



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: La soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016- 2017

AUTORA:

Remache Limaico Alejandra Margarita

DIRECTORA:

Lic. Geovanna Altamirano Zabala

IBARRA- ECUADOR

2017

APROBACION DEL TUTOR.

Yo Lic. Geovanna Altamirano en calidad de directora de la tesis titulada: "LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE EN EL PERIODO 2016- 2017", de autoría de Alejandra Margarita Remache Limaico una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de octubre de 2017.

Atentamente.



.....
DIRECTORA DE TESIS

Lic. Geovanna Altamirano Zabala

C.C: 180184708-6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	1004684633
Apellidos y nombres:	Alejandra Margarita Remache Limaico
Dirección:	Natabuela Calle García Moreno
Email:	remachealejandra@hotmail.com
Teléfono móvil:	0988404855
DATOS DE LA OBRA	
Título:	LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI-ANTONIO ANTE EN EL PERIODO 2016- 2017
Autora:	Alejandra Margarita Remache Limaico
Fecha:	2017-10-18
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciada en enfermería
Directora:	Lic. Geovanna Altamirano Zabala

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Alejandra Margarita Remache Limaico, con cédula de ciudadanía Nro. 100468463-3; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de octubre de 2017.

LA AUTORA:



.....
Alejandra Margarita Remache Limaico
C.I. 100468463-3

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Alejandra Margarita Remache Limaico** con cédula de ciudadanía , Nro.100468463-3; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE EN EL PERIODO 2016- 2017”** que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de octubre de 2017.

LA AUTORA:

.....
Alejandra Margarita Remache Limaico
C.I. 100468463-3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de octubre de 2017

ALEJANDRA MARGARITA REMACHE LIMAICO “LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE EN EL PERIODO 2016- 2017” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 18 de octubre de 2017.

DIRECTORA: Lic. Geovanna Altamirano Zabala

El principal objetivo de la presente investigación es identificar el sentimiento de soledad y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante 2016-2017; Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio. Determinar el nivel de soledad y el nivel de calidad de vida del adulto mayor. Comprender la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y las consecuencias en su vida. Elaborar una guía para aplicación del personal de enfermería en el adulto mayor sobre actividades lúdicas y recreativas.

Fecha: Ibarra, 18 octubre de 2017.

Lic. Geovanna Altamirano Zabala

Directora de Tesis

Alejandra Margarita Remache Limaico

Autora

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todos estos años de estudio.

A mi madre Rosita Limaico pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, ella mi fuente de luz en mi caminar para llegar a ser una persona de bien.

A mi padre, hermanos y sobrinos, por ser los pilares de mi vida, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo incondicional y confianza en cada momento de mi vida para cumplir mis objetivos como persona y estudiante. Es por ustedes que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A mis amigos y amigas, por permitirme aprender más de la vida durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos, esto es posible gracias a todos ustedes.

A mis maestros que, en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una profesional de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Alejandra Remache

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad mi sueño anhelado.

A la Universidad Técnica del Norte por haber aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

A mi tutora de tesis la Lic. Geovanna Altamirano por haberme brindado sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y motivación para poder terminar mis estudios con éxito.

Gracias a mi padre y hermanos por su amor, paciencia y comprensión cada día de mi vida universitaria, llegar a esta instancia de mis estudios es posible gracias a ustedes.

Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesario en los momentos difíciles de esta carrera.

Alejandra Remache

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
TEMA:	xv
CAPITULO I.....	1
1. El problema de investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
1.5. Preguntas de investigación.....	6
CAPITULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco Contextual.....	9
2.2.1. Ubicación e Historia.....	9
2.2.2. Infraestructura Física.....	9

2.2.3. Personal de salud.....	10
2.3. Marco Conceptual	10
2.3.1. Adulto mayor	10
2.3.2. Envejecimiento Activo, como política de la OMS.....	24
2.3.3. Soledad.....	24
2.3.4. Calidad de Vida.....	33
2.4. Marco Legal	35
2.4.1. Constitución Nacional del Ecuador 2008.....	35
2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir	36
2.4.3. Ministerio de Inclusión Económica y Social	37
2.5. Marco Ético.....	37
2.5.1 Principios éticos generales	37
CAPÍTULO III.....	39
3. Metodología de la Investigación	39
3.1. Tipo de Estudio	39
3.2. Diseño de Investigación	39
3.3. Localización y ubicación del estudio	40
3.4. Población.....	40
3.4.1. Universo y Muestra.....	40
3.4.2. Criterios de inclusión	40
3.4.3. Criterios de exclusión.....	40
3.5. Métodos y técnicas de recolección de información	41
3.5.1. Método:	41
3.5.2. Técnica:	41
3.5.3. Instrumento:	41
3.6. Procesamiento de la Información.....	42
3.7. Operacionalización de Variables.....	44
CAPITULO IV.....	45
4. Resultados	45
4.1. Análisis y discusión de los resultados.....	45
CAPITULO V.....	51
5.1. Conclusiones	51

5.2. Recomendaciones.....	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	57
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	57
Anexo 2. Entrevista.....	59
Anexo 3. Inventario Multifacético de soledad. ISMOL-AM.....	61
Anexo 4. Escala M.G.H. Calidad de vida	64
Anexo 4. Variables Independientes	68
Anexo 5. Variable dependiente	70
Anexo 6. Guía	71

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Cambios anatómicos y fisiológicos y su impacto clínico	14
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Asilo San Vicente de Paúl	45
Tabla 2. Nivel de soledad.....	47
Tabla 3. Nivel de calidad de vida.....	48
Tabla 4. Relación del nivel de soledad con el nivel de calidad de vida.....	49

LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI ANTONIO ANTE EN EL PERIODO 2016-2017

Autora: Remache Limaico Alejandra Margarita

Tutora: Lic. Geovanna Altamirano Zabala

Email: remachealejandra@hotmail.com

RESUMEN

La soledad en el adulto mayor es una vivencia que involucra el déficit de las relaciones sociales, es de carácter subjetivo porque dependerá de las expectativas y percepciones de cada adulto mayor. Este estudio tiene como objetivo identificar el sentimiento de soledad y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor. Para conseguir este propósito se realizó un estudio descriptivo, transversal, la población la constituyeron 20 adultos mayores que viven en esta institución. Para la recolección de la información se aplicó las escalas de IMSOL-AM o escala de soledad en el adulto mayor, la escala MGH de calidad de vida y entrevistas semiestructurada. Se concluyó que toda la población que participo en la investigación sufre de soledad, en diferentes niveles; 10% de ellos sufren un nivel alto de soledad y el 90% un nivel moderado y leve de soledad, ninguno de ellos presenta ausencia de soledad, lo que nos indica que a medida que el adulto mayor alcanza una mayor edad es más vulnerable a sufrir de soledad, los adultos mayores catalogan a este sentimiento con una experiencia desagradable que los incomoda, disminuyendo sus ganas de vivir, haciéndolos vulnerables a padecer enfermedades. Los adultos mayores que sufren un nivel alto de soledad tienen un nivel bueno de calidad de vida 14% lo que nos indica que aun teniendo una buena calidad de vida se puede percibir considerables niveles de soledad. El adulto mayor experimenta la soledad como un sentimiento interno doloroso negativo que directamente afecta a sus necesidades humanas básicas.

Palabras claves: soledad, calidad de vida, adulto mayor.

LONELINESS IN THE ADULT GREATER AND THEIR INCIDENCE IN THE QUALITY OF LIFE, IN ASYLUM SAN VICENTE DE PAÚL IN ATUNTAQUI ANTONIO ANTE IN THE PERIOD 2016-2017

Author: Remache Limaico Alejandra Margarita

Tutor: Lic. Geovanna Altamirano Zabala

Email: remachealejandra@hotmail.com

ABSTRACT

Loneliness in the elderly is an experience that involves the deficit of social relationships, is subjective in nature because it will depend on the expectations and perceptions of each older adult. This study aims to identify the feeling of loneliness and its incidence in the quality of life of the elderly. To achieve this purpose, a descriptive, cross-sectional study was carried out on the population by 20 elderly adults living in this institution. For data collection, the IMSOL-AM scales or the loneliness scale were applied in the elderly, the MGH scale of quality of life and semi-structured interviews. It was concluded that all the population that participated in the research suffer from loneliness, at different levels; 10% of them suffer a high level of solitude and 90% a moderate and mild level of loneliness, none of them presents absence of solitude, which indicates to us that as the older adult reaches a greater age he is more vulnerable to suffer of loneliness, the old adults catalog this feeling with an unpleasant experience that bothers them, diminishing their desire to live, making them vulnerable to suffer diseases. Older adults who suffer a high level of solitude have a good level of quality of life 14% which indicates that even with a good quality of life considerable levels of loneliness can be perceived. The older adult experiences loneliness as a negative painful inner feeling that directly affects their basic human needs.

Key Words: loneliness, quality of life, elderly.

TEMA:

La soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016- 2017

CAPITULO I

1. El problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

El sentimiento de soledad es una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social. Además, es un acontecimiento amargo que nuestra cultura no ha asimilado. “Hay mucha soledad en nuestros mayores porque existen en ellos paredes muy fuertes que impiden abrir una ventana a la luz de la esperanza, paredes de soledad familiar, conyugal, social, existencial”. Se debe distinguir entre los conceptos de “sentirse solo” y “estar solo”. Sentir la soledad es una sensación que la relacionan con la tristeza y la describen como un sentimiento interno y doloroso, mientras que estar solo lo denominan como la carencia de compañía, tanto de contactos sociales como de familiares (1).

Según la OMS, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12% de la población global. En 2030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16,5%, y en 2050 ascenderá a 2.100 millones; es de ir el 21.5% de la población global. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años (2).

Las personas de 60 y más años son actualmente más numerosas que los niños de cinco años; en 2050 serán más numerosas que los niños menores de 15. Estos cambios sociodemográficos son más veloces en el mundo en vías de desarrollo, el cual en 2050 será el lugar de residencia de ocho de cada 10 personas de 60 y más años. Sin embargo, el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud

pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y seguridad (3).

