



# **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – FILIAL ICA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**"NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV  
ETAPA DEL DISTRITO DE SUBTANJALLA – ICA"**

**TESIS**

**PARA ÓPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

**ZEVALLOS CANALES, CLAUDIA CRISTINA**

**ICA - PERÚ**

**2017**

### **DEDICATORIA:**

Mis padres por ser el eje fundamental en mi educación, por sus consejos, sus valores, su apoyo incondicional perfectamente mantenido a través del tiempo y la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien en mi formación académica.

### **AGRADECIMIENTO:**

Dios, por haberme permitido culminar esta etapa de mi vida, guiándome por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no rendirme ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Mi familia, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos.

## RESUMEN

En el mundo la prevalencia del sentimiento de soledad en el adulto mayor arroja datos amplios, que van desde el 5% reportado en Dinamarca hasta el 36% en Grecia. En Chile se realizó un estudio sobre los predictores de soledad en el cual explicaron que el 52% se relaciona a la soledad. En Perú, el 56% de los pacientes tienen un nivel de autoestima alta positiva referido a las dimensiones cognitivas, afectivas y ética. Objetivo. Determinar la relación entre soledad social y autoestima en los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017. Material y métodos. Es observacional. Pues no se manipuló las variables. Diseño transversal. Porque todas las mediciones se realizaron en una sola ocasión y no hubo un seguimiento en el tiempo. Prospectivo. Porque se registró la información a medida que ocurrieron los hechos. Analítica. Pues la investigación tiene dos variables. Sobre 158 adultos mayores, a quienes se les aplicó dos cuestionarios, una de percepción de soledad y la segunda de nivel de autoestima. Resultados. El 37.3% (59) de los adultos mayores encuestados presentó percepción de su soledad como nivel alto, el 38.6% (61) percibió como nivel medio y el 24.1% (38) percibió como nivel bajo. El 38.6% (61) de los adultos encuestados presentó una autoestima de nivel alto, el 36.1% (57) presentó nivel medio y el 25.3% (40) presentó nivel bajo. Existe correlación de 66.8% lo que corresponde a una buena correlación, con valores significativos pues el valor de  $p$  es menor de 0.05 (0.000). Conclusión. Existe correlación significativa entre percepción de soledad con autoestima en el adulto mayor.

**Palabras clave: Nivel soledad social, autoestima, adulto mayor**

## **ABSTRACT**

In the world, the prevalence of the feeling of loneliness in the older adult reveals broad data, ranging from 5% reported in Denmark to 36% in Greece. In Chile, a study was carried out on the predictors of loneliness in which they explained that 52% is related to loneliness. In Peru, 56% of patients have a high positive self-esteem level related to cognitive, affective and ethical dimensions. Objective. To determine the relationship between social loneliness and self-esteem in older adults of the La Angostura housing complex IV stage, Subtanjalla district Ica, April 2017. Material and methods. It is observational. Because the variables were not manipulated. Cross-sectional design. Because all measurements were performed on a single occasion and there was no follow-up over time. Prospective. Because the information was recorded as the facts occur. Analytical. Well, research has two variables. About 158 older adults, who were given two questionnaires, one of perception of loneliness and the second of self-esteem. Results. 37.3% (59) of the adults older surveyed presented perception of their loneliness as a high level, 38.6% (61) perceived as an average level and 24.1% (38) perceived as a low level. 38.6% (61) of the adults surveyed presented a high level of self-esteem, 36.1% (57) had an average level and 25.3% (40) presented a low level. There is a correlation of 66.8%, which corresponds to a good correlation, with significant values because the value of p is less than 0.05 (0.000). Conclusion. There is a significant correlation between the perception of loneliness and self-esteem in the elderly.

**Key words: social loneliness level, self-esteem, older adult**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema principal	3
1.2.2. Problemas secundarios	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.4.1. Objetivo general	3
1.4.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio e importancia de la investigación	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	5
2.2. Bases teóricas	9
2.3. Definición de términos	23
2.4. Hipótesis	25
2.4.1. Hipótesis de la investigación	25
2.5. Variables	25
2.5.1 Variable independiente	25
2.5.2. Variable dependiente	25
2.5.3. Operacionalización de las variables	26

<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	28
3.1. Diseño de la Investigación	28
3.1.1. Tipo de investigación	28
3.1.2. Nivel de investigación	28
3.1.3. Método	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	29
3.3. Población y Muestra de la Investigación	29
3.3.1 Población	29
3.3.2. Muestra	29
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	30
3.4.1. Técnicas	30
3.4.2. Instrumentos	30
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	31
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	31
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	32
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	42
<b>ANEXOS</b>	46
- Matriz de consistencia	47
- Modelo de Instrumento	48
<b>FOTOGRAFIAS</b>	61

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1	ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DEL DISTRITO DE SUBTANJALLA - ICA ENERO 2017. SEGÚN SEXO	33
2	ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DEL DISTRITO DE SUBTANJALLA - ICA ENERO 2017. SEGÚN GRUPO ETÁREO	34
3	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA ENERO 2017	35
4	NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA ENERO 2017	36
5	NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA ENERO 2017	37



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1	ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA SUBTANJALLA. SEGÚN SEXO	33
2	ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA SUBTANJALLA. SEGÚN GRUPO ETÁREO	34
3	NIVEL DE PRECEPCIÓN DE SOLEDAD SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES	35
4	NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS ADULTOS MAYORES	36
5	CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE PERCEPCIÓN DE SOLEDAD Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES	37

## INTRODUCCIÓN

La vejez, como ciclo ineludible de la condición humana, presenta múltiples cambios que dificultan su comprensión y hacen necesario que todas las áreas del conocimiento aporten sus saberes para profundizar en este campo.

Biológicamente en el adulto mayor se debilitan la vista, el oído, las articulaciones, se dan cambios en la piel y hay una predisposición más alta a enfermedades. De otro lado, se dan tres crisis asociadas al envejecimiento: de identidad, de autonomía y de pertenencia. La primera, es producto de las pérdidas acumulativas que deterioran la autoestima y aumentan la diferencia entre el yo ideal y el yo real. La segunda se da especialmente por el deterioro físico propio de la vejez, que le impide al adulto mayor desenvolverse como antes en actividades normales de la vida diaria. La tercera se experimenta por la pérdida de roles, la exclusión a grupos de su vida profesional y la pérdida de capacidades físicas que influyen en el vínculo social.

La soledad es producida por diferentes causas en las personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros y diferentes ritmos de vida con las generaciones más jóvenes.

En nuestro país, un factor de gran relevancia es que una alta proporción de adultos mayores, no cuentan con ingresos económicos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas. La pérdida del lugar social que antes ocupaba el adulto mayor puede llevar a que se aisle y, por ende, tenga un estado anímico desfavorable.

La investigación enfoca la problemática sobre la base de una estructura recomendada por la Universidad Alas Peruanas filial Ica en cinco capítulos detallados en las páginas siguientes.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, en el mundo la prevalencia del sentimiento de soledad en el adulto mayor arroja datos amplios, que van desde el 5% reportado en Dinamarca hasta el 36% en Grecia. <sup>1</sup>

En Gran Bretaña, la prevalencia de soledad severa en adultos mayores fue del 7%, mientras que en Finlandia, el 34% sufre de soledad a veces y, a menudo o siempre, el 5%. En Estados Unidos, uno de cada cinco adultos mayores presenta soledad. (19.3%) <sup>2</sup>

En Chile se realizó un estudio sobre los predictores de soledad en el cual explicaron que el 52% se relaciona a la soledad. Las variables que se asociaron con la soledad en este estudio fueron la presencia de enfermedades crónicas, la edad, el tipo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud y del ánimo y el apoyo social, mientras que las que no aportaron información significativa fueron la auto-eficacia, el sexo, la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios.<sup>3</sup>

En Perú, una investigación realizada en Lima, revela que el 56% de los pacientes tienen un nivel de autoestima alta positiva referido a las dimensiones cognitivas, afectivas y ética y 44% con autoestima baja

positiva, autoestima alta negativa y autoestima baja negativa, que está dado por alteraciones en las dimensiones física y social. En cuanto al nivel de autoestima en la dimensión física, el 67% presentan autoestima baja positiva y 33% una autoestima alta positiva. Respecto a la dimensión cognoscitiva 55% tienen autoestima alta positiva y 45% autoestima baja positiva. Acerca de la dimensión afectiva, 71% tienen autoestima alta positiva y 29% autoestima baja positiva. En relación a la dimensión social, 57% tienen autoestima baja positiva y 43% autoestima alta positiva. Sobre la dimensión ética, 81% tiene autoestima alta positiva y 19% autoestima baja positiva y autoestima alta negativa. <sup>4</sup>

En Trujillo, los resultados de una investigación cualitativa dan a conocer categorías que emergieron del estudio como ajuste témporo–espacial en la vida familiar, percepción de soledad, percepción de fuerza/ vitalidad, articulando pasado, presente y futuro, modulando la socialización familiar–social, reafirmando el compromiso familiar – social y reaprendiendo el amor a la vida. <sup>5</sup>

Una sociedad cambiante cuyos aspectos sociales, económicos y culturales generan un estilo de vida caracterizado por el establecimiento de relaciones interpersonales, cada vez más restringidas que propician el aislamiento social.

