

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



El aislamiento social en adultos mayores y su relación con el bienestar psicológico y la salud física – Caso de estudio del Hospital Militar Geriátrico

Tesis para obtener el grado académico de Magistra en Desarrollo Humano: Enfoques y Políticas que presenta:

Ursula Lucia Talavera Zegarra

Asesor:

Henry Raul Guillen Zambrano

Lima, 2022

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la conectividad social y las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en adultos mayores, específicamente de los pacientes que se atienden en el Hospital Militar Geriátrico (HMG). Las hipótesis planteadas consisten en 1) mayor aislamiento social está asociado a menor nivel de salud física y 2) mayor aislamiento social está asociado a menor bienestar psicológico. En ese sentido, se realizó un estudio con enfoque cuantitativo del tipo no experimental – transversal, en el cual se aplicó una encuesta a 43 participantes, quienes son adultos mayores que se atienden en consultorio externo y adultos mayores que viven en la residencia geriátrica del HMG. Los resultados sugieren que existe evidencia de la relación directa entre las dimensiones de la conectividad social y la salud física; así como entre las dimensiones de la conectividad social y del bienestar psicológico. Esto es consistente con lo desarrollado por diversos autores desde el enfoque de capacidades que abordan la importancia de la carencia de las relaciones sociales, no solo por ser considerada un componente intrínseco de la pobreza de capacidades, sino también por su valor instrumental ya que no ser capaz de interactuar libremente está relacionado con carencias de otras dimensiones.

Palabras clave: Desarrollo humano, conectividad social, salud física, bienestar psicológico, adultos mayores

Abstract

The aim of this research is to analyze the relationship between social connectedness and the aspects of physical health and psychological well-being in older adults, specifically in patients treated at Hospital Militar Geriátrico (HMG). The proposed hypotheses are 1) greater social isolation is associated with lower levels of physical health and 2) greater social isolation is associated with lower psychological well-being. In this sense, a quantitative, non-experimental, cross-sectional study was carried out, surveying a total of 43 participants, which are older adults seen in outpatient clinics and older adults living in the geriatric residence of the HMG. The results suggest that there is evidence of a direct relationship between the dimensions of social connectedness and physical health, as well as between the dimensions of social connectedness and psychological well-being. This is consistent with what has been developed by many authors from the capability approach who stand out the importance of the lack of social relations, not only because it is considered an intrinsic component of capability poverty, but also because of its instrumental value, since not being able to freely socialize is related to deficiencies in other dimensions.

Key words: Human development, social connectedness, physical health, psychological well-being, older adults.

Tabla de Contenidos

<u>RESUMEN</u>	<u>2</u>
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	<u>6</u>
<u>II. MARCO TEÓRICO</u>	<u>11</u>
DESARROLLO HUMANO Y ADULTOS MAYORES	11
AISLAMIENTO SOCIAL COMO PRIVACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN.....	17
AISLAMIENTO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES	19
AISLAMIENTO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FÍSICA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO	21
<u>III. METODOLOGÍA</u>	<u>26</u>
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
ÁMBITO	28
CASO DE ESTUDIO.....	28
PARTICIPANTES	29
INSTRUMENTOS.....	31
PROCEDIMIENTO.....	35
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	36
<u>IV. RESULTADOS</u>	<u>36</u>
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	36
RELACIONES ENTRE CONECTIVIDAD SOCIAL, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SALUD FÍSICA	40
<u>V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	<u>44</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>52</u>
<u>ANEXO</u>	<u>62</u>

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Indicadores externos e internos de conectividad social

Cuadro 2: Características sociodemográficas de los participantes del caso de estudio

Cuadro 3: Media y desviación estándar de la edad de participantes

Cuadro 4: Dimensiones e indicadores de la conectividad social externa

Cuadro 5: Dimensiones e indicadores de la conectividad social interna

Cuadro 6: Dimensiones e indicadores del bienestar psicológico

Cuadro 7: Dimensión e indicador de la salud física

Cuadro 8: Estadística descriptiva: Dimensiones de la conectividad social

Cuadro 9: Frecuencia y distribución de las dimensiones de la conectividad social

Cuadro 10: Estadística descriptiva: Dimensión de la salud física

Cuadro 11: Estadística descriptiva: Dimensiones del bienestar psicológico

Cuadro 12: Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social externa y conectividad social interna

Cuadro 13: Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social y salud física

Cuadro 14: Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social y bienestar psicológico

I. Introducción

La vejez es un período esencial, que debe considerarse como inevitable y normal. Aunque la población adulta mayor es heterogénea y cada individuo cuenta con características particulares y diferentes, en general durante la vejez se presentan diferencias biológicas (mayor probabilidad de morbilidad y sufrir accidentes), psicológicas (propensos a tener deterioro cognitivo), sociológicas y clínicas (enfermedad física o mental grave) frente a otros periodos de madurez.

Para el caso de los adultos mayores, como lo señalan Stephens y Breheny (2019) el enfoque de capacidades permite discutir varios temas que no se consideran en otros enfoques vinculados a este grupo etario, como por ejemplo el del “envejecimiento exitoso”, en el que se hace hincapié en la necesidad de ayudar a las personas mayores a evitar enfermedades, mantener un buen funcionamiento mental y físico, se plantea al envejecimiento como un problema a ser resuelto, y se espera que las personas mayores individualmente mantengan una buena salud, y demanden poco al sistema de salud y atención. En cambio, la perspectiva del enfoque de capacidades es multidimensional, si bien considera la salud física como una capacidad importante, es solo una entre diversas capacidades valoradas por los adultos mayores como la autonomía, disfrute de la vida, seguridad, conectividad social, entre otras. (Stephens y Breheny, 2019) Este enfoque, reconoce las necesidades y diferencias de los adultos mayores en circunstancias reales, y permite evaluar el bienestar en términos de la libertad que poseen estas personas para desempeñar funcionamientos (lo que se consigue “ser” y “hacer”) valiosos. (Sen, 2000a)

Desde esta perspectiva, la investigación, la política y la intervención en salud se centrarían tanto en los procesos que hacen posible la libertad de acción y decisión como en las oportunidades reales que tienen los individuos considerando sus circunstancias personales y sociales, que respalda la capacidad de todas las personas mayores para lograr

funcionamientos valiosos, en lugar de la responsabilidad individual de envejecer con éxito. (Sen, 2000a; Stephens y Breheny, 2019) Así, este enfoque incluye el reconocimiento de las diferencias en salud, educación y/o conexiones sociales que pueden influir en el proceso de transformar recursos en calidad de vida; al igual que considera la diversidad social y cultural en las preferencias de estas personas. (Stephens y Breheny, 2019)

En ese sentido, un buen conjunto de políticas debe: 1) Reconocer la variedad y heterogeneidad en las vidas de las personas mayores, 2) Combatir los estereotipos nocivos y no caer en la trampa de subestimar las capacidades de los adultos mayores para tomar decisiones o realizar distintas actividades, y 3) Fomentar y proteger su iniciativa, considerando a esta población como seres libres que toman decisiones y dan forma a su vida, y no como receptores pasivos. (Nussbaum y Levmore, 2018)

Asimismo, es importante conocer algunos conceptos claves que se emplean dentro de este enfoque como los funcionamientos y las capacidades. De esta manera, los funcionamientos son “las diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser” (Sen 2000a: 75), son las actividades, los estados, los logros que conforman el bienestar de las personas; y las capacidades son las libertades u oportunidades reales que tienen las personas para lograr ciertos funcionamientos.

Cabe precisar que debido a las características mencionadas anteriormente que se van presentando en este grupo, los adultos mayores tienen mayor probabilidad de ver afectadas algunas dimensiones importantes en sus vidas, como la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones interpersonales, el control sobre sus propias vidas, entre otras.

Esta situación no es ajena al Perú, ya que en el país se presentan deficiencias en diversas dimensiones valoradas por los adultos mayores. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013) en el Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017 identificó los siguientes problemas y situaciones que deterioran las condiciones de vida

de estas personas y que les impide alcanzar una vejez satisfactoria: 1) Hábitos alimenticios y problemas nutricionales, 2) Mayor demanda de servicios de salud (física y mental) que no es atendida de manera adecuada, 3) Bajo nivel educativo, así como la existencia de actitudes y prácticas de discriminación por edad hacia las personas adultas mayores limitan su desarrollo, 4) Ingresos y pensiones reducidos, 5) Prácticas inadecuadas de uso del tiempo libre, 6) Bajos niveles de participación ciudadana y limitaciones para la integración social, 7) Violencia y maltrato y 8) Inequidades de la mujer adulta mayor.

Además, en la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2018), espacio de encuentro entre el Estado y la sociedad que busca concertar políticas públicas para la lucha contra la pobreza, se identificaron cinco retos fundamentales para un envejecimiento con dignidad y derechos en el Perú: 1) Garantizar el cuidado de la salud, 2) Asegurar ingresos económicos, 3) Brindar protección y acompañamiento, 4) Promover la valoración social y la actividad en beneficio de la comunidad y 5) Fortalecer el ejercicio a participar en la toma de decisiones y en la vida social y política.

En ese sentido, tanto en el caso general de los adultos mayores, como en el caso específico peruano se identifica a las relaciones sociales como uno de los principales desafíos a abordar dentro de la población adulta mayor.

Al respecto, las relaciones interpersonales son abordadas en el enfoque de capacidades en diferentes vías. Por ejemplo, Martha Nussbaum incluye a las relaciones interpersonales dentro de la capacidad de afiliación, definida por la autora como la capacidad de vivir con y hacia los demás, reconocer a otros seres humanos y preocuparse por ellos, interactuar, ser capaces de imaginar la situación de otra persona, tener bases sociales de respeto y la no humillación; es considerada por la autora como una de las diez capacidades centrales que representan el umbral mínimo y esencial que se exige para que una vida sea considerada digna (Nussbaum, 2012; Nussbaum y Levmore, 2018). En esa línea, Nusbbaum

también señala que todas las capacidades centrales se sustentan mutuamente entre sí en múltiples sentidos, sin embargo, considera que la afiliación tiene un papel dominante sobre las demás capacidades ya que cuando estas están disponibles de un modo respetuoso con la dignidad humana, la afiliación forma parte de ellas (la persona es respetada como ser social). (Nussbaum, 2012)

Una aproximación empírica a esta capacidad ha sido planteada desde el concepto de conectividad social y su contraparte, en términos de pobreza multidimensional, el aislamiento social. La conectividad social es considerada una de las dimensiones faltantes en la medición de pobreza, de acuerdo con un estudio de la Iniciativa de Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza (OPHI), ya que a pesar de ser significativa para las personas que viven privadas de esta dimensión, no es analizada ni medida en los diseños de investigación y de políticas públicas (Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza, 2015) La conectividad social se evalúa según la cantidad y calidad de relaciones sociales. De esta manera, se considera dentro de cantidad, la frecuencia de interacciones que una persona establece y el número de grupos donde participa; mientras que la calidad de relaciones sociales se refiere a la satisfacción de las expectativas o estándares que la persona establece y el valor instrumental de esta relación. De acuerdo con lo señalado, el aislamiento social puede entenderse como la calidad y cantidad inadecuadas de relaciones sociales en los diversos niveles en los que las personas interactúan (individual, grupal, comunitaria y en ambientes sociales más amplios). (Zavaleta et al., 2014)

La privación de la cantidad y calidad adecuadas de relaciones no solo afecta a la conectividad social sino también a otras dimensiones del desarrollo relevantes para las personas. Así, relacionarnos con otros tiene un valor intrínseco e instrumental. Por un lado, su valor intrínseco se debe a que las personas tienen buenas razones para valorar no ser excluidas de las relaciones sociales de la vida en comunidad (Sen, 2000b), ser parte de un

grupo es considerado adaptativo para la supervivencia, ya que puede brindar protección o mayor acceso a recursos como alimentos, asimismo los humanos no sobrevivirían sin el cuidado de los demás, como es el caso de los bebés. (Holt-Lunstad 2018) Por otro lado, el relacionamiento social tiene un valor instrumental, debido a que no ser capaz de interactuar libremente puede resultar en privaciones de otras dimensiones, como riesgos de mortalidad, salud física y mental, deterioro cognitivo, exclusión de oportunidades laborales, reforzar la discriminación, entre otros. (Zavaleta et al., 2014) Respecto a la salud física y mental, al ser el cerebro el órgano principal para evaluar las conexiones sociales las personas que se encuentran más aisladas tienen una reacción en las neuronas que los mantiene alertas, atentos a una amenaza, lo que se relaciona con problemas físicos como mentales. (Holt-Lunstad, 2018)

De esta forma, al ser los adultos mayores una población poco atendida a nivel de investigación y de diseño de políticas en el país, y considerando que el relacionamiento es una de las dimensiones más afectadas de esta población y la repercusión de esta privación en otras dimensiones relevantes para el desarrollo de los adultos mayores, es necesario profundizar la investigación de la conectividad social en esta población.