América Latina, es una de las regiones de más rápido envejecimiento a nivel global. Los 18 países de América Latina y el Caribe del Índice representa el 7.3% de la población mayor del mundo. Para el 2030 se pronostica que el número de personas de 60 años y más será del 16,5 por ciento del total de la región; es decir, alrededor de 113,4 millones de personas. Se espera que en 2050 estas cifras alcancen al 25,5 por ciento, es decir 190,1 millones de personas. Se estima que el 10% de los adultos mayores padecen una soledad somática o maligna. Es decir, una soledad que afecta tanto a su estado emocional como físico. De todos ellos, el 70% padece una enfermedad grave o crónica asociada a la soledad (2).

En el Ecuador, hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría residen en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven con un familiar, un hijo por lo general (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%) (4).

La soledad en el adulto mayor es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Sin duda, la primera causa es el hecho de la retirada del ámbito laboral, del que uno se nutre manteniendo numerosas relaciones sociales. El fin de la vida laboral que constituye también el origen de las principales relaciones sociales, supone un sentimiento de desvalorización y de dependencia. La experiencia de autonomía e interdependencia vivida con relación al trabajo y a sus frutos da paso a

una experiencia de dependencia que no es un estado desvalorizado, sino una función que varía a lo largo de la vida y da lugar a reajustes en la vida de cada individuo. La vejez es uno de esos momentos vulnerables para sentir la soledad, porque carece de situaciones facilitadoras que hubo en otros momentos de la existencia.

En gerontología se habla mucho de la soledad de los adultos mayores, llegando a considerar la soledad como uno de los principales problemas de la vejez, que conlleva a un empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales ocasionando la reducción de experiencias vitales con los suyos, sin embargo, es necesario analizar un poco más el fenómeno de la soledad dentro de nuestra sociedad, con los procesos de industrialización, tecnificación y globalización la antigua estructural social se ha ido esfumando lentamente, convirtiéndonos en personas enfocadas solo en el trabajo, olvidándonos de las relaciones familiares y sociales, el trabajo y el dinero a remplazo de cierto modo a nuestras familias y aquellas personas que no están protegidos bajo este sistema, como los adultos mayores, quedan al olvido o pasan a ser un “problema social”, acentuándose de esta manera los sentimientos de soledad y abandono (5).

El rol de las enfermeras en la atención del adulto mayor, según la XXVI Conferencia Panamericana de la OPS (2002) planteó que “la solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria”. Se necesitan recursos humanos adiestrados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. La atención primaria de salud necesita un enfoque basado en la población, que incluya prevención, detección temprana y empoderamiento de las personas en el autocuidado. Es sobre este aspecto donde gravita la participación de enfermería en el tema de prevención y promoción de la salud, con el objeto de enfatizar el rol de la enfermera como educadora y mediadora entre el adulto mayor y su familia (6).

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo afecta el sentimiento de soledad al adulto mayor y cuál es su incidencia en la calidad de vida de los mismos en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016- 2017?

1.3. Justificación

La presente investigación se enfoca en indagar cual es el sentimiento de soledad en el adulto mayor y como este influye en su calidad de vida. La investigación pretende ofrecer una visión actualizada a los médicos especialistas en geriatría, psicólogos, enfermeros, terapistas ocupacionales, fisioterapeutas y equipo especializado que se dedican al cuidado de los adultos mayores que sufren de soledad y distintas percepciones que contribuyan a ofrecer una mejora en su calidad de vida y dar paso a la creación de estrategias que brinden herramientas al adulto mayor para hacer frente a dicho sentimiento.

Actualmente la soledad en la vejez representa uno de los principales problemas de la vejez, en Costa Rica la soledad en los adultos mayores es uno de los grandes enemigos del bienestar de los mismos, que conlleva a un empobrecimiento de la calidad de vida, ya que su calidad de vida no solo implica su bienestar físico, sino también su bienestar emocional. Al realizar este trabajo además de generar un impacto social generara un impacto de satisfacción personal pues dedicare todo mi tiempo y mis conocimientos adquiridos en las aulas para buscar el beneficio del adulto mayor.

En el Asilo San Vicente de Paúl existe una población de adultos mayores que sufren de soledad, la mayoría de ellos son personas que fueron abandonados por sus familiares o se quedaron sin familia y un lugar donde vivir su vejez dignamente, siendo este considerado un indicador subjetivo del bienestar en el adulto mayor. Por lo antes expuesto, en este contexto, es necesario realizar la presente investigación para comprender como es la experiencia vivida del adulto mayor que sufre de soledad y como este incide en la calidad de vida de los mismo en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante 2016-2017, con el propósito de elaborar una guía de actividades lúdicas y recreativas para el adulto mayor, en concordancia con las estrategias nacionales de salud promoción y prevención, las cuales tienen el reto de mejorar la calidad de vida de la población en general.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar el sentimiento de soledad y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en el Asilo San Vicente de Paul en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016-2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Determinar el nivel de soledad y el nivel de calidad de vida del adulto mayor.
- Comprender la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y las consecuencias en su vida.
- Elaborar una guía para aplicación del personal de enfermería en el adulto mayor sobre actividades lúdicas y recreativas.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las caracterizar socio demográficas de la población en estudio?

¿Qué nivel de soledad y nivel de calidad de vida tiene el adulto mayor?

¿Cuál es la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y las consecuencias en su vida?

¿La guía de actividades lúdicas y recreativas para el adulto mayor, contribuirá a mejorar la calidad de vida del adulto mayor?

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

Se realizó un estudio en Granada sobre la soledad en las personas mayores; factores protectores y de riesgo, con el objetivo de identificar algunos predictores de riesgo asociados a la soledad. Es un estudio transversal, descriptivo y correlacional con una muestra de 359 sujetos. Como instrumento de investigación se utilizó preguntas orientadas a obtener información sociodemográfica, psicológica y del estado de salud y de las escalas de auto-eficiencia generalizada, satisfacción con la vida, inventario multifacético de soledad para el adulto mayor y la escala de apoyo social de MOS, entre los principales resultados obtenidos están que los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores para experimentar soledad son: la presencia de enfermedades crónicas, el tener más de 80 años y una baja percepción de salud (7).

Así también, en la ciudad de Montevideo, Uruguay se realizó un estudio sobre la soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio, a lo largo de la historia, el viejo ha quedado en el lugar del enfermo, el deteriorado, el inútil. Esta visión estereotipada ha calado hondo en el imaginario social y en la autopercepción del viejo; sobre este escenario se crearon y aún se crean las distintas formas de exclusión, generando todos los elementos necesarios para un aislamiento social que devenga en sentimiento de soledad. Lo fundamental será que cada adulto mayor tenga la posibilidad de cuestionarse sobre quién quiere ser y cómo quiere transitar su vejez. Que, si su deseo es estar solo y esto no le conlleva sufrimiento alguno, sea una decisión personal y parte de su proyecto de vida (8).

Por otro lado, se estudió las conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono en la Antigua Guatemala, con el objetivo de identificar las principales conductas de afrontamiento ante la soledad que emplean los adultos mayores que se encuentran institucionalizados y en situación de abandono, por el cual se determinó que el tipo de estudio fue descriptivo. La población la conformaron 30 adultos mayores, 15 hombres y 5 mujeres. Para recolectar la información se emplearon dos cuestionarios elaborados por el investigador, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos. Por medio del cual se pudo concluir que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de soledad y las conductas de afrontamiento utilizadas por el grupo de estudio, siendo la conducta de afrontamiento más utilizada por ambos grupos de estudio la referente a apoyo religioso y la menos utilizada la referente a expresión de emociones (9).

Mientras que, en Medellín, Colombia, se realizó un estudio sobre, el sentimiento de soledad en adultos, es una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social. Este estudio arrojó que las personas más vulnerables a la soledad son las de menores ingresos, de bajo nivel educativo y mayores de 75 años. La educación aparece como una herramienta que ayuda al individuo en diversos campos, incluso, a prevenir el sentimiento de soledad. A medida que se incrementa el nivel de escolaridad, la soledad disminuye. Este factor puede considerarse como protector. Las personas adultas que viven solas tienen mayor nivel de soledad, es decir, la soledad disminuye en quienes conviven acompañadas. Es un estudio de corte transversal realizado en personas de 55 años y más que asisten a los grupos de tercera edad del Municipio de Medellín. Para la recolección de información se aplicó el instrumento de escala ESTE de medición de soledad (10).

Se llevó a cabo en Barcelona, un estudio sobre el diseño mixto sobre la percepción de la soledad en la vejez. Hay un alto porcentaje de personas mayores que, cuando llegan a la etapa de la vejez, perciben soledad de forma cotidiana. Un estudio mixto con el objetivo de explorar el significado y características principales de la experiencia vivida de ser anciano en cuanto a la percepción de soledad en la vejez, obteniendo como

resultado: que la percepción de la soledad en la vejez en muchas ocasiones es buena, aunque, a consecuencia de la edad y problemas de salud, hace no pueda continuar con la vida totalmente independiente que hasta ahora llevaban con la consecuencia de disminuir visitas a familiares o amigos o actividades de ocio (11).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Ubicación e Historia

El asilo San Vicente de Paul está ubicado en la ciudad de Atuntaqui, en la avenida Julio Miguel Aguinaga 17-44 y Arturo Pérez (diagonal al Cuerpo de Bomberos), fue fundado por la Asociación de Voluntarias de la Caridad San Vicente de Paul integrado por 22 socias activas que se agruparon hace 30 años con el objeto de ayudar y visitar a las personas de la tercera edad pobres, abandonas y enfermas, luego deciden construir un lugar de acogida para atender de mejor manera a este grupo de personas vulnerable y en el año 1994 abre las puertas el Asilo San Vicente de Paul al servicio de la comunidad. Cuenta con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Bienestar Social de ese entonces, según Acuerdo Ministerial N° 1191 del 6 de agosto de 1997 y reformada mediante Resolución Administrativa MIES-CZ1-DDI-10D01-PVQ- N° 0054, del 22 de junio del 2015.

2.2.2. Infraestructura Física

El Asilo San Vicente de Paul tiene espacios interiores amplios, con suficiente iluminación y ventilación, mobiliario confortable y equipamiento adecuado. El área de construcción cuenta de:

- **Bloque administrativo:** oficinas de presidencia, contabilidad, secretaria y dirección del asilo.

- **Bloque residencial:** enfermería, sala de terapia física, trabajo social, sala de star, dormitorios, simples, dobles y compartidos, baños, comedor, cocina y bodega.
- Bloque de servicios complementarios: capilla, salón de uso múltiple.

