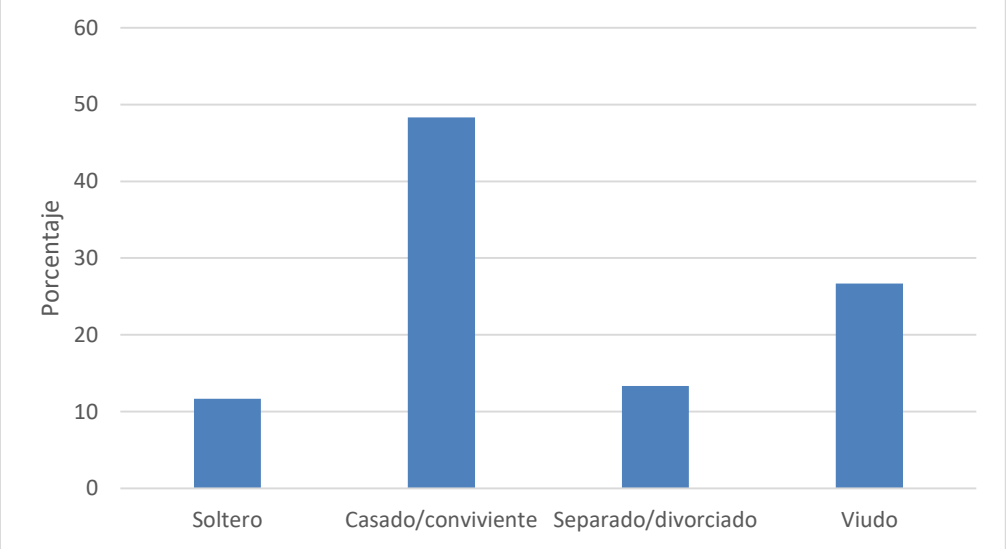
***Elaboración propia.**

En la tabla se puede observar que 48.3% de adultos mayores son casados o convivientes, 26.7% viudos, 13.3% separados o divorciados y 11.7% solteros.

Se infiere que cerca de la mitad de los individuos de edad avanzada son convivientes o casados.

Figura 4

Situación conyugal



***Elaboración propia.**

Tabla 5

Adultos mayores según número de hijos, 2025

	F	%
Sin hijos	1	1,7
1 a 2	14	23,3
3 a más	45	75,0
Total	**60**	**100,0**

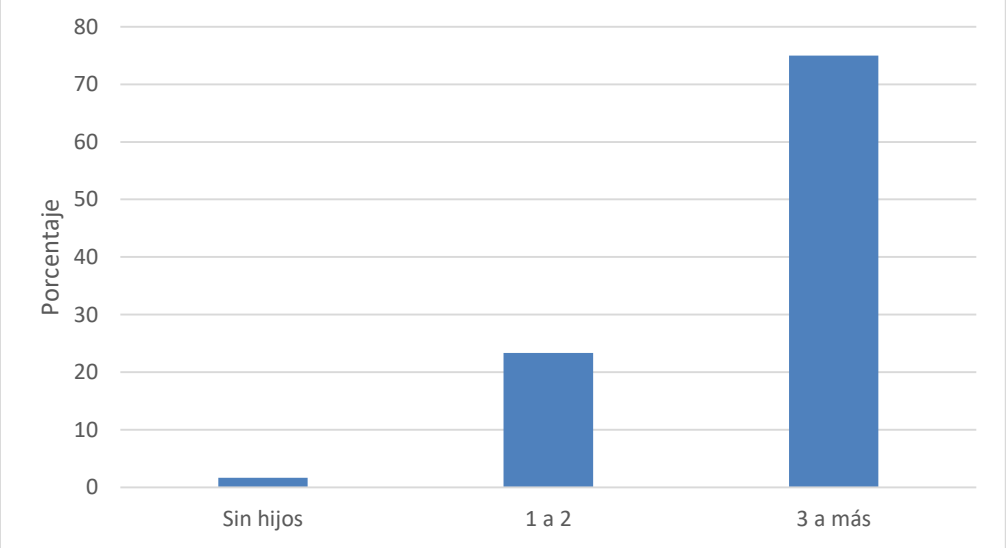
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que 75% de adultos mayores tienen de 3 a más hijos, 23.3% de 1 a 3 y sólo 1.7% no tuvo hijos.

Se infiere que las tres cuartas partes de individuos de edad avanzada tienen de 3 a más hijos, menos de la cuarta parte de 1 a 2.

Figura 5

Adultos mayores según número de hijos, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 6

Adultos mayores según riesgo familiar, 2025

	F	%
Riesgo bajo	11	18,3
En riesgo	37	61,7
Riesgo alto	12	20,0
Total	**60**	**100,0**

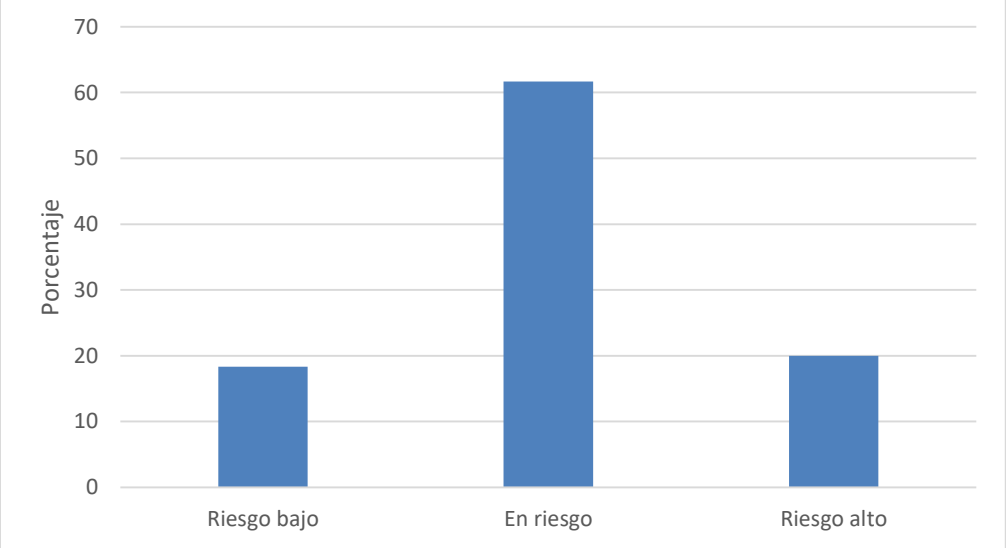
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que 61.7% de adultos mayores presenta un riesgo familiar en riesgo, 20% riesgo alto y 18.3% riesgo bajo.

Se infiere que más de la mitad de familias de individuos de edad avanzada se encuentra en riesgo.