Así la soledad se presenta como uno de los estados psicológicos, que involucra un sentimiento de estar desconectado del mundo que nos rodea, y en especial de las relaciones con los demás, asociándose a este sentimiento el aislamiento social, la falta de redes sociales, y la marginación, pero la verdadera soledad se relaciona al sentirse solo, triste y nostálgico, sentimiento que surge aunque se esté físicamente rodeado de personas.

En las vivencias diarias del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa se puede observar que los adultos mayores en su mayoría no salen del hogar, pocas veces están fuera de su hogar, están tristes, cabizbajos al parecer se aíslan de su círculo de amistades, motivo por el cual se realiza la investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Existe relación entre soledad social y autoestima en los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

**Problema específico 1:** ¿Cuál es el nivel de soledad en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017?

**Problema específico 2** ¿Cuál es el nivel de autoestima en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017?

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre soledad social y autoestima en los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017

### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE1:** Evaluar el nivel de soledad en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017

**OE2:** Medir el nivel de autoestima en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017

#### **1.4. Justificación del estudio e Importancia de la Investigación.**

La soledad es un concepto que poco se discute en la sociedad actual debido a la renuencia de las personas a admitirla pues supone una vergüenza admitir que se está o ha estado sola (o) a pesar de que es una de las principales fuentes de sufrimiento para el ser humano y uno de principales temores que manifiestan las personas mayores junto con el morir solo, por lo que la intervención de enfermería debería dirigirse a su disminución y prevención.

Se justifica la investigación porque se proporcionará los datos obtenidos respecto al nivel de soledad social y autoestima de los adultos mayores del Conjunto Habitacional Fonavi la Angostura 4ta etapa porque servirá como guía de información sobre la realidad de los aspectos afectados en las variables de estudio de tal manera que les permita planificar, elaborar e implementar estrategias para la intervención oportuna en la población afectada.

La investigación también contribuirá a mejorar las futuras intervenciones en la atención al adulto mayor por parte del profesional de enfermería; además de ser de gran utilidad para concientizar a los familiares sobre la importancia de favorecer un nivel de estima adecuada y apoyo social activo.

La relevancia para el profesional de enfermería, es que a través de las herramientas metodológicas, pueda contribuir con la finalidad de crear programas de atención de Enfermería, lo cual permitirá mejorar las prestaciones de salud que se dan día a día a este grupo poblacional.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Se encontró poca colaboración de los adultos mayores y de los familiares para el desarrollo de la investigación la que fue abordada a través de una persuasión cuidadosa por el autor.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **INTERNACIONALES**

Baiza Molina J. (2015) "Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. La Antigua Guatemala". Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios elaborados por el investigador, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos. Se seleccionó una muestra de 30 adultos mayores, 15 hombres y 15 mujeres, a los que se aplicaron de forma individual ambos cuestionarios. Luego de analizar los resultados se concluyó, 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, por lo que se recomienda al hogar crear programas que integren herramientas, psicológicas, religiosas y sociales que permitan fortalecer cada una de las conductas de afrontamiento evaluadas en la investigación. <sup>6</sup>

Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri A. (2013) "El sentimiento de soledad en adultos mayores. Medellín Colombia". Realizado en personas de 55 y más años que asisten a los grupos de la

tercera edad del municipio de Medellín para un total de 1.169 encuestados. Para la recolección de la información se aplicó el instrumento escala ESTE de medición de la soledad, validado para Colombia. Resultados: se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad. Conclusiones. Las variables de edad, estado civil, grado de escolaridad, estrato y número de personas con las que se convive, están asociadas con la soledad en el adulto mayor. <sup>7</sup>

Vivaldi F, Barra E. (2012) “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Chile”. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos. <sup>8</sup>

## **NACIONALES**

Cabrera M. (2012) “Relación que existe entre el nivel de autoestima y el nivel de auto cuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis Trujillo”. La población estuvo conformada por 90 pacientes, de la cual se extrajo una muestra representativa de 32 pacientes para el estudio; los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron: La Escala de Cirilo Vargas Toro, modificada por la autora para medir el nivel de autoestima y el cuestionario para la valoración del nivel de autocuidado del paciente en tratamiento de hemodiálisis elaborado por la autora. Para el análisis de



los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística chi cuadrado de independencia de criterios ( $X^2$ ) en el programa SPSS versión 16. Los resultados encontraron que el 84% de los pacientes tienen nivel de autoestima positiva, y el 16% nivel de autoestima negativa; el 66% de los pacientes tienen un nivel bueno de autocuidado, y el 34% tiene un nivel de autocuidado malo; En conclusión: al realizar la prueba estadística de independencia de criterio chi-cuadrado, se encontró que si existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis (valor  $p < 0.05$ ).<sup>9</sup>

Castro Chávez, L. (2014). Capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014. Objetivo de determinar la relación que existe entre la capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014. El enfoque fue cuantitativo, de nivel relacional, de tipo observacional; prospectivo, transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 96 adultos mayores; como instrumentos se utilizó, para la variable de capacidad funcional a la Escala de Lawton y Brody con una validez del coeficiente de Pearson de 0,85 y una confiabilidad con alpha de Crombach de 0,81 (fuerte confiabilidad); para la variable de autoestima se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith (versión para adultos) cuya confiabilidad 0,81 mediante alpha de Crombach. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrado con un nivel de significancia  $\alpha$ : 0.05 (95% confiabilidad y un 5% de margen de error). Los resultados evidencian que del 100% (96) adultos mayores con capacidad funcional grave el 14,6% (14) presentó un nivel de autoestima alta; con capacidad funcional leve el 34,4% (33) presentó autoestima alta; con capacidad funcional moderada el 24% (23) tuvo autoestima alta; con capacidad funcional autónoma el 15,6% (15) tuvo autoestima alta, en donde se obtuvo un valor de Ji cuadrado de 4,971; con 6 grados de libertad, con una probabilidad 0,548; según dimensiones: de capacidad funcional del 100% (96) adultos mayores el 38,5% (37) evidenció capacidad funcional

leve; de autoestima del 100% (96) adultos mayores el 88,5% (85) tuvo autoestima alta. En conclusión, no existe relación estadística entre ambas variables, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula. <sup>10</sup>

## **LOCAL**

Sotelo Sayritupac S. (2016). Nivel de depresión en adultos mayores del distrito de los Aquijes 2016. Objetivo: Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de los Aquijes de Ica en el 2016. Material y métodos: Estudio Observacional, descriptiva, transversal, prospectiva. Se empleó el Cuestionario, la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Escala de Yesavage, en su versión original de 30 ítems, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos). Conclusiones: 68.3% de los adultos mayores del distrito de los Aquijes tienen depresión, siendo el 46.0% de nivel leve moderado y 22.3% de nivel severo. La depresión es más prevalente en el sexo masculino que en el femenino; 38.9% de adultos femeninos sin depresión y 22.2% de adultos mayores masculino sin depresión. Los adultos mayores con grado de instrucción superior tienen más frecuencia de personas con depresión 86.7%. Los adultos mayores con discapacidad o sin discapacidad no presentan diferencias marcadas en la frecuencia de depresión; 30.8% de adultos sin depresión en el grupo de discapacitados y 32% de adultos sin depresión en los no discapacitados. Los adultos mayores sin co-morbilidades son más frecuentes a no tener depresión 45.2% frente a los que tienen co-morbilidad donde solo hay 25% de adultos sin depresión. Los adultos mayores de 80 años son el grupo que más frecuente no tienen depresión 38.5%, en los de 70 a 79 años el 26.3% no tienen depresión y de 60 a 69 años el 27.8% no tienen depresión. Los adultos mayores con conyugues vivos son más frecuentes a no tener depresión 45.7%, frente a los que sus conyugues fallecieron donde solo hay 23.8% de adultos sin depresión.<sup>11</sup>

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### A. SOLEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la soledad como un sentimiento profundo de estar desconectado del mundo que nos rodea, en especial de los vínculos con los demás. Las personas que experimentan soledad describen una sensación de falta de pertenencia, de aislamiento y de falta de identificación con los demás. En definitiva, la soledad es el sentir que no forma parte de nada ni de nadie. Este concepto ha ido evolucionando, y actualmente se dice que el límite que existe entre la fase adulta y la vejez, establecen una relación con la edad fisiológica. Con frecuencia, en todas las sociedades, el límite de edad establecido se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales, necesarias para mantener la autonomía e independencia.<sup>12</sup>

Karnick expone que la soledad es un hecho real, el hombre piensa, vive física, psicológica y espiritualmente por él y para él. La soledad es fundamental para la condición del ser humano y se refiere a la libertad personal, la elección, la intencionalidad y responsabilidad que este maneje.<sup>13</sup>

#### **Tipos de soledad**

Existen muchos tipos de soledad, algunas personas viven en compañía de amigos, familiares, vecinos pero se sienten solos, incomprendidos, sin tener a alguien en quien confiar su vida, mientras otros viven encerrados en varias actividades sin tiempo para experimentar la soledad en que se encuentran. El ser humano es capaz de establecer alianzas con sus parecidos, pero también es capaz de vivir la experiencia de la soledad, de entrar en relación con el propio yo y enfrentarse a sí mismo.