En ese sentido, se eligió el Hospital Militar Geriátrico como caso de estudio, ya que los pacientes son personas adultas mayores de sesenta años que tienen algún vínculo con el ejército peruano como los titulares (militares) y sus familiares (padres, madres, cónyuges e hijos con discapacidad). De esta manera, al ser un lugar donde acuden personas de la comunidad militar pueden tener más momentos de encuentro con sus pares (frecuencia de contacto social) y es probable que tengan mayor sentido de pertenencia a esta comunidad; así pues, los participantes cuentan con características particulares de la conectividad para analizar la relación entre la privación de la conectividad social y otras dimensiones del desarrollo.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es analizar de qué manera se relaciona el aislamiento social, como privación de relaciones interpersonales de calidad, con las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico.

II. Marco Teórico

Desarrollo Humano y Adultos Mayores

La vejez es un período esencial de vida que debe considerarse como inevitable y normal. Aunque la población adulta mayor es heterogénea y cada individuo cuenta con características particulares y diferentes, en general durante la vejez se presentan diferencias biológicas, psicológicas, sociológicas y clínicas frente a otros periodos de madurez. En primer lugar, algunos criterios biológicos que se presentan en los adultos mayores son la mayor probabilidad de morbilidad, el incremento de la propensión a sufrir accidentes, entre otros. En segundo lugar, el desenvolvimiento psicológico suele mostrar evidencia de deterioro cognitivo, por ejemplo, en velocidad de formular una opinión, en la precisión de juicios y en la habilidad para aprender. Finalmente, los adultos mayores tienen mayor probabilidad de presentar los siguientes rasgos clínicos: una enfermedad física o mental grave, incapacidad de soportar bien los cambios, facilidad y alta frecuencia con que las alteraciones menores de las funciones fisiológicas pueden producir daños graves en el organismo y dificultades para descansar. (Beattie 1963) Sin embargo, es importante resaltar que cada adulto mayor es diferente, por ejemplo, algunos tienen un nivel de actividad de una persona de 30 años, mientras que otros requieren asistencia para realizar las tareas diarias. (World Health Organization, 2018a)

Se debe considerar que en el caso del Perú el envejecimiento de la población es un fenómeno que muestra un crecimiento continuo, lo cual incrementa la necesidad de realizar mayores estudios y desarrollar políticas públicas que consideren a la población adulta mayor.

Así, en el año 1950 los adultos mayores a 60 años representaban el 5.7%¹ de la población, en junio del año 2018 los adultos mayores representaban el 10.4%² de la misma. Este fenómeno demográfico se debe a diferentes causas, tales como los avances tecnológicos y de las ciencias médicas que han permitido que las personas vivan más años; así como la disminución de la fecundidad. (Defensoría del Pueblo 2019) Este crecimiento sostenido de la población adulta mayor trae consigo distintos desafíos para los países que deben asegurar los sistemas sociales y de salud para una población más amplia. (World Health Organization, 2018a) Estos desafíos son particularmente grandes, en países como el Perú, donde además se presentan ciertas características de vulnerabilidad, como el vivir solo. De acuerdo al Censo Nacional del año 2017 realizado por el INEI, en el Perú existen 633 mil 590 personas de 70 años o más que viven completamente solas, lo cual representa al 38.4% del total de este grupo. Cabe precisar, que en gran proporción los adultos mayores presentan otras características como bajo acceso a educación y salud. (INEI, 2018c)

El enfoque de capacidades provee las bases filosóficas para la perspectiva actual del desarrollo humano, entendido como proceso de expansión de libertades humanas; y contrasta con las visiones más estrictas del desarrollo que están principalmente relacionadas al crecimiento económico como el aumento del producto nacional bruto (PNB), de las rentas personales y la industrialización (Deneulin, 2018). Según el enfoque de capacidades, los recursos pueden ser un medio importante para expandir las libertades de los individuos, sin embargo, estas dependen también de otros factores como las instituciones sociales y económicas y los derechos humanos y políticos (Sen 2000a). El desarrollo debe poner a las personas en el centro de sus prioridades y estas deben gozar de capacidades, entendidas también como libertades, para poder “ser“ y “hacer“ lo que tienen razones para valorar (Sen,

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (Junio 2018). Situación de la población adulta mayor - Setiembre 2018. Informe Técnico - INEI

² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (Junio 2018). Situación de la población adulta mayor - Setiembre 2018. Informe Técnico - INEI

2000a). En ese sentido, el propósito del desarrollo es ampliar las posibilidades de las personas para que se conviertan en agentes de sus propias vidas.

De esta manera, este enfoque enmarca el bienestar de las personas en términos de las oportunidades reales que tiene la gente para elegir actividades que valoran. Desde esta perspectiva, comprender la naturaleza del bienestar pasa a comprender el nivel de libertad que tienen las personas para seguir la vida que valoran. (Stephens y Breheny, 2019) La expansión de libertades no solo enriquece la vida del mismo individuo, sino que también le permite ser una persona social más plena, que ejerza su propia voluntad e influya en su entorno. (Sen, 2000a)

Para el caso de los adultos mayores, como lo señalan Stephens y Breheny (2019) el enfoque de capacidades permite cambiar la mirada del bienestar que no se consideran en otros enfoques, como en el “envejecimiento exitoso”, el cual se centra en ayudar a las personas mayores a evitar enfermedades y discapacidades y mantener un buen funcionamiento mental. En cambio, el enfoque de capacidades además de la salud considera las diversas dimensiones valoradas por los adultos mayores, sea cual sea su actividad física o cognitiva, como lo son la integración social, la contribución, la seguridad y el disfrute. (Stephens et al., 2015) Asimismo, este enfoque incluye las diversas necesidades según los distintos contextos sociales en los que se encuentran los adultos mayores; de esta manera, se incluyen los grupos minoritarios y se reconocen las desigualdades. (Stephens y Breheny, 2019)

En línea con lo mencionado, el enfoque de capacidades es relevante al aplicarse en adultos mayores, ya que considera la libertad de los adultos mayores para vivir la vida que valoran desde un enfoque humano; concibe el bienestar de esta población como multidimensional, y no solo se centra en su estado físico o cognitivo; así como reconoce las

diferencias sociales y culturales entre las personas que influyen en la transformación de recursos en bienestar.

Algunos autores proponen desde otros enfoques paradigmas del bienestar que se asemejan al de capacidades, tal es el caso de Atul Gawande, cirujano médico e investigador, quien sin basarse en el enfoque de capacidades señala que “el bienestar se refiere a las razones por las que cada uno desea estar vivo”. (Gawande 2014: 460) En ese sentido, destaca que para tener bienestar es importante que los adultos mayores tengan la capacidad de decidir y ser agentes de su vida. Asimismo, sobre la vejez y la enfermedad, señala: “La batalla de ser mortal es la batalla para mantener la integridad de la vida de uno, para evitar ser disminuido, disipado o subyugado...”. (Gawande 2014: 251) De esta manera, se puede ver la similitud entre la propuesta de Gawande desde un enfoque de medicina paliativa y la propuesta del enfoque de capacidades, con términos bastante similares, sobre el fin de las personas de ampliar sus libertades para que puedan ser y hacer lo que tienen razones para valorar.

En este enfoque se emplean algunos conceptos clave como funcionamientos y capacidades, los cuales se definen a continuación. Los funcionamientos son “las diversas cosas que una persona puede valorar hacer o ser” (Sen 2000a: 75), son las actividades, los estados, los logros que conforman el bienestar de las personas. De acuerdo con Sen, no es la posesión de un bien lo que importa, pero el funcionamiento que este habilita, que puede incluir necesidades básicas como estar bien alimentado, no padecer enfermedades evitables, estar físicamente saludable, o no sufrir mortalidad prematura, y funcionamientos más complejos como ser capaz de participar en la comunidad, ser socialmente respetado, ser feliz, tener dignidad, entre otros. (Stephens y Breheny, 2019) Desde la perspectiva de Sen, la vida puede ser considerada como un conjunto de funcionamientos interrelacionados, que consideran tanto los “seres y hacerres”. El logro de una persona puede ser visto como el vector de sus funcionamientos. (Sen, 1992)

Las capacidades son las libertades u oportunidades reales que tienen las personas para lograr ciertos funcionamientos. Así, estas son el conjunto de vectores de funcionamientos, que reflejan la libertad de las personas para llevar un tipo de vida. (Sen, 1992) Las capacidades son “las diversas combinaciones de funcionamientos (seres y haceres) que las personas pueden lograr” (Sen 1992: 40), es decir, las libertades de las personas para disfrutar el tipo de vida que tiene razones para valorar. Así, no son las habilidades internas de las personas, sino que también consideran las oportunidades que se crean considerando el entorno político, social y económico.

Nussbaum plantea una lista de diez capacidades centrales de los adultos mayores para ofrecer una visión panorámica de lo que el enfoque de las capacidades ofrece a las políticas sobre la vejez, las cuales son: 1) vida, 2) salud física, 3) integridad física, 4) sensaciones, imaginación y pensamiento, 5) emociones, 6) razón práctica, 7) vinculación, 8) otras especies, 9) juego y 10) control sobre el propio entorno. (Nussbaum y Levmore, 2018)

En particular, la vinculación (o afiliación) es definida por la autora como poder vivir con y hacia los demás, reconocer a otros seres humanos y preocuparse por ellos, participar en diversas relaciones sociales, así como tener una base social para la autoestima y la no humillación.

Una aproximación empírica a esta capacidad se da a través de la dimensión de conectividad social que se entiende como la calidad (satisfacción de expectativas de relaciones o valor instrumental de las mismas) y cantidad (frecuencia de interacciones) adecuadas de relaciones sociales en los diversos niveles en que las personas interactúan (individual, grupal y comunitario). (Zavaleta et al., 2014)

Además, se debe de considerar que los adultos mayores pertenecen al grupo que es más propenso de padecer privaciones de la dimensión de conectividad social, debido a que existen algunos factores de riesgo relacionados al proceso del envejecimiento que tienen

efectos en las relaciones sociales como los impedimentos físicos que limitan la movilidad, problemas sensoriales que son barreras para una comunicación efectiva (como limitaciones visuales y de audición), vulnerabilidades psicológicas, viudez, entre otros. (McLaughlin et al., 2011)

Asimismo, las personas mayores quieren interactuar con otras personas mayores, la amistad y el amor son fundamentales para una vida feliz cuando las personas envejecen. (Nussbaum y Levmore, 2018) En efecto, en diversas investigaciones, los adultos mayores han mostrado que las conexiones sociales son funcionamientos que valoran altamente y que son relevantes para su calidad de vida (Stephens y Breheny, 2019), incluso suelen reportar emociones más positivas durante interacciones sociales en comparación con adultos más jóvenes debido a que perciben que sus horizontes temporales se acortan y se motivan para mantener relaciones sociales más significativas. (Luong et al., 2011) En ese sentido, Carstensen (1995) en la teoría de la selectividad socioemocional sugiere que cuando las personas perciben que el tiempo de vida es limitado (por ejemplo cuando envejecen) van reduciendo sus redes sociales, así mantienen las relaciones que son más cercanas y significativas, mientras se alejan de las relaciones menos gratificantes. Además, se debe considerar que el aislamiento social puede conllevar a privaciones de distintas capacidades valoradas por los adultos mayores, como el acceso a oportunidades laborales, la seguridad, la longevidad, el bienestar psicológico y la salud física, entre otras dimensiones relevantes de la vida. (Zavaleta et al., 2014)

Debido a la alta valoración de la capacidad de afiliación por los adultos mayores, la vulnerabilidad de este grupo frente al aislamiento social y la relación de esta privación con otras dimensiones del bienestar, el siguiente acápite se centrará en esta dimensión de la pobreza, desde una aproximación multidimensional.

Aislamiento Social como Privación de la Capacidad de Afiliación

La conectividad social es la aproximación empírica de una de las diez capacidades centrales: la afiliación, la cual se define como la capacidad de interactuar con los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otra persona y disponer de las bases sociales necesarias para no sentir humillación y sí valoración por sí mismo. (Nussbaum 2012)

El aislamiento social es la contraparte de la conectividad social, en términos de pobreza multidimensional, y puede entenderse como la calidad (satisfacción de expectativas de relaciones o valor instrumental de las mismas) y cantidad (frecuencia de interacciones) inadecuadas de relaciones sociales en los diversos niveles en los que las personas interactúan (individual, grupal, comunitario y en ambientes sociales más amplios). (Zavaleta et al., 2014) La relación de ambos aspectos (cualitativos y cuantitativos) no es necesariamente directa, ya que una persona puede sentirse extremadamente sola mientras está rodeada de gente. (Zavaleta et al., 2014) Algunas investigaciones muestran que, aunque la cantidad de las relaciones es importante, la calidad de estas tiene mayor vínculo con la salud mental y física, y mortalidad. (Antonucci et al., 2014)

De acuerdo con Zavaleta, Samuel y Mills (2014) se deben realizar evaluaciones externas e internas para medir las relaciones sociales que las personas tienen en distintos niveles: personal, familiar, amical y de la comunidad.