2.2.3. Personal de salud

En cuanto al personal de salud cuenta con 8 personas distribuidas en: 1 médico que presta su servicio un día a la semana, 1 psicóloga, 1 terapeuta, 4 auxiliar de enfermería y 1 trabajadora social información obtenida en la entrevistada con la Lic. Susana Vallejo directora del asilo.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, se considera como adulto mayor o anciano a toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: tercera edad entre 60–74 años, cuarta edad entre 75–89 años, longevos entre 90-99 años y centenarios con más de 100 años (12).

En “La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos mayores”.

Según la ONU 2017, define el adulto mayor como toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países subdesarrollados, Entonces decimos que en Ecuador el adulto mayor se considera después de los 60 años, esto va ligado con los cambios morfológicos y fisiológicos del organismo y también el deterioro de la productividad laboral, es decir que sus condiciones en muchas veces no deja que

realicen ningún tipo de trabajo, pero no todas las personas llegan a este punto, hay personas adultas que son capaces de laboral pero la misma sociedad se ha encargado de desplazarlos haciéndoles saber que ya no son productivos en una sociedad llena de consumismo (13).

De acuerdo a los conceptos establecidos entendemos que un adulto mayor es toda persona mayor de 60 años.

2.3.1.1. Fisiología del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico que implica modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas producto del paso del tiempo en los seres vivos, es un proceso universal, progresivo e irreversible que se caracteriza por el descenso gradual de las funciones y termina con la muerte (14).

Envejecer es una realidad del ser humano que no solo debe considerarse como un fenómeno individual sino colectivo en la actualidad, debido a que el número de personas adultas mayores aumenta cada día, sino que también se incrementa su esperanza de vida produciendo así un envejecimiento de la población.

Durante muchos años, la geriatría, así como la fisiología, han tratado de determinar cuáles son las causas del envejecimiento, en este sentido se plantean varias teorías, que van desde procesos moleculares y razones metafísicas entre las cuales se pueden mencionar algunas que consideramos relevantes como (15):

- **Programación genética-reloj:** Las células se encuentran programadas para nacer, reproducirse (40 a 60 veces) envejecer y morir ya que la vida no está relacionada a la capacidad de reproducción celular, sino a la longitud de los telómeros.
- **Teoría de los radicales cruzados:** Los cambios moleculares que se producen de manera normal, en el anciano se convierten en enlaces covalentes entre

macromoléculas con uniones que pueden ser reversibles, pero que a largo plazo vuelven a estas moléculas inactivas y con funcionalidad dañada. De acuerdo a estos sucesos la célula muta llegando a fenómenos de apoptosis con ulterior muerte.

- **Teoría hormonal:** Donde se establece que los estrógenos podrían establecer fenómenos de rejuvenecimiento. De igual forma se menciona el papel de la melatonina, TSH, LH, cortisol y hormona de crecimiento (HG) como participes en el proceso de estabilización celular, mismas que al disminuir, provocarían los daños orgánicos propios del envejecimiento.

No existe una teoría que pueda explicar todo sobre el envejecimiento, probablemente envejecer sea consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y que determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culminan con la muerte.

2.3.1.2. Características del envejecimiento

- **Universal:** Propio de todos los seres vivos.
- **Irreversible:** no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Intrínseco:** No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de

sobrevivida se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años (16).

Las características del envejecimiento están bien definidas en los seres vivos, este es un proceso universal, irreversible, individual e intrínseco.

2.3.1.3. Tipos de Envejecimiento

A la larga todo organismo envejece, pero cada individuo lo hace de modo diferente, es así que se puede mencionar algunos tipos de envejecimiento como él (15):

- Envejecimiento usual, donde los ancianos tienen mayor o menor grado de fragilidad y/o vulnerabilidad y ostentan enfermedades crónicas con o sin consecuencia funcional.
- Envejecimiento satisfactorio: será el de un anciano sano que no presenta enfermedades ni discapacidades y tiene poca vulnerabilidad y fragilidad.
- Envejecimiento patológico: donde el anciano llega con enfermedad crónica progresiva, con discapacidades, fragilidad y vulnerabilidad aumentada.

2.3.1.4. Cambios anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico

Muchos de los problemas y limitaciones que afectan al adulto mayor son originados por las diversas patologías que los afecta, los cambios fisiológicos que se van presentando, como consecuencia del proceso natural del envejecimiento, juegan un papel muy importante en la condición general, tanto física como mental, a esta edad (17).

Numerosos son los cambios fisiológicos que van presentándose durante el proceso de envejecimiento y su impacto clínico, los presentamos en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Cambios anatómicos y fisiológicos y su impacto clínico

Cambios anatómicos y fisiológicos	Impacto clínico
<p>Composición corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de agua corporal. • Disminución del tamaño de los órganos. • Aumento relativo de la grasa corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia disminuida a la deshidratación. • Alteración en la distribución de fármacos.
<p>Sistema tegumentario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del recambio de células epidérmicas. • Atrofia dermoepidérmica y subcutánea. • Disminución del número de melanocitos. • Atrofia de folículos y glándulas sudoríparas. • Disminución de vasculatura dérmica y asas capilares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrugas cutáneas y laxitud. • Fragilidad capilar. • Susceptibilidad a úlceras de decúbito. • Encanecimiento y alopecia.
<p>Aparato cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad. • Aumento de resistencia al llenado ventricular. • Descenso de actividad del marcapasos AV, velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores. • Rigidez de las arterias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la reserva cardíaca. • Escasa respuesta del pulso con el ejercicio. • Arritmias. • Aumento de la presión diferencial del pulso. • Aumento de la presión arterial. • Respuesta inadecuada al ortostatismo. • Síncopes posturales.

<ul style="list-style-type: none"> • Descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos. • Modesta hipertrofia ventricular izquierda. • Relajación ventricular prolongada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad a la hipotensión. • Hipo perfusión orgánica.
<p>Aparato respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la elasticidad pulmonar. • Incremento de la rigidez de la caja torácica • Pérdida de septos alveolares. • Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre. • Reflejo tusígeno disminuido. • Disminución de la actividad ciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad vital. • Aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo arterial de oxígeno. • Aumento del riesgo de infecciones y bronco aspiración. • Función respiratoria disminuida.
<p>Aparato gastrointestinal</p> <p>Boca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la producción de saliva. Erosión de dentina y del esmalte. • Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente. <p>Esófago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del peristaltismo. <p>Estómago e intestino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la secreción de ácido y enzimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de piezas dentarias. • Tránsito esofágico prolongado. • Reflujo esofágico. • Disfagia. • Poliposis gástrica y metaplasia intestinal. • Constipación y diverticulosis. • Incontinencia fecal.

<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del tránsito intestinal <p>Colon y recto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del peristaltismo. 	
<p>Aparato renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal. • Descenso del tono vesical y del esfínter. • Disminución de la capacidad de la vejiga. • Hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción). • Disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa. • Incontinencia. • Tendencia al desbalance hidro-electrolítico. • Toxicidad incrementada a fármacos.
<p>Sistema endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la producción de tiroxina. • Aumento de la horma antidiurética. • Disminución de la homeostasis de glucosa. • Disminución de la hormona del crecimiento. • Disminución de la absorción y activación de Vit. D. • Función testicular y ovárica disminuida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del estímulo de secreción hipofisaria. • Respuesta alterada al estrés. • Osteopenia. • Disfunción sexual. • Menopausia.
<p>Sistema nervioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida neuronal variable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones intelectuales.

<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica. • Disminución del flujo sanguíneo cerebral. • Disminución de la velocidad de conducción. • Alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentitud y escasez de movimientos. • Hipotensión postural, mareos, caídas. • Reparición de reflejos primitivos. • Hipo e hipertermia. • Deshidratación.
<p>Sistema inmune</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la reserva medular ósea. • Disminución de la función neutrofílica. • Disminución de la función de células T. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia de infecciones. • Rápido desarrollo de infecciones. • Frecuencia de infecciones virales.
<p>Sentidos</p> <p>Vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisiología alterada del vítreo y retina. • Degeneración macular. Trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino. <p>Oído:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la función de células sensoriales en el aparato vestibular. <p>Gusto y olfato:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad. • Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares. • Alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía. • Disminución de la audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio. • Disminución de la satisfacción gastronómica.

<ul style="list-style-type: none"> • Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. • Disminución en la producción de saliva. <p>Tacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de agudeza táctil y de temperatura. • Receptores de dolor intactos. 	
<p>Aparato locomotor</p> <p>Estatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco. <p>Huesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los huesos largos conservan su longitud. • Pérdida universal de masa ósea. <p>Articulaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la elasticidad articular. • Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie. <p>Músculos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del número de células musculares. • Aumento del contenido de grasa muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso progresivo de altura. • Osteoporosis. • Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos. • Limitación articular. • Pérdida de fuerza muscular progresiva. • Disminución de la eficacia mecánica del músculo.

Fuente: Geriatria y Gerontología del médico internista, Eduardo Penny Montenegro

Producto de alteraciones sistémicas cuando la mayoría de órganos y tejidos van disminuyendo su actividad se da el proceso del envejecimiento.

2.3.1.5. Teoría de Enfermería

Virginia Henderson fue una enfermera teorizadora que incorporo los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería (18).

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Sueño y descanso.
- Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
- Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

- Creencias y valores personales.
- Trabajar y sentirse realizado.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Uno de los métodos para abordar la problemática de la soledad en las personas mayores son los servicios sanitarios. Se plantea realizar diferentes actividades de enfermería en el caso de encontrarnos con alguna situación en la que tengamos que abordar la problemática de la soledad en las personas mayores (19).

Para analizar una situación de enfermería, nos ayudamos de la valoración de enfermería, de acuerdo al Modelo de Necesidades Humanas de V. Henderson (1966), se considera que las necesidades a destacar para trabajar la soledad en la vejez son las siguientes.

a) Necesidad de comunicarse

El anciano necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, tener sentimiento de pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresar sin temores su sexualidad. Los principios de actuación de la enfermería deben ir encaminados a conseguir el mantenimiento de la independencia. Para ello se plantean los siguientes objetivos (20):

- Conocer los hábitos del anciano a la hora de comunicarse.
- Realizar una educación sanitaria para fomentar el mantenimiento de los órganos de los sentidos.
- Diseñar programas que permitan expresar los sentimientos y las emociones del anciano.