Figura 6

Adultos mayores según riesgo familiar, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 7

Adultos mayores según dimensiones del riesgo familiar, 2025

	Media	Desviación estándar
Condición psicoafectiva	2.5	1.9
Servicio y práctica de salud	2.8	1.5
Condición de vivienda y vecindario	1.2	1.1
Situación socioeconómica	2.0	1.4
Manejo de menores	0.6	1.2

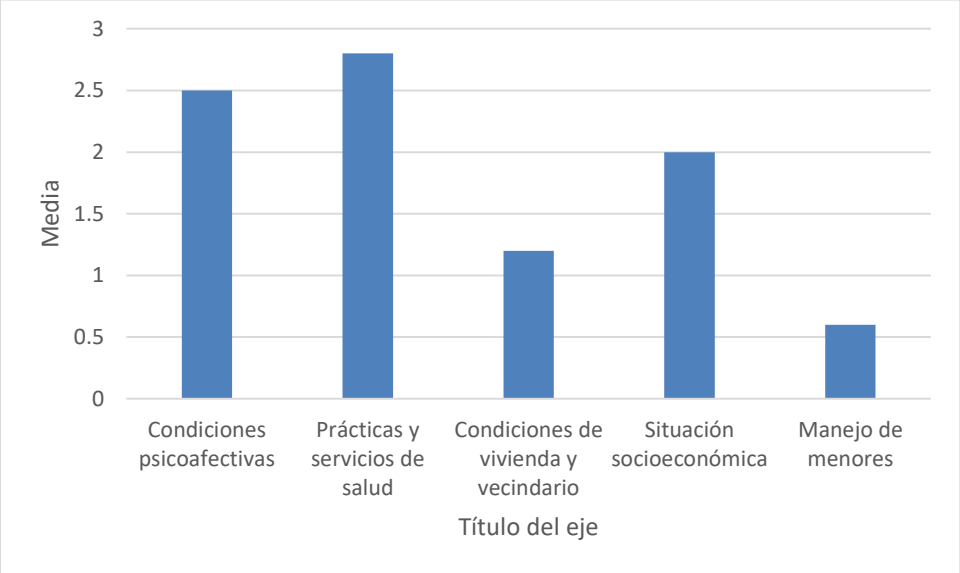
***Elaboración propia.**

En la tabla se aprecia que, según los datos de la media aritmética, las condiciones psicoafectivas y el acceso a los servicios y prácticas de salud constituyen las dimensiones que presentan mayor nivel de riesgo en las personas seniles. En contraste, las condiciones de vivienda y el manejo de menores registran una menor relevancia dentro de este grupo de estudio.

La considerable variabilidad en casi todas las variables sugiere que las experiencias y necesidades dentro de esta población son heterogéneas, Lo anterior evidencia la necesidad de implementar intervenciones individualizadas y adaptadas al contexto, dirigidas a fortalecer la calidad de vida de los adultos mayores.

Figura 7

Adultos mayores según dimensiones del riesgo familiar, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 8

Adultos mayores según escala de soledad, 2025

	F	%
Baja	0	0,0
Media	59	98,3
Alta	1	1,7
Total	**60**	**100,0**

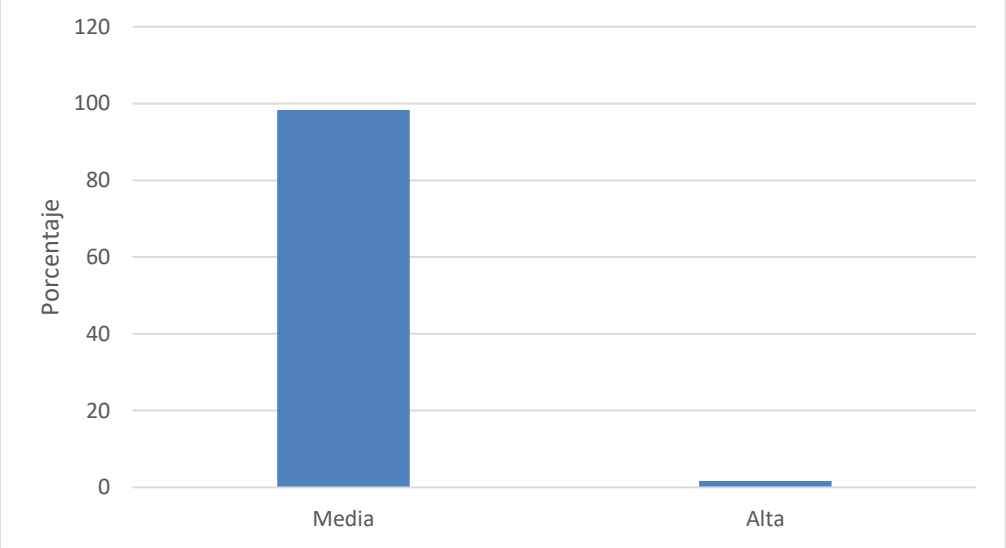
***Elaboración propia.**

En la tabla se observa que 98.3% de adultos mayores presentaron una soledad categorizada como media y 1.7% alta.

Se infiere que gran parte de individuos de edad avanzada participantes del estudio presentan soledad, categorizada como media.

Figura 8

Adultos mayores según escala de soledad, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 9

Adultos mayores según dimensiones de soledad, 2025

	S. Familiar		S. Conyugal		S. Social		Crisis existencial	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
Sin soledad	0	0,0	29	48,3	31	51,7	10	16,7
Media	47	78,3	31	51,7	27	45,0	36	60,0
Alta	13	21,7	0	0,0	2	3,3	14	23,3
Total	**60**	**100,0**	**60**	**100,0**	**60**	**100,0**	**60**	**100,0**

***Elaboración propia.**

La tabla expone la distribución de las personas adultas mayores según los niveles de soledad (ausencia de soledad, nivel medio y nivel alto) en cuatro dimensiones: soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial. En la dimensión de soledad familiar, se observa que el 78,3% de los participantes manifiestan un nivel medio, en tanto que el 21,7% logra un nivel alto; además, no se registran casos sin esta manifestación de soledad. Estos resultados evidencian que la soledad dentro del entorno familiar constituye una experiencia frecuente en la población estudiada, aunque en la mayoría de los casos se presenta con una intensidad moderada.

En cuanto a la soledad conyugal, el 48.3% no presenta soledad en esta dimensión, mientras que el 51.7% tiene un nivel medio, sin reportarse casos de soledad conyugal alta; esto puede indicar que, para quienes tienen pareja, el vínculo conyugal es una fuente de apoyo o que esta forma de soledad se experimenta en menor grado que la familiar. En cuanto a la soledad social, el 51.7% de adultos mayores no presenta soledad, el 45% tiene un nivel medio y solo el 3.3% reporta soledad social alta, lo que indica que la mayoría mantiene vínculos sociales suficientes, aunque una proporción relevante experimenta cierto grado de aislamiento. Finalmente, en la dimensión de crisis existencial, el 60% presenta un nivel medio, el 23.3% un nivel alto y solo el 16.7% está libre de este tipo de soledad; esta dimensión es significativa y probablemente está asociada a reflexiones sobre el sentido de la vida, pérdidas o cambios propios de la vejez.