❖ **Soledad de tipo existencial:** Se relaciona con el significado de la vida, se reconoce como objeto de amor delante de Dios y de los demás, es un conocimiento de sí en el amor, una de las principales características es ser abierta, atenta, y fuente de alegría, aunque se pasen horas de dolor o angustia no se impone ni se hace sentir como tal, conoce los verdaderos sufrimientos del amor del que ama sin esperar nada a cambio.

- ❖ **Soledad social:** En este tipo de soledad la persona no se siente parte de un grupo social. Cuando la capacidad para relacionarnos con los demás es deficiente aumenta la posibilidad de quedarse solo ya que las relaciones que se mantienen son menos entusiastas y empáticas. Otro aspecto de este tipo de soledad es que la persona se siente incapaz de entablar algún tipo de conversación y de establecer confianza con quienes la rodean, tiene miedo de que le hagan algo o la rechacen, crea una barrera a su alrededor, se encierra en sí mismo y vive el vacío que él mismo ha creado y que justifica con excusas como: “no me entienden, la gente sólo quiere hacerme daño, la gente me busca por interés.
- ❖ **Soledad positiva:** Esta ocurre cuando se reservan ciertos tiempos de soledad para entrar en relación consigo mismo, para vivir el propio ser con calma, con serenidad, conforme al propio ritmo. El estar solo por algún momento le permite a la persona reflexionar, valorarse, fortalecer el espíritu, renovar la energía y el entusiasmo para valorar todo lo que pasa por su mente y en su vida.<sup>14</sup>
- ❖ **Soledad crónica:** Se origina a través de la interacción del factor biológico de la persona y las situaciones de la vida que están fuera del propio control, es decir que el individuo se siente incapaz de establecer relaciones sociales por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven. Este tipo de soledad como “soledad terminal” esto se debe a que cuando se depende en relación y apoyo de los demás y esta ayuda no es satisfactoria o no se tiene, afecta a muchas personas mayores al final de sus vidas, ya que se da un aumento en la dependencia física y emocional.
- ❖ **Soledad situacional:** Esta soledad se manifiesta cuando suceden eventos estresantes, por ejemplo una separación o pérdida de una relación, cuando uno de los miembros de la familia fallece, son sucesos breves, agudos y dolorosos, son eventos que se consideran de remisión rápida.
- ❖ **Soledad transitoria:** Es considerada una de las más comunes, ya que se asocia con la aparición de breves sentimientos de soledad. La duración

de la soledad se relaciona con el nivel de educación, del estatus marital, la historia del divorcio parental y de la utilización de las estrategias para solucionarla. Un ejemplo de este tipo de soledad es, al volver después del trabajo a una casa vacía, durante un fin de semana o en fiestas especiales.<sup>15</sup>

## **CUESTIONARIO DE SOLEDAD SOCIAL ESTE II**

Es un instrumento confiable por Ramona Rubio Herrera y las investigadoras Mercedes Pinel y Laura Rubio, validado de la primera escala de medición de la soledad social, desde el Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento de la Universidad de Granada (UGR), único departamento de este tipo en toda España.

Denominada Escala de Soledad Social Este II, este instrumento permitirá a los expertos analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías, entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales.

Esta nueva escala está compuesta por 15 ítems (temas) con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Los encuestados deben responder a cuestiones relacionadas con su percepción de apoyo social a partir de preguntas como “¿Tiene usted a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?” o “¿Se siente usted solo?”; con el uso de las nuevas tecnologías, (“¿Utiliza usted el móvil, el ordenador o Internet?”) y sobre el índice de participación social subjetiva (“¿Le resulta fácil hacer amigos?”).<sup>16</sup>

## **DIMENSIONES DE LA SOLEDAD SOCIAL**

- **Percepción de apoyo social:** La soledad tiene relación con aspectos muy particulares de las relaciones y del apoyo social, concretamente con aquellos que son más subjetivos, emocionales, relacionales, globales y profundos. La

soledad no es simplemente la falta de relaciones sociales (o de apoyo social), sino que se trata de una experiencia que sobreviene a la persona cuando ésta percibe la ausencia de un tipo muy específico de relación, estrechamente vinculado a la persona, o fuente que hace posible esa relación o suministra el apoyo social. <sup>17</sup>

En muchos estudios se evidencia la relevancia que tiene el apoyo social para la salud en general de las personas, con aspectos como conexiones sociales, soledad, red de apoyo, vínculos familiares, nivel de ingresos, estrategias de socialización y relación parental entre otros, dan cuenta de ello. <sup>18</sup>

Se entiende por apoyo social “la ayuda, consejo, bienestar e información que uno recibe de su red social, incluyendo la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos. <sup>19</sup>

En el apoyo social, se resalta su carácter multidimensional, se encuentran al menos tres tipos: a) emocional, que hace referencia a la expresión por parte de los demás de gestos o conductas de cariño y estima; b) informativo, se refiere a consejo y guía; e c) instrumental, se trata de recibir de los demás bienes tangibles y asistencia en determinadas tareas que lo precisen. <sup>20</sup>

Algunos autores han considerado el apoyo social percibido, como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad. <sup>21</sup>

Y puede ser conceptualizado desde una dimensión estructural (tamaño de la red social) o desde una dimensión funcional (multifactorial). Este implica la confianza en que el apoyo social está disponible si se necesita. <sup>22</sup>

• **Uso de nuevas tecnologías:** Definida como el ajuste a los nuevos sistemas tecnológicos que rodean actualmente al individuo.

Una de las posibilidades más significativas que las nuevas tecnologías juegan para las personas mayores, es la ayuda que les puedan prestar para superar uno de los mayores miedos que tienen estas personas: la soledad; tanto individual como en lo que respecta al aislamiento de sus familiares. De esta forma se aumenta la interacción en el ciberespacio, facilitándose con ello su autonomía personal y social.

Desde esta perspectiva, las nuevas tecnologías, y sobre todo Internet, pueden propiciar la creación de un entorno de comunicación, que facilite el desarrollo de las relaciones interpersonales y el contacto con su entorno, independientemente de la capacidad de movilidad del individuo o de la situación espaciotemporal donde se encuentre. Esta perspectiva sin lugar a dudas va a repercutir en abrir una nueva forma de comunicación para este colectivo de personas.

- **Índice de participación social subjetiva:** Son actividades, en concreto aquellas tareas relacionadas con la participación con otros mayores.<sup>23</sup>

### **Intervención de enfermería en la prevención de la soledad social**

El funcionamiento social es un factor clave para el desarrollo de los pacientes en la comunidad. Razones que hacen a la valoración punto fundamental tanto para las intervenciones a realizar como para el propio pronóstico de los adultos mayores.

Se debe:

- Promover la capacidad de expresar sentimientos y emociones.
- Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos.
- Promover interacciones con connotación positiva.

#### **Instrumentales**

- Organizar programa de recuperación de relaciones, que incluirá:
- Personas de mayor afinidad.
- Formas o temas de interés común.
- Técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción.
- Limitar la temática de corte negativo o triste.
- Favorecer en la interacción la expresión adecuada del trastorno, para permitir la ayuda de otros.

#### **De apoyo**

- Estimular y acompañar en las primeras interacciones.

- Proporcionar apoyo en las carencias.
- Si hay una cantidad insuficiente de contactos sociales o familiares, planificar conjuntamente la forma de aumentarlos de manera progresiva. Marcar objetivos realistas para las nuevas interacciones sociales.
- Adecuar el entorno para minimizar las barreras físicas que dificultan o impiden las relaciones sociales e identificar formas alternativas a la presencia física, como las llamadas telefónicas o los contactos por carta; valorar la posibilidad de utilizar los servicios de voluntariado social.
- Si hay dependencia del alcohol o drogas ilegales, aconsejar la consulta con el profesional de salud mental.
- Si está ingresado en un centro de cuidados, favorecer la participación en actos colectivos como comer en el comedor, ir a la sala de estar a ver la televisión, participar en juegos de mesa, etc., y flexibilizar al máximo el horario de visitas.
- Ayudar a identificar situaciones que faciliten las relaciones con personas de todos los grupos de edad.
- Animar a la persona a cambiar de entorno, por ejemplo, salir al cine o ir al teatro.
- Si hay barreras para la comunicación, determinar la forma de eliminarlas o minimizarlas: uso de un audífono, aprender el idioma dominante, establecer un sistema alternativo a la comunicación hablada (escritura, signos, dibujos, etc.).
- Discutir los beneficios de la asistencia a terapias de grupo o grupos de ayuda mutua.
- Si el deterioro de la interacción social se debe a padecer una enfermedad con un importante rechazo social (sida, tuberculosis), determinar a qué personas o grupos de soporte puede acudir: voluntarios sociales o religiosos, familiares allegados, etc.
- Identificar a los grupos de la comunidad que puedan servir de apoyo o ayudar a la persona a integrarse: como centros para jubilados, centros de día para los ancianos, participación en asociaciones o grupos de ayuda mutua.