Para conseguirlos se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Recomendar un lugar donde asistan a otras personas.
- Participar en actividades lúdicas como juegos, excursiones, etc.
- Utilizar los medios de comunicación a su alcance.
- Mantener una higiene y arreglo personal para que no sea una causa de aislamiento social.
- Instarle a formar parte de asociaciones de ayuda social indicarle practicar una religión.
- Indicarle cómo expresar su sexualidad.

Se debe reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano como; la incomunicación debida a pérdidas sensoriales, problemas del sistema nervioso, depresión y soledad, trastornos orgánicos (accidentes cerebrovasculares, cataratas, inmovilización, traumatismos, uso de fármacos hipnóticos y antidepresivos, ansiedad, estrés y sentimiento de culpa) que puedan dificultar la comunicación.

b) Necesidad de elegir según los valores y las creencias

El anciano necesita elegir según sus propios valores y creencias, necesita y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente a lo bueno y a lo malo. El anciano es capaz de opinar; necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia (21).

Los principios de la actuación de enfermería para el mantenimiento de la independencia, pretenderán los siguientes objetivos:

- Conocer los hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y determinar sus acciones según sus valores.
- Instruir al anciano para que sea capaz de expresar sus creencias y valores.

Para conseguirlo se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Informar de la importancia de conseguir un equilibrio espiritual mediante la expresión de sus creencias.
- Asistencia religiosa, lecturas y tranquilidad emocional.
- Ejecución de actividades recreativas relacionadas con la forma de percibir su espiritualidad.

Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el anciano debidas a su incapacidad asociada al desequilibrio psíquico, crisis, falta de afirmación, situaciones de pérdida, conflictos de autoestima, sentimientos de culpabilidad y falta de motivación.

c) Necesidad de autorrealización

El anciano necesita auto realizarse, deber ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas y lúdicas que permitan mantener su autoestima. Se debe sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad (19).

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para conseguir y/o mantener la autorrealización del anciano se encaminarán hacia la consecución de los siguientes objetivos:

- Conocer los gustos y las aficiones del anciano.
- Realizar una educación sanitaria referente a las diferentes formas de participación social.
- Elaborar un programa de actividades que ocupe el tiempo libre del anciano.

Para ello se podrían llevaran a cabo las siguientes acciones:

- Su pertenencia a un grupo o asociación, según sus preferencias o aficiones.

- Se animará a realizar actividades útiles que le reporten satisfacción personal, como jardinería, manualidades, etc.
- Mantener sus aficiones y ayudar a fomentar sus hobbies.

Las manifestaciones de dependencia que se presentan en el anciano para su autorrealización se deben al desinterés asociado a la falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida, inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc.

d) Necesidad de aprender

El anciano necesita aprender. El anciano vivirá una existencia plena y productiva si se conoce a sí mismo y tiene interés, sentirse motivado y capaz de razonar, plantearse cuestiones, dudas y preguntas sobre sus emociones, sentimientos y existencia (21).

Los principios de la actuación de enfermería en el mantenimiento de la independencia para que el anciano pueda aprender estarán basados en los siguientes objetivos:

- Conocer las inquietudes del anciano frente a su necesidad de aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Enseñar al anciano en el conocimiento de los recursos a su alcance. Realizar un programa para desarrollar los hábitos de aprendizaje.

Para la consecución de los objetivos marcados se podrían llevar a cabo las siguientes acciones:

- Facilitar la información precisa de los recursos y medios de que dispone para aprender.
- Reforzar el aprendizaje del anciano.
- Apoyar todas las iniciativas del anciano para aprender.

Se deberán vigilar y controlar los posibles problemas originados por la falta de motivación, disminución sensorial, depresión, falta de interés, debilidad psicomotriz y disminución de la capacidad de aprendizaje, problemas psíquicos, demencia, estrés y dolor

2.3.2. Envejecimiento Activo, como política de la OMS

Para la OMS, el envejecimiento activo es el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (22).

Además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en:

- Actividades recreativas
- Actividades con carácter voluntario o remuneradas
- Actividades culturales y sociales
- Actividades educativas
- Vida diaria en familia y en la comunidad

El envejecimiento activo pretende mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a medida que envejecen, favoreciendo oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura, añadiendo “vida a los años y no años a la vida”.

2.3.3. Soledad

Las diferentes disciplinas tienen una misma naturaleza a la hora de referirse a la soledad: la ausencia o el déficit de relaciones interpersonales. El ser humano, como ser social, tiene la necesidad natural de crear vínculos y relaciones sociales afectivas con los demás, no sólo como parte de su conducta natural para forjar su propia identidad, sino porque no es capaz de atender sus necesidades si no se comunica, comparte

y vive en sociedad. Esta idea fue establecida por Aristóteles y Tomás de Aquino, quienes apuntaban que “el hombre es social por naturaleza” (23).

En el siglo XIII surgió por primera vez el término soledad y se lo asociaba a la situación de una persona de estar sola de manera momentánea o duradera y asociado al aislamiento, al estado de abandono y separación. Entendiendo que el estado de soledad no solo desencadena tristeza, pérdida o sufrimiento, sino que también responde al disfrute y a la satisfacción de experimentarla. Existe los que lo perciben como una carencia negativa el sentirse solos y aislados, y otros que declaran estar solos, porque así lo esperan, quienes no experimentarían esas emociones negativas.

El concepto de soledad es una vivencia desfavorable en la vida cotidiana de las personas. Generalmente, esta vivencia va acompañada de sentimientos contraproducentes, puesto que la soledad, suele ser una experiencia negativa y dañina para las personas, tanto a nivel personal como familiar, social y de salud (11).

La soledad involucra deficiencias en las relaciones sociales, es de carácter subjetivo porque depende de las expectativas y percepciones de la persona.

El sentimiento de soledad, fue definido por Salinas (1947) como la distancia interior que percibe una persona en relación a los otros, correspondiendo entonces a una experiencia subjetiva, que puede ocurrir incluso si se está rodeado de personas. Más tarde, Peplau y Perlman (1979) operacionalizaron el sentimiento de soledad como la percepción de que hay una brecha entre lo que una persona espera de las relaciones interpersonales y lo que hubiera deseado (24).

Introduciendo, así, el concepto de grado de satisfacción. Éste pone en evidencia la subjetividad de la soledad, ya que depende de la percepción de la persona sobre su relación con los demás. Estos autores también señalan características esenciales de la soledad:

- Es el resultado de deficiencias en las relaciones sociales.

- Representa una experiencia subjetiva (que no necesariamente es sinónimo de aislamiento social, ya que uno puede estar solo sin sentirse solitario o sentirse solo cuando uno está en grupo.)

Los conceptos varían, no obstante, la soledad ha tendido a mostrarse como un elemento negativo, perjudicial para el individuo cuando lo acompañan aspectos como el aislamiento o la falta del sentido de la vida. Un sentimiento subjetivo e involuntario que implica la pérdida de la relación y contacto con los demás, ligados al dolor, sufrimiento, a la angustia y ansiedad.

2.3.3.1. Soledad en el adulto mayor

En las personas adultas mayores, puede decirse que el envejecimiento impacta todas sus circunstancias sociales. “Envejecer consiste primero en aprender nuevos roles y hacer frente a nuevas situaciones sociales. “En esta etapa de la vida, se enfrentan cambios en los roles sociales, perder la salud, sufrir algún tipo de invalidez, experimentar el “nido vacío”, entre otros aspectos. Todo esto tendrá sin duda repercusiones en el terreno personal, muy especialmente en el ámbito profesional y familiar y por ende, en la salud en general, en vista de que el adulto mayor tendrá que tomar conciencia de que el tipo de vida que escogió traza en esta etapa la muerte y final próximo al que se enfrenta (25).

En la última etapa de vida existe un mayor riesgo de experimentar soledad debido a las pérdidas sociales, funcionales y de salud que se asocian a este periodo. La ausencia de soledad se ha conceptualizado como un indicador importante del bienestar subjetivo en la vejez (26).

Las personas mayores con la llegada de la vejez experimentan una serie de cambios vitales que acompañan un sin número de factores que inducen a la soledad, catalogándola como una enfermedad devastadora que afecta a la vejez.

2.3.3.2. Tipos de soledad

Los principales aportes al tema de la soledad, fueron realizados por Weiss en 1974, cuando propuso la existencia de una tipología para la soledad, dividiéndola en (24):

- **Soledad emocional:** se da por la falta de una relación intensa o perdurable con otra persona. Estas relaciones pueden ser de tipo romántico o relaciones que generen sentimiento de afecto y seguridad.
- **Soledad social:** involucra la no pertenencia a un grupo o red social, y pueden tratarse de un grupo de amigos que participen juntos en actividades sociales o de cualquier grupo que genere sentimiento de pertenencia. Se basa en el hecho de compartir preocupaciones, trabajo u otra actividad.

La existencia de diferentes formas de experimentar y definir la soledad en la que no siempre es acertado atribuirle una connotación negativa, sino que también se puede manifestar como una experiencia que al individuo le pueda parecer incluso deseable. Teniendo en cuenta esta idea, la mayoría de los expertos define (23):

- **La soledad objetiva** como el hecho de estar solo incluso aislado, de manera permanente o temporal, pero desde el punto de vista de la elección, búsqueda o deseo del propio individuo.
- **La soledad subjetiva** la padecen las personas que se sienten solas, independientemente de que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social, porque aquí no hablamos de ausencia, sino de un sentimiento doloroso y temido por muchas personas mayores.

Estar solo no es lo mismo que sentirse solo. Estar solo no siempre es un problema necesitamos estar solos cierto tiempo para conseguir ciertos objetivos, es una soledad deseada una soledad objetiva. Sentirse solo por el contrario es un sentimiento complejo

ya que lo podemos experimentar aun estando acompañados, es una soledad subjetiva porque no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones sociales no son suficientes o no son como esperamos que fueran.

2.3.3.3. Factores causales de soledad en el adulto mayor

Crisis asociadas al envejecimiento

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Laforest define tres crisis asociadas al envejecimiento (27).

- **La crisis de identidad**, se da por el conjunto de pérdidas que se van acumulando, deterioran la propia autoestima al aumentar la distancia que la persona recibe de su yo ideal y su yo real.
- **La crisis de autonomía**, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades normales de la vida diaria.
- **La crisis de pertenencia**, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

Las crisis que tienen lugar en el proceso de envejecimiento, pueden desencadenar la experiencia de soledad, puede ser vivida como una muerte del significado de la existencia en el mundo y la muerte social, cuestionada por la propia identidad, autonomía y del propio ser en este mundo.