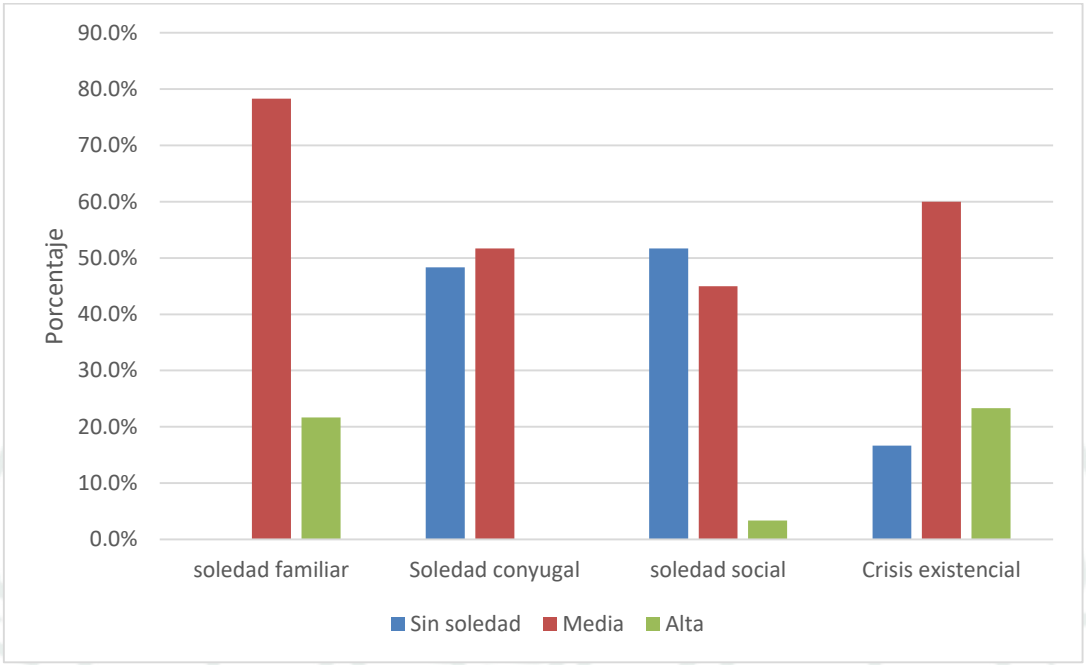
En síntesis, las dimensiones de soledad más marcadas en nivel medio son la familiar y la crisis existencial, lo que indica que los vínculos familiares y el sentido existencial son áreas sensibles

en la vejez. La soledad social y conyugal tienden a ser menos severas, con una mayoría reportando ausencia o solo un nivel medio de soledad.

Se infiere que más de la mitad de los individuos de edad avanzada manifiestan un nivel medio en la dimensión de crisis existencial y soledad conyugal, más de las tres cuartas partes en soledad familiar y cerca de la mitad en soledad social.

Figura 9

Adultos mayores según dimensiones de soledad, 2025



***Elaboración propia.**

Tabla 10

Relación entre riesgo familia y soledad

Riesgo familiar	Soledad							
	Sin soledad		Media		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Riesgo bajo	0	0,0	11	18,3	0	0,0	11	18,3
En riesgo	0	0,0	37	61,7	0	0,0	37	61,7
Riesgo alto	0	0,0	11	18,3	1	1,7	12	20,0
Total	**0**	**0,0**	**59**	**98,3**	**1**	**1,7**	**60**	**100,0**

Rho de Spearman: -0,110 **Sig, bilateral= 0,404154**

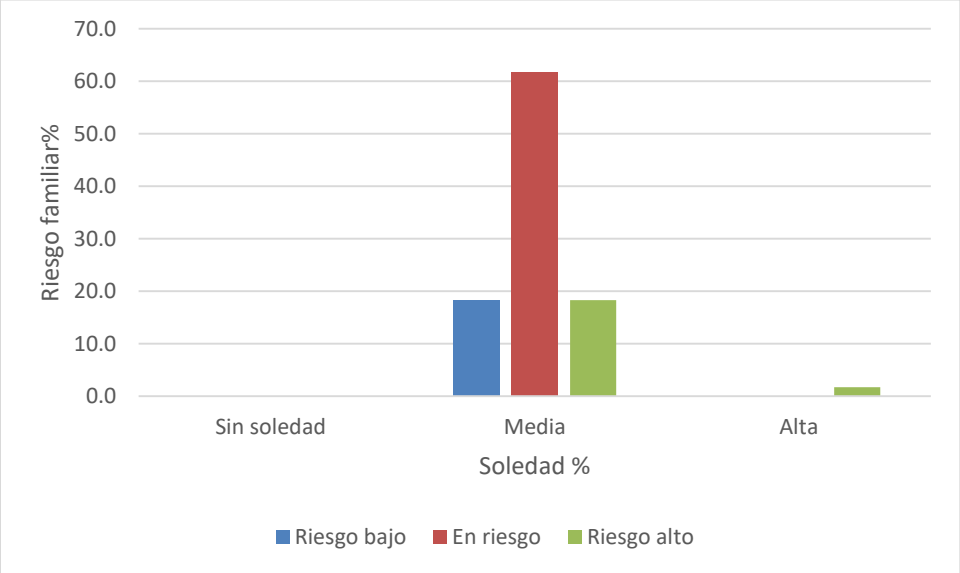
***Elaboración propia.**

En la tabla se visualiza que el 61.7% de adultos mayores que presentaron riesgo familiar, 61.7% presentó una soledad categorizada como media, por otro lado el 20% que presentaron un riesgo alto, el 18.3% presentó soledad media y del 18.3% que presentó riesgo familiar bajo, 18.3% presentó soledad media.

De acuerdo con los resultados del análisis de Spearman, no se encontró una asociación significativa entre el riesgo familiar y el nivel de soledad de las personas adultas mayores atendidas en el C.S. Generalísimo San Martín, distrito de Mariano Melgar.

Figura 10

Relación entre riesgo familia y soledad



***Elaboración propia.**

DISCUSIÓN

El progresivo envejecimiento de la gente constituye uno de los principales retos del siglo XXI, especialmente en naciones en desarrollo como el Perú. En este contexto, la soledad en las personas seniles se configura como un problema de salud pública de carácter multidimensional, cuyas repercusiones trascienden el ámbito emocional e inciden también en la salud física y mental de este grupo poblacional (3). El deterioro de los vínculos familiares y el incremento del riesgo familiar emergen como aspectos críticos que podrían intensificar la experiencia de soledad en los adultos mayores (5). Por esta razón, se consideró fundamental estudiar la correlación entre el riesgo familiar y la soledad en ancianos, con el propósito de comprender mejor esta problemática y generar evidencia científica que oriente intervenciones efectivas en el contexto sanitario local.

