



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Trabajo Académico

Calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor
hospitalizado en un hospital público en Chincha, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología

Presentado por:

Autora: Félix Saravia, Katherine Elizabeth

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0654-3993>

Asesora: Dra. Bernardo Santiago, Grisi

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4147-2771>

Lima – Perú

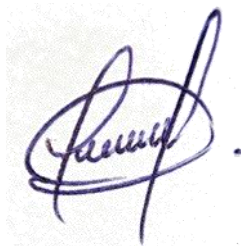
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022



Yo, Katherine Elizabeth Felix Saravia, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatría y Gerontología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “CALIDAD DE VIDA Y CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO DE LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN CHINCHA, 2025” Asesorado por el docente: Grisi Bernardo Santiago, DNI 10041765 ,ORCID 0000-0002-4147-2771 tiene un índice de similitud de (19) (Diecinueve) % con código OID: 14912:560838777 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Katherine Elizabeth Felix Saravia
 DNI: 71301202

.....
 Firma
 Asesora:Grisi Bernardo Santiago
 DNI: 10041765

Lima, 25 de febrero de 2026

Dedicatoria

A Dios, quien guía mi camino y el de mi familia, por motivarme a seguir desarrollándome en mi profesión y permitirme alcanzar la especialidad que deseo.

Agradecimiento

A los docentes y colegas quienes cada día nos aportan nuevos conocimientos y a la institución con mucho afecto.

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
1. EL PROBLEMA	8
1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Formulación del Problema:	10
1.2.1. Problema General:	10
1.2.2. Problemas Específicos:	10
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.3.1. Objetivo general.....	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4 Justificación de la Investigación	12
1.4.1. Teórica.....	12
1.4.2. Metodológica.....	12
1.4.3. Práctica	12
1.5 Delimitaciones de Investigación:	13
1.5.1. Temporal.....	13
1.5.2. Espacial.....	13
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes Internacionales	14
2.1.2. Antecedentes Nacionales	17
2.2 Bases Teóricas.....	20
2.2.1. Calidad de vida	20
2.2.1.1 Definición.....	20
2.2.1.2 Teorías.....	21

2.2.1.3	Modelos de calidad de vida	21
2.2.1.4	Definición conceptual de la calidad de vida	23
2.2.1.5	Dimensiones	23
2.2.1.6	Base teórica del instrumento: WHOQOL-BREF	26
2.2.2.	Conductas de afrontamiento a la soledad	27
2.2.2.1	Definición	27
2.2.2.2	Teorías	28
2.2.2.3	Enfoques	29
2.2.2.4	Definición conceptual de las conductas de afrontamiento a la soledad	30
2.2.2.5	Dimensiones	30
2.2.2.6	Base teórica del instrumento: Cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor	33
2.3	Formulación de Hipótesis:	34
2.3.1	Hipótesis General:	34
2.3.2	Hipótesis Específicas:	35
3.	METODOLOGIA	36
3.1	Método de la Investigación	36
3.2	Enfoque de la Investigación	36
3.3	Tipo de Investigación	36
3.4	Diseño de la investigación	37
3.5	Población, muestra y muestreo	37
3.6	Variables y operacionalización	38
3.7	Técnica e instrumento de recolección de datos	43
3.7.1.	Técnica	43
3.7.2.	Descripción del instrumento	43
3.7.3.	Validación	44
3.7.4.	Confiabilidad	44
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	45
3.9	Aspectos éticos	46
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	49
5.1	Cronograma de actividades:	49
5.2	Presupuesto	50

REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	44
Anexo 1: Matriz de consistencia	41
Anexo 2. Instrumento:.....	48
Anexo 3: Consentimiento informado	52
Anexo 4: Informe de Aprobación de originalidad	¡Error! Marcador no definido.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. El estudio adopta un enfoque cuantitativo, tipo aplicado, con diseño no experimental, descriptivo, correlacional y transversal, donde participarán 100 adultos mayores hospitalizados seleccionados mediante muestreo censal. Se utilizarán dos instrumentos validados: la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF de 25 ítems para medir la calidad de vida distribuida en cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente), y el cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor de 20 ítems para evaluar las estrategias adaptativas empleadas distribuidas en cinco dimensiones (evitación, apoyo religioso, apoyo social, expresión de emociones y aceptación del sentimiento). Los resultados serán analizados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando el coeficiente de correlación de Pearson o Rho de Spearman para establecer la relación entre variables, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$. Se concluye que permitirá generar evidencia científica contextualizada que contribuirá al diseño de intervenciones de enfermería focalizadas y programas de acompañamiento que fortalezcan la atención integral del adulto mayor hospitalizado, mejorando su bienestar psicosocial durante la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Calidad de vida, soledad, adulto mayor, afrontamiento, hospitalización, enfermería gerontológica, bienestar.

Abstract

The present research aims to determine the relationship between quality of life and loneliness coping behaviors in hospitalized older adults at a public hospital in Chincha, 2025. The study adopts a quantitative approach, applied type, with a non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional design, where 100 hospitalized older adults selected through census sampling will participate. Two validated instruments will be used: the WHOQOL-BREF Quality of Life Scale with 25 items to measure quality of life distributed in four dimensions (physical health, psychological health, social relationships and environment), and the loneliness coping behaviors questionnaire for older adults with 20 items to evaluate the adaptive strategies employed distributed in five dimensions (avoidance, religious support, social support, expression of emotions and acceptance of feeling). The results will be analyzed through descriptive and inferential statistics using Pearson's correlation coefficient or Spearman's Rho to establish the relationship between variables, considering a significance level of $p < 0.05$. It is concluded that it will allow generating contextualized scientific evidence that will contribute to the design of focused nursing interventions and accompaniment programs that strengthen the comprehensive care of hospitalized older adults, improving their psychosocial well-being during hospital stay.

Keywords: Quality of life, loneliness, older adult, coping, hospitalization, gerontological nursing, well-being.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial, el envejecimiento poblacional constituye uno de los cambios demográficos más significativos del siglo XXI. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), alrededor de mil millones de personas tenían 60 años o más, proyectándose que esta cifra alcance los 1 400 millones en 2030 y supere los 2 000 millones hacia 2050 (1). Este panorama obliga a los sistemas sanitarios a replantear sus estrategias, no solo para el manejo de enfermedades crónicas, sino también para atender aspectos vinculados al bienestar psicológico y social, en particular la experiencia de soledad en la vejez, cuyo impacto en la salud física, emocional y social resulta cada vez más relevante (2).

En este contexto, las metas establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible guardan estrecha relación con los derechos de las personas mayores. En particular, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS-3: Salud y Bienestar) promueve garantizar una vida saludable y fomentar el bienestar en todas las edades, lo cual incluye atender la calidad de vida y los mecanismos de afrontamiento de los adultos mayores. Asimismo, el ODS-10 (Reducción de las Desigualdades) busca disminuir la exclusión social que afecta a poblaciones vulnerables, entre ellas este grupo etario. No atender estas problemáticas podría contribuir a la vulneración de sus derechos y al incumplimiento de compromisos internacionales orientados a la universalidad y equidad en salud (3).

En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) advierte que América Latina y el Caribe atraviesan un proceso acelerado de envejecimiento demográfico, con proyecciones que indican que para el año 2050 las personas mayores de 60 años representarán cerca del 25% de la población de la región (4). Este organismo señala

que los adultos mayores en Latinoamérica enfrentan serias desigualdades sociales, limitaciones en la seguridad social, escaso acceso a servicios de salud de calidad y creciente dependencia familiar, condiciones que deterioran su bienestar físico, psicológico y social, y reducen sus capacidades para afrontar situaciones adversas como la soledad (5).

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023), las personas de 60 años o más en el Perú superan los 4,7 millones, representando aproximadamente el 14% de la población nacional (6). Diversas investigaciones nacionales advierten que una proporción significativa de este grupo experimenta sentimientos de soledad asociados con depresión, deterioro cognitivo y disminución de la calidad de vida, situación que se agudiza en contextos de hospitalización, donde la lejanía del entorno familiar y la dependencia funcional intensifican el aislamiento emocional (7).

En la región Ica, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable refiere que en la provincia de Chincha, se evidencia que muchos adultos mayores enfrentan situaciones de aislamiento social, abandono familiar y precariedad económica. En un hospital público de dicha provincia, se observa con frecuencia la hospitalización de adultos mayores con enfermedades crónicas y dependencia funcional, quienes además manifiestan carencia de redes de apoyo familiar (8).

Frente a esta realidad, es posible identificar que las principales causas del deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados se expresan a través de indicadores como el dolor, la fatiga, las dificultades de movilidad, la dependencia de tratamiento, las alteraciones del sueño, la limitación en actividades cotidianas y la reducción de la capacidad de trabajo; a nivel psicológico, se evidencia disminución de sentimientos positivos, deterioro de la memoria y la concentración; a nivel social, se reportan relaciones

interpersonales debilitadas y escaso soporte social; y a nivel ambiental, se registra insuficiente acceso a servicios de salud de calidad y limitados recursos económicos (9). Como efecto de estas condiciones, los adultos mayores desarrollan respuestas de afrontamiento ante la soledad que se manifiestan mediante conductas de evitación, búsqueda de apoyo religioso a través de rezos y oraciones, búsqueda de apoyo social mediante la comunicación y participación en actividades recreativas, expresión de emociones como tristeza, llanto o enojo, y en algunos casos, aceptación del sentimiento de soledad e inseguridad ante ella (10).

Frente a esta realidad, surge la necesidad de analizar la relación entre la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Chincha, con el propósito de generar evidencia que contribuya al diseño de intervenciones orientadas al bienestar integral de esta población.

1.2 Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025?

1.2.2. Problemas Específicos:

PE1. ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025?

PE2. ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025?

PE3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025?

PE4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.

OE2. Identificar la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.

OE3. Identificar la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.