En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales (28).

- **Deterioro en las relaciones familiares**

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran alguna enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones familiares y originar sentimientos de soledad (28).

La viudez suele ser el segundo desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudez de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social.

La familia es una de las fuentes de apoyo más importante de las personas mayores. La relación con los hijos influye en la percepción subjetiva de soledad, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.

- **Aislamiento social**

Con la vejez la red social disminuye por distintos motivos: muertes problemas de salud, distancias geográficas, limitaciones para moverse, este hecho sumado a la salida del ámbito laboral implica la modificación en los contactos sociales en la vida del adulto mayor (28).

La jubilación es una fuente de riesgo para la soledad en los adultos mayores. Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social.

- **La falta de actividades placenteras**

La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado. Llegada la vejez, se pueden realizar diferentes actividades lúdicas que antes no se podían realizar, actividades que pueden facilitar la interacción y participación en la vida social (28).

- **Los prejuicios**

En la sociedad actual existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, ser inútil, trasnochado y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante (28).

Estudios identifican situaciones en las que el adulto mayor experimenta soledad; el deterioro de las relaciones familiares le da falta de sentido de pertenencia a un grupo social generando el sentimiento de soledad en el adulto mayor, el aislamiento social provoca sentimientos de baja autoestima, aburrimiento e inutilidad suficientes para provocar la soledad social, el no realizar actividades placenteras reduce el placer y le impide sentirse activo debido que lo aísla de participar en actividades agradables y mantener su red de contactos.

2.3.3.4. Consecuencias de la soledad en el adulto mayor

El sentimiento de soledad tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, la soledad no produce síntomas físicos graves de forma directa, a diferencia de su efecto en el mundo interno de la persona. En el mundo interno se produce una condición de malestar emocional, teniendo como consecuencias importantes sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, y creencias de ser rechazado, entre otros (29).

Cuando un adulto mayor enferma, recibe, por lo general, mayor atención de parte de su familia y seres queridos; por este motivo algunas personas mayores asumen que enfermar es una solución para su soledad. Según los autores, en el peor de los casos, se desarrollan rasgos hipocondríacos. En este sentido se explica que soledad y salud son bidireccionales debido a que la soledad puede aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad. Además, afirma que es la soledad la que ocasiona una percepción más angustiada de los problemas de salud.

El sentimiento de soledad puede traer como consecuencia pensamientos negativos centrados en que su presencia carece de valor; y en consecuencia podría devenir ideación suicida o intentos de suicidio, pues en espacios de soledad física, la rutina y el aislamiento; los adultos mayores no tardan en sentir que su vida pierde sentido. El sentimiento de soledad puede derivar en dos polos bien diferenciados, por un lado la autopercepción de desadaptación y por otro lado la soledad puede tener una vertiente positiva, ser el impulso que genera una reestructuración adaptativa que genere por ejemplo la creatividad (29).

El sentimiento de soledad vuelve vulnerable e indefenso al adulto mayor para afrontar sus necesidades de dependencia, intimidad y relación con los demás, provocando una baja autoestima, llegando al extremo de abandonarse a sí mismo física y socialmente, es decir perder el sentido ante la vida.

2.3.3.5. Estrategias para superar la soledad

Salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto. Según el estudio citado del Dr. Ussel, la soledad de las personas mayores se previene o se supera cuando se realizan actividades incompatibles con los pensamientos que la generan, especialmente si éstas favorecen el cultivo de unas relaciones sociales y familiares satisfactorias. Estos son algunos recursos que pueden ser útiles a la hora de luchar y/o prevenir la soledad (19):

- **Recursos personales/ individuales:** El desarrollo de actividades domésticas, la televisión, la radio, el retorno o aumento de las prácticas religiosas, las comunicaciones telefónicas, los centros destinados a mayores (clubes o centros de día), la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y, más raramente, las segundas parejas, constituyen recursos que salen al paso de la necesidad de vivir estimulado y de no sucumbir en la soledad.
- **Recursos familiares:** La familia juega un papel fundamental, se la puede considerar el principal soporte social del anciano, considerándola un recurso clave en la lucha contra la soledad. Otra opción es la del apadrinamiento de mayores. El apadrinamiento permite que, a través de un compromiso, sobre todo moral, una familia o una única persona cubran las necesidades afectivas de quienes más lo necesitan.
- **Recursos sociales:** Tener un núcleo de amistades con el que poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre puede ser muy importante a la hora de combatir el sentimiento de soledad.

La familia y pertenecer a un grupo social que se preocupe por el adulto mayor disminuye y previene el sentimiento de soledad, las actividades recreativas y lúdicas ayudan al adulto mayor a vivir activamente su vejez.

2.3.3.6. Instrumento de medición de soledad en el adulto mayor

El IMSOL-AM o escala de soledad en el adulto mayor fue elaborada por Montero López Lena y Rivera Ledesma en el año 2009 como una adaptación a la escala IMSOL, su objetivo es evaluar la frecuencia de la experiencia de soledad, basa su validez en pruebas de convergencia y de contraste (7).

Este instrumento evalúa la experiencia de soledad en adultos mayores en dos dimensiones: alineación familiar (vinculado con la experiencia solitaria en relación

con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear) e insatisfacción personal (vinculado con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida, lo que provocan sentimientos de desamparo e inseguridad del futuro), está conformado por 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert donde 4 corresponde a “todo el tiempo” y 0 a “nunca, se sumaron los resultados para obtener niveles de soledad (ausencia= 0, moderado= 27 a 53, leve= \leq a 26, alto \geq 54), a mayor puntaje mayor frecuencia de la experiencia de soledad.

2.3.4. Calidad de Vida

Según la Organización Mundial (OMS, 2005), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (30).

La calidad de vida es el grado óptimo de la satisfacción de las necesidades humanas.

2.3.4.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Calidad de vida relacionada con la salud CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional (31).

CVRS incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos

necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte al proceso de toma de decisiones en salud.

2.3.4.2. Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores

La calidad de vida en la vejez esa teniendo un desarrollo importante, las condiciones que integran la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión), las relaciones sociales (mantener contacto con la familia y amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio (tener una vivienda propia y cómoda y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida, y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener oportunidad de aprender cosas nuevas) (32).

La calidad de vida en la vejez incluye factores que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. La CV en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar a mayor calidad de vida menor discapacidad.

2.3.4.3. Instrumento de medición de calidad de vida en el adulto mayor

Escala MGH de Calidad de Vida, elaborada por Álvarez, M; Quintero, G; Bayarre H. (Reyes C., 2002).

Esta escala tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Está conformado por 34 ítems. Las dimensiones que mide este instrumento son la salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida (33).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución Nacional del Ecuador 2008

En la Constitución del Ecuador elaborada en el 2008, establece que el art. 32 el derecho del buen vivir (34):

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Constitución del Ecuador, 2008).

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (35).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*

3. *La jubilación universal.*
4. *Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
5. *Exenciones en el régimen tributario.*
6. *Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.*
7. *El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.*

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (35).

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir

El plan nacional de buen vivir tiene establecido 9 objetivos con políticas y metas establecidas, de los cuales el objetivo 3 es el indicado para salud (36):

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.

2.4.3. Ministerio de Inclusión Económica y Social

El Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable; define tres ejes de política pública (37):

- Inclusión y participación social.
- Protección social.
- Atención y cuidado.

2.5. Marco Ético

2.5.1 Principios éticos generales

Esta investigación se basó de acuerdo con los principios éticos básicos: respeto por las persona, beneficencia y justicia. En forma general estos guían la preparación responsable de una investigación.

El respeto por las personas: incluye dos consideraciones éticas fundamentales (38):

- *Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.*
- *Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.*

La Beneficencia. *Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño) (38).*

La justicia: *Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.*

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables (38).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es:

Descriptivo: porque detalla las características sociodemográficas del objeto de estudio y nos permitirá comprender como es la experiencia del adulto mayor que sufre de soledad, el nivel de soledad que experimenta y si esto influye en su calidad de vida.

Transversal: este trabajo tiene un estudio transversal, que nos facilita describir el sentimiento de soledad en el adulto mayor en un momento determinado

3.2. Diseño de Investigación

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación se ha visto conveniente el diseño de investigación de investigación mixto (cuantitativo-cualitativo):

Cuantitativo: se ha realizado un análisis estadístico de los datos sociodemográficos, el nivel de soledad y el nivel de calidad de vida.

Cualitativo: se ha trabajado y analizado las entrevistas realizadas a los adultos mayores enfocados a comprender como es la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y como este afecta su calidad vida.

No experimental: no se manipula en ningún momento las variables y solo se considera el nivel de soledad y nivel de calidad de vida.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El Asilo San Vicente de Paúl está ubicado en la ciudad de Atuntaqui que pertenece al Cantón Antonio Ante de la Provincia de Imbabura, en la avenida Julio Miguel Aguinaga y Arturo Pérez.

3.4. Población

3.4.1. Universo y Muestra

Está conformado por 33 adultos mayores que residen en el Asilo San Vicente de Paúl, por la limitación de la población, no fue necesario calcular una muestra se trabajó con el 100% de la población.

Se realizó un total de 20 escalas, ya que los 13 adultos mayores no se encontraban en condiciones de salud para participar en la entrevista.

3.4.2. Criterios de inclusión

Se realizará el estudio con los adultos mayores que residen en el Asilo San Vicente de Paúl de la ciudad de Atuntaqui y que acepten participar en la investigación y dan su consentimiento informado.

3.4.3. Criterios de exclusión

Se excluyen a los adultos mayores que no desean participar en la investigación y no dan su consentimiento informado, y aquellos que tienen discapacidad intelectual.

3.5. Métodos y técnicas de recolección de información

3.5.1. Método:

Documental: permite comprender el sentimiento soledad, los factores de riesgo para que un adulto mayor sufra de soledad, y las consecuencias en la calidad de vida del mismo en un periodo de tiempo y espacio determinado.

3.5.2. Técnica:

Entrevista semi estructurada: con esta técnica se busca la información necesaria para la investigación, por medio de la entrevista para identificar las características sociodemográficas del adulto mayor. (Anexo 2) y describir como es la experiencia del adulto mayor que sufre de soledad, se utilizó preguntas abiertas, que ayudó a caracterizar sociodemográfica y describir el sentimiento de soledad en la población en estudio.