El análisis sociodemográfico de este trabajo reveló que el 48.3% de adultos mayores se encontraba entre 71 a 81 años, con una mayor proporción de mujeres (58.3%). En cuanto al nivel educativo, el 36.7% tenía estudios de primaria y el 30% de secundaria, mientras que el 13.3% no tenía estudios formales. Respecto a la situación laboral, el 65% mantenía trabajo independiente y solo el 8.3% estaba jubilado. En el ámbito conyugal, el 48.3% eran casados o convivientes y el 26.7% viudos. Finalmente, el 75% tenía tres o más hijos.

Un resultado relevante fue la prueba de una asociación inversa y significativa entre el nivel de instrucción y el riesgo familiar, lo que indica que un menor grado de escolaridad se relaciona con un mayor nivel de riesgo familiar. No obstante, las características sociodemográficas no mostraron relación significativa con los niveles de soledad.

En relación con el riesgo familiar, se encontró que el 61,7% de las personas seniles se ubicó en la categoría "en riesgo", mientras que el 20% presentó riesgo alto y el 18,3% riesgo bajo. Estos resultados dan a entender que una proporción considerable de las familias evaluadas presenta condiciones de vulnerabilidad que podrían afectar el bienestar de las personas adultas mayores. Asimismo, el análisis por dimensiones mostró que las condiciones psicoafectivas y la accesibilidad a servicios y prácticas de salud representan los ámbitos con mayor nivel de riesgo, en tanto que las condiciones de vivienda y el manejo de menores registraron una menor relevancia dentro de esta población.

Por otro lado, se evidenció que, en nivel de soledad, el 98.3% de adultos mayores presentó una soledad categorizada como media y únicamente el 1.7% experimentó soledad alta. El análisis dimensional mostró que la soledad familiar fue la más prevalente (78.3% en nivel medio, 21.7%

en nivel alto), seguida por la crisis existencial (60% en nivel medio, 23.3% en nivel alto). La soledad conyugal y social presentaron menores niveles de severidad, con el 48.3% y 51.7% respectivamente sin experimentar soledad en estas dimensiones.

Al evaluar la asociación entre el riesgo familiar y la soledad, los resultados evidenciaron la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el nivel de riesgo familiar y el grado de soledad en las personas adultas mayores ($p>0.05$ según correlación de Spearman). Este hallazgo sugiere que, contrario a lo que se podría esperar teóricamente, el riesgo familiar no constituye un predictor directo de la soledad en esta población específica.

Los hallazgos del presente estudio contrastan parcialmente con la indagación de Kevser et al, quienes hallaron que la soledad constituye un predictor significativo de depresión en adultos mayores estadounidenses (51). La alta prevalencia de soledad media (98.3%) sugiere un panorama preocupante que podría estar relacionado con alteraciones del estado de ánimo. Por otro lado, los datos son consistentes con el estudio de Thakur, N; Han, C, quienes identificaron que los aspectos familiares, el contexto geográfico y las actividades de cuidado influyen en la soledad del adulto mayor (50). Los hallazgos del presente estudio sobre las dimensiones de crisis existencial y soledad familiar refuerzan la importancia de estos aspectos contextuales en la experiencia de soledad.

A nivel nacional, los resultados guardan similitudes con el estudio de Contreras, Marylu en Lima, quien encontró que el 76% de individuos de edad avanzada presentó soledad social media (62). Los resultados de la presente investigación evidenciaron una proporción aún más elevada de personas adultas mayores con un nivel medio de soledad (98,3%). Esta diferencia podría estar asociada a las particularidades del contexto entre Lima y Arequipa o a las variaciones en los instrumentos empleados para la evaluación. Asimismo, el estudio realizado por Huerta, Percy; Rivera, Carmen, centrado en el abandono familiar y la depresión, constituye un referente útil para el análisis comparativo (63). Si bien en esta investigación no se identificó una relación estadísticamente significativa entre el riesgo familiar y la soledad, el 20% de participantes con riesgo familiar alto revela la presencia de condiciones de vulnerabilidad que podrían repercutir en otros componentes del bienestar.

A nivel de Arequipa, los hallazgos son coherentes con el estudio de Chalco, Gabriela; Huayra, Rosario, quienes identificaron que el 53% de individuos de edad avanzada presentó un nivel de soledad medio (64). El presente estudio amplía este conocimiento al mostrar una prevalencia aún mayor (98.3%) y al analizar múltiples dimensiones de la soledad. La indagación de Ventura, Verónica sobre desprotección del adulto mayor complementa los presentes hallazgos al evidenciar que la calidad de vida del adulto mayor depende de su participación social y que existe desprotección en el cuidado familiar (65). Esto es consistente con nuestros resultados sobre riesgo familiar y las dimensiones de soledad identificadas.

Aquí tienes una versión parafraseada con elevada distancia léxica y sintáctica, manteniendo el significado, el tono académico y una extensión similar. Los hallazgos de esta investigación aportan evidencia al análisis teórico sobre el carácter multifactorial de la soledad en las personas adultas mayores. La ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo familiar y la soledad permite plantear que esta experiencia podría depender en mayor medida de factores individuales, cognitivos y de la percepción subjetiva de cada persona que de las condiciones objetivas presentes en su entorno familiar. Esto refuerza las teorías que plantean la soledad como un fenómeno complejo que trasciende las circunstancias externas.

La alta prevalencia de soledad media (98.3%) en la muestra estudiada sugiere que la soledad podría ser una experiencia casi universal en esta población, lo que desafía los enfoques teóricos que la consideran como un fenómeno excepcional o patológico. Este hallazgo apoya las perspectivas que conceptualizan la soledad como parte del proceso de envejecimiento que requiere adaptación y estrategias de afrontamiento específicas.

El hallazgo de que el grado de instrucción se relaciona inversamente con el riesgo familiar, pero no con la soledad, sugiere que los aspectos educativos podrían influir de manera diferencial en los aspectos objetivos (procesos familiares) versus subjetivos (percepción de soledad) del bienestar en la vejez. Este resultado aporta evidencia a la perspectiva teórica que concibe la soledad como una vivencia esencialmente subjetiva, cuya aparición no depende necesariamente de las condiciones objetivas del entorno.

Las características sociodemográficas identificadas (predominio de trabajo independiente, alta prevalencia de personas con 3 o más hijos) sugieren que aspectos contextuales específicos de la realidad arequipeña podrían modular la experiencia de envejecimiento y soledad, apoyando las teorías que enfatizan la importancia del contexto cultural y socioeconómico en el proceso de envejecimiento.

Respecto a las implicancias para la práctica de Enfermería: la identificación de que el 61.7% de individuos de edad avanzada tienen riesgo familiar sugiere la necesidad de implementar programas de fortalecimiento familiar que aborden específicamente las condiciones psicoafectivas y el acceso a salud, identificadas como las áreas de mayor riesgo.

La prevalencia casi universal de soledad media requiere el desarrollo de intervenciones preventivas y terapéuticas que no se limiten a casos extremos, sino que aborden la soledad como una experiencia común que necesita atención sistemática. Los hallazgos sobre las dimensiones de soledad familiar y crisis existencial orientan hacia intervenciones que fortalezcan los vínculos familiares y proporcionen apoyo para el desarrollo de sentido y propósito en la vejez.