- Pactar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer, así como la forma de incluirlas en su vida diaria.
- Fomentar las actividades de enriquecimiento personal como leer, aprender idiomas, hacer trabajos manuales; desaconsejar el permanecer demasiado tiempo pasivo, por ejemplo, viendo la televisión.
- Ayudar a la persona a identificar elementos positivos que faciliten la aceptación de sí mismo.
- Usar el rol-playing para practicar la mejora de las habilidades y técnicas de comunicación.
- Discutir la posibilidad de unirse a un grupo de voluntariado social como medio para ayudar a otras personas y para aumentar la cantidad y calidad de los contactos sociales.<sup>24</sup>

## **B. AUTOESTIMA**

La autoestima podría definirse como el aprecio y valoración que una persona tiene de sí misma y es un aspecto muy importante en todo ser humano.

La autoestima nos marca como personas y nos ayuda a definir nuestra personalidad.

La autoestima que se tiene influirá en casi todo lo que uno hace, como por ejemplo; influirá en la toma de decisiones, podrá modificar acciones, aspiraciones, gustos y muchas otras cuestiones que forman el ser, la felicidad y la vida de una persona.

Es el amor que cada persona tiene de sí mismo.

### **Importancia de la autoestima:**

La gran importancia de la autoestima puede sintetizarse en los siguientes criterios:

- Construye un núcleo de la personalidad, la fuerza del hombre es la tendencia de llegar a ser él mismo. La fuerza impulsora para el efecto es la voluntad inexorable de la persona de captarse a sí misma. El dinamismo básico del hombre es la autorrealización.

- Determina autonomía personal, un objetivo personal de la educación es la formación de personas autónomas, seguras de sí mismas.
- Posibilita la relación social saludable, el respeto y aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con las demás personas. Se puede estimar a otros reconociendo sus valores e infundirles un autoconcepto afirmativo.
- Fundamenta la responsabilidad.

### **Tipos de autoestima**

**Autoestima alta.** También llamada autoestima positiva, es el nivel deseable para que una persona logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva.

**Autoestima media.** Esta autoestima media o relativa supone cierta inestabilidad en la percepción de una misma. Si bien en algunos momentos la persona con autoestima media se siente capaz y valiosa, esa percepción puede cambiar al lado opuesto, a sentirse totalmente inútil debido a factores variados, pero especialmente a la opinión de los demás.

**Autoestima baja.** Ineptitud, incapacidad, inseguridad y fracaso son los términos que acompañan a una persona con autoestima baja. Se trata de un estado de autoestima que debemos evitar en nuestro camino hacia la felicidad.

Los problemas de autoestima se observan en todos los ámbitos de la vida, desde las relaciones sociales, hasta la vida sentimental, pasando por el ámbito laboral. Una autoestima baja puede llevarnos a un menor rendimiento en el trabajo, a una inseguridad personal que genere trastornos emocionales o a mantener relaciones de pareja, dependientes y autodestructivas. <sup>25</sup>

Se sabe que la autoestima depende de la valoración que hacemos de nosotros mismos, es decir, del conjunto de juicios valorativos que hacemos de nuestras

características y que éstos generan una profecía de autocumplimiento (somos lo que pensamos). Ahora bien, lo que pensamos de nosotros puede ser muy diferente de lo que realmente somos. De manera que si no somos capaces de ver con claridad nuestro interior y aceptar nuestra realidad, nuestros miedos y nuestras dudas, haremos una valoración equivocada, estaremos obstaculizando el aumento de la autoestima y quedaremos estancados en el sufrimiento. Una autoestima saludable supone enfrentarse a la vida con confianza más que con ansiedad y con dudas. Por ello, para construir una autoestima saludable debemos enfrentarnos a nuestros sentimientos y emociones de forma sincera.

Pero también es cierto que nuestra valoración está a su vez condicionada por cómo nos perciben y evalúan las personas significativas para nosotros: padres, familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. De manera que las relaciones interpersonales, es decir, las maneras concretas de interactuar con el mundo, influyen en el concepto y valoración que una persona tiene de sí misma, el cual también refleja las características, expectativas y evaluaciones que los otros nos dan. No obstante, aunque el trato que nos dispensan los demás es importante para la autoestima, lo que realmente la nutre y la mantiene en las personas adultas es sentirse bien consigo mismas, ante los retos y los desafíos que se nos presentan, en las elecciones que hacemos y en las acciones que emprendemos.

Para fines prácticos en la valoración de la variable Autoestima, según los investigadores antes mencionados, se agrupó las descripciones en dos clasificaciones para medir el Nivel de Autoestima:

**El nivel de autoestima negativa**, hace referencia a las personas que se subestiman, en extremadamente vulnerables a la crítica, escuchan una voz interior negativa que los ataca y juzga con el máximo rigor, lo confronta con los demás con saldo negativo, le exige niveles de perfección imposibles de alcanzar, le contabiliza los fracasos olvidándose de los éxitos y de los logros, le impone un argumento de vida y lo censura si lo transgrede, le exige ser el mejor y si no lo logra lo acusa de fracasado, débil y le hace creer que es cierto,

a veces usa recuerdos del pasado con imágenes y los encadena por asociación.

**El nivel de autoestima positiva**, es la aceptación personal de cada persona consciente de sus virtudes, defectos, errores y aciertos, etc. Capaz de afrontar cualquier situación adversa presentada. Se caracteriza por ser más preparados estamos para afrontar las adversidades, tener más posibilidades de ser creativos en el trabajo, tener más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, tratar a los demás con más respeto y sentirse más contento y tener más ganas de vivir.

La persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean mantenerse en buen estado de salud dentro de los límites permitidos por la enfermedad crónica que lo aqueja; por lo tanto estas personas evitan o se abstienen ante situaciones perjudiciales de salud que puedan ser de alto riesgo y complicar su tratamiento.<sup>26</sup>

Todo trastorno o enfermedad, como el caso de la enfermedad renal crónica debe considerarse como un fenómeno simultáneamente biológico, psicológico y social. Partiendo desde esta perspectiva, toda enfermedad física puede ser abordada con tratamiento psicológico y médico, y presupone un abordaje multidisciplinario, mejores posibilidades de recuperación y adaptación a la enfermedad tienen los pacientes con autoestima positiva, la cual los ayuda afrontar las situaciones adversas que involucra muchas veces los diversos tratamientos que se le aplique.<sup>27</sup>

### **Escala de autoestima de Rosemberg**

La Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR) ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc.

Rosemberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio

a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etáreo. Su aplicación es simple y rápida.<sup>28</sup>

Se utilizó la Escala de autoestima de Rosemberg, la cual consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tienen la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente y 5 negativamente

### **Interpretación:**

De los Items 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los Items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De **30 a 40** puntos: Se considera autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

De **26 a 29 puntos**: Se considera una autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorarla.

Menos de **25 puntos**: Se considera una autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

### **Propiedades psicométricas:**

La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,86.

Es una escala autoaplicada donde los participantes marcan con una " X" las alternativas que más lo identifican.<sup>29</sup>

## **INTERVENCIONES GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES.**

### **Ayudar a levantar la autoestima**

- No hacer juicios negativos, generar empatía.
- Reconocer las propias reacciones ante la situación.
- Proporcionar elogios veraces.
- Favorecer las relaciones con los demás.
- Desviar la atención hacia el mundo exterior.
- Transmitir la sensación de que no está solo (psicoterapia de grupo).
- Buscar personas con las que pueda relacionarse.

- Establecer límites informando de las normas.
- Ser firme y constante en los métodos.
- Para las personas que controlan poco los impulsos, proporcionar programas diarios.

### **Ayudar a identificar y contactar con los sistemas de apoyo**

Informar a la familia y otros allegados.

- Enumerar las ayudas.
- Fomentar un aumento de la actividad social.

### **Ayudar al paciente a adquirir métodos de afrontamiento positivos.**

- Fomentar la expresión apropiada de la ira y la hostilidad.
- Establecer límites a las meditaciones referentes al suicidio o los intentos previos.
- Ayudar a reconocer los factores desencadenantes: ¿Qué sucedió antes de que empezara a tener esos pensamientos?
- Facilitar el análisis de los factores vitales de estrés y los mecanismos de afrontamiento del pasado.
- Buscar conductas alternativas.
- Prever los factores de estrés futuros y ayudar a planificar las alternativas.
- Usar técnicas apropiadas de modificación de la conducta para personas que no cumplen el tratamiento o que se resisten a él.
- Ayudar a identificar los patrones de pensamiento negativos y hacer que la persona practique la modificación de estos patrones.
- Involucrar al paciente en la planificación de los objetivos terapéuticos y en la evaluación del proceso.

### **Iniciar la educación sanitaria y la facilitación de recursos cuando esté indicado:**

Proporcionar una educación que prepare a la persona para enfrentarse a los factores de estrés vitales (relajación, técnicas de resolución de problemas, cómo expresar los sentimientos de forma constructiva).