3.5.3. Instrumento:

El IMSOL-AM o escala de soledad en el adulto mayor: su autor Montero López Lena y Rivera Ledesma 2009, basada su validez al realizar pruebas de convergencia y de contraste. Esta prueba evalúa la frecuencia de la experiencia de soledad en adultos mayores en dos dimensiones: alineación familiar (vinculado con la experiencia solitaria en relación con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear) e insatisfacción personal (vinculado con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida, lo que provocan sentimientos de desamparo e inseguridad del futuro), está conformado por 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert donde 4 corresponde a “todo el tiempo” y 0 a “nunca, se sumaron los resultados para obtener niveles de soledad (ausencia= 0, moderado= 27 a 53, leve=< a 26, alto =>54). Luego se ingresó los datos para su posterior análisis. (Anexo 3)

Escala MGH de Calidad de Vida: Álvarez, M.; Quintero, G.; Bayarre H. (Reyes C., 2002): Descripción: Escala dirigida a evaluar la calidad de vida de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Está conformado por 34 ítems. Las dimensiones que mide este instrumento son la salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. (Anexo 4)

3.6. Procesamiento de la Información

Luego de la aplicación del instrumento y técnica, se procederá a la tabulación de datos en una base de datos de Microsoft Excel, luego se realiza el cruce de variables en SPSS, y se procede a elaborar tablas que permitan presentar los resultados y facilitar el análisis.

En el análisis del contenido de las transcripciones de las 20 entrevistas se identificaron unidades de significado y categorías. A continuación, se presenta el esquema de cómo se relacionan los temas y categorías relacionadas para comprender como es la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y las consecuencias en su calidad de vida.

La experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad:

1. Familia;

- a. Son viudos y no tienen familia
- b. Son solteros y no tiene hijos
- c. Tiene familia, pero no los ven.

2. Autonomía en las actividades de la vida diaria

- a. Es autónomo.
- b. No son autónomos. Necesita de ayuda parcial o total.

3. Relaciones sociales

- a. No tiene relaciones. Extraña compartir sus días con su hija Ent.5
- b. Tiene pocas relaciones sociales. Me siento solo cuando mis hijos no vienen a visitarme Ent.18
- c. Tiene relaciones sociales habituales. Recibo visitas de mis familiares cada fin de semana Ent.4

4. Descripción de la vejez

- a. Mala. Considero la vejez como una etapa triste y dura, ya que le atribuyo la limitación de las actividades, no estar bien de salud. Ent.1
- b. Buena. Considero a la vejez como la experiencia que la persona gana con el tiempo. Ent.2
- c. Regular. La vejez para mi es una etapa de dependencia, porque uno ya no puede valerse por sí misma. Ent.3

5. Calidad de vida

- a. Buena. Me siento bien conmigo Ent.2
- b. Regular. No es la vida que espera vivir, deseaba compartir mis años de vejez junto a mis hijos Ent. 8

6. Actividades de ocio

- a. No las realiza.
- b. Si las realiza. Sin sentirse sola en esta edad.

3.7. Operacionalización de Variables

Variables independientes: se tomará como variables independientes a los datos de la población en estudio: (Anexo 4)

- Edad
- Sexo
- Etnia
- Estado civil
- Nivel de instrucción académica
- Nivel de soledad
- Nivel de calidad de vida

Variable dependiente: se tomará en cuenta los datos obtenidos de las distintas cuestiones en el estudio (experiencia del sentimiento de soledad). (Anexo 5)

CAPITULO IV

4. Resultados

4.1. Análisis y discusión de los resultados

A continuación, se muestran y comentan los diferentes gráficos que recogen los resultados de los datos sociodemográficos de la muestra analizada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Asilo San Vicente de Paúl

Característica sociodemográfica	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60–69 años	3	15%
	70–79 años	9	45%
	80- 89 años	8	40%
Sexo	Femenino	13	65%
	Masculino	7	35%
Etnia	Mestizo	20	100%
Estado civil	Soltero	8	40%
	Viudo	12	60%
Instrucción Académica	Primaria	15	75%
	Secundaria	5	25%

Con relación a la edad de la población en estudio, se aprecia que las edades entre 70 y 79 años poseen un 45%, las edades que oscilan entre 80 y 89 años un 40% y el grupo de personas entre 60 y 69 años con un 15%, este dato es similar al de Doris Sequeira Daza (2011) los resultados el 50% de la población tenía entre 70 y 79 años, esto permite señalar que la población adulto mayor en su mayoría llega a vivir hasta los 70-79 años (7).

El 65% de la población en estudio son mujeres y el 35% son hombres, se auto identifican con la etnia mestiza, y la mayoría son viudos. El estudio realizado por Torres sobre “La soledad ¿un mal de nuestro tiempo? señala que la soledad no distingue edad, género o etnia (25). En relación al nivel de instrucción el 75% indica tener primaria completa y solo un 25% de ellos completaron la educación secundaria, según la investigación de Cardona y Villamil (2013) concluye que poseer un mayor nivel de estudios es un factor de protección contra la soledad y aumenta la probabilidad de éxito en la vida, que la mujer es más vulnerable a sentir soledad debido a su apego emocional (1).

Tabla 2. Nivel de soledad

Nivel de soledad	Frecuencia	Porcentaje
Alto	2	10%
Moderado	9	45%
Leve	9	45%
Total	20	100%

EL 90% de la población tienen un nivel de soledad entre leve y moderado y el 10% que es un porcentaje significativo tiene un nivel de soledad alto; el resultado es diferente al de Lucia Simbaña (2015) se aprecia que el nivel de soledad predominante es leve 57%, seguido de moderado 35% y alto un 13%, esto permite señalar que los adultos mayores presentan experiencias de soledad (39).

Tabla 3. Nivel de calidad de vida

Nivel de calidad de vida	Frecuencia	%
Buena	14	70%
Regular	6	30%
Total	20	100%

Se observa que el nivel de calidad de vida de los adultos es bueno con un 70% y solo un 30% considera su calidad de vida regular. Este dato es similar al de la investigación diseño mixto sobre la percepción de la soledad en la vejez, en donde la mayoría de los entrevistados tienen una calidad de vida buena, esto se debe a que ellos combaten dicho sentimiento con la realización de actividades lúdicas, actividad que los permite relacionarse, compartir sus emociones y sentirse parte de un grupo (11).

Tabla 4. Relación del nivel de soledad con el nivel de calidad de vida

Nivel de calidad de vida	Nivel de soledad						Total
	Alto		Leve		Moderado		
	N	%	N	%	N	%	
Bueno	2	14%	3	22%	9	64%	14
Regular	0	0%	6	100%	0	0%	6
Total	2	10%	9	45%	9	45%	20

Los adultos mayores que sufren un nivel alto de soledad tienen un nivel bueno de calidad de vida 14% mientras que en los que sufren un nivel de soledad leve su calidad de vida es regular 100%. Esto nos indica que aun teniendo una buena calidad de vida se puede percibir considerables niveles de soledad, como concluye Cristina Andreu en su investigación de diseño mixto sobre la percepción de la soledad en la vejez (11).

Una vez analizadas las entrevistas, valoradas las respuestas personales se puede apreciar que las personas mayores con la llegada de los años se sienten vulnerables con respecto a su futuro, les preocupa cómo van a pasar sus últimos días en compañía de quien, y les gustaría vivir su vejez junto a los suyos, se siente con la incapacidad de no poder realizar sus actividades diarias y de ocio que realizaban años atrás, con un alto deterioro de su salud. Los entristece mucho que los alejen de ellos, que los hagan sentir seres inútiles y que tenga que pasar los últimos años de su vida solos sin alguien que los brinde cariño y se preocupe por ellos. Llegando a experimentar la soledad, para ellos esta es una experiencia de incomodidad, un sentimiento negativo doloroso puesto que se encuentran en un asilo rodeado de personas de su misma edad, personal de salud que vela por cada uno de ellos pero son personas extrañas que con el tiempo como ellos lo dicen se convierten en su única familia puesto que la mayoría de ellos desde que ingresaron fueron abandonados olvidados por sus familiares, son muy pocos los que reciben visitas de sus familiares y no son tan frecuentes como ellos quisieran, pero les hace falta la compañía, el afecto de los suyos, el sentirse queridos por sus familiares, el ser considerado personas útiles, no un mueble viejo que se olvida en el ático de la casa. Experimentar la soledad ocasiona que ellos pierdan el sentido de la vida, el motivo por el cual despertar cada mañana, a muchos de ellos les da igual amanecer con vida el día de mañana creen que ya vivieron lo que tenían que vivir, se han hecho seres rutinarios que viven por vivir, y que de a poco van perdido el interés por la vida, son más vulnerables a padecer enfermedades. Realizan actividades de ocio como pintar, jugar cartas, ver Tv y leer que los hace olvidarse de cómo se siente en verdad y los ayudan a sentirse mejor.