OE4. Identificar la relación entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación contribuye al conocimiento científico sobre la calidad de vida y las conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores hospitalizados, fundamentándose en la teoría del cuidado humano de Jean Watson, que enfatiza la importancia de brindar una atención integral centrada en el bienestar físico, emocional y espiritual del ser humano, reconociendo que la soledad y el deterioro de la calidad de vida representan dimensiones esenciales del cuidado enfermero que deben ser abordadas de manera holística durante el proceso de hospitalización; asimismo, ampliará el cuerpo de conocimientos sobre los factores que influyen en la percepción de calidad de vida y las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la soledad, identificando brechas en la atención gerontológica hospitalaria.

1.4.2. Metodológica

La metodología propuesta generará un precedente replicable en otros servicios de hospitalización e instituciones de salud públicas y privadas del país, contribuyendo al desarrollo de investigaciones futuras sobre calidad de vida y conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores, y proporcionando una base empírica sólida para la toma de decisiones institucionales fundamentadas en evidencia científica actualizada que mejore sistemáticamente la atención integral del adulto mayor hospitalizado en el contexto peruano.

1.4.3. Práctica

Esta investigación posee relevancia práctica al identificar el nivel de calidad de vida y las conductas de afrontamiento ante la soledad que presentan los adultos mayores hospitalizados en el Hospital Público de Chincha, permitiendo diseñar intervenciones de

enfermería focalizadas, programas de acompañamiento terapéutico y estrategias de cuidado humanizado adaptadas a las necesidades específicas de esta población vulnerable; asimismo, fortalecerá la cultura institucional de atención integral centrada en el adulto mayor mediante el desarrollo de modelos de cuidado gerontológico más comprehensivos que incorporen la dimensión social y emocional del proceso de hospitalización, además, desde la perspectiva de impacto social, esta investigación contribuirá a visibilizar una problemática crítica de salud pública relacionada con el envejecimiento poblacional acelerado en el Perú, donde la soledad y el deterioro de la calidad de vida representan factores de riesgo significativos para la salud integral del adulto mayor hospitalizado.

1.5 Delimitaciones de Investigación:

1.5.1. Temporal

El trabajo se realizará durante el periodo comprendido entre los meses de mayo y octubre del año 2026.

1.5.2. Espacial

El estudio se desarrollará en el Servicio de Hospitalización de Medicina en un hospital público ubicado en la provincia de Chincha.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población del estudio estará conformada por personas adultas mayores hospitalizadas en el Servicio de Medicina de un hospital público ubicado en la provincia de Chincha durante el año 2025.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Koçak, F., et al. (2025) (11) tuvieron como objetivo "evaluar el sentimiento de soledad y la calidad de vida entre adultos mayores en la Universidad de la Tercera Edad (U3E) en comparación con aquellos que no están en la U3E". Desarrollaron un diseño cuantitativo, caso-control mediante la técnica de encuesta en una muestra de 311 adultos mayores divididos en dos grupos: 91 participantes pertenecientes a la U3E y 220 individuos residentes, aplicaron dos instrumentos de medición: la Escala de Soledad para Ancianos (LSE) y la escala WHOQOL-OLD. Los hallazgos del análisis de regresión ajustado evidenciaron que la asistencia a la U3E se asocia de manera independiente con puntuaciones más elevadas en calidad de vida ($\beta = 4.40$, IC 95% = 1.22–7.58, $p \leq 0.05$) y puntuaciones más bajas en soledad ($\beta = -1.29$, IC 95% = -2.38–0.20, $p \leq 0.05$). Se concluye que la participación en la U3E tiene el potencial de generar un impacto positivo en la calidad de vida y reducir la soledad en adultos mayores.

Kushta, R., y Moliner, A. (2025) (12) tuvieron como objetivo "examinar el papel mediador de la resiliencia en la relación entre la soledad y la calidad de vida entre adultos mayores albaneses que viven en entornos institucionales". Realizaron un estudio mediante la técnica de encuesta en una muestra de 115 adultos mayores residentes en instituciones, aplicaron tres instrumentos de medición: el cuestionario WHOQOL-BREF), la Escala de Soledad UCLA y la Escala de Resiliencia. Los hallazgos del modelo de mediación evidenciaron que, aunque existe una correlación negativa entre la soledad y la calidad de vida, la soledad no ejerció un efecto directo sobre la calidad de vida ($\beta = -0.083$; $p = 0.86$),

sin embargo, la resiliencia desempeñó un papel mediador significativo en esta relación, con valores de R^2 de 0.882 para calidad de vida y 0.369 para resiliencia ($p \leq 0.05$), lo que indica que el 75.4% de la varianza en calidad de vida fue explicada por las variables independientes. Se concluye que los individuos con niveles más elevados de resiliencia experimentaron niveles más bajos de soledad y reportaron una mejor calidad de vida, destacando la importancia de incorporar la variable resiliencia en programas de prevención y tratamiento para reducir la soledad y mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

Cano, F., et al. (2024) (13) tuvieron como objetivo "evaluar la asociación entre el perfil funcional de los adultos mayores institucionalizados y su calidad de vida, síntomas depresivos y sentimientos de soledad". Realizaron un estudio cuantitativo, observacional, transversal mediante la técnica de encuesta en una muestra de 1303 adultos mayores, aplicaron cuatro instrumentos de medición: el Elderly Nursing Core Set (ENCS) para evaluar la funcionalidad, el Mini Mental State Examination (MMSE) para función cognitiva, la escala WHOQOL-BRE y la Escala de Soledad para Personas Mayores Portugueses (UCLA). Los hallazgos de los modelos de regresión lineal y logísticos evidenciaron que la calidad de vida se asoció inversamente con la funcionalidad en todas las dimensiones evaluadas, mientras que los síntomas depresivos y los sentimientos de soledad se asociaron directamente con mayores niveles de dependencia funcional, incluso después de ajustar por sexo, edad y educación, además, los participantes con síntomas depresivos tenían tres veces más probabilidades de depender de cuidados (OR ajustado = 3.69; IC 95%: 1.80-7.52), mientras que aquellos con sentimientos de soledad tenían el doble de probabilidades de necesitar cuidados o reemplazo total (OR ajustado = 2.04; IC 95%: 1.07-3.87). Se concluye que las políticas e intervenciones públicas deben incluir estrategias de apoyo socioemocional

junto con las intervenciones médicas tradicionales para mejorar la funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados.

Silva, C., et al. (2024) (14) tuvieron como objetivo "estimar la prevalencia de la sintomatología depresiva entre los adultos mayores y evaluar su asociación con la soledad y la calidad de vida según el estado de institucionalización en una muestra portuguesa". Realizaron un estudio transversal mediante la técnica de encuesta en una muestra de 525 adultos mayores seleccionados por muestreo de conveniencia, divididos en dos grupos: 458 participantes institucionalizados y 67 no institucionalizados. Aplicaron tres instrumentos de medición: el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para evaluar síntomas depresivos, el WHOQOL-BREF para calidad de vida percibida y la Escala de Soledad (UCLA) para sentimientos negativos de soledad. Los hallazgos de los modelos de regresión logística evidenciaron que el 74.6% de los participantes no institucionalizados no presentaban síntomas depresivos o estos eran mínimos, mientras que solo el 55.4% de los institucionalizados se encontraban en esta categoría. Los participantes que describieron sentimientos de soledad presentaron mayor probabilidad de manifestar síntomas depresivos, independientemente del estado de institucionalización (OR = 78.10; IC 95%: 2.90–2106.08 para no institucionalizados y OR = 3.53; IC 95%: 1.72–6.91 para institucionalizados). Además, una mayor calidad de vida se asoció con niveles más bajos de síntomas depresivos en ambos grupos. Se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos es alta en adultos mayores y que una menor percepción de calidad de vida y la presencia de sentimientos negativos de soledad se asocian significativamente con síntomas depresivos.

Tan, J., et al. (2021) (15) tuvieron como objetivo "identificar los factores predictores de la calidad de vida a partir de un conjunto de variables psicosociales, sociodemográficas y

clínicas entre adultos mayores en un entorno de atención a largo plazo". Realizaron un estudio observacional, cuantitativo, transversal descriptivo correlacional mediante la técnica de encuesta en una muestra de 200 adultos mayores, a aplicaron cuatro instrumentos de medición: la Escala de Sentido de Coherencia (SOC), la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala de Soledad de Jong Gierveld y el instrumento WHOQOL-OLD. Los hallazgos del análisis de regresión por pasos evidenciaron que una mayor manejabilidad y significatividad en el SOC, mayor resiliencia, menor soledad social, menor soledad emocional y deterioro auditivo se asociaron significativamente con mayor calidad de vida, además, la puntuación media para WHOQOL-OLD fue 94.42 ± 19.55 , observándose la puntuación media más alta en la faceta "Muerte y Morir", mientras que las puntuaciones más bajas se reflejaron en las facetas "Autonomía" e "Intimidad". Se concluye que la manejabilidad, significatividad y resiliencia deben mejorarse mientras se amelioran los sentimientos de soledad para mejorar la calidad de vida entre los adultos mayores que reciben atención a largo plazo.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

González, R. (2025) (16) tuvo como objetivo "determinar la relación entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024". Desarrolló un diseño cuantitativo no experimental de nivel relacional y corte transversal mediante la técnica de encuesta en una muestra de 100 adultos, por lo cual se aplicó dos instrumentos de medición: la Escala WHOQOL-BREF y la Escala de Soledad ESTE-R. Los hallazgos evidenciaron que la mayoría de los participantes (66.0%) presentaron niveles bajos de calidad de vida, mientras que el 67.0% manifestó un grado intermedio de soledad, además, el análisis cruzado reveló que el 76.5% de los adultos

mayores con soledad intermedia mostraron calidad de vida media, en tanto que el 62% con el mismo nivel de soledad exhibió calidad de vida baja, por otro lado, se demostró una asociación significativa entre ambas variables ($p = 0.034$). Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la soledad en adultos mayores atendidos en este establecimiento de salud.