- Derivar para psicoterapia de grupo.
- Derivar para psicoterapia familiar, especialmente cuando está implicado un niño o un adolescente.
- Instruir al resto de familiares acerca de cómo reconocer un aumento del riesgo: cambio de conducta, comunicación verbal y no verbal, huida, signos de depresión.
- Proporcionar el número de un servicio permanente de atención urgente por teléfono.<sup>30</sup>

### **Teorías de Enfermería que se relaciona con la investigación:**

#### **DOROTHEA OREM:**

Orem nos dice que la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El eje fundamental de la enfermería, es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

En base a lo planteado el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de

los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. <sup>31</sup>

### **Teoría de las Relaciones interpersonales: HILDEGARDE PEPLAU**

La tarea de comunicarnos ha existido desde siempre. Como seres humanos que interactuamos con nuestro entorno, emitimos continuamente mensajes- verbales o no verbales-, al mundo que nos rodea. Desde Enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos. Para ello, debemos de adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico (bio- psico- social) tales como empatizar o una escucha activa basada en el respeto. En definitiva, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación en la que, lo que esté en detrimento no sea el ámbito físico o social del individuo, sino el psicológico.

La comunicación es un pilar fundamental en el desempeño del rol del profesional de Enfermería, como administrador de cuidados, condicionando



esta comunicación, tanto verbal como no verbal, la calidad de nuestras relaciones.

Considerando a la persona como un ser holístico (bio- psico- social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención no solo técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, sino debemos centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, que va más allá de una simple respuesta a la cotidianidad, brindando un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a nuestro receptor de una forma integral. Un apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, hasta un simple apretón de manos, una mirada o un abrazo, convirtiendo esta relación en una dimensión más del cuidado y, todo ello justificado en la gran necesidad de la persona demandante de cuidados de sentirse acogido, escuchado y comprendido. <sup>32</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Soledad:** Es definida como un sentimiento profundo de estar desconectado del mundo que nos rodea, en especial de los vínculos con los demás.
- **Soledad social:** En este tipo de soledad la persona no se siente parte de un grupo social. La persona tiene miedo de establecer confianza con quienes la rodean, tiene miedo de que le hagan algo o rechacen, crea una barrera a su alrededor, se encierra en sí mismo y vive el vacío que él mismo ha creado y que justifica con excusas.
- **Adulto mayor:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual d 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.

- **Autoestima:** Es el aprecio y valoración que una persona tiene de sí misma y es un aspecto muy importante en todo ser humano.
  
- **Familia:** Grupo de personas formado por una pareja (normalmente unida por lazos legales o religiosos), que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen.
  
- **Sociedad:** Conjunto de personas que se relacionan entre sí, de acuerdo a unas determinadas reglas de organización jurídicas y consuetudinarias, y que comparten una misma cultura o civilización en un espacio o un tiempo determinados.
  
- **Tecnología:** Es el conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados, que permiten diseñar y crear bienes, servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y la satisfacción de las necesidades esenciales y los deseos de la humanidad.
  
- **Sentimiento:** Estado de ánimo o disposición emocional hacia una cosa, un hecho o una persona.

## **2.4. Hipótesis de la investigación**

### **2.4.1. Hipótesis General**

Existe relación entre soledad social y autoestima de los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1. Variable independiente**

Soledad social

### **2.5.2. Variable dependiente**

Nivel de Autoestima

### 2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEP.	DEF. OPERAC.	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>V. Independiente</b>  <b>SOLEDAD SOCIAL</b>	Es definida como la ausencia de una red de relaciones sociales que incluya al sujeto y de la que se sienta parte (sentimiento de pertenencia) para compartir intereses y afinidades.	Es la disposición que tiene el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura, para relacionarse con los demás, el cual será medido con un cuestionario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Percepción de apoyo social</li>   <li>•Uso de nuevas tecnologías</li>   <li>•Índice de participación social subjetiva</li> </ul>	Nivel de soledad alto.  Nivel de soledad medio.  Nivel de soledad bajo.

VARIABLE	DEF. CONCEP.	DEF. OPERAC.	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>V. Dependiente</b></p> <p><b>NIVEL DE AUTOESTIMA</b></p>	<p>Es definida como el aprecio y valoración que uno tiene de sí mismo y es un aspecto muy importante en todo ser humano. La autoestima nos marca como personas y nos ayuda a definir nuestra personalidad.</p>	<p>Es el atributo valorativo que tienen los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla, a través de una encuesta.</p>	<p>Escala de Rosemberg</p>	<p>Alta Media Baja.</p>

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

**Es observacional:** Pues no se manipuló las variables.

**Diseño transversal:** Porque todas las mediciones se realizaron en una sola ocasión y no hubo un seguimiento en el tiempo.

**Prospectivo:** Porque se registraron la información a medida que ocurren los hechos.

**Analítica:** Pues la investigación tiene dos variables

##### **3.1.2. Nivel de investigación**

El nivel de la presente investigación es relacional.

##### **3.1.3. Método**

**Inductivo – Deductivo.**

La combinación de estos métodos permitió hacer un análisis y síntesis precisa de la variable de estudio en relación a los contenidos.

### 3.2. Descripción del ámbito de estudio.

La ejecución se llevó a cabo en el Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa Subtanjalla distrito de provincia de Ica.

### 3.3. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

#### 3.3.1. Población

Según datos del Centro de Salud de la jurisdicción, se tiene asignado 269 adultos mayores.

#### 3.3.2. Muestra

La muestra estará constituida por 158 adultos mayores.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n	:	X
N	:	269
Z	:	1.96
p	:	0.5
q	:	0.5
d	:	0.05

$$n = \frac{269(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(268)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{258.347}{0.67 + 0.9604}$$

$$n = \frac{258.347}{1.6304} = 158.45 = \mathbf{158 \text{ adultos mayores}}$$

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### 3.4.1. TÉCNICAS

La técnica que se utilizó es la encuesta con el instrumento para la variable Nivel de soledad social, la Escala Este II de soledad social.

Para la variable Autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosemberg para adultos (EAR) que tiene una confiabilidad sobre 0,86.

#### 3.4.2. INSTRUMENTOS

**El instrumento de la variable Nivel de soledad social** consta de 15 Items, con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el adulto mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Se han diferenciado tres niveles de Soledad Social en función de la puntuación obtenida: bajo, medio y alto

Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

**El instrumento de Rosemberg para medir la Autoestima en adultos**, consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tienen la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente y 5 negativamente.

De los Items 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los Items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.



De 30 a 40 puntos: Se considera autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 25 a 29 puntos: Se considera una autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Se considera una autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

### **3.5. Validez y confiabilidad del instrumento**

Los instrumentos se encuentran validados.

### **3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos**

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS v23 a donde se pasaron los datos del cuestionario a fin de determinar el estado de soledad y autoestima de los encuestados. Los resultados se presentan en Excel.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

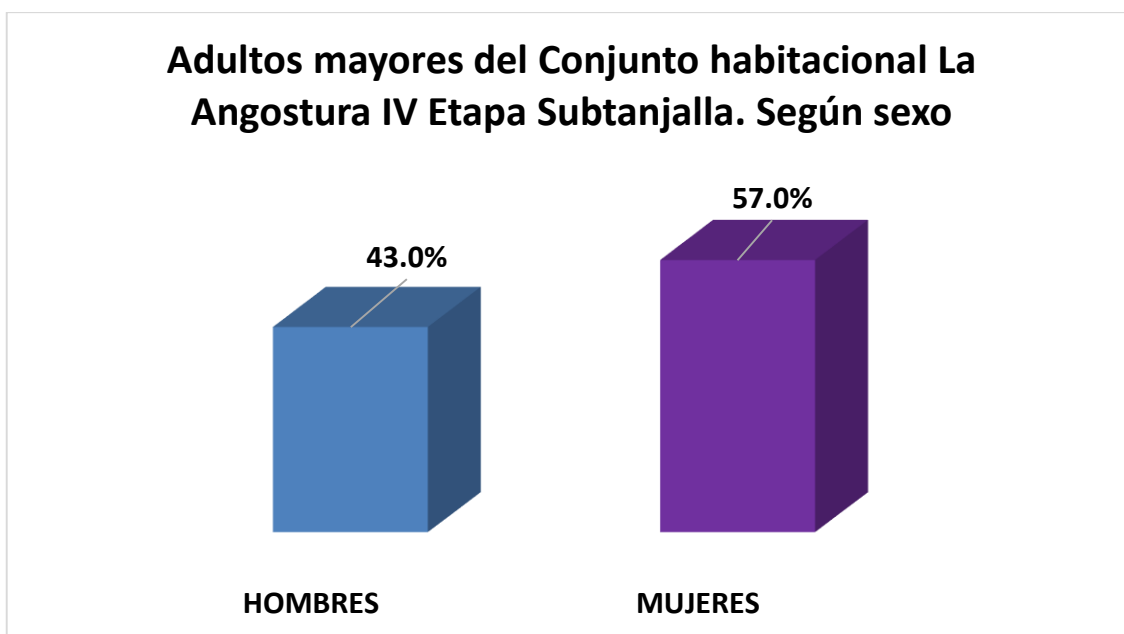
**TABLA N° 01**  
**ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA**  
**IV ETAPA DEL DISTRITO DE SUBTANJALLA – ICA,**  
**ENERO 2017. SEGÚN SEXO**