CAPITULO V

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la población son; en su totalidad se consideran de etnia mestiza, en cuanto al sexo existe 13 mujeres y 7 hombres que participaron en la investigación de los cuales más de la mitad tiene estudios primarios completos, 12 de ellos son viudos, y la edad predominante está en el rango de 70-79 años.
- Toda la población que participo en la investigación sufre de soledad, en diferentes niveles; el 10% de ellos sufren un nivel alto de soledad, un 90% un nivel moderado y leve de soledad, ninguno de ellos presenta ausencia de soledad. Se afirma que conforme el adulto mayor envejece es más vulnerable a desarrollar este sentimiento, que llegar a la vejez soltero los hace más vulnerables debido a que no cuenta con un núcleo familiar.
- El sentimiento de soledad es vivido como una experiencia desagradable, un sentimiento negativo, a los adultos mayores les afecta vivir solo alejados de sus familiares disminuye su estado de ánimo, sus ganas de vivir y aumentan sus necesidades de comunicarse, de auto realizarse. Aunque la mayoría de ellos tienen un buen nivel de calidad de vida, esto no significa que no sufran de soledad.
- La guía de actividades lúdicas y recreativas para el adulto mayor disminuye el sentimiento de soledad al enfocarse en mantener activo al adulto mayor realizando actividades que suplan sus necesidades y así no experimenten este sentimiento.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al Programa de Vinculación y la Facultad Ciencias de la Salud en la carrera de Enfermería se incentive a autoridades y estudiantes a trabajar en la realización de actividades lúdicas y recreativas con la población adulto mayor, en especial la del asilo San Vicente de Paúl.
- A la enfermera y trabajadora social del asilo dialogar con el adulto mayor con el objetivo de ayudarlo a expresar sus sentimientos, a mejorar su comunicación, a hacerlo sentirse un ser humano útil y activo.
- Se recomienda al personal que trabaja en el asilo San Vicente de Paúl elaborar un plan de actividades lúdicas en el que se designe una o dos horas diariamente a realizar cierta actividad, para de esta manera contribuir a disminuir la experiencia de soledad en el adulto mayor.
- Socializar la guía de actividades lúdicas y recreativas para el adulto mayor con el personal del asilo para que esta pueda guiar el accionar de sus actividades recreativas en beneficio del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardona Jimenez JL, Villamil Gallego MM, Henao Villa E, Quintero Echeverria A. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina U.P.B. 2013 enero-junio.
2. Martens. HelpAge International. [Online].; 2015 [cited 2017 julio 20. Available from: <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>.
3. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Agosto 1. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
4. Villacis B. INEC. [Online].; 2011 [cited 2017 Abril 6. Available from: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es.
5. Camino Sánchez , Bustamante Edquén. Reaprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor de EsSalud-Huaraz. Revista Peruana Enferm.investig. desarro. 2004;; p. 11-12.
6. Arnold L. Promocion de la Salud en el Adulto Mayor. Enfermeria UNAC. 2010;; p. 1.
7. Sequeira Daza D. La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Revista Scielo. 2011 Noviembre;; p. 308.
8. Ferrari Borba. SOLEDAD EN LA VEJEZ El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Universidad de la República Facultad de Psicología. 2015 Febrero;; p. 24-27.
9. Baiza Molina JS. Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. Universidad Rafael Landivar. 2015 Enero;; p. 66-67.
10. Cardona Jiménez JL, Villamil Gallego MM, Villa EH, Quintero Echeverri. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina UPB. 2012 Junio- septiembre;; p. 17-18.

11. Andreu Serra C. Diseño mixto sobre la percepción en la vejez. Universidad Internacional de Catalunya. 2015 Mayo;; p. 1.
12. Marín Monroy C, Castro Molineros. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. Revista Nacional de Investigación- Memorias. 2011;; p. 123.
13. Morales VH. LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE QUITO ESTUDIO DE LA SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA. INEC. 2008 Octubre.
14. Guillen Llera F, Ruiperez Cantera I. Manual de Geriatria. Tercera ed. Barcelona España: Grafiques 92, S.A.; 2003.
15. Arce Coronado IA, Ayala Guitierrez A. Fisiología del Envejecimiento. Revista de Actualización Clínica Investigación. 2012 Marzo ; 17 (2304-3768).
16. Landinez Parra MNS, Contreras Valencia DK, Castro Villamil DA. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012 Oct-dic; 38(4).
17. Melgar Cuellar F, Penny Montenegro E. Geriatria y Gerontología para el médico internista. 1st ed. Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera; 2012.
18. Hernández Martín C. Universidad de Valladolid. [Online].; 2015 [cited 2017 10 11. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>.
19. Rofriguez Martín M. La soledad en el anciano. Rincon Científico. 2011 Abril.
20. Rodriguez Cabrera DA, Collazo Ramos DM, Álvarez Vazquez DL, Calero MJ, Castañeda Abascal DI, Gálvez González DAM. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(3).
21. Hernández N A. Enfermería ante el envejecimiento. [Online].; 2015 [cited 2017 septiembre 20. Available from: http://www.aniorte-nic.net/trabaj_enfermer_envejec.htm.
22. Vicente Lopez M. Envejecimiento Activo. 1st ed. IMSERSO , editor. Madrid: Estugraf Impresores; 2011.

23. Diez Nicolas J, Morenos Paez M. La soledad en España. Analisis Sociologicos economicos y politicos S.A. 2015.
24. Bail Pupko DV. Crisis, soledad y apego. Practica Profesional 632 Familia y enfermedad cronica. 2014.
25. Torres Ferman IA, Beltran Guzman FJ, Saldivar Gonzalez H, Lin Ochoa , Barrientos Gomez DC, Monje Reyna. La soledad ¿Un mal de nuestro tiempo? Revista Electronica Medicina Salud y Sociedad. 2012 septiembre- diciembre; 3(1).
26. Sanchez Rodriguez MM. Determinantes sociales de la soledad en las personas amayores españolas: Dar y recibir apoyo en el proceso de envejecer. Universidad de Salamanca. 2011;; p. 89.
27. Palacios Echeverria AJ. ElPais.cr. [Online].; 2016 [cited 2017 Septiembre 13. Available from: <http://www.elpais.cr/2016/03/30/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>.
28. Ferrari Borba. SOLEDAD EN LA VEJEZ El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Revista Scielo. 2015 Febrero;; p. 24-27.
29. Caviedes Langle EA. Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. Revista Cientifica Alas Peruanas. 2015; 3(1).
30. Campos T F, Leon A D, Rojas G M. Guia Calidad de Vida en la Vejez. Pontificia Universidad Catolica de Chile. 2011 Agosto.
31. Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychologia. Avances de la disciplina. 2012 enero-junio; 6(1).
32. Hernandez Huayta J, Chavez Meneses S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016; 33(4).
33. Aranibar Munita P. Calidad de vida y vejez. Gerontologia Social. 2012.
34. Ecuador, Asamble Nacional del. Constitución del Ecuador. [Online]. Montecristi; 2011 [cited 2016 Mayo 20. Available from: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.

35. Mendoza Orquera, DNC. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. MSP. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. 2011.
36. Secretaria Nacional de Planificacion y Desarrollo. Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 08. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir>.
37. Soliz Carrión D, Cadena Minotta L, Nina Pereda A. Ministerio de Inclusion Economica y Social. Servicios y Programas. [Online].; 2014 [cited 2017 septiembre 20. Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>.
38. Rodríguez E, Ferrer M, Bota , Glukman M, Vivanco H, Misseroni. A. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra: Dr. James Gallagher y del Sr. Sev Fluss, de CIOMS.; 2002.
39. Simbaña Guallichico F. Condicion afectiva en adultos mayores de mas de 60 años pertenecientes al grupo salud y vida. del Centro de Salud El Blanqueado, entre diciembre del 2015 y marzo del 2016. UPS- QT. 2016 Septiembre.
40. Villanueva , Dario. Real Academia Española, Diccionario de la lengua española. 23rd ed. Madrid- España; 2014.
41. Girondella Mora L. ContraPeso.info En defensa de la libertad y el sentido comun. [Online].; 2012 [cited 2017 septiembre 17. Available from: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>.
42. Lamus Canavate D. Raza y etnia, sexo y genero: El significado de la diferencia y el poder. Reflexion Politica. 2012 marzo; 14(27).
43. Alvear R, Icaza M. Entre estado de naturaleza y estado civil: Sociologia de Post-catastrofes. Revista de Ciencias Sociales. 2011;(27).
44. Torres Fermán IA, Beltrán Guzmán J, Saldívar González AH, Lin Ochoa D, Barrientos Gómez MDC, Monje Reina D. La soledad ¿un mal de nuestro tiempo? Revista Electronica Medicina, Salud y Sociedad. 2012 septiembre- diciembre; 3

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Fecha DD/MM/A: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Técnica del Norte, y la investigadora entendiendo la problemática que el sentimiento de soledad provoca en la vida del adulto mayor en el Asilo San Vicente de Paúl, ha decidido realizar un proyecto de investigación que aporte a resolver la problemática.

En este sentido se ha propuesto realizar un proyecto *titulado “La soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante, 2017”* cuyo objetivo principal es: *“Identificar el sentimiento de soledad y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante, 2017”*

Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los adultos mayores que viven en este asilo por medio de entrevistas individuales.

La UTN y la investigadora aseguran la confidencialidad de los datos proporcionados, los cuales no serán divulgados y podrán ser utilizados únicamente por la investigadora a fin de definir y caracterizar la problemática.

Su participación es voluntaria por lo cual, usted podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Una vez finalizada la investigación, las conclusiones y recomendaciones serán difundidas en la comunidad para su uso y beneficio.

Por medio del presente documento de constancia que conozco el objetivo del proyecto de investigación, así como mi forma de participar.

Por lo expuesto, yo _____ con CI _____ accedo de forma voluntaria a participar en la investigación y tengo claro que puedo retirarme en cualquier momento si así lo considero conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

Firma del participante

Firma del evaluador

Anexo 2. Entrevista



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE, 2017”

ENTREVISTA

Nombre:

Fecha de la entrevista:

La entrevista que se presenta a continuación constituye una guía para recopilar información necesaria acerca de cómo es la vivencia del adulto mayor que sufre de soledad y las consecuencias en su calidad de vida.

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Cuál es su estado civil?
3. ¿Cómo se auto identifica?
4. ¿Cuál es su nivel de estudios?
5. ¿Cómo llego a esta casa asistencial?
6. ¿Cómo es su salud? Su estado de salud le permite realizar por sí mismo actividades cotidianas de su vida (bañarse, alimentarse, caminar, ejercitarse.)
7. ¿Cómo es su alimentación?
8. ¿Cómo es su descanso? Duerme bien, o le cuesta conciliar el sueño. Algo le preocupa o lo tiene inquieto que no lo deja descansar.
9. ¿Cómo es o era su familia, algún familiar vecino o amigo lo visita?
10. ¿Qué es la vejez para usted?
11. ¿Usted se siente solo, porque, como enfrenta este sentimiento?
12. Según la Organización Mundial (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura

y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Dicho en otras palabras la calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. ¿Cómo considera su calidad de vida?

13. ¿Cuáles son sus actividades de ocio, cual le gusta realizar y cuantas horas la realiza?