Bustamante, C. (2024) (17) tuvo como objetivo "determinar la relación entre la soledad y el resentimiento hacia la vida en adultos mayores de una institución pública de Jaén – Cajamarca, 2024". Desarrolló un diseño descriptivo correlacional con enfoque cuantitativo mediante la técnica de encuesta en una muestra no probabilística de 100 adultos mayores, aplicándose como instrumentos la escala de Soledad ESTE-R y la escala de resentimiento hacia la vida. Los hallazgos del coeficiente de correlación de Pearson evidenciaron una asociación alta entre la soledad y el resentimiento hacia la vida ($r = 0.722$; $p = 0.000$), además, se encontraron correlaciones altas entre las dimensiones de soledad y el resentimiento hacia la vida: soledad familiar ($r = 0.640$; $p = 0.000$), soledad social ($r = 0.730$; $p = 0.001$), soledad conyugal ($r = 0.810$; $p = 0.001$) y soledad existencial ($r = 0.660$; $p = 0.000$), así mismo, el 91% de los participantes presentó niveles altos de soledad, mientras que el 79% mostró niveles altos de resentimiento hacia la vida. Se concluye que existe una correlación alta y significativa entre la soledad y el resentimiento hacia la vida en adultos mayores.

Carrasco, M., y Duran, E. (2022) (18) tuvieron como objetivo "describir la soledad en los Adultos Mayores beneficiarios del Centro Integral de Atención de la Municipalidad Provincial de Huaral – 2021". Realizaron un estudio cuantitativo de corte transversal mediante la técnica de encuesta en una muestra censal de 51 adultos mayores. Aplicaron el

Instrumento de Escala ESTE-1999 con confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.705, que evalúa cuatro dimensiones: soledad familiar, conyugal, social y existencial. Los hallazgos evidenciaron que el 90% de los participantes manifestó un grado intermedio de soledad, mientras que el 8% mostró niveles elevados y solo el 2% presentó niveles bajos. En cuanto a las dimensiones específicas, el 80% presentó nivel medio en soledad familiar, el 62% nivel bajo en soledad conyugal, el 67% nivel medio en soledad social y el 70% nivel medio en soledad existencial. Se concluye que existe un nivel medio de soledad en los adultos mayores del Centro Integral de Atención de la Municipalidad Provincial de Huaral, siendo la soledad conyugal la dimensión con menor afectación y la soledad existencial una de las más prevalentes.

Chavez, F. y Pujay, F. (2022) (19) tuvieron como objetivo "establecer la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los adultos mayores del Asilo Virgen Asunta de Chachapoyas-Amazonas, período setiembre-junio". Desarrollaron un estudio cuantitativo de nivel básico y diseño descriptivo correlacional trabajando con una muestra 35 adultos mayores y, se aplicaron dos instrumentos de medición: un cuestionario de abandono familiar del adulto mayor y el cuestionario WHOQOL-BREF. Los hallazgos del coeficiente de correlación Rho de Spearman evidenciaron una relación indirecta de nivel moderado entre ambas variables ($\rho = -0.595$; $p = 0.00$), el 63% de los participantes presentó un nivel alto de abandono familiar, mientras que el 54% manifestó una calidad de vida baja, además, se encontraron correlaciones inversas moderadas entre el abandono familiar y las dimensiones de calidad de vida: salud física ($\rho = -0.514$; $p = 0.00$), salud psicológica ($\rho = -0.597$; $p = 0.001$), relaciones sociales ($\rho = -0.670$; $p = 0.00$) y ambiente ($\rho = -0.490$; $p = 0.00$). Se concluye que existe una relación significativa moderada entre el

abandono familiar y la calidad de vida, determinando que a mayor abandono familiar, menor calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Calidad de vida

2.2.1.1 Definición

Por tanto, esta construcción multidimensional se encuentra íntimamente vinculada con las expectativas, anhelos y principios que orientan la existencia de cada sujeto, aunque también resulta determinante considerar el momento del ciclo vital en el que se encuentran las personas, puesto que la sensación de plenitud experimenta modificaciones significativas en función de variables asociadas con la edad cronológica y el proceso de maduración evolutiva (20), (21).

Específicamente en la población adulta mayor se conceptualiza como una condición de bienestar que integra las esferas física, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, posibilitando que el individuo logre cubrir adecuadamente tanto sus requerimientos personales como aquellos de naturaleza colectiva que emergen de su participación en la comunidad, donde cobran particular relevancia elementos como los lazos familiares, las redes de apoyo social disponibles, el estado de salud general, la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas, la disponibilidad de recursos económicos y las condiciones socioeconómicas del contexto, constituyendo todos estos factores los pilares fundamentales que determinarán la posibilidad de que el adulto mayor mantenga su independencia, ejerza su autonomía decisional y preserve su dignidad durante esta etapa vital (22).

2.2.1.2 Teorías

La teoría del Cuidado Humano propuesta por Jean Watson plantea una concepción integral del ser humano durante el proceso de cuidado, enfocándose fundamentalmente en su desarrollo personal y su proceso de sanación, donde el profesional de enfermería debe incorporar todos los caminos del conocimiento disponibles como componente esencial del acto de cuidar, según se establece en el proceso Cáritas 6, el cual invita a trascender el conocimiento meramente científico para integrar la creatividad y diversas estrategias que posibiliten promover la sanación a través de manifestaciones artísticas, actividades recreativas, formas de expresión emocional y la integración de elementos artísticos en el cuidado cotidiano (23).

En este contexto, el profesional de enfermería que desempeña su labor en el ámbito hospitalario asume la responsabilidad de promover la salud integral y fomentar estilos de vida saludables mediante intervenciones que permitan al sistema de salud comprender las necesidades reales de la población adulta mayor hospitalizada, reconociendo áreas de oportunidad que van más allá del tratamiento de patologías para establecer un precedente significativo en el cuidado humano, generando así un incremento sustancial en la calidad de la atención que sobrepasa el simple objetivo de resolver las afecciones físicas y patológicas para abarcar dimensiones emocionales, sociales y espirituales del paciente (24).

2.2.1.3 Modelos de calidad de vida

La teoría de las necesidades humanas desarrollada por Abraham Maslow establece que el nivel de satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano constituye un indicador válido para medir la calidad de vida, conceptualizando al individuo como un "satisfactor de necesidades" en un principio ampliamente reconocido dentro del campo de la

psicología desde 1968, cuyas contribuciones resultan significativas principalmente por dos aspectos fundamentales que han servido de referencia para la formulación de los principales modelos teóricos sobre calidad de vida (25).

En primer término, Maslow sitúa la teoría de las necesidades dentro de un marco ontológico claramente definido al postular que todos los individuos, por el simple hecho de pertenecer a la especie humana, poseen inherentemente un conjunto universal de necesidades compartidas que constituye un aspecto fundamental de la existencia humana, proporcionando así una base teórica crucial para comprender el comportamiento y la motivación que impulsa las acciones humanas, mientras que en segundo lugar, este autor critica la perspectiva de las "necesidades de deficiencia" defendida predominantemente por los psicólogos conductuales, argumentando que dicho enfoque se concentra excesivamente en las necesidades básicas de supervivencia como el refugio, el sustento, el vestido y la protección, cuando en realidad los seres humanos, una vez satisfechas estas necesidades primarias, se esfuerzan por alcanzar necesidades de orden superior que incluyen la autorrealización, la consecución de la felicidad y el logro de la estima personal, ofreciendo de esta manera una comprensión más integral de la motivación humana que trasciende la mera supervivencia para abarcar la búsqueda del crecimiento y la realización plena del potencial individual (25).

Por otro lado, el modelo socioecológico derivado del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) propone un enfoque comprehensivo para explorar los múltiples factores que ejercen influencia sobre la calidad de vida, abordando cuatro niveles interrelacionados que consisten en factores individuales, de relación, comunitarios y sociales, aunque para efectos de aplicación en estudios con población adulta mayor

hospitalizada frecuentemente se utilizan tres niveles socioecológicos adaptados a las particularidades de este grupo etario (26).

Además, el primer nivel considera los factores individuales tales como edad cronológica, género, nivel educativo alcanzado, estado civil, suficiencia de ingresos económicos, condición de salud actual, presencia de sintomatología depresiva, arreglo habitacional, situación laboral y capacidad física funcional, mientras que el segundo nivel interpersonal o relacional incorpora elementos como la calidad de las relaciones familiares y las redes de apoyo social disponibles, en tanto que el tercer nivel comunitario hace referencia al acceso efectivo a servicios de salud y al grado de participación social del adulto mayor en actividades comunitarias, constituyendo estos tres niveles un marco analítico integral que permite comprender de manera holística los determinantes de la calidad de vida en esta población vulnerable (26).

2.2.1.4 Definición conceptual de la calidad de vida

Es la percepción que tienen los individuos respecto a su posición en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que se desenvuelven, en relación con sus objetivos, metas, estándares y preocupaciones personales, por lo tanto, abarca múltiples aspectos de la existencia humana que trascienden la simple ausencia de enfermedad, integrando el bienestar físico, emocional y social como componentes fundamentales que determinan el grado de satisfacción que cada persona experimenta con respecto a su propia vida y sus condiciones de existencia cotidiana (27).

2.2.1.5 Dimensiones

Constituye una percepción subjetiva y multidimensional que construye cada individuo sobre su situación en la vida, considerando el contexto cultural y el sistema de

valores en el que se desenvuelve, abarcando aspectos vinculados a la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y las condiciones ambientales que interactúan de manera dinámica para determinar el grado de satisfacción con su propia existencia, reconociendo que cada dimensión aporta elementos esenciales e interdependientes que en conjunto configuran una valoración integral del bienestar humano durante la etapa de envejecimiento (28). Por tanto, se analizará mediante diversas dimensiones e indicadores que facilitan su medición de manera integral:

Salud física. Constituye un elemento central para preservar una existencia activa y satisfactoria durante la etapa de adulto mayor, considerando que el proceso de envejecimiento implica una serie de transformaciones fisiológicas y biológicas que pueden incidir significativamente en la funcionalidad y el bienestar general de la persona, donde la práctica sistemática de actividad física adecuada, incluyendo ejercicios de intensidad moderada a vigorosa, desempeña un papel preventivo crucial frente a múltiples enfermedades no transmisibles tales como hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, neoplasias de mama y colon, así como trastornos depresivos, reduciendo sustancialmente el riesgo de deterioro funcional y complicaciones asociadas al sedentarismo (29).