SEXO	Frecuencia	porcentaje
HOMBRES	68	43.0%
MUJERES	90	57.0%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta

La tabla muestra que la distribución según sexo de los pacientes adultos mayores del Conjunto habitacional La Angostura es 43% (68), de sexo masculino y 57% (90), de sexo femenino

**GRÁFICO N° 01**



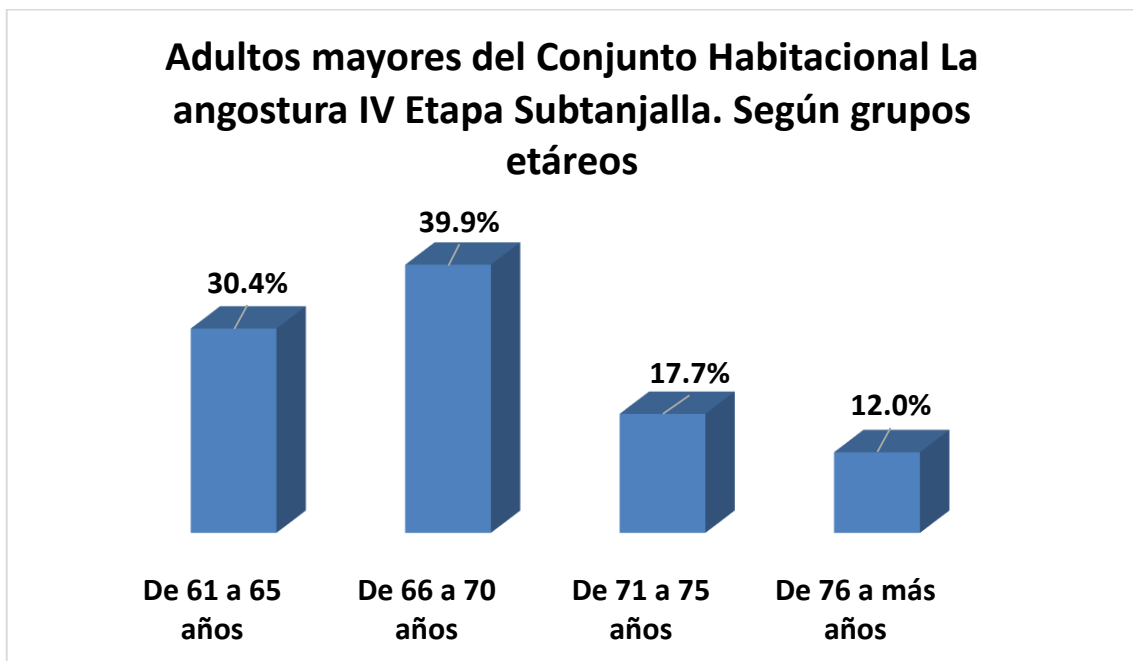
**TABLA N° 02**  
**ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA**  
**IV ETAPA DEL DISTRITO DE SUBTANJALLA – ICA,**  
**ENERO 2017. SEGÚN GRUPO ETÁREO**

EDAD	Frecuencia	porcentaje
De 61 a 65 años	48	30.4%
De 66 a 70 años	63	39.9%
De 71 a 75 años	28	17.7%
De 76 a más años	19	12.0%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta

En la tabla se observa que el 30.4% (48), de los pacientes son de entre 61 a 65 años, el 39.9% (63), entre 66 a 70 años, el 17.7% (28), entre 71 a 75 años y el 12% (19), son de 76 a más años.

**GRÁFICO N° 02**



**TABLA N° 03**

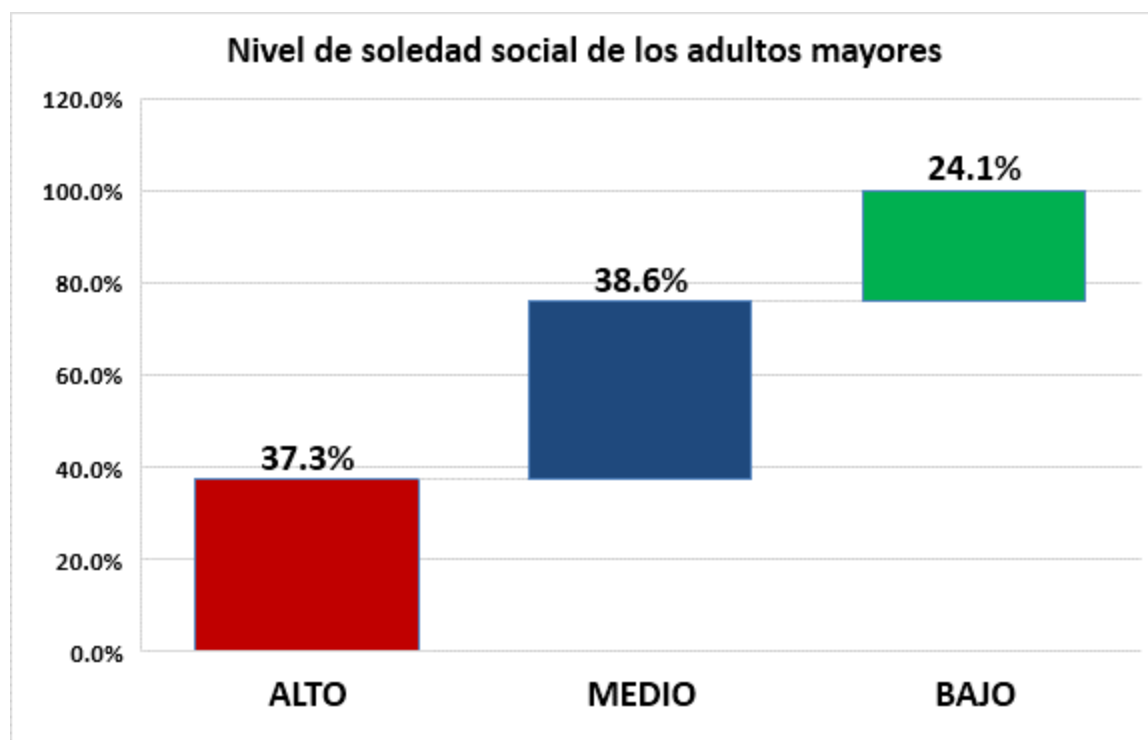
**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL  
CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV  
ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA  
ENERO 2017**

Nivel de soledad	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	59	37.3%
MEDIO	61	38.6%
BAJO	38	24.1%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta

El 37.3% (59) de los adultos encuestados presentó una percepción de su soledad como nivel alto, el 38.6% (61) percibió como nivel medio y el 24.1% (38) percibió como nivel bajo.

**GRÁFICO N° 03**



**TABLA N° 04**

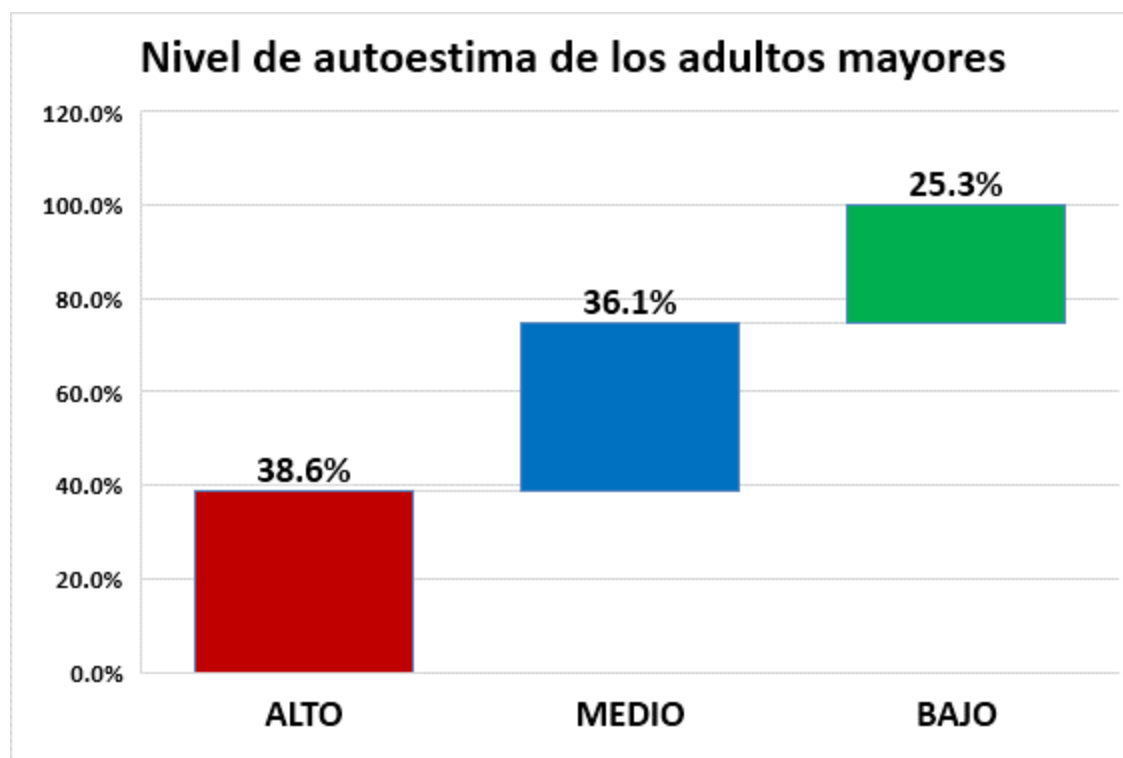
**NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA ENERO 2017**

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	61	38.6%
MEDIO	57	36.1%
BAJO	40	25.3%
Total	158	100.0%

Fuente: Encuesta

El 38.6% (61) de los adultos encuestados presentó una autoestima de nivel alto, el 36.1% (57) presentó nivel medio y el 25.3% (40) presentó nivel bajo.