Cuadro 1

Indicadores externos e internos de conectividad social

Indicadores externos	Indicadores internos
Frecuencia de contacto social	Satisfacción con las relaciones sociales
Apoyo de redes sociales	Necesidad de relacionarse

Presencia de interlocutores	Sentido de pertenencia a su propio barrio, pueblo, comunidad
Reciprocidad y voluntariado	Soledad
-	Confianza

Adaptado de Zavaleta et al. (2014). Elaboración propia.

Por un lado, en el ámbito externo se realizan evaluaciones objetivas de las relaciones sociales, se consideran condiciones sociales observables, sobre cuatro indicadores; mientras que en el ámbito interno se realizan evaluaciones según la percepción y experiencia de cada persona sobre otros cinco indicadores (ver cuadro 1). Es importante que ambos aspectos, internos y externos, se consideren para evaluar el aislamiento social. (Alkire ,2007)

La privación de la cantidad y calidad adecuadas de relaciones no solo afecta a la conectividad social sino también a otras dimensiones del desarrollo relevantes para las personas. Así, el relacionamiento tiene un valor intrínseco e instrumental. Por un lado, su valor intrínseco se debe a que las personas tienen buenas razones para valorar no ser excluidas de las relaciones sociales de la vida en comunidad (Sen, 2000b), desde la psicología evolucionista se considera que los seres humanos han evolucionado basados en las relaciones sociales ser parte de un grupo es adaptativo para la supervivencia (brindar protección de los depredadores o mayor acceso a recursos como alimentos). (Holt-Lunstad, 2018) Asimismo, al ser el humano una de las especies más vulnerables al nacer, los bebés no sobrevivirían sin el cuidado de los demás. (Holt-Lunstad, 2018) Por otro lado, el relacionamiento social tiene un valor instrumental, debido a que no ser capaz de interactuar libremente puede resultar en privaciones de otras dimensiones, como riesgos de mortalidad, salud física y mental, deterioro cognitivo, exclusión de oportunidades laborales, reforzar la discriminación, entre otros. (Zavaleta et al., 2014)

En ese sentido, una de las razones de la importancia del relacionamiento es el efecto que tiene en diversas dimensiones de la vida de las personas, la privación de conectividad

social suele estar relacionado a impactos negativos en la salud física y el bienestar psicológico (Cacioppo et al., 2015; Holt-Lunstad et al., 2010), por ejemplo. Los efectos negativos de la privación de esta dimensión en otros aspectos del bienestar son evidentes en el caso de la población adulta mayor, por ejemplo, el aislamiento también puede reforzar la vergüenza y la humillación. (Zavaleta et al., 2014)

Asimismo, mientras mayor percepción de soledad tengan las personas, sus relaciones continúan disminuyendo, en vez de incrementarse con el paso del tiempo. Por otro lado, las personas que tienen mejor percepción de conectividad social suelen tener mayor contacto social con el paso de los años. Por lo cual, se deduce que los sentimientos de soledad podrían ser un obstáculo para crear o mantener contacto social. (Hortulanus et al., 2006)

Al ser los adultos mayores una de las poblaciones que ven más afectada la capacidad de afiliación, se abordará el caso de esta población en el siguiente acápite.

Aislamiento Social en los Adultos Mayores

En diversas investigaciones, los adultos mayores han mostrado que las conexiones sociales son funcionamientos que valoran altamente y que son relevantes para su calidad de vida. (Stephens y Breheny, 2019)

Antonucci (2001) planteó el modelo del convoy (grupo que rodea, socializa, brinda protección y cuidado a una persona en el curso de su vida), marco a través del que se estudian las relaciones sociales, donde los factores personales (edad, género, personalidad) y situacionales (recursos, demandas, expectativas) influyen la estructura, función y calidad de los convoy, de esta manera el apoyo social que recibe el individuo va variando de acuerdo a los cambios vividos a lo largo de su vida, como por ejemplo al tener un hijo, mudarse a otro país, o dejar un trabajo, cambian los roles asumidos por las personas del convoy y la cantidad de apoyo recibido. En situaciones ideales las personas que forman el convoy proveen una

base segura y de protección que permite que el individuo experimente el mundo y aprenda de él. De este modo, los factores personales y situaciones, junto a las relaciones sociales afectan el bienestar del individuo, no solo en el momento sino también longitudinalmente; esto principalmente porque la base de protección de los miembros del convoy conlleva a enfrentar los desafíos de la vida de forma óptima, con menos angustia y mejor salud mental.

De esta manera, el modelo centra su atención en la importancia de desarrollar redes de soporte para los adultos mayores a lo largo de su vida, ya que la mayoría de las personas conserva las conexiones para toda la vida, y no suele hacer nuevas conexiones una vez que han envejecido. (Antonucci, 2001)

En ese sentido, es importante considerar los factores de riesgo que aumentan las probabilidades de padecer aislamiento social en los adultos mayores: vivir solo, tener dificultades de movilidad, experimentar una transición grande en la vida (pérdida de pareja, de empleo o recursos), tener ingresos bajos, ser cuidador (de alguien con una discapacidad crónica), tener vulnerabilidades psicológicas y cognitivas (depresión, baja autoestima o alguna adicción), vivir en una comunidad rural, vivir en un vecindario limitado (inaccesible, peligroso), no tener una red social e inadecuado soporte social y pertenecer a un grupo de minorías. (Elder y Retrum, 2012) Asimismo, de acuerdo con McLaughlin, las causas más comunes de soledad reportadas por los adultos mayores son enfermedades, muerte de pareja y amigos, disminución del funcionamiento físico, pérdida de la visión y de la audición. (McLaughlin et al., 2011)

Se debe tener en cuenta que probablemente un solo factor no conlleve al aislamiento del individuo; sin embargo, mientras más factores de riesgo tenga el individuo, este tendrá mayores probabilidades de estar aislado socialmente. (Elder y Retrum, 2012)

Existen diversos efectos que tiene la privación de la conectividad social en los adultos mayores. Así, en personas mayores de 65 años se asocia la falta de conexiones sociales a

mayor riesgo de deterioro cognitivo, mientras que mantener relaciones sociales positivas puede ser beneficioso para mantener un buen nivel cognitivo. (Zunzunegui et al., 2005)

De acuerdo con Crooks, Lubben, Petitti, Little y Chiu (2008), las mujeres adultas mayores que participan en redes sociales grandes tienen menor probabilidad de ser diagnosticadas con demencia cuatro años después. De acuerdo con Alkire (2007) el aislamiento también está vinculado a reforzar el estigma o discriminación por pobreza económica que podrían padecer algunos adultos mayores, y esta relación no necesariamente es causal, sino que se vincula en ambas direcciones.

Particularmente, las conexiones sociales predicen la salud física y mental de las personas debido a que las personas que se encuentran más aisladas tienen una reacción en las neuronas que los mantiene alertas, atentos a una amenaza, lo que se relaciona con problemas físicos como mentales. De esta manera, la falta de relaciones sociales y las relaciones conflictivas se asocian con riesgos en la salud, mientras que lograr la integración social y tener la presencia de apoyo social se vincula con factores protectores de la salud. (Holt-Lunstad, 2018)

En ese sentido, teniendo en cuenta la relación entre el aislamiento social y las dimensiones salud física y bienestar psicológico en el caso de los adultos mayores, en el siguiente acápite se abordará esta relación con más detalle.

Aislamiento Social y su Relación con la Salud Física y Bienestar Psicológico

La salud física es una de las diez capacidades centrales propuestas por Nussbaum, la cual es definida como: “poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada, disponer de un lugar apropiado para vivir.” (Nussbaum, 2012: 53) Además, se relaciona con la capacidad de la vida que se define como “poder vivir

hasta el término de una vida de una duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla”. (Nussbaum, 2012: 53)

Sobre la relación del aislamiento social y la salud física, se debe considerar que al ser el cerebro el órgano central para evaluar relaciones interpersonales, el sistema neuroendocrino es trascendental al percibir aislamiento social. Sin embargo, es muy difícil de medir de manera concluyente el papel causal del aislamiento social en los mecanismos neuronales y neuroendocrinos en los humanos. Los estudios en animales sobre los efectos de amenazas sociales generan dinámicas que se asemejan a las observadas en seres humanos solitarios, en estos estudios se encontró que el aislamiento social activa zonas del cerebro que interpretan amenazas y estresores, lo que promueve una defensa proinflamatoria que aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y neoplásicas, así como disminuye la resistencia a infecciones virales. (Cacioppo et al., 2015)

Existen diversos estudios que indican que las personas que están más conectadas socialmente viven más tiempo (Holt-Lunstad et al., 2010) De esta manera, el tener más y mejores relaciones está asociado a la protección, salud y longevidad, mientras que tener menos y peores relaciones está asociado al riesgo, morbilidad y mortalidad; y al compararse las privaciones de las relaciones sociales con otros factores de riesgo de mortalidad, sus efectos equivalen o superan al factor de obesidad. (Holt-Lunstad, 2018)

En línea con lo señalado, estudios recientes examinaron la correlación que existe entre la soledad y una peor función motora. De la misma forma, otros estudios han encontrado que aquellos que se sienten solos tienen problemas de sueño y malos hábitos de salud, como la falta de cumplimiento de la toma de medicación, lo cual podría explicar problemas de salud. (Perissinotto et al., 2012)

Por otro lado, el bienestar psicológico es considerado una de las dimensiones faltantes de la medición de pobreza que está ligado a una medida multifacética de florecimiento

humano (medida eudamónica). (Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza, 2015). OPHI propone medirla basándose en dos variables: el significado de la vida y las necesidades psicológicas innatas. (Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza, 2015).

En primer lugar, se propone su medición a través de la percepción del significado de la vida, la cual tuvo mayor atención desde los trabajos de Victor Frank quien propuso que las personas están fuertemente motivadas a encontrar un significado personal y sentir que su vida es significativa y que tiene un valor o propósito. (Morgan et al., 2009) A pesar de que no hay consenso para definir el significado de la vida, hay un acuerdo general que tener un significado en la vida es crucial. (Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza 2015) De acuerdo con varios estudios empíricos existe una fuerte relación entre el significado de la vida y el bienestar psicológico, como es el caso de los estudios de Zika y Chamberlain (1987), quienes señalan que el significado de vida fue el predictor más consistente que encontraron del bienestar psicológico entre estudiantes universitarios en Estados Unidos. (Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza, 2015)

En segundo lugar, se encuentra la Teoría de Autodeterminación (TAD), que plantea tres necesidades psicológicas innatas: competencia, autonomía y relacionamiento, y teoriza que cuando se satisfacen estas necesidades producen una mayor motivación, salud mental y bienestar. Así, Ryan y Deci señalan que cuando se frustra la satisfacción de estas necesidades se producen daños psicológicos. (Ryan y Deci, 2000) En particular sobre la autonomía, Grewal et al. (2006) descubrieron que las personas mayores valoraban el control, que se describe como ser independiente y capaz de tomar sus propias decisiones. En su análisis, la experiencia de control se veía socavada por la mala salud y las limitaciones económicas. Fisk y Abbott (1998) también concluyeron que las personas mayores valoran el hecho de decidir por sí mismas, tener recursos económicos y poder recibir ayuda sin incomodar a los demás.

De acuerdo con Cacioppo, la percepción de aislamiento social tiene efectos en el bienestar psicológico de las personas, dado que activa respuestas neuronales, neuroendocrinas y conductuales que promueven la auto preservación en el corto plazo. De este modo, las personas que tienen privación de la dimensión de conectividad social pueden estar más vigilantes a amenazas, ansiosos, hostiles, tener problemas para dormir (sueño fragmentado), fatiga, prepotencia, negatividad, depresión, entre otros. (Cacioppo y Hawkey, 2009)

De la misma forma, de acuerdo con Bashir, en estudios realizados en niños se ha encontrado que la soledad fue un factor predictivo de depresión en la vida adulta. (Bashir, 2017) Asimismo, la percepción de aislamiento social se ha asociado con ideación suicida en adultos, aquellos que experimentaron soledad con frecuencia tenían 21% más de riesgo de tener pensamientos suicidas en comparación con las personas que no se sentían solos con tanta frecuencia. En el caso de los adultos mayores, la soledad se ha relacionado con déficits cognitivos y demencia; lo cual dificulta que mantengan relaciones sociales, y así, se crea un círculo vicioso. (Cacioppo y Hawkey, 2009) Otros estudios incluso muestran que la percepción de aislamiento social predice deterioro cognitivo y mayor riesgo de desarrollar Alzheimer en adultos. (Shankar et al., 2013) En particular, el sentido de pertenencia social da significado a la vida y promueve una mayor sensación de bienestar psicológico. (Lambert et al., 2013; Haslam et al., 2009)

En ese sentido, como se ha desarrollado en los acápites anteriores, la conectividad social es una de las dimensiones del bienestar más valoradas por los adultos mayores. Asimismo, desde el enfoque de capacidades, la importancia de esta dimensión radica en su valor intrínseco e instrumental. Por un lado, intrínseco, en cuanto los seres humanos han evolucionado basándose en lo social, además que las relaciones con los demás han permitido la supervivencia de las personas, tanto en el inicio de la historia (para poder cazar y

alimentarse) como en la actualidad (el cuidado de los bebés depende de los adultos). Por otro lado, la conectividad social posee valor instrumental debido a que está relacionada con las otras dimensiones del bienestar. Así, mayores niveles de aislamiento social están relacionados a riesgos de mortalidad, salud física y mental, deterioro cognitivo, exclusión de oportunidades laborales, reforzar la discriminación.