Para los trabajadores de salud del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar, estos resultados sugieren la necesidad de incorporar evaluaciones rutinarias de soledad en la atención general del adulto mayor, así como desarrollar estrategias de intervención diferenciadas según las dimensiones de soledad identificadas.

La interpretación de los resultados debe realizarse considerando determinadas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el diseño de corte transversal utilizado en la investigación no permite establecer vínculos de causalidad entre las variables de estudio, por lo que no es posible precisar el sentido de las asociaciones identificadas. Además, la investigación incluyó únicamente a personas adultas mayores atendidas en el C.S. Generalísimo San Martín, del distrito de Mariano Melgar. Esta característica podría constituir una fuente de sesgo de selección y reducir la posibilidad de generalizar los resultados a otros escenarios o a adultos mayores que no acceden de forma regular a los servicios de salud.

En atención a los resultados obtenidos, se recomienda desarrollar investigaciones longitudinales que permitan examinar la evolución de la relación entre el riesgo familiar y la soledad a través del tiempo, así como reconocer los factores de riesgo y de protección que intervienen en este fenómeno. Del mismo modo, resulta conveniente incorporar muestras más amplias que incluyan personas adultas mayores procedentes de distintos contextos geográficos y socioeconómicos, además de aquellas que no utilizan de manera habitual los servicios de salud.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se evidenció la presencia de riesgo familiar en más de la mitad de las personas adultas mayores atendidas en el C.S. Generalísimo San Martín, del distrito de Mariano Melgar. Por otro lado, el análisis por dimensiones del riesgo familiar reveló que las condiciones psicoafectivas y el acceso a servicios y prácticas de salud constituyen las áreas de mayor vulnerabilidad para los adultos mayores, mientras que el manejo de menores y las condiciones de vivienda presentan menor significancia en este grupo etario.

SEGUNDA: Respecto al nivel de soledad, se encontró que gran parte de adultos mayorees del C.S. Generalísimo San Martin, presentó un nivel medio de soledad, análisis de dimensiones de la soledad, se evidencio que la más prevalente fue la soledad familiar y crisis existencial.

TERCERA: Se determinó, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, que no existe una relación estadísticamente significativa entre el riesgo familiar y el nivel de soledad en los adultos mayores atendidos en el C.S. Generalísimo San Martín, Mariano Melgar, Arequipa, dado que el valor de significancia fue mayor a 0.05 ($p > 0.05$). Por tanto, en la población estudiada, el nivel de riesgo familiar no se relaciona directamente con la intensidad de la soledad experimentada por los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al Director del C.S. Generalísimo San Martin, se recomienda implementar un programa de screening y estratificación del riesgo familiar, que incluya: Implementar una evaluación sistemática del riesgo familiar en todas las personas adultas mayores, priorizando las intervenciones dirigidas a las dimensiones de condiciones psicoafectivas y acceso a los servicios de salud. Asimismo, elaborar planes de intervención diferenciados de acuerdo con el nivel de riesgo identificado y fortalecer la capacitación del personal de salud para la detección oportuna de factores de riesgo familiar.

SEGUNDA: Al Coordinador del Centro del Adulto Mayor del C.S. Generalísimo San Martin, se sugiere establecer un protocolo de evaluación multidimensional de la soledad que contemple: Aplicación rutinaria de instrumentos de medición de soledad en las cuatro dimensiones identificadas, priorización de intervenciones en soledad familiar y crisis existencial (dimensiones más afectadas). Desarrollo de programas grupales de apoyo psicosocial específicos para cada dimensión de soledad.

TERCERA: Al personal de salud del Centro del Adulto Mayor del C.S. Generalísimo San Martin, se sugiere desarrollar un modelo de atención integral e independiente que aborde simultáneamente, pero de manera diferenciada el riesgo familiar y la soledad, considerando que: Se requieren intervenciones específicas y paralelas para cada problemática, dado que no están directamente relacionadas, se debe fortalecer el nivel educativo como factor protector contra el riesgo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2021 [citado 2021 Noviembre 10. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de población adulta mayor. [Online].; 2023 [citado 2024 Febrero 24. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-oct-nov-dic23.pdf.
3. Carabali S. Vejez y teorías del envejecimiento. In Salud, vejez y discapacidad. [Internet]. 2021;: 25-50 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8430080.
4. Ponce J. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. [Internet]. 2021; 5(1): 140–64 Disponible en: https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213.
5. Da Silva et al. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saude Publica. [Internet]. 2009; 43(4): 613–21 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400007&lng=en&tlng=en.
6. Ho et al. The role of the family in health promotion: a scoping review of models and mechanisms. Health Promot Int. [Internet]. 2022; 37(6) Disponible en: https://academic.oup.com/heapro/article/doi/10.1093/heapro/daac119/6833053.
7. Hernández et al. Metodología de la investigación: McGraw-Hill[Internet]. 2023.
8. Schulz et al. Family Caregiving for Older Adults. Annu Rev Psychol. [Internet]. 2020; 71(1): 635–59 Disponible en: https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-psych-010419-050754.
9. Kislev E. Aging, Marital Status, and Loneliness: Multilevel Analyses of 30 Countries. Res Ageing Soc Policy. [Internet]. 2022; 10(1): 77–103 Disponible en: https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rasp/article/view/8923.
10. Flores K, Ramos A. Nivel de soledad del adulto mayor del Centro Integral Adulto MayorCIAM Municipalidad de Mariano Melgar [Internet]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en

Enfermería][Internet]. 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70743/Flores_BKR-Ramos_CAM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11. Simbala F, Neira F. Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en adultos mayores en un centro integral municipal del sur peruano. Rev Peru Med Integr. [Internet]. 2021; 6(1) Disponible en: https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/47.
12. Mar C. Cambios anatómicos, fisiológicos y neuronales del sistema visual debidos al envejecimiento[Internet]. 2022. Disponible en: https://eprints.ucm.es/id/eprint/65188/1/Cambios biologicos y fisiologicos.pdf.
13. Wade et al. A Family Socialization Model of Transdiagnostic Risk for Psychopathology in Preschool Children. Res Child Adolesc Psychopathol. [Internet]. 2021; 49(8): 975–88.
14. Espinal et al. El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Revista internacional de sistemas. [Internet]. 2006; 14(4): 21-34 Disponible en: https://www.uv.es/jugar2/Enfoque Sistemico.pdf.
15. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Funciones del grupo familiar. R.M. N° 211-2023-MIMP. [Online].; 2023. Disponible en: https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/familia.html.
16. Ye et al. Preventive behaviours and family inequalities during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in China. Infect Dis Poverty. [Internet]. 2021; 10(1): 100 Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s40249-021-00884-7.
17. Vaish et al. Functional disability among elderly: A community-based cross-sectional study. J Fam Med Prim Care. [Internet]. 2020; 9(1): 253 Disponible en: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2020/09010/Functional_disability_among_elderly__A.46.aspx.
18. Figueira et al. mpact of Physical Activity on Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life of the Older People in Brazil. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2023; 20(2): 1127 Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/1127.
19. Reyes S, Oyola M. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo. [Internet]. 2022; 13(2): 127-137 Disponible en: https://mail.comunicacionunap.com/index.php/rev/article/view/687.