**GRÁFICO N° 04**



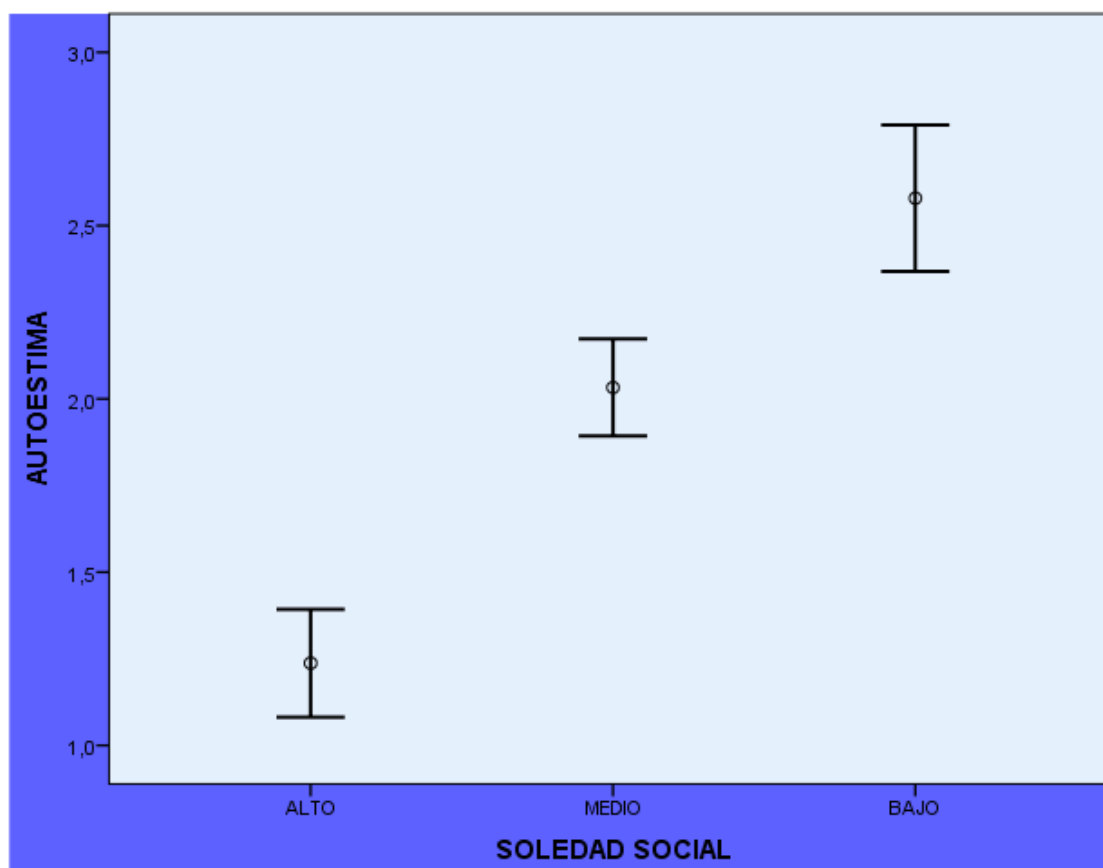
**TABLA N° 05**

**NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL CONJUNTO HABITACIONAL LA ANGOSTURA IV  
ETAPA DISTRITO DE SUBTANJALLA, ICA  
ENERO 2017**

		AUTOESTIMA
SOLEDAD SOCIAL	Correlación de Pearson	0.668
	Significancia	0.000
	N	158

La tabla muestra una correlación de 66.8% lo que corresponde a una buena correlación, con valores significativos pues el valor de p es menor de 0.05 (0.000)

**GRÁFICO N° 05: CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES**



## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La investigación se abocó a buscar relación entre la percepción de soledad social en los adultos mayores con la autoestima de los mismo, previamente observamos que la muestra estaba constituida por 43% (68), de sexo masculino y 57% (90), de sexo femenino, mostrada en la tabla N° 01. Así mismo según grupo etáreo estaba constituida por 30.4% (48), de los pacientes son de entre 61 a 65 años, el 39.9% (63), entre 66 a 70 años, el 17.7% (28), entre 71 a 75 años y el 12% (19), son de 76 a más años, mostrada en la tabla N° 02. Seguidamente se inició conociendo la primera variable que fue el nivel de soledad percibida por el adulto mayor habitante del Conjunto habitacional La Angostura IV Etapa del Distrito de Subtanjalla, encontrándose como muestra la tabla N° 03 que 37.3% lo percibe como alto el nivel de soledad, es decir son los adultos que se siente solos intensamente, esta variable fue medida en base a tres dimensiones que abarcan la percepción social, uso de nuevas tecnologías y la participación social subjetiva. Lo que demuestra que los adultos mayores perciben poco apoyo familiar y de los amigos perdiendo su autonomía y empoderamiento y muchas veces se sienten poco queridos, tristes y con poca preocupación de los demás hacia ellos, así mismo usan muy poco nuevas tecnologías como internet, teléfonos u otros artefactos electrónicos, además el índice de participación en reuniones sociales es bajo, reflejándose todo ello en los resultados mostrados. Sin embargo, se encontró 38.6% de adultos que perciben su soledad como media o moderada, que son los ancianos que tienen posibilidad de participar en las reuniones de la sociedad y de la familia no sintiéndose grandemente relegados, y el 24.1% de los encuestados que es el menor porcentaje son aquellos adultos mayores que perciben su soledad como baja, es decir que su soledad es poco manifiesta y llevan una vida con mejor participación y autónoma contando aún con empoderamiento y apoyo familiar. Al respecto Baiza Molina J.<sup>6</sup> en Guatemala recomienda Apoyo Religioso creando hogares con programas que integren herramientas, psicológicas, religiosas y sociales que permitan fortalecer cada una de las conductas de



afrentamiento de los adultos mayores frente a la soledad. Y Cardona Jiménez J.<sup>7</sup> en Colombia encuentra asociación entre sentimientos de soledad con algunas variables como estado civil, grado de instrucción y edad. Y Vivaldi F, Barra E.<sup>8</sup> demuestra que la pareja estable es un estímulo para un mejor bienestar.

Seguidamente se analizó la variable autoestima y como se muestra en la tabla N° 04 se encontró que el 25.3% de los adultos tiene un nivel de autoestima bajo lo que lleva a la depresión, el 36.1% considera que su autoestima es moderada o media y el 38.6% manifiesta a través de la encuesta que su autoestima es alto que son aquellos cuya vida es mejor llevada.

Finalmente en la tabla N° 05 se demuestra la correlación entre ambas variables, es decir nivel de soledad con nivel de autoestima, encontrándose que a mayor percepción de soledad menor nivel de autoestima es decir es una correlación negativa, con valores de significancia que son menores a los propuestos por el autor < de 0.05 por lo que se demuestra que a mayor nivel de percepción de soledad menor autoestima y a menor percepción de soledad mayor nivel de autoestima, con un 66.8% de correlación. Ello se debería a que la soledad conlleva a una depresión, muy frecuente en los adultos mayores, muchos de ellos son intolerantes a esta condición, y ésta condición afectaría la autoestima sintiéndose que van perdiendo empoderación e importancia en la sociedad y dentro de su núcleo familiar; y esta relación se da en el 66.8%, siendo un porcentaje apreciable que debería ser tomado en cuenta, debido a que la percepción de soledad tiene alta repercusión en la autoestima del adulto. Al respecto Cabrera M.<sup>9</sup> en Trujillo encuentra que si existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de autocuidado. Sin embargo, Castro Chávez, L.<sup>10</sup>, en Chachapoyas encontró que los adultos mayores con capacidad funcional alterada no existen asociación con la autoestima, lo que se debería a que la muestra de este estudio es insuficiente. Pero Sotelo Sayritupac S.<sup>11</sup>, en Los Aquijes de Ica encuentra que a mayor edad mayor depresión en los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