Particularmente, respecto a la relación de esta dimensión con la salud, algunos autores consideran que tener privaciones de relacionamiento producen una defensa proinflamatoria que aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y neoplásicas, así como disminuye la resistencia a infecciones virales. De la misma manera, la percepción de aislamiento social tiene efectos en el bienestar psicológico de las personas, dado que activa respuestas neuronales, neuroendocrinas y conductuales que promueven la auto preservación en el corto plazo, lo que produce que estén más vigilantes a amenazas, ansiosos, hostiles, tener problemas para dormir (sueño fragmentado), fatiga, prepotencia, negatividad, depresión, menos sentido a la vida, entre otros. (Cacioppo y Hawkey, 2009; Lambert et al., 2013)

Así, en el Perú distintas entidades (como el MIMP y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza) han reconocido el aislamiento social como uno de los principales problemas de la población adulta mayor, sin embargo, hay muy poca investigación al respecto y menos aún políticas que estén dirigidas a abordar esta dimensión.

De esta manera, el objetivo del presente estudio es encontrar la relación entre el aislamiento social y las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en adultos mayores, específicamente de los pacientes que se atienden en el Hospital Militar Geriátrico. En línea con ello, se busca probar las siguientes dos hipótesis: 1) mayor aislamiento social está asociado a menor nivel de salud física (Zavaleta et al., 2014; Cacioppo y Patrick, 2008;

Perissinotto et al., 2012). y 2) mayor aislamiento social está asociado a menor bienestar psicológico (Zavaleta et al., 2014; Cacioppo y Hawkley, 2009; Shankar et al., 2013).

III. Metodología

Diseño de Investigación

En línea con lo señalado en los capítulos anteriores, se busca analizar desde el Enfoque de Capacidades de qué manera se relaciona el aislamiento social con las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en el caso de estudio de los adultos mayores que se atienden en el Hospital Militar Geriátrico. Para ello, se ha optado por realizar la investigación con un enfoque cuantitativo para describir el estado de las dimensiones aislamiento social, salud física y bienestar psicológico y encontrar la relación entre el aislamiento social con dichas dimensiones. En ese sentido, el enfoque cuantitativo en esta investigación tiene el objetivo de arribar a proposiciones precisas que permitan solucionar problemas y tomar decisiones en el caso de estudio. (Hernández et al., 2014) Asimismo, el estudio de caso no pretende obtener conclusiones generalizables estadísticamente, sin embargo, permite generalizar proposiciones teóricas. (Jimenez y Comet, 2016)

En ese sentido, se eligió el análisis de caso de estudio con enfoque cuantitativo del tipo no experimental – transversal, lo cual implica la recolección de datos en un momento determinado y sin manipular la intervención. (Xiao, 2009a; Hernández et al., 2014). En base a los objetivos del estudio, específicamente se optó por un alcance descriptivo y correlacional, como se explicará en las próximas secciones.

Asimismo, para definir el lugar de investigación, principalmente se tomaron en cuenta tres aspectos relevantes. En primer lugar, se optó por el Hospital Militar Geriátrico, toda vez que este es el único hospital geriátrico a nivel nacional que, además de otros servicios como

consulta externa, cuenta con una residencia geriátrica en el mismo establecimiento. Esto, lo vuelve un lugar idóneo para realizar la investigación, debido a que concentra adultos mayores que cuentan con diferentes características relacionadas a los tipos de residencia, algunos viven solos o con familiares fuera del HMG (quienes se atiende por consulta externa) y otros viven en la residencia geriátrica dentro del HMG.

En segundo lugar, también es importante resaltar que una característica relevante del lugar de investigación se vincula a que, los adultos mayores que se atienden en el Hospital Militar Geriátrico, pertenecen directa (militares titulares) o indirectamente (familiares) a la comunidad militar, lo cual podría permitir mayor cantidad de encuentros de las personas con sus pares, ya que cuentan con algunos establecimientos en común como hospitales, clubes, conjuntos residenciales, entre otros. Así, este grupo contaría con características particulares de la conectividad social para realizar el análisis de la relación entre la privación de esta y la salud física y el bienestar psicológico.

Finalmente, la investigadora cuenta con un familiar que labora en el HMG, lo que facilitó el acceso para solicitar autorización para realizar la investigación y permanecer en el hospital para realizar las encuestas a los adultos mayores.

Como lo mencionan diversos autores, los estudios de caso permiten que se analicen gran variedad de fenómenos y se fundamentan en la premisa de que un análisis en profundidad de un caso puede generar información significativa para otros casos similares. (Sullivan, 2009) Así, se optó por un estudio de caso con finalidad instrumental, ya que se pretende profundizar en la relación que existe entre el aislamiento social, la salud física y el bienestar psicológico para a partir de ello generalizar afirmaciones en poblaciones que compartan características comunes con el caso de estudio, como podría ser el caso de otro Hospital de las Fuerzas Armadas o de la Policía que cuente con servicios especializados en la población adulta mayor en Lima - Perú.

Ámbito

Con relación al ámbito de aplicación de la encuesta, es preciso señalar que se desarrolló de manera presencial en el HMG durante el año 2019 y los primeros meses del año 2020. Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria declarada en el año 2020 se tuvo que detener la aplicación de encuestas a una muestra más grande, así se contaba hasta esa fecha con 43 encuestas aplicadas.

En cuanto al ámbito geográfico, la investigación se realizó en Chorrillos, uno de los cuarenta y tres distritos que forman parte de la provincia de Lima, la cual está ubicada en la Costa central del Perú, y su altitud está entre los 0 y 860 m.s.n.m.

El área total de Lima es de 2,672.28 km² y de acuerdo con los resultados del Censo Nacional en el año 2017 tuvo una población de 8,574,974, la cual se incrementó en 971,861 personas respecto al año 2007. (INEI, 2018d) Asimismo, de acuerdo con dicho Censo Nacional, 1,088,981 personas eran mayores de 60 años en la provincia de Lima, lo cual representa al 12.7% del total de la población. (INEI, 2018d) Además, de acuerdo con el INEI el 25.9% de los adultos mayores de setenta años o más de la provincia de Lima viven solos (INEI, 2018c)

En cuanto al desarrollo humano, aunque el concepto de desarrollo es mucho más amplio, se toma en cuenta el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que en el año 2017 en la provincia de Lima era de 0.72, superior al promedio del país de 0.57. En ese sentido, se considera que el IDH es relativamente alto en la provincia de Lima. (PNUD, 2019)

Caso de Estudio

El caso de estudio seleccionado para la investigación fueron los adultos mayores que se atienden en dos servicios del Hospital Militar Geriátrico, quienes se atienden en consulta externa y quienes viven en la residencia geriátrica.

El Hospital Militar Geriátrico (HMG) es un establecimiento de salud nivel II-E que brinda servicios al personal militar del Ejército Peruano y a sus familiares (cónyuges, padres e hijos). El público objetivo del HMG son personas de sesenta o más años, salvo excepciones se autoriza la atención de pacientes menores de sesenta años.

En el HMG se brinda los servicios de: consulta externa (16 especialidades de medicina, psicología, nutrición y asistencia social), unidad geriátrica de agudos (hospitalización), atención domiciliaria geriátrica, unidad de larga estancia (residencia geriátrica), terapias y talleres (memoria, física, ocupacional) y programa de crónicos (pacientes estables derivados por un médico especialista, que son reevaluados en consulta al cuarto mes).

Por un lado, en consulta externa en el año 2018 se realizaron 59,962 atenciones a 6,408 pacientes, es decir el promedio de atenciones de un paciente al año es de 9.4 veces. Cabe precisar, que el 93.29% de los pacientes que se atendieron ese año era mayor de sesenta años. Por otro lado, en la residencia geriátrica viven entre 30 a 40 personas, algunas de ellas viven solas y otras acompañadas de alguien que los cuida, quien es contratado por el adulto mayor o su familia.

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por 43 adultos mayores de sesenta años sin alguna enfermedad psiquiátrica grave, de los cuales 28 eran mujeres y 15 hombres (ver cuadro 2). Estos adultos mayores pertenecían a dos subgrupos: quienes viven en la residencia geriátrica y quienes se atienden en consultorio externo del HMG.

Por un lado, se consideró en la investigación a quienes viven en la residencia geriátrica del Hospital que es el lugar donde los adultos mayores viven temporal o permanentemente y en el cual se les brinda cuidados especiales, servicios de enfermería y

atención médico-geriátrica. En ese sentido, para seleccionar a las personas de la muestra se solicitó al personal de la Unidad de Larga Estancia (residencia) que indique a que pacientes sin enfermedad psiquiátrica grave se podía considerar en el estudio. En la muestra se consideraron doce adultos, de los cuales ocho eran mujeres y cuatro eran hombres, de acuerdo con la proporción de pacientes que viven en la residencia.

Por otro lado, se consideró en esta investigación a quienes se atienden en consulta externa del HMG, en la cual se brindan servicios ambulatorios de diversas especialidades como geriatría, cardiología, neurología, psiquiatría, entre otras. En la muestra participaron treinta y un adultos mayores que se atienden en consulta externa, de los cuales once son hombres y veinte son mujeres.

Cuadro 2

Características sociodemográficas de los participantes del caso de estudio

	Frecuencia (N)	%
Sexo		
Mujer	28	65.1%
Hombre	15	34.9%
Tipo de atención		
Consultorio externo	31	72.1%
Residencia geriátrica	12	27.9%
Relación con el titular		
Titular	13	30.2%
Padre / Madre	4	9.3%
Cónyuge	21	48.8%
Hijo / Hija	4	9.3%
Hermano / Hermana	1	2.3%
Grado de instrucción		
Primaria	7	16.3%
Secundaria	15	34.9%
Superior técnica	6	14.0%
Superior universitaria	15	34.9%

Se consideraron dentro del caso de estudio a los titulares (militares) que se atienden en el HMG, como a sus familiares. Así la mayoría de los participantes estuvo conformada por

las cónyuges de los titulares (21 personas), esto seguido de los militares titulares (13 personas), padre o madre (4 personas), hijo o hija (4 personas), y hermano o hermana (1 personas).

Sobre el grado de instrucción en el caso de estudio, se consideraron participantes que tenían el grado superior universitario (15 personas), superior técnico (6 personas), secundaria completa (15 personas) y primaria completa (7 personas).

Si bien el estudio estaba dirigido a personas mayores de sesenta años, en la investigación participaron personas desde sesenta y cinco hasta noventa y nueve años, siendo la edad promedio de los adultos encuestados de ochenta y tres años (ver cuadro 3).

Cuadro 3

Media y desviación estándar de la edad de participantes

	General		Mujeres		Hombres	
	M	SD	M	SD	M	SD
Edad	83.2	7.2	84.18	7.63	81.47	6.19

Instrumentos

En línea con lo señalado anteriormente, se diseñó una encuesta con cuarenta subpreguntas que se agruparon en dieciséis preguntas, de las cuales cinco eran preguntas generales (edad, sexo, tipo de atención, relación con el titular y grado de instrucción) y las once preguntas restantes (treinta y cinco subpreguntas) estaban relacionadas a la conectividad social (externa e interna), bienestar psicológico y salud (ver anexo 1).

En primer lugar, la variable de conectividad social externa está compuesta por cuatro dimensiones: frecuencia de contacto social, apoyo de redes sociales, presencia de interlocutores y reciprocidad, las cuales se midieron con preguntas adaptadas de Zavaleta, Samuel y Mills (2014). La frecuencia de contacto social se midió a través de tres preguntas de escala de Likert y su confiabilidad es de 0.53; el apoyo de redes sociales se calculó a

través de dos preguntas dicotómicas; la presencia de interlocutores se midió a través de una pregunta dicotómica; y la reciprocidad se calculó a través de dos preguntas de escala de Likert y su confiabilidad es de 0.28, por ello para la presente investigación no se tomará en cuenta dicha dimensión.