Sus indicadores son: dolor, entendido como sensación física que limita el funcionamiento diario; dependencia de tratamiento, referida a la necesidad de medicación para funcionar; movilidad, capacidad para desplazarse de manera autónoma; fatiga, sensación persistente de cansancio que reduce la actividad; sueño, calidad y duración del descanso nocturno; actividad cotidiana, ejecución de tareas básicas del diario; y capacidad de trabajo, habilidad para desarrollar actividades productivas (30).

Salud psicológica. Representa un componente esencial del bienestar integral durante la etapa de adulto mayor, particularmente porque las personas en proceso de envejecimiento enfrentan múltiples transiciones vitales y desafíos adaptativos que pueden ejercer un impacto considerable sobre su equilibrio mental y emocional, de modo que mantener una salud mental óptima resulta fundamental para preservar la calidad de vida, la autonomía personal y la capacidad de afrontar efectivamente los cambios y las pérdidas inherentes a esta fase del ciclo vital, reconociendo que los adultos mayores pueden experimentar diversas condiciones de salud mental que abarcan desde cuadros depresivos y trastornos de ansiedad hasta alteraciones cognitivas como las demencias (29).

Sus indicadores son: sentimientos positivos, emociones favorables que promueven el bienestar; espiritualidad, creencias trascendentes que otorgan sentido a la vida; aprendizaje, capacidad para adquirir nuevos conocimientos; memoria, habilidad para retener y recuperar información; y concentración, capacidad de mantener la atención sostenida (31).

Relaciones sociales. Comprenden las interacciones que los individuos establecen a lo largo de su trayectoria vital como resultado de la participación en diversos sistemas políticos, económicos, educativos, ocupacionales, culturales y familiares que configuran su entorno social, donde estas interacciones promueven activamente el intercambio de sentimientos, experiencias y vínculos afectivos capaces de potenciar o mitigar tanto la oferta como la recepción de asistencia relacionada con el mantenimiento y promoción de la salud, constituyendo así un elemento protector fundamental que influye directamente en el bienestar físico, emocional y social del adulto mayor hospitalizado (32).

Sus indicadores son: relaciones interpersonales, vínculos afectivos con personas del entorno cercano; actividad sexual, expresión de intimidad y afecto entre personas; y soporte

social, red de apoyo que brinda contención emocional (33).

Ambiente. Constituye un factor fundamental para potenciar mediante estímulos externos las condiciones necesarias que promuevan la motivación y el desarrollo de capacidades latentes durante la edad adulta tardía, reconociendo que esta etapa vital posee potencialidades significativas para hacer de ella una experiencia adecuada, plena y enriquecedora cuando el entorno físico, social e institucional proporciona los recursos, apoyos y oportunidades necesarias que favorezcan la adaptación saludable del adulto mayor a las circunstancias particulares de la hospitalización y contribuyan a mantener su dignidad, autonomía y bienestar integral (34).

Sus indicadores son: seguridad física, percepción de protección en el entorno cotidiano; entorno físico, condiciones del ambiente donde reside; recursos económicos, disponibilidad de medios para cubrir necesidades; acceso a cuidado de salud, posibilidad de recibir atención médica; servicios de salud de calidad, atención sanitaria oportuna y adecuada; y transporte, accesibilidad para desplazarse hacia servicios esenciales (35).

2.2.1.6 Base teórica del instrumento: WHOQOL-BREF

El cuestionario WHOQOL-BREF es un instrumento de autorreporte que evalúa la calidad de vida en adultos mayores, el mismo, se encuentra compuesto por 25 ítems precedidos de una sección de datos generales que recoge información sociodemográfica del participante, tales como edad, sexo, condición de convivencia y estado civil. Los ítems se organizan en cuatro dimensiones: salud física, que abarca aspectos relacionados con el dolor, la dependencia de tratamiento médico, la energía, el sueño, la movilidad y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (ítems 3, 4, 10, 15, 16 y 17); salud psicológica, que evalúa el disfrute de la vida, el sentido de vida, la concentración, la autoaceptación y los

sentimientos negativos (ítems 5, 6, 7, 11, 18 y 25); relaciones sociales, que comprende la satisfacción con las relaciones personales y el apoyo recibido de amigos (ítems 19 y 21); y ambiente, que incluye la seguridad, las condiciones del entorno físico, los recursos económicos, el acceso a programas de apoyo social, las oportunidades de ocio y el transporte (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 22, 23 y 24), adicionalmente, los ítems 1 y 2 evalúan de manera global la calidad de vida general y la satisfacción con la salud. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde 1 (nada) hasta 5 (extremadamente), referida a las dos semanas previas a la aplicación (36).

2.2.2. Conductas de afrontamiento a la soledad

2.2.2.1 Definición

Las conductas de afrontamiento a la soledad constituyen mecanismos mediante los cuales los individuos intentan reducir o minimizar las experiencias de sufrimiento derivadas del sentimiento de aislamiento social y emocional, distinguiéndose fundamentalmente dos modalidades de estrategias adaptativas: las estrategias individuales que se establecen a nivel psíquico a partir del impulso inconsciente de adaptación aunque sin la posibilidad efectiva de transformar la realidad objetiva que genera el malestar, y las estrategias colectivas que son emprendidas por el grupo social al cual pertenece el individuo y que ofrecen mayores posibilidades de transformación real de las condiciones que originan la soledad (37).

Por lo tanto, estas estrategias de afrontamiento representan aspectos esenciales para que las personas mayores puedan gestionar adecuadamente la experiencia de soledad, permitiéndoles poner en marcha diversos recursos adaptativos y reinterpretar positivamente la situación de estar solos, donde la valoración positiva de la propia autonomía personal, la participación activa en actividades sociales comunitarias y el aprendizaje continuo de nuevas

habilidades emergen como factores moduladores significativos que influyen directamente en la experiencia subjetiva del sentimiento de soledad experimentado por el adulto mayor (38).

La literatura científica especializada reporta diversas estrategias adaptativas que los adultos mayores emplean para afrontar efectivamente la soledad, destacándose entre las más recurrentes el mantenimiento y fortalecimiento de relaciones familiares cercanas y vínculos sociales significativos, la asistencia regular a actividades culturales, sociales y recreativas que fomenten la integración comunitaria, la participación activa en programas de voluntariado que otorguen sentido de propósito y utilidad social, el desarrollo de pasatiempos y actividades de ocio que proporcionen satisfacción personal, la tenencia de mascotas como fuente de compañía afectiva incondicional, así como el recurso a la espiritualidad y a las prácticas religiosas que brinden consuelo emocional y sentido trascendente a la experiencia vital durante el proceso de envejecimiento y hospitalización (39).

2.2.2.2 Teorías

La teoría de las relaciones interpersonales formulada por Hildegard Peplau durante la década de 1950 constituye uno de los marcos teóricos más influyentes dentro del ámbito de la enfermería profesional, enfatizando fundamentalmente la importancia crucial de la relación terapéutica establecida entre el profesional de enfermería y el paciente, al sugerir que la esencia de la práctica enfermera reside primordialmente en un proceso interpersonal y terapéutico donde la comunicación efectiva y las interacciones significativas entre ambos actores sirven para promover activamente el bienestar integral del paciente y facilitar su proceso de recuperación física y emocional . (40).

Aunque esta teoría fue desarrollada hace más de siete décadas, su perdurable relevancia contemporánea ofrece una perspectiva teórica fundamentada en la comunicación terapéutica que complementa armoniosamente los modelos actuales de atención sin competir con ellos, particularmente en el contexto presente caracterizado por la proliferación de desinformación sobre salud y la existencia de barreras sistémicas para acceder a servicios de atención adecuados, donde la aplicación de una teoría de enfermería centrada en las relaciones interpersonales ofrece relevancia práctica significativa y un enfoque holístico y personalizado especialmente pertinente para mejorar las conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores hospitalizados (41).

2.2.2.3 Enfoques

El Modelo Unificado de Resiliencia y Envejecimiento (UMRA) representa un enfoque interdisciplinario integral que ha sido desarrollado y aplicado exitosamente en diversos contextos adversos incluyendo situaciones pandémicas, buscando fundamentalmente comprender cómo y por qué algunas personas, familias y comunidades logran recuperarse de experiencias adversas mejor que otras, integrando procesos tanto individuales como a nivel de sistema que ocurren a lo largo del ciclo vital, reconociendo que cualquier evento adverso como una pandemia, una enfermedad crónica o una pérdida personal significativa crea una disrupción cuya magnitud puede depender de factores relacionados con la edad y el momento temporal en que ocurre, de modo que la resiliencia manifestada no depende únicamente de la activación de recursos internos como mantener una actitud positiva, sino también de la disponibilidad y movilización de recursos externos tales como el apoyo proporcionado por la familia, los amigos o las organizaciones comunitarias, recursos que pueden variar considerablemente con la edad cronológica y otros

factores contextuales del individuo (42).

Por otra parte, el modelo transaccional de estrés y afrontamiento desarrollado por Folkman y Lazarus propone que las diferencias observadas en las estrategias de afrontamiento según la edad cronológica podrían ser el resultado directo de cambios en las situaciones y desafíos que las personas deben enfrentar a medida que avanzan en el proceso de envejecimiento, donde diversos estudios sobre la relación entre edad y estrategias de afrontamiento han evidenciado que los adultos más jóvenes tienden a utilizar predominantemente estrategias de afrontamiento centradas en la resolución activa de problemas, mientras que los adultos mayores emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento enfocadas en la regulación emocional como el distanciamiento psicológico de eventos negativos (43)

2.2.2.4 Definición conceptual de las conductas de afrontamiento a la soledad

Son pensamientos, sentimientos y actitudes que ayudan al adulto mayor a mejorar o gestionar de manera más adecuada las situaciones cotidianas relacionadas con el sentimiento de soledad que experimenta a nivel general, es decir que, estas conductas representan mecanismos adaptativos que el individuo activa de manera consciente o inconsciente para reducir el malestar emocional derivado del aislamiento, permitiéndole reinterpretar positivamente su situación y movilizar recursos personales y sociales disponibles en su entorno inmediato (44).