Anexo 3. Inventario Multifacético de soledad. ISMOL-AM



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA
CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN
ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE, 2017”**

**INVENTARIO MULTIFACETICO DE SOLEDAD. ISMOL-AM (Montero y
Rivera- Ledesma, 2009).**

Encontrará una serie de preguntas que describen diversos sentimientos. Indique con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ellos la clave que encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

	Todo el tiempo	La mayor parte	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. ¿Siente que solo cuenta consigo mismo (a)?	4	3	2	1	0
2. ¿Se siente rechazado (a)?	4	3	2	1	0
3. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su	4	3	2	1	0
4. ¿Se siente aislado (a)?	4	3	2	1	0

5. ¿Se siente incomprendido (a) en su	4	3	2	1	0
6. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	4	3	2	1	0
7. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la	4	3	2	1	0
8. ¿Se siente encerrado (a) en si mismo	4	3	2	1	0
9. ¿Se siente solo (a)?	4	3	2	1	0
10. ¿Se siente apartado (a) de su familia?	4	3	2	1	0
11. ¿Se siente abandonado (a)?	4	3	2	1	0
12. ¿Siente su vida vacía?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente que su familia	4	3	2	1	0
14. ¿Se siente insatisfecho (a) con	4	3	2	1	0
15. ¿Siente que su familia desapueba su manera de	4	3	2	1	0
16. ¿Siente que su vida carece de propósito?	4	3	2	1	0
17. ¿Se siente desamparado (a)?	4	3	2	1	0

18. ¿Siente que la soledad es su única	4	3	2	1	0
19. ¿Siente que su vida está llena de conflictos y	4	3	2	1	0
20. ¿Se siente triste?	4	3	2	1	0

Puntaje total: _____

Anexo 4. Escala M.G.H. Calidad de vida



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU INCIDENCIA EN LA
CALIDAD DE VIDA, EN EL ASILO SAN VICENTE DE PAÚL EN
ATUNTAQUI- ANTONIO ANTE, 2017”**

**ESCALA M.G.H. CALIDAD DE VIDA. Lic. Miriam Álvarez Pérez, Prof. Gema
Quintero Danauy, Héctor Bayarre Vea. (Registrada en Cuba en la Oficina
Nacional de Patentes)**

Indique con qué frecuencia experimenta estos sentimientos empleando las claves que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que lo que importa es lo que usted sienta.

	Casi Siempre	A Menudo	Algunas Veces	Casi Nunca
1.- Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicio físico, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).	4	3	2	1
2.- Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.	4	3	2	1
3.- Mi familia me quiere y respeta.	4	3	2	1
4.- Mi estado de ánimo es favorable.	4	3	2	1

5.- Me siento confiado y seguro frente al futuro.	4	3	2	1
6.- Con la jubilación mi vida perdió sentido.	1	2	3	4
7.- Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)	4	3	2	1
8.- Puedo leer libros, revistas o periódicos.	4	3	2	1
9.- Soy importante para mi familia.	4	3	2	1
10.-Me siento solo y desamparado en la vida.	1	2	3	4
11.-Mi vida es aburrida y monótona.	1	2	3	4
12.- Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.	1	2	3	4
13.-Puedo aprender cosas nuevas.	4	3	2	1
14.-Puedo usar el transporte público.	4	3	2	1
15.-Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.	4	3	2	1
16.-Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.	4	3	2	1
17.-He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	4	3	2	1
18.-Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.	4	3	2	1

19.-Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.	4	3	2	1
20.-Estoy nervioso o inquieto.	1	2	3	4
21.-Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).	4	3	2	1
22.-Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.	4	3	2	1
23.-Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	4	3	2	1
24.-Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	4	3	2	1
25.-Soy feliz con la familia que he constituido.	4	3	2	1
26.-Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos)	4	3	2	1
27.-Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.	4	3	2	1
28.-He pensado quitarme la vida.	1	2	3	4
29.-Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	4	3	2	1
30.-Considero que todavía puedo ser una persona útil.	4	3	2	1

31.-Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	4	3	2	1
32.-Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.	4	3	2	1
33.-Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	4	3	2	1
34.-Soy feliz con la vida que llevo.	4	3	2	1

Puntaje total: _____

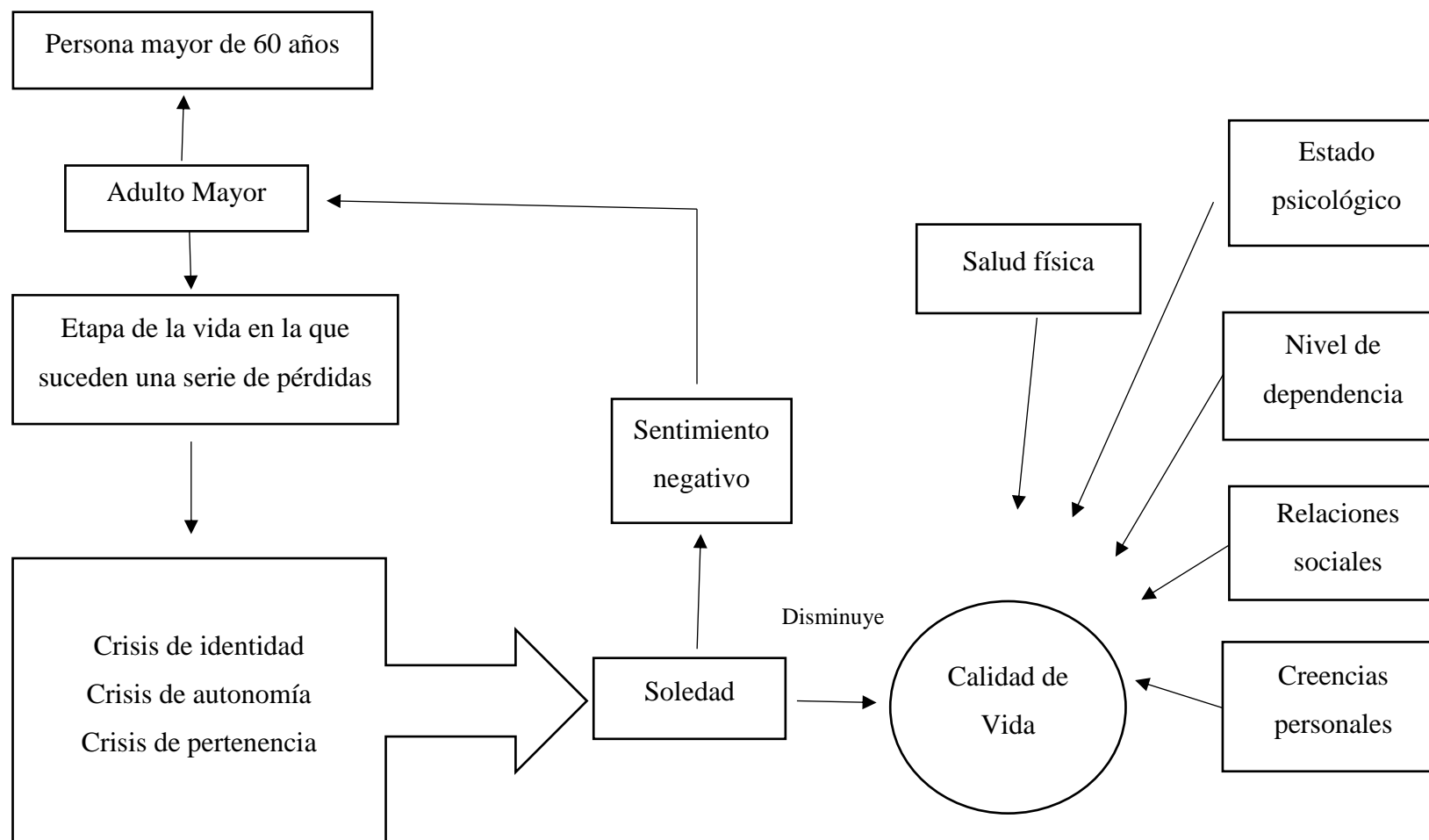
Anexo 4. Variables Independientes

Objetivo: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. (40)	Grupo etario	Población según grupo de edad	<ul style="list-style-type: none"> • 60 – 69 años • 70 – 79 años • 80 – 89 años
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. (41)	Características sexuales	Población según el sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural. (42)	Auto identificación étnica	Población según la etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Mestizo • Afro ecuatoriano
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. (43)	Establecido por el registro civil	Población según el estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Unión libre
Instrucción académica	Los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional.	Nivel de estudio	Población según los años aprobados o asistidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior

Objetivo: Determinar el nivel de soledad y el nivel de calidad de vida del adulto mayor				
Soledad	Sentimiento que va acompañado de una serie de emociones negativas o positivas que pueden afectar la salud física y/o emocional de las personas. (44)	El IMSOL-AM o escala de soledad en el adulto mayor	Población según el nivel de soledad	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia • Moderado • Leve • Alto
Calidad de vida	Condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. (31)	Escala M.G.H CALIDAD DE VIDA	Población según el nivel de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad de vida • Regular calidad de vida • Mala calidad de vida

Anexo 5. Variable dependiente

Objetivo Comprender la experiencia del adulto mayor que vive el sentimiento de soledad y las consecuencias en su vida.



Anexo 6. Guía



**GUÍA DE ACTIVIDADES
LÚDICAS Y RECREATIVAS
DEL ADULTO MAYOR**



Elaborado por: Alejandra Remache L.

LONELINESS IN THE ELDERLY AND ITS INCIDENCE IN THE QUALITY OF LIFE, AT THE "SAN VICENTE DE PAÚL" SENIOR HOME IN ATUNTAQUI-ANTONIO ANTE IN THE PERIOD 2016-2017

Author: Remache Limaico Alejandra Margarita

Tutor: Lic. Geovanna Altamirano Zabala

Email: remachealejandra@hotmail.com

ABSTRACT

Loneliness in the elderly is an experience that involves the deficit of social relationships, is subjective in nature because it depends on the expectations and perceptions of each older adult. This study aims to identify the feeling of loneliness and its incidence in the quality of life of the elderly. To achieve this purpose, a descriptive, cross-sectional study was carried out on the population of 20 elderly adults living in this institution. For data collection, the IMSOL-AM scales or the loneliness scale were applied in the elderly, the MGH scale of quality of life as also semi-structured interviews. It was concluded that all the population that participated in the research suffer from loneliness, at different levels; 10% of them suffer a high level of solitude and 90% a moderate and mild level of loneliness, none of them presents absence of solitude, which indicates that as the older adult reaches a greater age he is more vulnerable to suffer of loneliness, the old adults describe this feeling with an unpleasant experience that bothers them, diminishing their desire to live, making them vulnerable to suffer diseases. Older adults who suffer a high level of solitude have a good level of quality of life 14% which indicates that even with a good quality of life considerable levels of loneliness can be perceived. The older adult experiences loneliness as a negative painful inner feeling that directly affects their basic human needs.

Key Words: loneliness, quality of life, elderly.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Remache Limaico".