Cuadro 4

Dimensiones e indicadores de la conectividad social externa

Dimensiones	Descripción	Indicadores
Frecuencia de contacto social	Aproxima relaciones significativas de forma objetiva.	Frecuencia de contacto con pareja o cónyuge
		Frecuencia de contacto con amigos
		Frecuencia de contacto con familia
Apoyo de redes sociales	Existencia de relaciones de apoyo que puede poseer una persona.	Apoyo financiero
		Apoyo emocional
Presencia de interlocutores	Presencia de alguien cercano con quien discutir / conversar asuntos importantes.	Presencia de interlocutores
Reciprocidad	Actitudes y comportamientos relacionados a "devolver lo recibido como un favor".	Disposición para devolver favores
		Disposición para cambiar de planes por alguien que anteriormente fue amable

En segundo lugar, la variable de conectividad social interna está compuesta por cinco dimensiones: satisfacción de relaciones sociales, necesidad de relacionarse, sentido de pertenencia, compañía (soledad) y confianza, las cuales se midieron con preguntas adaptadas de Zavaleta, Samuel y Mills (2014). Así, la satisfacción de relaciones sociales se midió a través de tres preguntas de escala de Likert, y su confiabilidad es de 0.24, por ello para la presente investigación no se tomará en cuenta esta dimensión; la necesidad de relacionarse se calculó a través de tres preguntas de escala de Likert y su confiabilidad es de 0.7; el sentido

de pertenencia se midió a través de una pregunta con escala de cuatro niveles; la compañía (soledad) se calculó a través de seis preguntas con escala de cuatro niveles y su confiabilidad es de 0.8; y finalmente, la confianza se midió a través de seis preguntas de escala de Likert y su confiabilidad es de 0.64.

Cuadro 5

Dimensiones e indicadores de la conectividad social interna

Dimensiones	Descripción	Indicadores
Satisfacción con las relaciones sociales	Satisfacción con las relaciones que tiene: pareja, amigos y familia	Satisfacción en la relación con pareja o cónyuge
		Satisfacción en la relación con amigos
		Satisfacción en la relación con familia
Necesidad de relacionarse	Experiencia de relaciones sociales saludables	Llevarse bien con las personas con las que se relaciona
		Considerarse cercano a las personas con las que interactúa frecuentemente
		Las demás personas se preocupan por la persona
Sentido de pertenencia	Relaciones significativas con la comunidad.	Sentido de pertenencia
Compañía (soledad)	Percepción de calidad de las relaciones sociales.	Experimentar sentido general de vacío (inversa)
		Tener muchas personas en las que puede confiar cuando tiene problemas
		Tener muchas personas en las que puede confiar completamente
		Tener suficientes personas con las que se siente cerca
		Extrañar tener gente alrededor (inversa)
		Sentirse rechazado (inversa)
Confianza	Confianza en personas e instituciones	Confiar en la mayoría de personas
		Personas de vecindad dispuestas a ayudarla
		Confiar en el gobierno local
		Confiar en el gobierno central
		Confiar en empresas privadas
		Confiar en el sistema legal

En tercer lugar, la variable de bienestar psicológico está compuesta por tres dimensiones: significado de la vida, autonomía y competencia, la primera dimensión se midió con una pregunta adaptada de Steger, Frazier, Oishi y Kaler (2006), mientras las otras dos dimensiones se midieron con preguntas adaptadas de Ryan y Deci (2000). Así, el significado de la vida se midió a través de una pregunta de escala de Likert; la autonomía se calculó a través de tres preguntas de escala de Likert y su confiabilidad es de 0.79; y finalmente, la competencia se midió a través de tres preguntas de escala de tres niveles y su confiabilidad fue baja por lo cual no se consideró en el análisis de resultados.

Cuadro 6

Dimensiones e indicadores del bienestar psicológico

Dimensiones	Descripción	Indicadores
Significado de la vida	Vida propia como significativa y con valor y propósito.	Significado de la vida
Autonomía	Elegir e implementar sus propias acciones de forma libre, asumiendo cierto control sobre las consecuencias.	Sentirse libre para decidir por si mismo como vivir
		Sentirse libre para expresar ideas y opiniones
		Sentir que puede ser él mismo todos los días
Competencia	Percepción de efectividad e importancia de si mismo	Útil e importante en la relación con su pareja
		Útil e importante en la relación con sus amigos
		Útil e importante en la relación con su familia

Finalmente, la variable de salud física está compuesta por una sola dimensión (ver cuadro 7). Así, esta dimensión se midió a través de una pregunta de escala de Likert sobre la percepción del estado de la salud física, la cual fue creada según la definición de Nussbaum (2012).

Cuadro 7

Dimensión e indicador de la salud física

Dimensión	Descripción	Indicador
Salud física	Percepción de salud física	Percepción de estado de salud física

Procedimiento

En primer lugar, considerando la revisión de literatura se realizó una versión inicial de la encuesta, la cual fue revisada por el asesor, quien sugirió algunas modificaciones que fueron consideradas en la encuesta empleada para la validación del instrumento.

En segundo lugar, se explicó el tema y objetivo de la investigación al director del HMG y se presentó la solicitud con el proyecto de investigación que se tenía hasta ese momento que incluía la justificación de la investigación, planteamiento del problema, marco teórico y el instrumento de recolección de datos, para lo cual se obtuvo el permiso correspondiente.

En tercer lugar, se realizó un piloto del instrumento, el cual tuvo varias modificaciones, principalmente de forma. Así, algunas preguntas se tuvieron que replantear para que sean más concisas y claras, otras preguntas se eliminaron, y además, junto al asesor se consideró pertinente agregar una herramienta visual para las preguntas con varias opciones con el objetivo de facilitar la comprensión de las preguntas, por lo cual se agregaron cartones con impresión de las opciones de respuesta para las preguntas con escala.

Finalmente, se realizaron las encuestas de manera personal a los participantes, tanto en la residencia geriátrica, como en los espacios de espera de consulta externa. Para facilitar el registro de las respuestas que mencionaban y/o seleccionaban (cartones con opciones) se utilizó una tableta. Cabe precisar que antes de iniciar cada encuesta se explicó el objetivo de la investigación, el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información,

asimismo, se pidió a los participantes que, de estar conformes con la encuesta, expresen verbalmente su consentimiento para continuar con las preguntas.

Análisis de información

En primer lugar, se realizó el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach para determinar el nivel de confiabilidad que poseían las dimensiones de cada variable, en los casos que era posible, es decir cuando la dimensión se medía con más de un indicador con respuesta de escala.

En segundo lugar, se analizó la estadística descriptiva de las variables conectividad social (externa e interna), bienestar psicológico y salud, para conocer su estado en el caso de estudio. Por un lado, para las dimensiones con indicadores de escala se consideró el puntaje promedio para realizar el análisis de las medidas estadísticas media y desviación estándar de las dimensiones. Por otro lado, en el caso de las dimensiones con indicadores dicotómicos se consideraron las frecuencias.

Finalmente, se realizó el análisis de correlación de Pearson para determinar si existe relación entre las dimensiones de la conectividad social externa e interna, entre las dimensiones de la conectividad social y del bienestar psicológico, así como entre las dimensiones de la conectividad social y de la salud, para probar las hipótesis planteadas en este estudio.

IV. Resultados

Estadística descriptiva

En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos de la variable conectividad social (ver cuadro 8), donde se encontró que en el caso de estudio la dimensión necesidad de relacionarse obtuvo una media de 4.20 (SD = 0.63), que es un puntaje alto considerando que

el puntaje máximo es de 5, lo que significaría que los participantes mantienen relaciones que son percibidas como significativas y saludables; la compañía (soledad) obtuvo una media de 1.79 (SD = 0.72) que refiere un puntaje alto teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 3, es decir en general los adultos mayores se sienten acompañados; la confianza obtuvo una media de 3.22 (SD = 0.66) que se considera un puntaje medio sobre el puntaje máximo de 5; la media de la dimensión frecuencia de contacto social fue de 2.53 (SD = 0.95), que es un puntaje bajo considerando que el puntaje máximo es 5, esto se explicaría por los factores propios de la edad como la mayor dificultad para movilizarse o la pérdida de amigos y familiares, los participantes tienen menos oportunidades de frecuentar a sus pares; y finalmente, la media de la dimensión sentido de pertenencia fue de 0.67 (SD = 1.21), lo que representa un puntaje bajo teniendo en cuenta que el puntaje máximo es 3, es decir a pesar de que todos los encuestados pertenecen directa (titulares) o indirectamente (familiares de titulares) a la comunidad militar, en general el sentido de pertenencia a una comunidad es bajo.

Cuadro 8

Estadística descriptiva: Dimensiones de la conectividad social

	General		Mujeres		Hombres	
	M	SD	M	SD	M	SD
Frecuencia de contacto social	2.53	0.95	2.41	0.99	2.76	0.86
Necesidad de relacionarse	4.20	0.63	4.08	0.68	4.42	0.48
Confianza	3.22	0.66	3.26	0.63	3.14	0.73
Sentido de pertenencia	0.67	1.21	0.43	1.00	1.13	1.46
Compañía (soledad)	1.79	0.72	1.68	0.71	2.01	0.71

M = Media, SD = Desviación Estándar

En promedio los puntajes a nivel descriptivo de los participantes hombres, en relación con las mujeres, fueron superiores en las siguientes dimensiones: frecuencia de contacto social, necesidad de relacionarse, sentido de pertenencia y compañía (soledad); es decir, en la

mayoría de dimensiones de la conectividad social las mujeres estarían experimentado mayores privaciones, lo cual puede deberse a que las mujeres adultas mayores a lo largo de su vida han participado en menor cantidad de espacios fuera del hogar que los hombres lo que ha afectado las dimensiones internas y externas de su conectividad social. No obstante, en promedio los puntajes de las participantes mujeres fueron superiores en la dimensión confianza, a nivel descriptivo, lo que podría dar luces de que, a pesar de tener menos relaciones y mayor percepción de soledad en comparación con los hombres, las mujeres tienen mayor disposición en creer en las instituciones y en las personas con las que se relacionan.

Asimismo, se presentan los estadísticos descriptivos a nivel de frecuencias y porcentajes de los indicadores dicotómicos de las dimensiones de la conectividad social (ver cuadro 9). En cuanto a la distribución, se encontró que el 90.7% de los participantes cuenta con personas a quien recurrir en caso de necesitar apoyo financiero o apoyo emocional, y el 62.8% de los participantes cuenta con la presencia de interlocutores (alguien cercano con quien discutir o conversar asuntos importantes). Por un lado, los indicadores de apoyo financiero y de presencia de interlocutores fueron mayores en el caso de hombres, lo cual podría deberse a que los participantes hombres han participado en más espacios que las mujeres, y en general han contado con más relaciones a lo largo de su vida lo que permite que tengan más acceso a tener a quien pedir apoyo económico o tener con quien conversar asuntos que consideren importantes. Por otro lado, el indicador de apoyo emocional estuvo más presente en el caso de las participantes mujeres.

Cuadro 9

Frecuencia y distribución de las dimensiones de la conectividad social

	General		Mujeres		Hombres	
	Frecuencia (N)	%	Frecuencia (N)	%	Frecuencia (N)	%
Apoyo de redes sociales						
Apoyo financiero						
Sí	39	90.7%	24	85.7%	15	100.0%
No	4	9.3%	4	14.3%	0	0.0%
Apoyo emocional						
Sí	39	90.7%	27	96.4%	12	80.0%
No	4	9.3%	1	3.6%	3	20.0%
Presencia de interlocutores						
Presencia de interlocutores						
Sí	27	62.8%	16	57.1%	11	73.3%
No	16	37.2%	12	42.9%	4	26.7%

En segundo lugar, se presentan los estadísticos descriptivos de la variable salud física. Como se observa en el cuadro 10, el promedio de evaluaciones sobre su salud física fue de 3.7 (SD = 1.06), lo cual es un puntaje alto, considerando que el puntaje máximo de la escala es de 5. Esto podría deberse a que un grupo de participantes cuenta con control médico permanente (quienes viven en la residencia geriátrica) y también se explicaría porque todos los participantes tienen acceso al HMG, y pueden atenderse en cualquiera de sus servicios (emergencia, consulta externa, atención domiciliaria, entre otras) en caso de tener algún accidente o enfermedad, asimismo cuentan con acceso a diversos exámenes médicos, medicinas, operaciones, a precios bajos comparados con los establecimientos privados. Además, en promedio los participantes hombres, en relación con las mujeres, tuvieron una percepción más positiva del estado de su salud física, a nivel descriptivo.

Cuadro 10

Estadística descriptiva: Dimensión de la salud física

	General		Mujeres		Hombres	
	M	SD	M	SD	M	SD
Salud física	3.70	1.06	3.57	1.07	3.93	1.03

M = Media, SD = Desviación Estándar

Finalmente, se presentan los estadísticos descriptivos de la variable bienestar psicológico (ver cuadro 11), donde se encontró que ambas dimensiones tuvieron puntajes altos, la autonomía en promedio obtuvo un puntaje de 4.51 (SD = 0.53) sobre una escala con puntaje máximo de 5, lo que implicaría que en general las personas sienten que son libres para expresarse y tomar decisiones; y el significado de la vida obtuvo una media de 4.14 (SD = 0.97), lo que indicaría que en general los adultos mayores perciben su vida como valiosa y digna de ser vivida. Como se observa en el cuadro 11, a nivel descriptivo en promedio los puntajes de los participantes hombres fueron ligeramente superiores en ambas dimensiones del bienestar psicológico.