2.2.2.5 Dimensiones

Proceso cognitivo, emocional y conductual mediante el cual el individuo evalúa y gestiona situaciones percibidas como amenazantes o desbordantes, movilizando recursos

internos y externos que incluyen estrategias de evitación, expresión emocional, apoyo social y recurso a la espiritualidad o creencias religiosas, con el propósito de reducir el malestar asociado a la soledad y restablecer el equilibrio en su funcionamiento cotidiano (45).

Evitación. Constituye una estrategia adaptativa que puede comprenderse adecuadamente cuando se analiza considerando los contextos específicos en los cuales se despliega, reconociendo que el retraimiento social y la negación conductual pueden resultar funcionalmente útiles durante períodos breves o en situaciones donde el factor estresante resulta completamente incontrolable para el individuo, aunque su efectividad disminuye significativamente cuando se prolonga en el tiempo debido a que la situación problemática subyacente permanece inalterada y sin resolución, generando potencialmente consecuencias negativas adicionales para el bienestar psicológico y social del adulto mayor que la emplea como mecanismo predominante de afrontamiento ante la experiencia de soledad durante la hospitalización (46).

Sus indicadores son: sentimiento, experiencia subjetiva interna ante la situación de soledad; y terapia ocupacional, actividades realizadas para distraerse del aislamiento (47).

Apoyo religioso. Se considera un elemento constituyente fundamental para alcanzar la satisfacción vital en adultos mayores, principalmente debido a que facilita el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales significativas construidas dentro de las congregaciones religiosas mediante la asistencia regular a servicios religiosos y actividades espirituales comunitarias, donde el sentimiento de pertenecer a algo trascendente más grande que uno mismo, experimentar sincronía con un poder superior y sentirse conectado con el universo puede facilitar activamente la generación de afecto positivo y consecuentemente promover una evaluación favorable de la propia vida y del lugar significativo que se ocupa dentro del orden

existencial (48).

Sus indicadores son: Dios, búsqueda de conexión espiritual con lo divino; la Biblia, lectura religiosa como fuente de fortaleza; programas religiosos, participación en transmisiones de contenido espiritual; rezos, práctica de comunicación personal con lo sagrado; y oraciones, expresión devocional que brinda consuelo emocional (49).

Apoyo social. Comprende fundamentalmente el soporte proporcionado por las personas más cercanas al adulto mayor como la familia nuclear y extendida, los amigos íntimos y los vecinos de confianza, constituyendo el apoyo familiar el sistema de soporte más relevante y determinante para que los adultos mayores mantengan su salud integral y bienestar psicosocial, donde el tamaño y la calidad de la red de apoyo familiar afecta significativamente los niveles de soledad experimentados por esta población, evidenciándose que convivir con hijos y nietos puede contribuir sustancialmente a que los adultos mayores se sientan más felices emocionalmente y prevenir eficazmente las condiciones adversas que pueden desencadenar sentimientos intensos de soledad y aislamiento social (50).

Sus indicadores son: comunicación, intercambio verbal con personas del entorno cercano; relaciones con compañeros, vínculos establecidos con pares en el entorno; participación en actividades recreativas, involucramiento en acciones de esparcimiento colectivo; y grupo de compañeros, red de pares que brinda contención social (51).

Expresión de emociones. Representa el grado o nivel en el cual un individuo manifiesta activamente su experiencia emocional interna a través de diversos comportamientos tanto verbales como no verbales observables, constituyendo una dimensión fundamental del afrontamiento que permite al adulto mayor comunicar sus estados afectivos a otros significativos, facilitando así la obtención de apoyo y comprensión por parte del entorno social

cercano, proceso que resulta particularmente relevante durante la hospitalización donde la capacidad de expresar adecuadamente emociones negativas asociadas con la soledad puede determinar el acceso efectivo a recursos de apoyo institucional y familiar (52).

Sus indicadores son: tristeza, emoción negativa ante la experiencia de soledad; llanto, expresión física del malestar emocional interno; grito, manifestación vocal intensa de emociones desbordadas; reclamo, expresión verbal de inconformidad ante otros; y enojo, reacción emocional de irritabilidad ante la soledad (52).

Aceptación del sentimiento. Los individuos caracterizados por alta expresividad emocional son aquellos dotados de una capacidad superior de codificación afectiva que les permite, cuando enfrentan problemas angustiantes como la soledad hospitalaria, discernir claramente sus propios sentimientos internos, comprender conceptos emocionales implícitos y expresar sus estados afectivos de manera más eficiente y clara a otras personas, navegando las experiencias negativas con mayor éxito adaptativo y demostrando ajustes psicológicos más adecuados, donde la capacidad de regular y controlar apropiadamente las expresiones emocionales fortalece significativamente las interacciones expresivas en los compromisos y relaciones sociales establecidas (53).

Sus indicadores son: inseguridad ante la soledad, duda sobre la capacidad de afrontar el aislamiento; y aceptación de vivir con este sentimiento, reconocimiento consciente de la soledad como parte de la experiencia vital (53).

2.2.2.6 Base teórica del instrumento: Cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor

El cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor está constituido por 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones, la dimensión evitación comprende

los ítems 1 al 3 y evalúa conductas mediante las cuales el adulto mayor intenta distraerse o alejarse del sentimiento de soledad, tales como realizar actividades, escuchar música o buscar apoyo en entidades de salud ocupacional, mientras que, la dimensión apoyo religioso abarca los ítems 4 al 8 y mide el recurso a la fe y la espiritualidad como mecanismo de afrontamiento, incluyendo conductas como buscar a Dios, leer la Biblia, visitar la iglesia, escuchar programas religiosos y orar, por su parte, la dimensión apoyo social corresponde a los ítems 9 al 13 y evalúa la búsqueda de interacción con el entorno cercano, considerando la conversación con vecinos y familiares, la participación en actividades recreativas y la percepción de que otros se preocupan por el adulto mayor.

Finalmente, la dimensión expresión de emociones incluye los ítems 14 al 17 y mide la manifestación verbal y no verbal de estados afectivos negativos como la tristeza, el llanto, el enojo y el alza de voz. Finalmente, la dimensión aceptación del sentimiento comprende los ítems 18 al 20 y evalúa la capacidad del adulto mayor para reflexionar sobre la soledad y aceptarla como parte de su experiencia vital. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones: nunca (0), raras veces (1), algunas veces (2) y la mayoría de veces (3), con una puntuación total que oscila entre 0 y 60 puntos (54).

2.3 Formulación de Hipótesis:

2.3.1 Hipótesis General:

Hi: Existe relación significativa entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

2.3.2 Hipótesis Específicas:

Hi1: Existe relación significativa entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

Hi2: Existe relación significativa entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

Hi3: Existe relación significativa entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

Hi4: Existe relación significativa entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.

3. METODOLOGIA

3.1 Método de la Investigación

La presente investigación empleará el método hipotético deductivo, el cual parte de la formulación de hipótesis derivadas del marco teórico existente sobre la calidad de vida y las conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores, para posteriormente contrastarlas con la realidad observada mediante la recolección y análisis de datos empíricos obtenidos de los adultos mayores hospitalizados en el Hospital Público de Chincha, permitiendo así verificar o refutar las suposiciones planteadas a través de procedimientos estadísticos que posibiliten arribar a conclusiones objetivas y generalizables sobre la relación entre ambas variables de estudio (55).

3.2 Enfoque de la Investigación

La presente investigación adoptará un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recolección y análisis de datos numéricos que posibilitarán medir objetivamente las variables de estudio mediante procedimientos estadísticos (56), permitiendo así evaluar la calidad de vida y las conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores hospitalizados, estableciendo relaciones entre ambas variables de manera sistemática y objetiva.

3.3 Tipo de Investigación

El estudio será de tipo aplicado, dado que se orientará a la comprensión de una problemática específica en el contexto hospitalario, buscando generar conocimiento útil que pueda ser implementado para contribuir al diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y el afrontamiento de la soledad en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Chincha (56)

3.4 Diseño de la investigación

La investigación se desarrollará bajo un diseño no experimental, en el que no se manipularán deliberadamente las variables de estudio, sino que se observarán los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural para posteriormente analizarlos, facilitando examinar las variables sin interferir en las circunstancias reales de los participantes (55).

Asimismo, el estudio será correlacional, ya que se establecerá la relación existente determinando el grado de asociación entre ambas variables mediante pruebas estadísticas que permitan identificar si existe una relación significativa y la dirección de dicha relación (55). Finalmente, el diseño será de corte transversal, dado que la recolección de datos se realizará en un único momento temporal durante el año 2026, proporcionando una descripción del fenómeno de estudio sin realizar seguimiento a lo largo del tiempo, lo cual permitirá analizar las variables en un periodo específico (55).

3.5 Población, muestra y muestreo

Población

Estará conformada por 100 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Público de Chíncha durante el año 2025, incluyendo pacientes de ambos sexos mayores de 60 años que se encuentren internados en los diferentes servicios de hospitalización del establecimiento durante el periodo de recolección de datos. Por lo tanto, se tendrán como criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años o más hospitalizados en el Hospital Público de Chíncha durante el periodo de estudio.
- Adultos mayores que se encuentren en condiciones cognitivas y físicas que

les permitan responder los instrumentos de recolección de datos.