20. Iparraguirre et al. Análisis factorial confirmatorio e invarianza factorial de la escala APGAR – familiar en adultos mayores limeños. Rev Investig en Psicol. [Internet]. 2022; 25(2): 73–87 Disponible en: https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/22864.

21. Guerrero et al. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean J Fam Med. [Internet]. 2021; 42(2): 172–80 Disponible en: http://kjfm.or.kr/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.19.0166.

22. Paccaud et al. Satisfaction With the Collaboration Between Families and Schools – The Parent's View. Front Educ. [Internet]. 2021;: 646878 Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2021.646878/full.

23. Umberson D, Thomeer M. Family Matters: Research on Family Ties and Health, 2010 to 2020. J Marriage Fam. [Internet]. 2020; 82(1): 404–19 Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jomf.12640.

24. Wood et al. The Biobehavioral Family Model: An Evidence-Based Approach to Biopsychosocial Research, Residency Training, and Patient Care. Front Psychiatry. [Internet]. 2021; 12 Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.725045/full.

25. Paley B, Hajal N. Conceptualizing Emotion Regulation and Coregulation as Family-Level Phenomena. Clin Child Fam Psychol Rev. [Internet]. 2022; 25(1): 19–43 Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/s10567-022-00378-4.

26. Nursite. Modelo de sistemas. [Online].; 2022. Disponible en: http://www.nursite.com.ar/teoricos/neuman/neuman.htm#:~:text=El modelo de sistemas de Neuman es un planteamiento de,cuando interacciona con el entorno.

27. Kurniawan et al. Healthy family index assessment through community-based health information system approach. Int J Public Heal Sci. [Internet]. 2021; 10(2): 394–400.

28. Kuchler et al. Participatory Approaches in Family Health Promotion as an Opportunity for Health Behavior Change—A Rapid Review. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2022; 19(14): 8680 Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8680.

29. Ministerio de Salud. Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. [Online].; 2021. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf.

30. Chen et al. The relationship between socioeconomic position and health literacy among urban and rural adults in regional China. BMC Public Health. [Internet]. 2021; 21(1).

31. Li et al. Family Health History–Based Interventions: A Systematic Review of the Literature. Am J Prev Med. [Internet]. 2021; 61(3): 445–54 Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379721002634.

32. Jimeno et al. Role of Attachment and Family Functioning in Problematic Smartphone Use in Young Adults. J Fam Issues. [Internet]. 2022; 43(2): 375–91 Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0192513X21993881.

33. Tejeda J, Juarez C. Estilos de crianza y adicción a internet en estudiantes de tercero de secundaria de una institución educativa pública de mujeres - Arequipa, 2023: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadi en Psicología][Internet]. 2024. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/item/537788bb-cb21-436e-97ca-5f0fafab05c9.

34. Colonio S, Palomino C. Efectividad del Programa "Mi hogar, mi vida" en las prácticas del manejo de viviendas saludables de las familias de Sinchicuy – Iquitos, 2019: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2020.

35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Diálogos CIES Perú Sostenible Las Nuevas Cifras de Pobreza 2021[Internet]. 2021. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/pobreza-monetaria-2021-cies-10-05-2022.pdf.

36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población peruana según tipo de seguro de salud. [Online].; 2023. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-769-de-la-poblacion-accedio-a-algun-seguro-de-salud-12819/#:~:text=Por tipo de seguro de,tipo de seguro de salud.

37. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Online].; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La Organización Mundial de la,condiciones de la vida cotidiana%22.

38. Zhang et al. Exploring the influencing factors of quality of life among the empty nesters in Shanxi, China: a structural equation model. Health Qual Life Outcomes. [Internet]. 2021; 19(1).

39. Cheon et al. The Competence Scale in Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (CS-MBPSD) for family caregivers: Instrument development and cross-

sectional validation study. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2022; 129: 104205 Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104205.

40. Lima et al. Family and Social Variables Associated with Family Health. West J Nurs Res. [Internet]. 2022; 44(10): 920–31 Disponible en: from: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85108779434&doi=10.1177%2F01939459211026384&partnerID=40&md5=ce2d8508074746a8ee4f469663620ab0.

41. Bechtold et al. Let's walk it: Mobility and the perceived quality of life in older adults. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2021; 18(21) Disponible en: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85118339873&doi=10.3390%2Fijerph182111515&partnerID=40&md5=9c19a85d112d457dcc0b2c43984f7ba7.

42. Sayin K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs (Minneap). [Internet]. 2021; 42(5): 1222–9 Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457221000896.

43. Van et al. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. Int Psychogeriatrics. [Internet]. 2022; 14(7): 657–69 Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1041610221000399/type/journal_article.

44. Choi H, Lee S. Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. Healthcare. [Internet]. 2021; 9(3): 293 Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/293.

45. Dziedzic et al. Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health. [Internet]. 2021; 21(1): 1976 Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-12029-4.

46. Sya'diyah et al. Relationship between Caring Nurses and Elderly Loneliness. J Public health Res. [Internet]. 2020; 9(2) Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.4081/jphr.2020.1829.

47. Zhang et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. [Internet]. 2023; 110: 104980 Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494323000596.

48. Morese R, Palermo S. Feelings of loneliness and isolation: Social brain and social cognition in the elderly and Alzheimer's disease. Front Aging Neurosci. [Internet]. 2022; 14 Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2022.896218/full.

49. Çam et al. Elderly people's quality of life in rural areas of Turkey and its relationship with loneliness and sociodemographic characteristics. Psychogeriatrics. [Internet]. 2021; 21(5): 795–804 Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psyg.12741.

50. Thakur N, Han C. A Framework for Facilitating Human-Human Interactions to Mitigate Loneliness in Elderly. In: Human Interaction, Emerging Technologies and Future Applications III. Springer. [Internet]. 2020;: 322–7 Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-55307-4_49.

51. Kevser et al. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. Perspect Psychiatr Care. [Internet]. 2021; 57(1): 351 Disponible en: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A5%3A24609141/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A148160092&crl=c.

52. Burholt et al. Communication technologies in older people's long-distance family relationships, and the impact on isolation and loneliness. Information, Commun Soc. [Internet]. 2024; 27: 895–914 Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1369118X.2023.2230246.

53. Banerjee et al. Depression and Loneliness among the Elderly in Low- and Middle-Income Countries. J Econ Perspect. [Internet]. 2023; 37(2): 179–202 Disponible en: https://pubs.aeaweb.org/doi/10.1257/jep.37.2.179.

54. Ministerio de Salud. R.M. N.° 789-2023-MINSA Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Online].; 2023. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4557563-789-2023-minsa.