Cuadro 11

Estadística descriptiva: Dimensiones del bienestar psicológico

	General		Mujeres		Hombres	
	M	SD	M	SD	M	SD
Significado de la vida	4.14	0.97	4.07	0.90	4.27	1.10
Autonomía	4.51	0.53	4.46	0.49	4.60	0.61

M = Media, SD = Desviación Estándar

Relaciones entre Conectividad Social, Bienestar Psicológico y Salud Física

Posteriormente, se realizó el análisis de correlación para conocer si es que existen asociaciones, y en caso de que existan, conocer el tipo de relación y magnitud entre las dimensiones de las variables del presente estudio.

En primer lugar, se analizaron las potenciales relaciones entre las dimensiones de la conectividad social externa y de la conectividad interna. Así, como se observa en el cuadro 12, los resultados muestran que la dimensión frecuencia de contacto obtuvo una correlación directa alta y significativa con la necesidad de relacionarse ($r=0.665$, $p < 0.01$), lo que implicaría que el tener mayor cantidad de encuentros con amigos y familiares, está relacionado con tener una percepción más positiva y saludable de las relaciones propias; además, la frecuencia de contacto social y la compañía (soledad) también obtuvo una correlación directa alta y significativa ($r=0.638$, $p < 0.01$), lo que indicaría que al tener mayor frecuencia de contacto con amigos y familiares los adultos se sienten más acompañados. De la misma forma, se encontró que las dimensiones de la conectividad social interna necesidad de relacionarse y compañía (soledad) también obtuvieron una correlación directa alta y significativa ($r=0.643$, $p < 0.01$), lo que indicaría que hay una relación fuerte entre la percepción de sus relaciones como saludables y positivas y el sentirse acompañados. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre la dimensión confianza y las demás dimensiones de la conectividad social. En conclusión, hay evidencia para decir que hay correspondencia entre algunas dimensiones de la conectividad social externa y de la conectividad social interna en el caso de estudio.

Cuadro 12

Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social externa y conectividad social interna

Dimensiones	1	2	3	4
Conectividad social externa:				
1. Frecuencia de contacto social	-			
Conectividad social interna:				
2. Necesidad de relacionarse	.665**	-		
3. Confianza	.129	.128	-	
4. Compañía (soledad)	.638**	.643**	.160	-

En segundo lugar, se realizó el análisis entre las dimensiones de la conectividad social y la salud física. Así, como se observa en el cuadro 13, los resultados muestran que la dimensión salud física obtuvo una correlación directa alta significativa con la frecuencia de contacto social ($r=0.600$, $p < 0.01$), esto indicaría que el interactuar más los amigos y familiares está asociado con la percepción más positiva de la salud propia; además, la salud física y la compañía (soledad) obtuvo una correlación directa moderada significativa ($r=0.499$, $p < 0.01$), lo que indicaría que la percepción de estar más acompañado, se relaciona con la percepción más positiva sobre la propia salud física; de la misma manera, la salud física y la necesidad de relacionarse obtuvo una correlación directa moderada significativa ($r=0.482$, $p < 0.01$), lo que implicaría que tener una percepción más positiva de las relaciones propias, está medianamente asociado a tener una percepción más positiva sobre su propia salud física. No obstante, no se encontró una correlación significativa entre la confianza y la salud física. Luego de observar los resultados obtenidos, se puede concluir que existe evidencia para aceptar la primera hipótesis de investigación planteada, mayor nivel de conectividad social está asociado a mayor nivel de salud en el caso de estudio.

Cuadro 13

Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social y salud física

Dimensiones	1	2	3	4	5
Conectividad social:					
1. Frecuencia de contacto social	-				
2. Necesidad de relacionarse	.665**	-			
3. Confianza	.129	.128	-		
4. Compañía (soledad)	.638**	.643**	.160	-	
Salud física:					
5. Salud	.600**	.482**	.251	.499**	-

Finalmente se realizó el análisis entre las dimensiones de la conectividad social y del bienestar psicológico. Así, como se observa en el cuadro 14, los resultados muestran que la

dimensión de significado de la vida obtuvo correlación directa alta y significativa con la necesidad de relacionarse ($r=0.704$, $p < 0.01$), lo que indicaría que el percibir las relaciones propias como saludables, está altamente relacionado con también percibir la vida propia como significativa y con propósito; además la dimensión significado de la vida y la compañía (soledad) obtuvo una correlación directa alta y significativa ($r=0.658$, $p < 0.01$), lo que implicaría que en el caso de estudio estar más satisfecho con las relaciones propias está asociado con percibir la vida como valiosa y significativa; y de la misma manera, el significado de la vida y la frecuencia de contacto social obtuvo una correlación directa alta y significativa ($r=0.611$, $p < 0.01$), lo que indicaría que los adultos que más frecuentan a sus pares también tienen mayor probabilidad de percibir su vida como significativa. Asimismo, se encontró que la dimensión de autonomía muestra correlación directa moderada significativa con la necesidad de relacionarse ($r=0.527$, $p < 0.01$), lo que indicaría que el percibir las relaciones propias como saludables se relaciona medianamente con decidir y expresarse de forma libre; además la correlación de la autonomía y la compañía (soledad) también es directa moderada y significativa ($r=0.500$, $p < 0.01$), lo que querría decir que el percibirse como acompañado se asocia medianamente con sentirse libre para expresar y tomar decisiones; y del mismo modo, la correlación de la autonomía y la frecuencia de contacto social es directa moderada y significativa ($r=0.428$, $p < 0.01$), lo que indica que las personas que tienen mayor contacto con sus familiares y amigos, probablemente también perciban que son libres para elegir sus propias acciones. Luego de observar estos resultados obtenidos de los participantes, se puede concluir que existe evidencia para aceptar la segunda hipótesis de investigación planteada, mayor nivel de conectividad social está asociado a mayor nivel de bienestar psicológico en el caso de estudio.

Cuadro 14

Correlación entre las dimensiones de las variables conectividad social y bienestar psicológico

Dimensiones	1	2	3	4	5	6
Conectividad social:						
1. Frecuencia de contacto social	-					
2. Necesidad de relacionarse	.665**	-				
3. Confianza	.129	.128	-			
4. Compañía (soledad)	.638**	.643**	.160	-		
Bienestar psicológico:						
5. Significado de la vida	.611**	.704**	.045	.658**	-	
6. Autonomía	.428**	.527**	.063	.500**	.755**	-

V. Discusión y conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el aislamiento social y las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en adultos mayores, específicamente de los pacientes que se atienden en consulta externa y en la residencia geriátrica del Hospital Militar Geriátrico. En ese sentido, se planteó un análisis de caso de estudio con enfoque cuantitativo descriptivo y correlacional.

De acuerdo con la literatura revisada, los adultos mayores tienen mayor probabilidad de padecer privaciones de la conectividad social debido a factores de riesgo que ocurren con mayor frecuencia durante el envejecimiento, como la dificultad para moverse, la mayor posibilidad de enviudar y que amigos fallezcan, problemas de salud que complican la comunicación (por ejemplo, problemas de visión o audición). Desde una mirada del enfoque de capacidades se propone que las capacidades, y específicamente la afiliación (y su aproximación empírica: la conectividad social), tiene un valor intrínseco e instrumental. De esta manera, la privación de esta capacidad puede resultar en privaciones de otras

dimensiones del bienestar, como la salud física y el bienestar psicológico. (Zavaleta et al., 2014)

En línea con lo mencionado, este capítulo cuenta con tres acápites. En el primero se discuten los resultados obtenidos a nivel descriptivo; en el segundo acápite se discuten los resultados de las correlaciones, con el objetivo de probar las hipótesis planteadas; y por último, en el tercer acápite se desarrollan las conclusiones, limitaciones y las proyecciones del estudio.

Estado de la Conectividad Social, Bienestar Psicológico y Salud Física

Desde el enfoque de capacidades Nussbaum señala que todas las capacidades centrales se sustentan mutuamente entre sí en múltiples sentidos, sin embargo, la afiliación tiene un papel dominante sobre las demás capacidades ya que cuando estas están disponibles de un modo respetuoso con la dignidad humana, la afiliación forma parte de ellas (la persona es respetada como ser social). (Nussbaum, 2012) Así, partiendo del reconocimiento de la importancia de la conectividad social por su valor intrínseco e instrumental, se realizó el análisis de la estadística descriptiva en el caso de estudio para conocer el estado de esta, así como también del bienestar psicológico y salud física en el caso de estudio. Sobre la conectividad social, se encontró que los participantes han tenido en promedio puntajes bajo en algunas de sus dimensiones, como es el caso del sentido de pertenencia y la frecuencia de contacto social, lo que indicaría que en general los participantes tienen poca interacción con sus amigos y familiares, esto podría explicarse por algunas situaciones que son más frecuentes en esta etapa de la vida como el fallecimiento de cónyuge, amigos y familiares, dificultad para movilizarse, entre otros. El hecho de tener ciertas privaciones en dimensiones objetivas (frecuencia de contacto social) y subjetivas (sentido de pertenencia) de la conectividad social, siendo estas valoradas por los adultos mayores es parte de la pobreza de

capacidades, los adultos mayores tienen buenas razones para valorar no ser excluidos de las relaciones sociales (valor intrínseco), y además, la privación de la conectividad social esta relacionado a privaciones en otras capacidades (valor instrumental). (Sen, 2000b; Zavaleta et al., 2014)

Sin embargo, también se encontró que en algunas dimensiones los resultados promedios fueron bastante positivos como es el caso de la necesidad de relacionarse. Esto podría ser explicado por la teoría de la selectividad de Carstensen (1995) que sugiere que conforme las personas van envejeciendo conservan las relaciones más significativas y por lo tanto esto puede influenciar en que experimenten relaciones sociales saludables y estén satisfechas con las relaciones sociales que mantienen.

Asimismo, en la literatura revisada se identificó que durante la vejez se presentan tanto problemas en la salud física como en el bienestar psicológico. En ese sentido, se realizó el análisis descriptivo de las dimensiones de ambas variables. Por un lado, respecto a la salud física se encontró que los adultos mayores en promedio obtuvieron un puntaje alto, lo cual podría deberse a que cuentan con acceso a los servicios de salud del HMG a precios más accesibles que las entidades privadas. Por otro lado, respecto a la variable de bienestar psicológico, se encontró que en la dimensión de autonomía se obtuvo en promedio un puntaje alto, lo que indicaría que los participantes se sienten libres para ser ellos mismos en su día a día, expresar sus ideas y tomar decisiones, esto podría explicarse porque los participantes tienen acceso a los servicios de salud y la mayoría cuenta con ingresos familiares de, al menos, la pensión (cédula viva) del titular, es decir, tienen algunas condiciones relevantes para mantener control sobre sus propias vidas (Grewal et al., 2006); y también se encontró que en la dimensión significado de la vida se obtuvo un puntaje alto lo que implicaría que los participantes perciben su propia vida como valiosa y con propósito.

Relaciones entre Conectividad Social, Bienestar Psicológico y Salud Física

De acuerdo con la literatura revisada, desde el enfoque de capacidades la conectividad social se vincula con otras dimensiones del bienestar, ya que la evidencia muestra que el tener cantidad y calidad adecuadas de relaciones sociales se asocia a impactos positivos en otros aspectos valiosos. (Zavaleta et al., 2014)

Así, estudios que están basados en otros enfoques, muestran con evidencia empírica la relación instrumental de la conectividad social. Holt-Lunstad indica que las personas que tienen mayores conexiones sociales viven más tiempo (Holt-Lunstad, 2010), el tener más y mejores relaciones está asociado a la salud y longevidad, mientras que tener menos y peores relaciones está asociado al riesgo, morbilidad y mortalidad (Holt-Lunstad, 2018).

En ese sentido, se analizó la relación entre la conectividad social y la salud física, para ello se realizó el análisis de correlación entre las dimensiones de estas variables, y se encontró que la salud física y la frecuencia de contacto social tiene una correlación directa alta significativa, lo que implica que la medida objetiva de cantidad de interacciones con familiares y amigos se relaciona altamente con la percepción positiva sobre el estado de la salud física. Además, la salud física también obtuvo una correlación directa moderada significativa con la compañía (soledad). Esto indicaría que el sentir que se superan los estándares ideales de calidad de relaciones sociales (percibirse como acompañado), está medianamente relacionado con tener una percepción de la salud propia como buena, igualmente, el dolor social o sentimiento de soledad estaría asociado de cierta manera con eventos riesgosos de la salud, como tener presión arterial alta, obesidad, enfermedades neoplásicas, entre otros, como lo mencionan algunos autores. (Zavaleta et al., 2014; Cacioppo et al., 2015; Cacioppo y Hawkey, 2009) De la misma manera, la salud física obtuvo también una correlación directa moderada significativa con la necesidad de relacionarse, es decir,

tener una percepción de las relaciones propias como positivas y saludables, se relaciona también con una buena percepción del estado de salud física.