1. El 37.3% (59) de los adultos encuestados presentó una percepción de su soledad como nivel alto, el 38.6% (61) percibió como nivel medio y el 24.1% (38) percibió como nivel bajo.
2. El 38.6% (61) de los adultos encuestados presentó una autoestima de nivel alto, el 36.1% (57) presentó nivel medio y el 25.3% (40) presentó nivel bajo.
3. La tabla de correlación entre nivel de percepción de soledad social y nivel de autoestima en adultos mayores, muestra que existe una correlación de 0.668% lo que corresponde a una buena correlación, con valores significativos pues el valor de p es menor de 0.05 (0.000)

## RECOMENDACIONES

1. Realizar visitas domiciliarias con la finalidad de socializar la problemática del adulto mayor con los familiares y la participación del adulto mayor a fin de que se pueda encontrar rutas que puedan hacer que el adulto mayor perciba menos la soledad, la que podría ser promoviendo estilos de vida saludables de diversión con el apoyo de la tecnología o con la participación en diversiones conjuntamente con los familiares.
2. Mejorar la autoestima tratando que el adulto mayor tenga mejor empoderamiento en su entorno familiar y en la sociedad, a través de participación en reuniones y adquisición de responsabilidades según las capacidades del adulto mayor, de tal modo que el adulto se sienta importante en la familia y en la sociedad.
3. Adecuar el entorno para minimizar las barreras físicas que dificulten o impidan las relaciones sociales e identificar formas alternativas a la presencia física. Identificar a los grupos de comunidad que puedan servir de apoyo o ayuda a las personas a integrarse, como centros para jubilados, centros de día para los adultos mayores y la participación en asociaciones o grupos de ayuda.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Thomas H. Haciéndole frente al estrés de la vejez. Rev. Latinoam Psicol. 2002; 34(1-2):41-54.
2. Theeke L. Predictores de la soledad en los Estados Unidos. Adultos mayores de 65 años. Arch Psychiatr Nurs. 2009; 23 (5): 387-396
3. Sequeira D. La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos. [Tesis doctoral inédita]; Universidad de Granada, España Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>.
4. Huanco Flores C. Nivel de autoestima de los pacientes del programa control de tuberculosis Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto – Duskil, 2004 [Tesis licenciatura], Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú.
5. Camino M, Bustamante S. Reaprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor de EsSalud-Huaraz. Revista Peruana [Tesis licenciatura]; Enferm. investig. desarro. 2004 Enero–julio 6(1):9-17
6. Baiza-Molina J. Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono. La Antigua Guatemala. [Tesis licenciatura]; Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Baiza-Juan.pdf>
7. Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverri A. El sentimiento de soledad en adultos mayores. Medellín Colombia. [Tesis especialidad]; 2013. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/.../1919>
8. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. [Tesis licenciatura]; Chile. 2012 Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718...](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718...)

9. Cabrera M. Relación que existe entre el nivel de autoestima y el nivel de auto cuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis [Tesis licenciatura], Trujillo. 2012 URL disponible en: <http://trabajos104/nivel-autoestima-y-nivel-autocuidado-del-paciente-tratamiento-hemodialisis-trujillo/nivel-autoestima-y-nivel-autocuidado-del-paciente-tratamiento-hemodialisis-trujillo.shtml>.
10. Castro Chávez, L. (2014). Capacidad funcional instrumental y autoestima de las personas asistentes al Centro del Adulto Mayor, Chachapoyas – 2014. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/245>
11. Sotelo Sayritupac S. (2016). Nivel de depresión en adultos mayores del distrito de los Aquijes 2016.
12. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental, conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, Suiza:
13. Karnick P. Sentirse solo: perspectiva teórica. *Nursing Science Quarterly*, 18 (1), 7-12. Recuperado el 28 de mayo, 2010
14. Roig J. La soledad en la sociedad contemporánea. *Revista Crítica*, (914), 20-25. Madrid: Fundación Castroverde.
15. Escotet G, González G, Flores J. Programa de Intervención paliativo del sentimiento de soledad en el anciano. *Revista Medicina Integral*, 37 (9), 408-415.
16. Rubio L, Rubio R, Zafra M. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. *Calidad de vida*, Universidad de Granada.
17. Expósito F, Moya M. Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 2007, 14 (2-3) ,297-316.
18. Chen L, Chung S. Soledad, conexión social e ingresos familiares entre las mujeres y hombres en Taiwán. *Comportamiento social y personalidad*, 35 (10), 1353-1364.
19. Cobb S. El apoyo social como moderador del estrés en la vida. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313
20. Gottlieb B. Estrategias de apoyo social: Directrices para la práctica de la salud mental. EE.UU: Sage Publications.

21. Aranda C, Pando M, Aldrete M. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado de Guadalajara, Jal. México. 2002. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29, 169-174.
22. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. España: Siglo Veintiuno
23. Pavón F, Castellanos A. Aprendizaje de las personas mayores y nuevas tecnologías en: Alcalá M<sup>a</sup>, Valenzuela E. (eds.): El aprendizaje de los mayores ante los retos del nuevo milenio, Madrid, Dykinson, 197-235.
24. Molina Mejías P, Muñoz Baeza D. Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. Reduca [Enfermería, Fisioterapia y Podología], Serie Trabajos de Fin de Grado. 7 (1): 1-54, 2015 ISSN: 1989-5305.
25. Qué es la autoestima: definición, significado y tipos de autoestima. [Base de datos], 2016 URL disponible en:  
<https://www.diariofemenino.com/.../autoestima/que-es-la-autoestima-defi...>
26. Ochoa, R. Factores protectores para enfrentar el VIH/SIDA. 2008. Disponible en:  
[cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmd812p/doc/fmd812p.pdf](http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmd812p/doc/fmd812p.pdf)
27. Autocuidado y estima. [Base de datos], URL disponible en:  
<http://www.DocumentsandSettingsClauMisdocumentosdocumentosLuluTesisMarcoTeoricoAutocuidado y Autoestima6Salud Vida - Infomed.htm>
28. Rosemberg M. Sociedad y la auto-imagen de los adolescentes. Princeton: Princeton University Press; 1965
29. Escala de autoestima de Rosemberg [Base de datos en línea], URL disponible:  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenber g.pdf>.
30. Intervenciones generales. Capítulo 5: Autoestima Editorial McGraw-Hill. 2011.
31. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para

calidad en la atención. Revista Médica Electrónica versión On-line ISSN 1684-1824 Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.

- 32.** Almudena D. Alférez Maldonado. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>.

# **ANEXOS**



**ANEXO 1**  
**MATRÍZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
¿Existe relación entre soledad social y autoestima de los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017?	Determinar la relación entre soledad social y autoestima de los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017	OE1: Evaluar el nivel de soledad en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017  OE2: Medir el nivel de autoestima en el adulto mayor del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017	Existe relación entre soledad social y autoestima de los adultos mayores del Conjunto Habitacional La Angostura IV etapa, distrito de Subtanjalla Ica, abril 2017	Soledad social  de  Nivel autoestima.	<b>Tipo:</b> Observacional, transversal, prospectiva y analítica  <b>Nivel:</b> Relacional  <b>Diseño:</b> Correlacional  <b>Población:</b> 269 adultos mayores.  <b>Muestra:</b> 158 adultos mayores	Instrumento Escala Este II de soledad social  Test de Rosenberg para adultos.

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Buenos días/tardes Sr. (a) mi nombre es Claudia Cristina Zevallos Canales, bachiller de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, filial Ica, por lo que solicito a Ud. pueda aceptar participar de la investigación con la finalidad de identificar el nivel de soledad social y autoestima. El cuestionario es anónimo por lo que no será necesario que coloque su nombre y apellidos.

#### INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

**SEXO (MASCULINO) (FEMENINO)**

**EDAD** \_\_\_\_\_

#### ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL

<b>FACTOR 1: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL</b>			
	<b>S</b>	<b>AV</b>	<b>N</b>
1. ¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?			
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por Ud.?			
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?			
4. ¿Siente que no le hacen caso?			
5. ¿Se siente triste?			
6. ¿Se siente usted solo durante el día?			
7. ¿Y por la noche, se siente solo?			
8. ¿Se siente querido?			
<b>FACTOR 2: USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS</b>			
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			

10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?			
11. ¿Utiliza Ud. Internet?			
<b>FACTOR 3: ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA</b>			
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?			
14. ¿Va a algún parque, asociación, club, donde se relacione con otros mayores?			
15. ¿Le gusta participar en las actividades recreativas que se organizan en su barrio?			
<b>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL</b>			
Alto: 21 a 30 puntos      Medio: 11 a 20 puntos      Bajo: 0 a 10 puntos      _____			

## AUTOESTIMA PARA ADULTOS DE ROSEMBERG.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí mismo/a. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

N°	ITEMS	A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	4	3	2	1
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	4	3	2	1
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	4	3	2	1
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4	3	2	1
5	En general estoy satisfecho de mí mismo.	4	3	2	1
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado	1	2	3	4
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil	1	2	3	4
10	A veces creo que no soy buena persona	1	2	3	4

### VALORACIÓN

Menos de 25: Baja

25-29: Media

30-40: Alta

FOTO 01



FOTO 02



FOTO 03



FOTO 04



FOTO 05



FOTO 06