- Adultos mayores que acepten voluntariamente participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- Adultos mayores con un tiempo mínimo de hospitalización de 48 horas al momento de la aplicación de los instrumentos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo que impida la comprensión y respuesta adecuada de los instrumentos.
- Adultos mayores que presenten condiciones clínicas críticas que contraindiquen su participación en el estudio.
- Adultos mayores que no completen adecuadamente los instrumentos de recolección de datos.
- Adultos mayores que decidan retirarse voluntariamente del estudio en cualquier momento.

Muestra y muestreo

La muestra estará conformada por la totalidad de los 100 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Público de Chíncha que cumplan con los criterios de selección establecidos, por lo que se trabajará bajo un muestreo censal, donde la totalidad de los participantes serán parte del análisis en estudio, garantizando así la representatividad de los resultados obtenidos.

3.6 Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad de vida.

Variable 2: Conductas de afrontamiento.

A continuación, se presentan la tabla de operacionalización de las variables, en la que se detallan sus dimensiones, indicadores, técnicas e instrumentos de medición, así como las escalas utilizadas para su evaluación:

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valoración
Calidad de vida	Es la percepción que tienen los individuos respecto a su posición en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que se desenvuelven, en relación con sus objetivos, metas, estándares y preocupaciones personales (27).	Percepción que tienen los adultos mayores hospitalizados en el hospital público de Chincha respecto a su posición de vida en el contexto cultural y de valores en los que interactúan, basado en sus objetivos, metas, estándares y preocupaciones, medido mediante el instrumento WHOQOL-BREF (36).	Salud física	Dolor, Dependencia de tratamiento, Movilidad Fatiga Sueño Actividad cotidiana Capacidad de trabajo	Likert de cinco puntos que va desde 1 (nada) hasta 5 (completamente)	Alto (45-60 puntos) Moderado (30-44 puntos) Bajo (0-29 puntos).
			Salud psicológica	Sentimientos positivos Espiritualidad, Aprendizaje Memoria Concentración		
			Relaciones sociales	Relaciones interpersonales Actividad sexual Soporte social		
			Ambiente	Seguridad física Entorno físico Recursos económicos, Acceso a		

				cuidado de salud Servicios de salud de calidad Transporte		
Afrontamiento de la soledad	Son pensamientos, sentimientos y actitudes que ayudan al adulto mayor a mejorar o gestionar de manera más adecuada las situaciones cotidianas relacionadas con el sentimiento de soledad que experimenta a nivel general, es decir que, estas conductas representan mecanismos adaptativos que el individuo activa de manera consciente o inconsciente para reducir el malestar emocional	Pensamientos, sentimientos y actitudes que presentan los adultos mayores hospitalizados en el hospital público de Chincha para gestionar las situaciones cotidianas relacionadas con la soledad, medido mediante el instrumento de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor (54).	Evitación	Sentimiento, terapia ocupacional	Likert de cuatro opciones: nunca (0), raras veces (1), algunas veces (2) y la mayoría de veces (3), con puntuación total entre 0 y 60 puntos.	Alto nivel de afrontamiento: 45 - 60 Moderado nivel de afrontamiento: 30 - 44 Bajo nivel de afrontamiento: 0 - 29
			Apoyo religioso	Dios, la Biblia, programas religiosos, rezos y oraciones		
			Apoyo social	Comunicación, relaciones con compañeros, participación en actividades recreativas, grupo de compañeros		
			Expresión de emociones	Tristeza, llanto, grito, reclamo, enojo		
			Acceptación del sentimiento	Inseguridad ante la soledad, aceptación de vivir con este sentimiento		

	derivado del aislamiento, permitiéndole reinterpretar positivamente su situación y movilizar recursos personales y sociales disponibles en su entorno inmediato (44)					
--	--	--	--	--	--	--

3.7 Técnica e instrumento de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para la recolección de información se empleará la técnica de encuesta, metodología ampliamente utilizada en investigaciones del ámbito de las ciencias de la salud que posibilita obtener datos pertinentes sobre las variables estudiadas; esta técnica permite capturar de manera sistemática la percepción de los adultos mayores hospitalizados respecto a su calidad de vida y las conductas de afrontamiento que emplean frente a la soledad, garantizando la obtención de información relevante y confiable para el logro de los objetivos planteados (55)..

3.7.2. Descripción del instrumento

Se aplicarán dos instrumentos validados para la medición de las variables de estudio.

Instrumento 1:

Cuestionario WHOQOL-BREF desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y adaptado al Perú por Chiquiruna, C en el 2022 (36) instrumento de auto reporte que evalúa la calidad de vida a través de 26 ítems organizados en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, con dos ítems adicionales que miden la calidad de vida general y la salud general. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde 1 (nada) hasta 5 (completamente), referida a las dos semanas previas a la aplicación.

Instrumento 2:

Cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor, elaborado por Arnao M. en el 2018 y, adaptado por Ruiz, E. en el 2025 (54), constituido por 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones: evitación (ítems 1 al 3), apoyo religioso (ítems

4 al 8), apoyo social (ítems 9 al 13), expresión de emociones (ítems 14 al 17) y aceptación del sentimiento (ítems 18 al 20). Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones: nunca (0), raras veces (1), algunas veces (2) y la mayoría de veces (3), con una puntuación total que oscila entre 0 y 60 puntos:

3.7.3. Validación

Instrumento 1:

El cuestionario WHOQOL-BREF ha sido sometido a procesos de validación en diversos contextos internacionales y nacionales, en el Perú, por Chiquiruna, C en el 2022 (36) realizaron una validación mediante juicio de expertos en el año 2014, obteniendo elevados índices de concordancia entre los especialistas evaluadores, quienes confirmaron la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem del instrumento, garantizando así su validez de contenido para ser aplicado en población adulta mayor peruana.

Instrumento 2:

El cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor fue sometido a validación mediante el criterio de cinco especialistas en psicología por Ruiz, E. en el 2025 (54), quienes evaluaron a través del formato de validación correspondiente que los componentes del instrumento resultaban adecuados para su aplicación en adultos mayores. Adicionalmente, para adaptar el instrumento al contexto del estudio, se aplicó una prueba piloto a 22 adultos mayores del Centro Poblado de Cabracancha, territorio con características similares a la población de estudio, confirmando su pertinencia para la evaluación de las conductas de afrontamiento frente a la soledad.

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1:

La confiabilidad del cuestionario WHOQOL-BREF fue determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach por obteniendo un valor de 0.86 en la validación realizada por Chiquiruna, C en el 2022 (36) en población adulta mayor de Lima, valor que indica una consistencia interna adecuada del instrumento y garantiza mediciones estables y confiables de la calidad de vida en sus cuatro dimensiones establecidas.

Instrumento 2:

Por su parte, el cuestionario de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor fue confiabilizado por Ruiz, E. en el 2025 (54) presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.864, obtenido tras su aplicación en la prueba piloto realizada con adultos mayores, valor considerado alto que demuestra excelente consistencia interna del instrumento y asegura que permite evaluar de manera confiable las conductas de afrontamiento frente a la soledad en sus cinco dimensiones establecidas.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el desarrollo del estudio se gestionará previamente la autorización correspondiente ante la dirección del Hospital Público de Chincha y el departamento de enfermería de dicho establecimiento, tras lo cual la recolección de información se llevará a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2026, previa comunicación verbal a los adultos mayores hospitalizados sobre los propósitos del estudio, solicitando su consentimiento informado para participar de manera voluntaria con una duración aproximada de 30 minutos por participante, empleando la técnica de encuesta con instrumentos validados para ambas variables.

Una vez obtenida la información, los datos serán organizados y codificados en una base de datos mediante el software estadístico SPSS versión 27, donde se ejecutará

inicialmente un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias para caracterizar las variables de estudio considerando escalas de medición nominal y tipo Likert, para posteriormente efectuar un análisis inferencial aplicando la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov con la finalidad de determinar la distribución de los datos; de presentar distribución normal se empleará la prueba de correlación de Pearson, y en caso contrario se recurrirá a la prueba no paramétrica Rho de Spearman para establecer la relación entre la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$ para la toma de decisiones estadísticas.

3.9 Aspectos éticos

El presente estudio se desarrollará bajo estricto cumplimiento de los principios éticos que rigen la investigación científica con seres humanos, garantizando en todo momento el respeto a la dignidad, integridad y derechos fundamentales de los adultos mayores participantes, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y la normativa nacional vigente en materia de investigación, asegurando así que cada fase del proceso investigativo se conduzca con responsabilidad, transparencia y rigor científico (57).

a) Aprobación ética

El proyecto será remitido para su evaluación ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Público de Chíncha y de la institución educativa correspondiente, garantizando el cumplimiento de los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y la normativa nacional vigente, tramitándose además las autorizaciones institucionales necesarias para acceder al campo de estudio.

b) Consentimiento informado

En concordancia con el principio de autonomía, se obtendrá el consentimiento informado por escrito de cada participante, explicándole de manera comprensible el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas.

c) Confidencialidad

Se preservará el anonimato de los participantes mediante la asignación de códigos numéricos a cada instrumento, resguardando la información en archivos digitales protegidos con contraseña y archivos físicos bajo llave, con acceso restringido exclusivamente al equipo investigador.

d) Selección de participantes

La incorporación de participantes se realizará de forma equitativa aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos, sin distinción por razones de edad, sexo, procedencia, condición socioeconómica ni religión, descartando cualquier forma de presión que comprometa la voluntariedad de la participación.

e) Integridad científica

A lo largo de todas las etapas de la investigación se mantendrá un compromiso riguroso con los principios de honestidad, objetividad y transparencia, reportando los datos de manera fidedigna sin incurrir en manipulación o fabricación de información, respetando los derechos de autoría mediante la citación apropiada de las fuentes bibliográficas consultadas.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Cronograma de actividades:

N°	ACTIVIDAD	MESES/SEMANAS 2026											
		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
		1	3	2	4	2	3	1	3	1	3	1	2
1	Formulación del problema	■	■										
2	Revisión Bibliográfica			■									
3	Marco teórico y conceptual					■							
4	Diseño metodológico				■	■							
5	Elaboración del instrumento						■	■	■				
6	Recolección de datos									■			
7	Procesamiento y análisis de la información									■			
8	Revisión y corrección										■		
9	Elaboración del informe final										■		
10	Aprobación del informe final										■	■	
11	Revisión final y elaboración de PPT												■
12	Sustentación de proyecto de Investigación.												■

5.2 Presupuesto

	Precio unitario (S/.)	Cantidad	Precio total (S/.)
Recursos humanos			
Validadores expertos	100.00	3	300.00
Asesor estadístico SPSS 27	500.00	1	500.00
Asesor de estilo Vancouver	300.00	1	300.00
Recursos materiales y equipos (bienes)			
Laptop ASUS Vivabook 16	2500.00	1	2500.00
Dispositivo USB Kingston 16gb	30.00	1	30.00
Acceso a bases de datos científicas	250.00	1	250.00
Copias de instrumentos y consentimiento informado	0.03	1100	33.00
Kit material de escritorio	8.00	5	40.00
Servicios			
Internet Claro hogar	90.00	1	90.00
Impresiones de proyecto e informe final	0.50	150	75.00
Gastos administrativos y/o imprevistos			
Trámites administrativos	2500.00	2	5000.00
Material de presentación para sustentación	10.00	3	30.00
Viáticos para traslados al establecimiento de salud	10.00	7	70.00
Gastos de alimentación	15.00	10	150.00
Imprevistos	200.00	2	400.00
Total			9768.00

REFERENCIAS

1. CEPAL. Las personas mayores y la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Oportunidades y Desafíos. [Internet]. España: WHO; 2023 [citado 2025 sep 6]. <https://www.cepal.org/es/enfoques/personas-mayores-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible-oportunidades-desafios>
2. World Health Organization. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [citado 2025 sep 4]. World Health Organization. World report on ageing and health <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. ONU. Desafíos globales envejecimiento [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
4. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Más de 4 millones 598 mil adultos mayores, con motivo del Día del Adulto Mayor [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto-14530>
6. Ministerio de Salud (MINSA). La soledad agudiza el desarrollo de la demencia y depresión en los adultos mayores [Internet]. Lima: MINSA; 26 ago 2023 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/824611-la-soledad-agudiza-el-desarrollo-de-la-demencia-y-depresion-en-los-adultos-mayores>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). INEI: 66 % de adultos mayores se encuentran en situación de fragilidad [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: <https://canaln.pe/actualidad/inei-66-adultos-mayores-se-encuentran-situacion-fragilidad-n200193>
8. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Denuncias de violencia contra

- personas adultas mayores en Ica (enero–abril 2023) [Internet]. Lima: MIMP; 2023 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: Informe del Programa Aurora sobre violencia hacia adultos mayores en Ica.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Características del empleo informal en el departamento de Ica, 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 sep 4]. Disponible en: Estudio empleo informal Ica (2022).
 10. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis). Programas sociales e intervenciones del Midis hicieron frente a la pobreza en el último año [Internet]. Lima: Midis; 19 de diciembre de 2023 [citado 2025 sept 4]. Disponible en: <https://www.gob.pe/midis>
 11. Koçak F, Karapinar A, Yilmaz M, Eryuva H, Ergin I, Akçiçek S. The quality of life and loneliness among older adults in Third Age University: Case-Control Study. *Aging Medicine and Healthcare*. [Internet]. 2025 [Consultado 19 enero 2026]; 16(2): p. 102–109. Disponible en: <https://www.agingmedhealthc.com/?p=32617>
 12. Kushta R, Moliner A. Loneliness and quality of life among older adults: the mediating role of resilience. *Frontiers in Psychology*. [Internet]. 2025 [Consultado 17 enero 2026]; 1(1): p. 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.000000>
 13. Cano F, Alves E, De Pinho L, Fonseca C. Functional Capacity of Institutionalized Older People and Their Quality of Life, Depressive Symptoms and Feelings of Loneliness: A Cross-Sectional Study. *Nursing Report*. [Internet]. 2024 [Consultado 11 enero 2026]; 14(4): p. 3150–3164. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep14040229>
 14. Silva C, Ferreira R, Morgado B, Alves E, Fonseca C. Depression, Loneliness and Quality of Life in Institutionalised and Non-Institutionalised Older Adults in Portugal: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*. [Internet]. 2024 [Consultado 13 enero 2026]; 14(3): p. 2340–2354. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep14030174>
 15. Tan J, Tam W, Goh H, Ow C, Wu X. Impact of sense of coherence, resilience and

- loneliness on quality of life amongst older adults in long-term care: A correlational study using the salutogenic model. *Journal of Advanced Nursing*. [Internet]. 2021 [Consultado 9 diciembre 2025]; 77(12): p. 4796–4807. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14940>
16. Gonzáles R. Calidad de vida y soledad en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Mamabamba, Cutervo 2024. [Tesis de licenciatura]. Chota: Universidad Autónoma de Chota; 2025. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/3786fce3-1e23-4e91-9878-49b04675950b>
17. Bustamante C. Soledad y resentimiento a la vida en adultos mayores de una institución pública de Jaén-Cajamarca, 2024. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/3786fce3-1e23-4e91-9878-49b04675950b>
18. Carrasco M, Duran E. Soledad en los adultos mayores del Centro Integral de Atención de la Municipalidad Provincial de Huaral - 2021. [Tesis de licenciatura]. Huacho: Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/6155>
19. Chavez F, Pujay F. Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores del Asilo Virgen Asunta-Chachapoyas, 2021. [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2089>
20. Martinez J, Loaiza J, Ramos S, Mena S, Pajaro C, Plaza K. Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. *Revista Salud Uninorte*. [Internet]. 2022 [Consultado 6 diciembre 2025]; 37(2): p. 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522021000200302&script=sci_arttext
21. Contreras V. Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar

- la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. [Internet]. 2022 [Consultado 28 noviembre 2025]; 9(2): p. 1-13. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000800037&script=sci_arttext
22. Iraizos A, Santos J, Brito G, Jaramillo R, Leon G, Solorzano S. El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [Internet]. 2022 [Consultado 3 enero 2026]; 38(3): p. 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000300012&script=sci_arttext
23. Guerrero R, Acevedo M, Reyes B. Cuidado humano al adulto mayor en la comunidad para favorecer un envejecimiento saludable. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*. [Internet]. 2023 [Consultado 7 enero 2026]; 10(1): p. 222 - 235. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/932>
24. Da Rocha S, Padilla M, Ramirez N, Dal Vesco S, Caravaca J, Ribeiro V. Jean Watson's Theory of Human Caring and its Applicability in Nursing Care and Education: An Integrative Review. *Enfermería Actual de Costa Rica*. [Internet]. 2025 [Consultado 21 enero 2026]; 48(1). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682025000100001&script=sci_arttext&tlng=en
25. Lopez J, Perez G, Noriega C. Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC Geriatr*. [Internet]. 2024 [Consultado 10 enero 2026]; 24(815). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-024-05401-7#citeas>
26. Samadarshi S, Taechaboonsermsak P, Tipayamongkholgul M, Yodmai K. Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. *Journal of Health Research*. [Internet]. 2022 [Consultado 2 diciembre 2025]; 36(1): p. 56–67. Disponible en: <https://www.emerald.com/jhr/article/36/1/56/434259>

27. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; . [Internet]. 1996. [Consultado 2 diciembre 2025]; Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
28. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. [Internet]. 1995 [Consultado 2 diciembre 2025];41(10):1403-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K?via%3Dihub>
29. Andrade G. Salud física y mental en el adulto mayor. Revista Científica De Salud BIOSANA. [Internet]. 2022 [Consultado 25 noviembre 2025]; 1(2): p. 12-16. Disponible en: <https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/40>
30. Aldas C. Actividad física en el adulto mayor. Dominio de las Ciencias. [Internet]. 2021 [Consultado 30 noviembre 2025]; 7(5): p. 1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383840>
31. González C, Agüero J, Mazatán C, Guerrero R. Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia covid-19 - nueva normalidad. Cogitare Enferm. [Internet]. 2021 [Consultado 4 diciembre 2025]; 26(1): p. 1-6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/szGNNJ3VRqc84SZ3mMkhVMR/?format=html&lang=es>
32. Uhlmann M, Facchini L, Nedel F, Wachs L, Kessler M. Relaciones sociales y supervivencia en la cohorte de adultos mayores. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2021 [Consultado 8 diciembre 2025]; 1(1): p. 1-11. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/W5YcMTpBgcmpqLK99vwBrPf/?lang=es>
33. Alvarado J, Vera E, Giler A, Saltos P. Impactos de las relaciones sociales en el bienestar de adultos mayores. Sapiens International Multidisciplinary Journal. [Internet]. 2024 [Consultado 15 enero 2026]; 1(2): p. 12-25. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10142074>

34. Hernandez V, Solano N, Ramirez P. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Revista Venezolana de Gerencia: RVG. [Internet]. 2021 [Consultado 12 diciembre 2025]; 26(95): p. 530-543. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8890470>
35. Pinilla M, Ortiz M, Suarez J. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Revista Salud Uninorte. [Internet]. 2021 [Consultado 18 diciembre 2025]; 37(2): p. 488-505. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/817/81775200017/81775200017.pdf>
36. Chiquiruna C. Calidad de vida y apoyo social en pacientes adultos mayores del servicio de hospitalización de un hospital de Lima 2020. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/items/5e15dad8-fba3-42b1-82e0-48677dd01161>
37. Sa Silva E, Coelho A, Franca C, Lovato C, Pimentel G, Glowacki J. De la soledad a la cooperación: estrategias de afrontamiento de los trabajadores de enfermería de cuidados intensivos. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [Consultado 5 enero 2026]; 27(1): p. 1-12. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/JBwbrZVGtFVcNBvDKqtHVbK/?format=html&lang=es>
38. Fernandez D, Garcia S, Gallardo L, Sanchez E. La soledad en personas mayores. Un estudio cualitativo sobre experiencias subjetivas, factores influyentes y estrategias de afrontamiento. RES. Revista Española de Sociología. [Internet]. 2025 [Consultado 20 enero 2026]; 34(2): p. 1-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10153685>
39. Robles L, Martínez S. Vivir solo durante la vejez: estrategias de afrontamiento ante la soledad. Anales En Gerontología. [Internet]. 2023 [Consultado 11 enero 2026]; 15(1): p.