Además, teniendo en cuenta que, desde el enfoque de capacidades, la pobreza es multidimensional, el funcionamiento de la salud física es importante, pero solo uno entre los diversos funcionamientos valorados por los adultos mayores (Stephens y Breheny, 2019), por lo que se consideró también para el análisis otra dimensión valorada por esta población, el bienestar psicológico. Al respecto, de acuerdo con Cacioppo y Hawkey (2019) la percepción de aislamiento social tiene efectos en el bienestar psicológico de las personas, dado que activa respuestas neuronales, neuroendocrinas y conductuales que produce que las personas estén más vigilantes a amenazas, ansiosos, entre otros. De la misma manera, Lambert et al. (2013) y Haslam et al. 2009 señalan que tener un sentido de pertenencia a un grupo contribuye en gran medida al sentido de propósito y significado de la vida de las personas. En línea con lo señalado, se realizó el análisis de correlación entre las dimensiones de la conectividad social y del bienestar psicológico, y se encontró que algunas dimensiones tenían correlación directa alta significativa, como es el caso del significado de la vida con la necesidad de relacionarse, con la compañía (soledad) y con la frecuencia de contacto social, esto implicaría que el tener una percepción saludable de las relaciones sociales, el superar los estándares ideales de relaciones de calidad e interactuar frecuentemente con familiares y amigos, se asocia altamente con tener una percepción de la propia vida como significativa y con propósito (Lambert et al., 2013; Haslam et al. 2009); del mismo modo, se encontró que la autonomía obtuvo correlaciones directas altas y significativas con las dimensiones de necesidad de relacionarse y compañía (soledad), lo que implicaría que el sentirse acompañados y percibir las propias relaciones como significativas y saludables está altamente relacionado a sentirse libre para ser uno mismo, expresarse y tomar decisiones.

Conclusiones, limitaciones y proyecciones del estudio

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación del aislamiento social y las dimensiones de salud física y bienestar psicológico en el caso de estudio. Así, los resultados discutidos en los acápites previos sugieren que la conectividad social se asocia significativamente con la salud física y las dimensiones del bienestar psicológico, es decir, hay evidencia para afirmar que se cumple lo desarrollado por el enfoque de capacidades respecto a la importancia, no solo intrínseca, sino también instrumental de la conectividad social con otras dimensiones del bienestar. De esta manera, se probaron ambas hipótesis de investigación: mayor aislamiento social está asociado a menor nivel de salud física; y mayor aislamiento social está asociado a menor bienestar psicológico.

Cabe resaltar que al abordar esta investigación desde el enfoque de capacidades se identificaron principalmente tres fortalezas. En primer lugar, este enfoque motivó que se considere a un grupo etario sobre el que no se suele desarrollar investigación en el país, a pesar de que la mayoría de las personas va a ser adulto mayor en algún momento de su vida no hay mucha investigación que se desarrolle sobre esta población. En segundo lugar, este enfoque permitió que se analice a la población adulta mayor desde una perspectiva multidimensional y no solo se considere la dimensión de la salud física como se suele considerar desde otros enfoques, por ello se consideraron dos dimensiones adicionales valoradas por estas personas como la conectividad social y el bienestar psicológico. Asimismo, este enfoque motivó que se analice la relación instrumental que hay entre las diversas dimensiones valoradas por los adultos mayores lo cual brinda evidencia para dar mayor importancia a dimensiones que no suelen priorizarse en la investigación o en la toma de decisiones sobre esta población.

Es importante considerar algunas limitaciones que se tuvieron en el desarrollo de esta investigación. La principal limitación fue el acceso a los participantes, ya que, al ser el caso

de estudio en un hospital, se realizaron diversas coordinaciones para poder encuestar a los participantes, asimismo debido a la emergencia sanitaria se suspendió la atención de consulta externa presencial y se restringió el acceso al HMG, por lo cual no se pudo ampliar la cantidad de participantes, así como tampoco se pudo desarrollar un abordaje mixto de la investigación como se había planteado en una etapa inicial. Además, otra limitación fue la adecuación del instrumento cuantitativo para el perfil de los participantes, debido a que no hay muchos instrumentos diseñados para abordar las dimensiones investigadas en los adultos mayores desde el enfoque de capacidades.

A pesar de estas limitaciones que se presentaron, el valor agregado que ofrece esta investigación es que genera evidencia cuantitativa sobre dimensiones valoradas por los adultos mayores, la cual no es abundante en el campo académico nacional, y específicamente brinda evidencia respecto a dos dimensiones que no suelen considerarse en el diseño e implementación de políticas públicas para este grupo etario como es el caso de la conectividad social y el bienestar psicológico. Asimismo, para el caso específico del caso de estudio brinda información sobre la relación de las dimensiones estudiadas que podría ser útil para tomar decisiones que mejoren el bienestar de los adultos mayores del HMG.

Finalmente, considerando los resultados obtenidos que muestran que las privaciones de estas dimensiones del bienestar están relacionadas en el caso de estudio, se plantea la necesidad de realizar futuras investigaciones que extiendan el alcance del estudio al caso peruano para poder arribar a conclusiones generalizables estadísticamente sobre la relación de la conectividad social con la salud física y bienestar psicológico, y entre la conectividad social con otras dimensiones como la salud mental, la humillación y vergüenza, entre otras. De la misma manera, se plantea la necesidad de desarrollar instrumentos cualitativos que permitan confirmar la valoración de la conectividad social por los adultos mayores y conocer

a profundidad la experiencia de estar o no conectado socialmente con otros desde el enfoque de capacidades.



Referencias Bibliográficas

- Alkire, S. (2007). *The Missing Dimensions of Poverty Data: Introduction to the special issue*. Oxford Development Studies 35(4)
- Antonucci T.C., Fuhrer R y Dartigues JF. (1997). *Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults*. Psychology and Aging.
- Antonucci, T.C. (2001). *Social relations: An examination of social networks, social support and sense of control*. In J.E. Birren, & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging (5th Edition, pp. 427–453), New York: Academic Press.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., y Birditt, K. S. (2014). *The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary perspective*. The Gerontologist, 54(1), 82–92. Sitio web: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Bashir A. y Haq A. (2017). *The Pathophysiology of Perceived Social Isolation: Effects on Health and Mortality*. Cureus. 2017 Jan; 9(1) www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5367921/
- BBC. (2018). *Minister for loneliness appointed to continue Jo Cox's work*. 25/05/2018, de BBC. Sitio web: <http://www.bbc.com/news/uk-42708507>
- Beattie, J. W. (1963). *Elderly Life: Its Characteristics, Needs and Philosophy*. The Journal of the College of General Practitioners, 6(1), 20.
- Biordi, D. L., y Nicholson, N. R. (2009). *Social isolation. Chronic Illness: Impact and Interventions*. 7th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 85-116.
- Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). *Loneliness*. New York, London, W.W. Norton & Company.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social Relationships and Health*, Science. 241: 540-545

- Cacioppo J. T. y Hawkley L. C. (2009). *Perceived social isolation and cognition*. Trends Cogn. Sci. 13:447–54
- Cacioppo, J. T., y Cacioppo, S. (2014). *Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation*. Social and personality psychology compass, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Cacioppo J.T., Cacioppo S., Capitanio J. P. y Cole S. W. (2015). *The Neuroendocrinology of Social Isolation*. Annu. Rev. Psychol. 2015. 66:733–67
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. Current Directions in Psychological Science, 4, 151–155.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A. (2005). *Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*. Ageing & Society. 25: 41-67.
- CELADE. (2013). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950 - 2100*. (Setiembre 2018). https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
- Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G., & Almeida, D. M. (2009). *Now you see it, now you don't: age differences in affective reactivity to social tensions*. Psychology and aging, 24(3), 645–653. <https://doi.org/10.1037/a0016673>
- Coast J, Flynn T, Natarajan L, Sproston K, Lewis J y Louviere J. (2008). *Valuing the ICECAP capability index for older people*. Social Science and Medicine 2008; 67(5):874-882.
- Conroy, R., Golden, J., Jeffares I., O'Neill, D. y McGee, H. (2010). *Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study*. Psychology, Health and Medicine, 15(4), 463-473.

- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., y Chiu, V. (2008). *Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women*. American journal of public health, 98(7), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115923>
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores*. Lima
- Deneulin, S., y Vargas, A. S. V. (Eds.). (2018). *Introducción al enfoque de las capacidades: aportes para el desarrollo humano en América Latina*. Manantial.
- DiTommaso, R. y Spinner, B. (1993). *The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adult, SELSA*. Personality and Individual Differences, 14(1), 127-134.
- Elder, K. y Retrum, J. (2012). *Framework for Isolation in Adults Over 50*. (25 de mayo de 2018). https://www.aarp.org/content/dam/aarp/aarp_foundation/2012_PDFs/AARP-Foundation-Isolation-Framework-Report.pdf
- Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., y Nay, R. (2013). *Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia*. Journal of aging studies, 27(2), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.12.007>
- Fisk, M., & Abbott, S. (1998). Older people and the meaning of independence. Generations Review, 8(2), 9–11.
- Gawande Atul. (2014). *Being mortal: medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan books.
- Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J y Coast J. (2006). *Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities?* Social Science and Medicine 2006; 62:1891-1901.
- Grootaert, C., Narayan, D., Jones, V. N., y Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: An integrated questionnaire*. The World Bank.

- Hafemeister, T. (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington: National Academies Press (US).
- Helliwell J. y Putnam R. (2004). *The Social Context of Well-Being*. Cambridge: Harvard University.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill
- Holt-Lunstad J., Smith T. B. y Layton J.B. (2010). *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review*. PLOS Med. 7:e1000316
- Holt-Lunstad, J. (2018). *Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection*. Annual review of psychology, 69, 437-458.
- Hortulanus, R.. (2006). *Social isolation in modern society*. London, New York: Routledge advances in sociology.
- Hortulanus, R., Machielse, Anja y Meeuwesen, L. (2009). *Social Isolation in Modern Society*. Social Isolation in Modern Society. 10.4324/9780203020142.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). *Informe técnico 1: Situación de la población adulta mayor*.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018a). *Situación de la población adulta mayor - Marzo 2018*. Informe Técnico - INEI
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018b). *Situación de la población adulta mayor - Setiembre 2018*. Informe Técnico - INEI
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018c). *Adultos mayores de 70 y más años de edad, que viven solos*. Sobre la base de los resultados de los Censos

Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.
Informe Técnico – INEI

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018d). *Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas - Resultados Definitivos*.
Informe Técnico – INEI

Jimenez, V. E. y Comet, C. (2016). *Los estudios de casos como enfoque metodológico*. ACADEMO. Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, 3(2).

Kate Jopling. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*.
Abril 07, 2018, de Age UK Sitio web: <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>

Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F., & Fincham, F. D. (2013). *To belong is to matter: sense of belonging enhances meaning in life*. *Personality & social psychology bulletin*, 39(11), 1418–1427.
<https://doi.org/10.1177/0146167213499186>

Luong, G., Charles, S. T., & Fingerman, K. L. (2011). *Better With Age: Social Relationships Across Adulthood*. *Journal of social and personal relationships*, 28(1), 9–23.
<https://doi.org/10.1177/0265407510391362>

Lloyd-Sherlock, P. (2002). *Nussbaum, capabilities and older people*. *Journal of International Development*, 14(8), 1163-1173.

McLaughlin D., Adams J., Vagenas D. y Dobson A. (2011). *Factors which enhance or inhibit social support: a mixed-methods analysis of social networks in older women*.
Cambridge: Cambridge University Press 2010.