55. Rico et al. Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality of life of family caregivers in primary care: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2021;: 120.

56. Arruum et al. Nursing theories as the basis for the handover development: A systematic review. Enfermería Clínica. [Internet]. 2021; 31: 576–9 Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862121001571.

57. Phillips J. The Revelation of Beauty in Nursing. Nurs Sci Q. [Internet]. 2022; 35(1): 46–53 Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08943184211051362.

58. Sedano D, De La Cruz J. Percepción sobre el cuidado humanizado según la Teoría de Jean Watson en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo, 2019[Internet]. 2019. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/5377.

59. Akansel et al. Nurses' perceptions of caring activities in nursing. Nurs Open. [Internet]. 2021; 8(1): 506–16 Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.653.

60. Urra et al. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc y enfermería. [Internet]. 2011; 17(3): 11–22 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

61. Wagner et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): Elsevier[Internet]. 2024.

62. Contreras M. Nivel de soledad social del adulto mayor que asiste al Centro del Adulto Mayor -VIDA Villa María del Triunfo: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2022.

63. Huerta P, Rivera C. Abandono familiar y depresión de los adultos mayores del programa Tayta Wasi Centro Materno Infantil Santa Luzmila II: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología][Internet]. 2023.

64. Chalco G, Huayra R. Estrategias de afrontamiento del estrés relacionado a la soledad social en el adulto mayor en un albergue de Sociedad de Beneficencia Arequipa: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2022. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/7666723b-d439-4509-9100-db96b1849e2f.

65. Ventura V. Desprotección del adulto mayor como integrante del grupo familiar frente a la Legislación Peruana y el derecho de familia, en Arequipa: [Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Derecho de Familia][Internet]. 2021.

66. Barboza et al. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos- 2018: [Tesis para optar el Título Profesional de

Licenciada en Enfermería][Internet]. 2018. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/de3f2b87-4c45-4604-b27e-84c84a67b8a4/content.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Estudio sobre Relación entre Riesgo Familiar y Soledad en Adultos Mayores. C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar

Introducción:

Usted está siendo invitado a participar en un estudio de indagación que busca comprender la relación entre riesgo familiar y la soledad en adultos mayores en Arequipa. Su participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio es analizar cómo el riesgo familiar se relaciona en la experiencia de soledad en adultos mayores del C.S. Generalísimo San Martin Mariano Melgar Arequipa.

Procedimientos del estudio:

Si decide participar en el estudio, se le solicitará completar un cuestionario que recopila información sobre su tipo de familia, la dinámica familiar y su experiencia de soledad. El cuestionario se llevará a cabo en una entrevista individual con un investigador capacitado. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

Confidencialidad:

Toda la información que usted proporcione será confidencial. Sus datos serán anonimizados y utilizados únicamente para fines de indagación. No se compartirá su información personal con ninguna otra persona o entidad.

Riesgos y beneficios:

No se prevén riesgos significativos asociados a su participación en este estudio. Los beneficios potenciales de participar incluyen la contribución a una mejor comprensión de la soledad en adultos mayores y el desarrollo de estrategias para prevenirla y combatirla.

Derecho a retirarse:

Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o si desea retirarse, puede comunicarse con la investigadora.

Declaración de consentimiento:

Yo, _____, declaro que he sido informado(a) sobre el estudio "Relación entre el Riesgo Familiar y la Soledad en Adultos Mayores" y que comprendo los procedimientos, los riesgos y beneficios de participar en el mismo. Acepto participar voluntariamente en este estudio y doy mi consentimiento para que mis datos sean utilizados para fines de indagación.

Firma del participante:_____

Fecha:_____

Anexo 2

Ficha de recolección de datos

Instrucciones: Estimado participante, por favor responder estos datos:

1. Edad :_____
2. Género: Masculino ( ) Femenino ( )
3. Grado de instrucción
    a. Sin estudios
    b. Primaria
    c. Secundaria
    d. Técnico
    e. Universitario
4. Situación laboral
    a. Nunca laboró
    b. Trabajo dependiente
    c. Trabajo independiente
    d. Jubilado
5. Situación conyugal
    a. Soltero (a)
    b. Casados/Convivientes
    c. Separados /Divorciados
    d. Viudo (a)

6.Número de hijos :_____

Anexo 3

Cuestionario Riesgo Familiar

A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando con un sí (1) si cumple con la condición de riesgo y con un no (0) si no presenta riesgo en la condición. Si Ud. Tuviera alguna duda, preguntar a la persona a cargo de la entrevista.

Nº	**A. Condiciones psicoafectivas**	Si	No
1	Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
3	Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
4	La familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
5	Privación afectiva (falta afecto), desprotección		
6	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos, otros		
7	Divorcio o separación conyugal		
8	Abandono de hogar de algún integrante		
9	Enfermedad mental (intento de suicidio, depresión, etc)		
10	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, drogas, otros)		
	B. Prácticas y servicios de salud		
11	Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema de salud acude a la farmacia, amigos, otros)		
12	Ausencia de información sobre servicios de salud		
13	Manejo inapropiado de cuidado en salud		
14	Manejo inapropiado de control médico general/nutricional		
15	No detección de riesgo familiar (no percibe los riesgos)		
16	Manejo inapropiado de salud dental		
	C. Condiciones de vivienda y vecindario		
17	Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
18	Condiciones insalubres del vecindario		
19	Higiene y organización deficiente del hogar		
20	Ausencia de servicio públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüe, inadecuada iluminación)		
21	Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		
	D. Situación socioeconómica		
22	Pobreza: Ingreso menor que NBS (necesidades básicas satisfechas)		
23	Falta de recreación de la familia		
24	Falta de seguridad en actividad de menores		
25	Problemas de salud no controlados o resueltos		
26	Inaccesibilidad a servicios de salud		
27	Necesidades alimenticias familiares no satisfechas		

	E. Manejo de menores		
28	Tiene más de cuatro niños menores de 12años		
29	No escolaridad de menores de 12 años		
30	Manejo inapropiado de EDA IRA		
31	Falta de seguridad en actividad de menores		
32	Presencia de riesgo en niños de 1 a 12 años (problemas de conducta y adicción)		
33	Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

***Barboza et al, (66).**

Anexo 4

Escala Soledad en Adulto Mayor (ESTE-R)

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones tienen que ver cómo se siente usted, respecto a sus actividades diarias, por favor responda con total sinceridad.