85-111.

Disponible

en:

<https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/54613>

40. Hall S, Shearer K. Applying Peplau's Interpersonal Relations Theory to Enhance Older Adults' Health Literacy Through Nursing Care: A Theory Analysis. *Journal of Holistic Nursing*. [Internet]. 2024 [Consultado 16 enero 2026]; 1(4). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08980101251345027>
41. Mersha A, Abera A, Tesfaye T. Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing*. [Internet]. 2023 [Consultado 9 enero 2026]; 23(381). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-023-01526-z>
42. Wister A, Kim B, Levasseur M, Poulin V, Qiu S, Yuwono E. Resilience applications to social isolation and loneliness in older adults: a scoping review to develop a model and research agenda. *Frontiers in Public Health*. [Internet]. 2025 [Consultado 19 enero 2026]; 13(1): p. 1-17. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1589781/full#ref51>
43. Boumans J, Scheffelaar A, Druten V, Hendriksen T, Venrooij L, Rozema A. Coping Strategies Used by Older Adults to Deal with Contact Isolation in the Hospital during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [Internet]. 2021 [Consultado 1 diciembre 2025]; 18(14): p. 1-12. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7317>
44. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; . [Internet]. 1984. [Consultado 1 diciembre 2025]; Disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=one

[page&q&f=false](#)

45. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York: Guilford Press; [Internet]. 1997. [Consultado 7 diciembre 2025]; Disponible en: [https://is.muni.cz/el/phil/jaro2008/RLB246/um/K. I. Pargament Chapters 2 __7.pdf](https://is.muni.cz/el/phil/jaro2008/RLB246/um/K._I._Pargament_Chapters_2__7.pdf)
46. Tagomori H, Fardgassemi S, H J. How young adults cope with loneliness: a study of London's most deprived boroughs. *International Journal of Adolescence and Youth*. [Internet]. 2022 [Consultado 7 diciembre 2025]; 27(1): p. 1-22. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2021.2013263#abstract>
47. Sun S, Wang Y, Wang L. Social anxiety and loneliness among older adults: a moderated mediation model. *BMC Public Health*. [Internet]. 2024 [Consultado 14 enero 2026]; 24(483): p. 1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-17795-5>
48. Gemar A. Religion and Loneliness: Investigating Different Aspects of Religion and Dimensions of Loneliness. *Religions*. [Internet]. 2024 [Consultado 12 enero 2026]; 15(4): p. 1-10. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-1444/15/4/488>
49. Muhammad T, Pai M, Afsal K. The association between loneliness and life satisfaction: examining spirituality, religiosity, and religious participation as moderators. *BMC Geriatrics*. [Internet]. 2023 [Consultado 10 enero 2026]; 23(301): p. 1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-023-04017-7>
50. Feliciano E, Feliciano A, Palompon D, Boshra A. Aging-related Resiliency Theory Development. *Belitung Nursing Journal*. [Internet]. 2022 [Consultado 3 diciembre 2025]; 8(1): p. 4-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10386798/>
51. Resna R, Widiarti A, Nofiantoro W, Iskandar R, Ashbhana D. Social environment support to overcome loneliness among older adults: A scoping review. *Belitung Nurs J*. [Internet]. 2022 [Consultado 5 diciembre 2025]; 8(3): p. 197–203. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10401387/#cit0008>

52. Juntegren G, Stahl F. Determinants of social loneliness among older adults in job retirement and the role of emotional expressivity. *Aging & Mental Health*. [Internet]. 2024 [Consultado 13 enero 2026]; 28(8): p. 1153-1161. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2024.2338205#abstract>
53. Ahmadimajd R. Emotion Regulation Mediates the Associations of Loneliness and Empathy with Death Anxiety in the Elderly. *Elderly Health Journal*. [Internet]. 2024 [Consultado 11 enero 2026]; 10(1): p. 27-34. Disponible en: https://ehj.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=306&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1&html=1
54. Ruiz E. Calidad de vida y afrontamiento de la soledad del adulto mayor en el centro poblado de Yuracyacu, Chota 2023. [Tesis de licenciatura]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2025. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNCH_985b07ad0f33ad53e74d38a20f0167ea
55. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Primera ed. México: McGraw Hill; 2018.
56. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
57. Serra M. Participación y educación: la Declaración de Helsinki en el contexto actual. *Arch. Argent. Pediatr*. [Internet]. 2025 Enero [Consultado 20 enero 2026]; 123(3): p. 1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10585>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025?</p> <p>Problemas Específicos a) ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025? b) ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025? c) ¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.</p> <p>Objetivos Específicos a) Identificar la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. b) Identificar la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. c) Identificar la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. d) Identificar la relación entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe relación significativa entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. Ho: No existe relación significativa entre calidad de vida y conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025.</p> <p>Hipótesis Específicas Hi: Existe relación significativa entre la dimensión salud física de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. Hi: Existe relación significativa entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chíncha, 2025. Hi: Existe relación significativa entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y las</p>	<p>Variable 1 Calidad de vida Dimensiones: Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente</p> <p>Variable 2 Conductas De Afrontamiento Dimensiones: Evitación Apoyo religioso Apoyo social Expresión de emociones Aceptación del sentimiento</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de estudio: Aplicado</p> <p>Diseño: no experimental, transversal, correlacional</p> <p>Población, muestra y muestreo 100 adultos mayores del servicio de Medicina hospital San José de Chíncha</p> <p>Muestra: 100 Adultos mayores</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de</p>

<p>de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025?</p> <p>d) ¿Cuál es la relación entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025?</p>	<p>afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.</p>	<p>conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre la dimensión ambiente de la calidad de vida y las conductas de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor hospitalizado en un hospital público de Chincha, 2025.</p>		<p>Calidad de vida WHOQOL-BREF.</p> <p>Cuestionario de conducta de afrontamiento ante la soledad.</p>
--	--	---	--	---

Anexo 2. Instrumento:

Cuestionario para identificar la Calidad de Vida

I. Datos generales

Edad:

Sexo: (M) (F)

Con quién vive: a. Solo () b. Con su pareja () c. Con un hijo () d. Otro: _____

Estado civil: a. Soltero () b. Casado () c. Viudo () d. Divorciado ()

II. Calidad de vida

Instrucciones: A continuación, se presenta cinco posibles respuestas, elija la que mejor le identifica.

5	4	3	2	1
Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

Nº	Ítems	5	4	3	2	1
1	¿Cómo califica su calidad de vida?					
2	¿Cuán satisfecho está con su salud física?					
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Considera saludable su territorio?					
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					

12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Usted tiene el apoyo económico que necesita para su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
15	¿Usted puede desplazarse de un lugar a otro sin ayuda de algún familiar o amigos?					
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
19	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
20	¿Cuán satisfecho está con su vida?					
21	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
22	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
23	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los programas de apoyo como pensión 65?					
24	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
25	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como la tristeza?					

Fuente: Chiquiruna, C (36)

Escala de conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor

Instrucciones: Cuando me siento solo(a):

0	1	2	3
Nunca	Raras veces	Algunas veces	La mayoría de las veces

Nº	Ítems	Nunca (0)	Raras veces (1)	Algunas veces (2)	La mayoría de veces (3)
1	Prefiero hacer alguna actividad para olvidarme de mi soledad.				
2	Escucho música para olvidarme que me siento solo.				
3	Pido apoyo en entidades de salud ocupacional.				
4	Busco a Dios para llenar mis vacíos.				
5	Leo la biblia.				
6	Visito la Iglesia para hablar con Dios.				
7	Escucho programas religiosos en la radio.				
8	Pongo mi confianza en Dios mediante rezos u oraciones.				
9	Converso con los vecinos y conocidos que me rodean.				
10	Me relaciono con los vecinos y familiares.				
11	Participo en las actividades recreativas que propone el hogar.				
12	Tengo un grupo de compañeros con los que puedo hablar sobre el tema.				
13	Considero que mis vecinos y familiares se preocupan por mí.				

14	Me pongo triste con frecuencia.				
15	Suelo llorar cuando algo me afecta.				
16	Grito y alzo la voz constantemente con los que están cerca.				
17	Me enojo con facilidad.				
18	Pienso en lo que me produjo este sentimiento.				
19	No estoy seguro(a) si la soledad es real y tenga su razón de ser.				
20	Acepto que he aprendido a vivir sintiéndome solo.				

Fuente: Ruiz, E. (54),

Anexo 3: Consentimiento informado



Universidad Norbert Wiener

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente confirmo mi consentimiento para participar en la investigación denominada: Calidad de vida y conductas de afrontamiento ante la soledad del adulto mayor en un hospital público de chincha, 2025

Se me ha explicado que mi participación consistirá en lo siguiente:

Se me plantearán diferentes preguntas, a través de entrevistas y/o cuestionarios, algunas de ellas personales, familiares o de diversa índole. Pero todo lo que responda a la investigadora, será confidencial.

Entiendo que debo responder con la verdad y que la información que brinden mis compañeros, también debe ser confidencial.

Se me ha explicado que, si decido participar en la investigación, puedo retirarte de él en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y comprendo qué cosas voy a hacer durante la misma.

Fecha: _____

Nombre del Participante: _____

Investigadora
DNI:

Participante
DNI:



19% Similitud general

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




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.uss.edu.pe	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-01-05	<1%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2024-03-31	<1%
5	Internet	repositorio.unach.edu.pe	<1%
6	Internet	www.uticvirtual.edu.py	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-08-25	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-25	<1%
9	Internet	hdl.handle.net	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Tecnológica de los Andes on 2025-07-15	<1%
11	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%