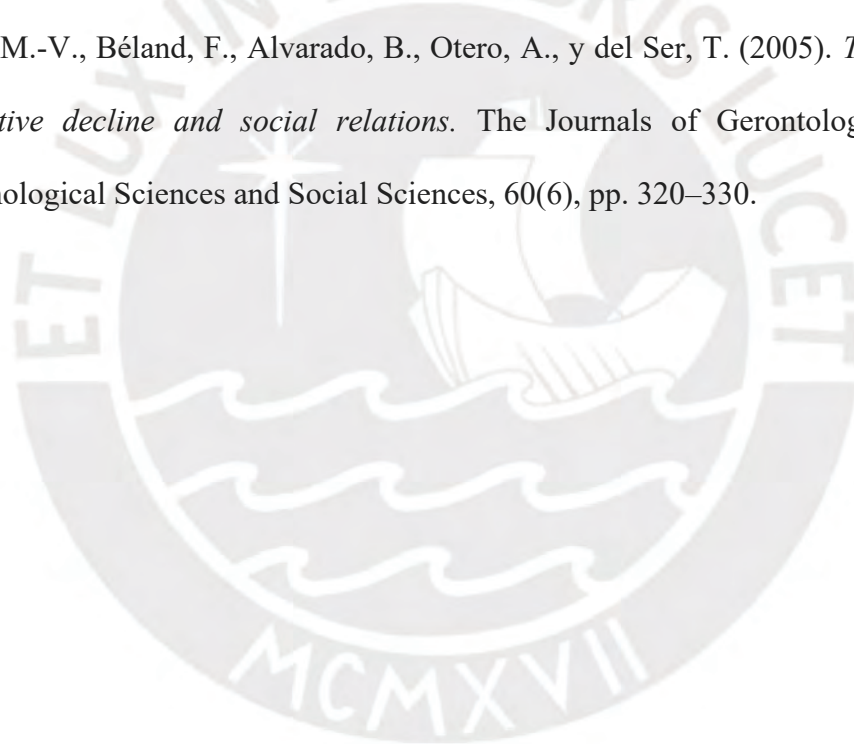
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2012). *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social: Incluir para crecer*. Lima - Perú: MIDIS.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores*. Lima - Perú: Cendoc MIMP.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2009). RM N°538-2009-MINSA. Lima: El Peruano
- Mitra, S. (2018). *Disability, Health and Human Development*. Palgrave MacMillan: New York.
- Morgan, J. y Farsides, T. (2009). *Measuring Meaning in Life*. *Journal of Happiness Studies*, 10, 197-294. DOI 10.1007/s10902-007-9075-0.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. C. y Levmore, S. (2018). *Envejecer con sentido: conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares*. Planeta Colombiana.
- Office for National Statistics (ONS). (2011). *Measuring National Well-being, measuring what matters: National Statistician's reactions on the National Debate on Measuring National Well-being*. London: Office for National Statistics.
- Office for National Statistics (ONS). (2018). *Measuring National Well-being: Quality of Life in the UK, 2018*. London: Office for National Statistics.
- Olivera Javier & Clausen Jhonatan. (2014). *Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social*. *Economía*, XXXVII - N°73, 75-113.
- Oxford para el Desarrollo Humano y la Reducción de la Pobreza (OPHI) & Banco de desarrollo de América Latina (CAF). (2015). *Las dimensiones faltantes en la medición de la pobreza*. Colombia: Corporación Andina de Fomento.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Perissinotto, Stijacic Cenzer y Covinsky. (2012). *Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death*. (25 de mayo de 2018), de US National Library of Medicine National Institutes of Health Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22710744>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019). *El reto de la igualdad – Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú
- Ranis, G., Stewart, F. y Samman, E. (2005). *Human Development: Beyond the HDI*. New Haven: Yale University.
- Robeyns, Ingrid. (2017). *Wellbeing, Freedom and Social Justice: The Capability Approach Re-Examined*. Cambridge, Uk: Lightning Source for Open Book Publishers.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). *Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo*. Revista Multidisciplinaria en Gerontología, 11(1), 23-28.
- Ryan R.M. y Deci, E.L. (2000). *Self-determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being*, American Psychologist 55, pp 68-78
- Saito, T., Kai, I., y Takizawa, A. (2012). *Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan*. Archives of gerontology and geriatrics, 55(3), 539–547. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.002>
- Samman, E. (2007). *Psychological and subjective wellbeing: A proposal for internationally comparable indicators*. Oxford Development Studies 35(4), 459–486.
- Sen, Amartya (1992). *Inequality Re-Examined*. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, Amartya. (1993). *Capability and Wellbeing*. En The Quality of Life (30-53). Oxford: Clarendon Press.

- Sen, Amartya. (1996). *Rationality, joy and freedom*, Critical review 10:4, pp. 481-494.
- Sen, Amartya. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University
- Sen Amartya. (2000a). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, Amartya. (2000b). *Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny*. En Social Developmente Paper. Manila: Asian Developmente Bank
- Shankar A., Hamer M., McMunn A. y Steptoe A. (2013). *Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing*, Psychosom Med. 75:161–170.
10.1097/PSY.0b013e31827f09cd
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, S. y Kaler, M. (2006). *The Meaning in Life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life*, Journal of Counseling Psychology, 53, pp. 80–93.
- Stephens, C., Breheny, M., & Mansvelt, J. (2015). Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychology & health*, 30(6), 715–731. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.904862>
- Stephens C. y Breheny M. (2019). *Healthy Ageing: A Capability Approach to Inclusive Policy and Practice*. New York: Taylor and Francis.
- Steve Broome. (2016). *The missing million: A practical guide to identifying and talking about loneliness*. Abril 07, 2018, de Campaign to end loneliness Sitio web:
https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/CEL-Missing-Millions-Guide_final.pdf
- Stewart, M. J., Makwarimba, E., Reutter, L. I., Veenstra, G., Raphael, D. y Love, R. (2009). *Poverty, Sense of Belonging and Experiences of Social Isolation*, Journal of Poverty, 13:2, 173 - 195.

- Stiglitz, J., Sen, A., y Fitoussi, J. P. (2008). *Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social*. <http://www.ambafrance-es.org/Informe-de-la-Comision-Stiglitz>.
- Sullivan, L. E. (2009). Case study research (psychology). In *The SAGE glossary of the social and behavioral sciences* (Vol. 1, pp. 64-64). SAGE Publications, Inc., <https://www.doi.org/10.4135/9781412972024.n307>
- Tanner, D. (2001). *Sustaining the self in later life: Supporting older people in the community*. *Ageing and Society*, 21 (3), 255–278.
- Theeke, L., Turner, R., Moore, J. y Campbell, H. (2012). *Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians*. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 155-171.
- Tice D. M. y Bratslavsky E. (2000). *Giving in to feel good: the place of emotion regulation in the context of general self-control*. *Psychol.* 2000, 11:149–159.
10.1207/S15327965PLI1103_03
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. ESA/P/WP/248, p. 40. Recuperado de <https://bit.ly/2WeU77g>
- World Health Organization. (2018a). *Ageing and health*. (05 de enero de 2018), de World Health Organisation Sitio web: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2018b). *Elder abuse*. (25 de mayo de 2018), de World Health Organisation Sitio web: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- WHO. (2001). *The international classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

- Yárnoz-Yaben, S. (2008). *Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S*. International journal of psychology and psychological therapy, ISSN 1577-7057, Vol. 8, Nº. 1, 2008, pp. 103-116.
- Zavaleta, D., Samuel, K., y Mills, C. (2014). *Social isolation: A conceptual and measurement proposal* (Vol. 67, p. 3). OPHI Documentos de trabajo.
- Zavaleta D., Samuel K. y Mills C. (2016). *Measures of Social Isolation*. UK: Springer Science.
- Zika y Chamberlain, (1987). *Relation of Hassels and Personality to Subjective Well-being*. Journal of Personality and Social Psychology 53, pp. 155-162.
- Zunzunegui, M.-V., Béland, F., Alvarado, B., Otero, A., y del Ser, T. (2005). *Trajectories of cognitive decline and social relations*. The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60(6), pp. 320–330.



Anexo

Anexo 1. Instrumento de Recolección de Datos

Buenos días, mi nombre es Ursula Talavera, soy alumna de la Maestría en Desarrollo Humano: Enfoques y Políticas de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis, el cual busca encontrar de qué manera el aislamiento social se relaciona con otras dimensiones del bienestar en los adultos mayores. Para ello he preparado una encuesta y quisiera contar con su opinión. Es importante recalcar que no existen respuestas correctas ni incorrectas. Asimismo, la encuesta es anónima y se garantiza que todos los datos brindados se manejan de forma confidencial para fines de esta investigación. En caso de que esté de acuerdo con responder estas preguntas por favor expréselo verbalmente. Muchas gracias.

1. Edad:
2. Sexo:
 - a) Hombre
 - b) Mujer
3. Tipo de atención:
 - a) Residencia geriátrica
 - b) Consulta externa
4. Relación con el titular:
 - a) Titular
 - b) Cónyuge
 - c) Padre / madre
 - d) Hijo / hija
 - e) Hermano / hermana

5. Grado de instrucción culminado:

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnica
- e) Superior universitaria

6. En general, ¿Es usted útil/importante o no en sus relaciones?, si la respuesta es sí, ¿Qué tan útil/importante?

Relación	¿Es usted útil/importante o no para la relación?		Si la respuesta es sí, ¿Qué tan útil/importante?	
	Sí	No	Útil/Importante	Muy útil/importante
a) Pareja o cónyuge				
b) Amigos				
c) Familia				

7. En general, ¿Qué tan satisfecho está con la relación que tiene con las siguientes personas?

Relación	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
a) Pareja o cónyuge					
b) Amigos					
c) Familia					

8. ¿Siente que pertenece a algún grupo o comunidad? Si la respuesta es sí, ¿Qué tanto?

- a) No
- b) Sí, poco
- c) Sí, regular
- d) Sí, bastante

9. ¿Qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para usted?

Afirmaciones	Totalmente falsa	Falsa	Ni falsa ni cierta	Cierta	Totalmente cierta
a) Me llevo bien con las personas con las que me relaciono.					
b) Me considero cercano a las personas con las que interactúo frecuentemente.					
c) La gente se preocupa por mí.					
d) Mi vida tiene un claro significado de propósito.					
e) Confío en la mayoría de las personas.					
f) La mayoría de las personas de mi vecindad está dispuesta a ayudarme					
g) Confío en el gobierno local					
h) Confío en el gobierno central					
i) Confío en las empresas privadas					
j) Confío en el sistema legal					

10. Indique para cada una de las siguientes afirmaciones la frecuencia en la que se aplican.

Afirmaciones	¿Le suele suceder?		Si la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia?		
	Sí	No	Baja	Regular	Alta
a) Experimento un sentido general de vacío.					
b) Tengo muchas personas en las que puedo confiar cuando tengo problemas.					
c) Tengo muchas personas en las que puedo confiar completamente.					
d) Tengo suficientes personas con las que me siento cerca.					
e) Extraño tener gente alrededor.					
f) Me siento rechazado.					

11. En las últimas dos semanas, ¿Qué tan seguido ha pasado tiempo con las siguientes personas? (Frecuencia del contacto social)

Personas	Todos los días	Entre 9 y 13 días	Entre 4 y 8 días	Entre 1 y 3 días	Ningún día
a) Pareja o cónyuge					
b) Amigos					
c) Familia					

12. Si estuviese en problemas, ¿tiene familiares o amigos a quienes pedir apoyo financiero?

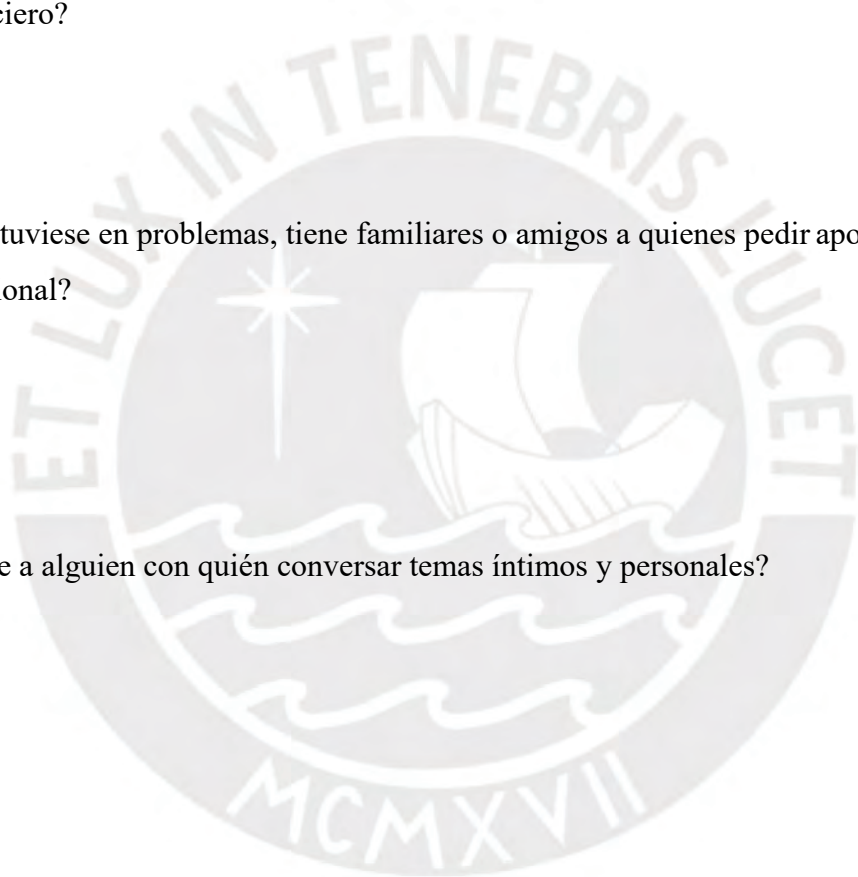
- a) Sí
- b) No

13. ¿Si estuviese en problemas, tiene familiares o amigos a quienes pedir apoyo emocional?

- a) Sí
- b) No

14. ¿Tiene a alguien con quién conversar temas íntimos y personales?

- a) Sí
- b) No



15. ¿Qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones? (reciprocidad)

Afirmaciones	Totalmente falsa	Falsa	Ni cierta ni falsa	Cierta	Totalmente cierta
a) Si alguien me hace un favor, estoy dispuesto a devolvérselo.					
b) Puedo cambiar alguno de mis planes para ayudar a alguien que anteriormente fue amable conmigo.					
c) Siento que soy libre para decidir por mí mismo como vivir mi vida.					
d) Me siento libre para expresar mis ideas y opiniones.					
e) Siento que puedo ser yo mismo todos los días.					

16. ¿Cómo considera que está su salud física?

- a) Muy mal
- b) Mal
- c) Ni bien ni mal
- d) Bien
- e) Muy bien