Indicadores	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?	1	2	3	4	5
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?	1	2	3	4	5
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	1	2	3	4	5
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama	1	2	3	4	5
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1	2	3	4	5
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz	1	2	3	4	5
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5
9. Mi familia se preocupa por mí	1	2	3	4	5
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	1	2	3	4	5
11. Realmente me preocupo por mi familia	1	2	3	4	5
12. Siento que pertenezco a mi familia	1	2	3	4	5
13. Me siento cercano a mi familia	1	2	3	4	5
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	1	2	3	4	5
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos	1	2	3	4	5
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	1	2	3	4	5
17. Me encuentro a gusto con la gente	1	2	3	4	5
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo	1	2	3	4	5
19. Me siento aislado	1	2	3	4	5
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?	1	2	3	4	5
21. Siento que mi familia es importante para mí	1	2	3	4	5
22. Me gusta la gente con la que salgo	1	2	3	4	5
23. Puedo contar con mis amigos si necesito	1	2	3	4	5

recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo	1	2	3	4	5
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	1	2	3	4	5
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4	5
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5
28. Siento que soy importante para la gente	1	2	3	4	5
29. Siento que no soy popular	1	2	3	4	5
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí	1	2	3	4	5
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes	1	2	3	4	5
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil	1	2	3	4	5
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	1	2	3	4	5
34. Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5

Puntuación

	Soledad familiar	Soledad conyugal	Crisis existencial	Grado de soledad
Baja	13 a 30	7 a 16	9 a 20	34 a 80
Media	31 a 48	17 a 26	21 a 33	81 a 129
Alta	49 a 65	27 a 35	34 a 45	130 a 170

Factor	**Ítems**
Soledad familiar	1,2,8,9,10,11,12,13,17,18,19,20,21,28
Soledad conyugal	3,4,5,6,7
Soledad social	15,16,18,22,23,24,25
Crisis existencial	14,26,27,29,30,31,32,33,34

***Flores; Ramos, (10).**

Anexo 5

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**	**Estadístico**	**gl**	**Sig.**
Edad	,260	60	,000	,785	60	,000
Sexo	,382	60	,000	,626	60	,000
Grado de instrucción	,220	60	,000	,881	60	,000
Situación laboral	,382	60	,000	,755	60	,000
Situación conyugal	,306	60	,000	,819	60	,000
Numero de hijos	,460	60	,000	,567	60	,000
Riesgo familiar	,311	60	,000	,777	60	,000
Soledad	,535	60	,000	,110	60	,000
Soledad familiar	,482	60	,000	,508	60	,000
Soledad conyugal	,348	60	,000	,636	60	,000
Soledad social	,335	60	,000	,709	60	,000
Crisis existencial	,309	60	,000	,782	60	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Las variables presentan una distribución no paramétrica

Anexo 6

Correlación entre características sociodemográficas con riesgo familiar y soledad

		Riesgo familiar	Soledad
Edad	Coeficiente de correlación	-0.093	-0.065
	Sig. (bilateral)	0.477	0.623
Sexo	Coeficiente de correlación	0.220	-0.184
	Sig. (bilateral)	0.091	0.160
Grado de instrucción	Coeficiente de correlación	-,293*	-0.101
	Sig. (bilateral)	0.023	0.444
Situación laboral	Coeficiente de correlación	-0.020	-0.171
	Sig. (bilateral)	0.877	0.191
Situación conyugal	Coeficiente de correlación	0.194	-0.098
	Sig. (bilateral)	0.138	0.458
Número de hijos	Coeficiente de correlación	-0.027	0.005
	Sig. (bilateral)	0.835	0.970

Al análisis de correlación de Spearman se aprecia que no existe relación significativa entre las características sociodemográficas con el nivel de soledad de adultos mayores. Por otro lado, respecto al riesgo familiar, se determina relación significa, inversa y baja entre el grado de instrucción con el riesgo familiar.

Se infiere que menor grado de instrucción se presentará un mayor riesgo familiar.

Anexo 7

Constancia de ejecución del estudio

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

CONSTANCIA

EL JEFE DE LA MICRO RED GENERALÍSIMO SAN MARTIN: MC YIMY YEYNERTH BENGOA MONZÓN

HACE CONSTAR QUE:

La **Srta. ALESSANDRA AMBRUS CANAZAS**, bachiller egresado de la facultad de enfermería de La Universidad Católica de Santa María, ha cumplido con la recolección de datos entre los meses de mayo a junio del 2025, en la aplicación del proyecto de tesis titulado: **"RELACIÓN ENTRE RIESGO FAMILIAR Y LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD GENERALÍSIMO SAN MARTIN 2025"**

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

Arequipa ,16 de junio del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
Dr. Yimy Yeynerth Bengoa Monzón

Anexo 8

Matriz de datos

	Edad	Sexo	Grado de instrucción	Situación laboral	Situación conyugal	Número de hijos	Riesgo familiar	Soledad
1	78	1	3	1	2	7	4	112
2	72	2	2	1	2	5	9	108
3	86	2	5	4	4	3	3	104
4	63	1	3	2	3	4	14	113
5	65	1	2	3	2	2	11	112
6	61	1	2	3	2	0	7	109
7	48	1	2	3	2	5	25	114
8	75	1	5	3	2	4	10	103
9	72	2	4	4	4	3	20	95
10	68	1	3	3	1	1	5	96
11	64	2	2	3	2	4	17	110
12	83	1	3	3	3	4	8	86
13	73	2	4	4	1	3	7	85
14	68	2	5	4	1	1	7	88
15	74	2	1	3	3	8	10	92
16	74	2	3	1	1	3	5	85
17	62	2	4	2	1	1	9	103
18	65	1	5	3	2	5	0	122
19	72	1	3	3	2	5	2	106
20	74	2	2	3	4	12	6	101
21	67	1	3	3	2	5	8	103
22	72	2	2	2	2	5	17	92
23	78	2	1	3	4	5	2	95
24	88	2	1	3	1	4	11	96
25	64	2	2	2	4	2	9	103
26	73	2	1	1	4	6	13	102
27	78	1	2	3	4	5	10	96
28	65	1	5	2	2	4	1	119
29	75	2	2	3	2	2	2	115
30	65	2	3	3	2	3	10	113
31	74	1	3	3	4	2	12	105
32	72	2	2	3	4	10	13	94
33	81	1	3	3	3	3	14	95
34	65	1	2	3	4	1	10	96
35	75	2	3	3	3	5	14	103
36	66	2	3	3	2	2	11	94
37	75	2	1	3	1	1	15	108
38	75	1	2	3	4	4	10	96
39	72	1	3	4	2	3	4	115
40	73	2	4	3	4	4	10	93
41	80	1	2	3	2	6	5	114
42	85	1	3	2	2	3	9	116

43	66	2	1	3	2	6	10	119
44	85	2	2	3	3	3	10	102
45	65	1	2	3	2	5	5	114
46	75	1	3	3	2	4	8	110
47	77	1	2	3	2	1	8	115
48	67	2	4	2	2	4	11	99
49	69	2	3	1	2	2	1	121
50	65	1	5	3	2	5	2	95
51	65	1	5	2	4	3	10	93
52	63	2	3	2	2	4	14	114
53	60	2	2	1	2	5	11	116
54	83	2	1	3	4	4	15	119
55	82	2	1	3	4	1	10	102
56	73	2	3	1	3	5	4	114
57	74	2	2	3	2	2	10	110
58	82	2	2	3	4	5	5	115
59	80	2	2	3	2	5	9	99
60	75	2	2	3	3	3	10	121