



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“MANEJO DE LA SOLEDAD COMO FACTOR
PREDISPONENTE EN LA CONDUCTA SUICIDA EN
ADULTOS JOVENES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD – PISCO, 2020”**

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Carlos Rony Quispe Enciso

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciado en
Psicología

Docente Asesor:

Jorge Raúl Ponce Aliaga

Código orcid: 41629256

Ica - Perú

2020

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, y a la Universidad Autónoma de Ica a través de los docentes y trabajadores en general.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, gracias a ellos estoy logrado mis metas tanto profesionales como personales.

Agradecer a mi familia por su grata compañía y apoyo que también me motivan a seguir esforzándome en lograr mis objetivos.

Agradecer a mis hermanos que siempre me dan aliento para seguir avanzando en esta vida que trae consigo dificultades.

Agradezco a mis amigos por estar pendientes de mí y por sus deseos sinceros de bienestar.

¡Agradecido eternamente!

Carlos Rony Quispe Enciso

ÍNDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE GENERAL

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| II. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 02 |
| | 2.1 Descripción del problema..... | 02 |
| | 2.2 Pregunta de investigación general..... | 07 |
| | 2.3 Preguntas de investigación específicas..... | 08 |
| | 2.4 Justificación e importancia..... | 08 |
| | 2.5 Objetivo General..... | 09 |
| | 2.6 Objetivo Específico..... | 09 |
| | 2.7 Alcances y limitaciones..... | 09 |
| III. | MARCO TEORICO..... | 10 |
| | 3.1 Antecedentes..... | 10 |
| | 3.2 Bases teóricas..... | 17 |
| | 3.3 Marco conceptual..... | 20 |
| IV. | METODOLOGIA..... | 33 |
| | 4.1 Tipo y nivel de investigación..... | 33 |
| | 4.2 Diseño de la investigación..... | 33 |
| | 4.3 Población – Muestra..... | 34 |
| | 4.4 Hipótesis general y específicas..... | 35 |
| | 4.5 Identificación de las variables..... | 35 |
| | 4.6 Operacionalización de variables..... | 36 |
| | 4.7 Recolección de datos..... | 36 |
| V. | RESULTADOS..... | 38 |
| | 5.1 Presentación de resultados..... | 38 |
| | 5.2 Interpretación de los resultados..... | 52 |

| | |
|---|-----------|
| VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 54 |
| 6.1 Análisis descriptivo de los resultados..... | 54 |
| 6.2 Comparación resultados con marco teórico..... | 57 |

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de Investigación

ANEXO 2: Ficha de validación Juicio de experto

ANEXO 3: Matriz de consistencia

ANEXO 4 Matriz de operacionalización de variable

ANEXO 5 Informe de Turnitin.

INDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Edad..... | 39 |
| Sexo..... | 40 |
| Grado académico..... | 41 |
| Estado civil..... | 42 |
| ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes?..... | 43 |
| ¿Le satisface su trabajo actual?..... | 44 |
| ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa con algún familiar o amistad?..... | 45 |
| ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad?..... | 46 |
| ¿Qué dificultades afronta cuando diagnostica al paciente?..... | 47 |
| ¿Ha experimentado que los pacientes mayores se quejen de sentirse solos? ¿Puede describir lo que pasó?..... | 48 |
| ¿Cuáles son las posibles soluciones para disminuir la soledad?..... | 49 |
| ¿Cómo coopera la salud con otras instituciones / actores para disminuir la soledad entre las personas mayores?..... | 50 |
| ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad?..... | 51 |
| ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría?..... | 52 |

INDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Edad..... | 38 |
| Sexo..... | 39 |
| Grado académico..... | 40 |
| Estado civil..... | 41 |
| ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes..... | 42 |
| ¿Le satisface su trabajo actual?..... | 43 |
| ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa con algún familiar o amistad?..... | 44 |
| ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad?..... | 45 |
| ¿Qué dificultades afronta cuando diagnostica al paciente?..... | 46 |
| ¿Ha experimentado que los pacientes mayores se quejen de sentirse solos? ¿Puede describir lo que pasó?..... | 47 |
| ¿Cuáles son las posibles soluciones para disminuir la soledad?..... | 48 |
| ¿Cómo coopera la salud con otras instituciones / actores para disminuir la soledad entre las personas mayores?..... | 49 |
| ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad?..... | 50 |
| ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría?..... | 51 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

Material y métodos: Nuestro estudio se llegó a realizar basándose según el tipo de la investigación de diseño no experimental al igual que sus variables que se llegaron a plantear en un inicio no se manipularon, por lo tanto, son tomadas de acuerdo al registro,

Tipo transversal, dado cual que manifestó durante el periodo 2020 y retrospectivo debido que fue de forma retrograda.

Se llegó a realizar mediante las entrevistas a nuestra población de estudios “adulto joven”, tal cual se encuentra en nuestra ficha de recolección de datos, la misma que fue calificada por 3 jurados correspondientes a la materia.

Población: Adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; siendo un total de 105 pacientes. Se contó con la participación de 90 adultos jóvenes en el centro de salud – Pisco, 2020.

Resultados: Respecto a la edad de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; se llegó a demostrar que el 28.89% oscilan entre los 40 – 45 años, el 25.56% oscilan entre los 31 – 35 años, el 21.11% oscilan entre los 36 – 40 años, el 13.33% oscilan entre los 25 – 30 años y solo el 11.11% oscilan más de 46 años.

Conclusión: Se determinó que la soledad es un factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; para ello se aplicó métodos estadísticos inferenciales, para validar la hipótesis planteada.

Palabras claves: Suicidio, soledad, adulto joven.

ABSTRACT

Objective: To determine the management of loneliness as a predisposing factor in suicidal behavior in young adults treated at the health center - Pisco, 2020.

Material and methods: Our study was carried out based on the type of non-experimental design research, as well as its variables that were raised at the beginning were not manipulated, therefore, they are taken according to the registry,

Cross-sectional type, given which it manifested during the 2020 period and retrospective because it was retrograde.

It was carried out through interviews with our “young adult” study population, as it is found in our data collection sheet, which was qualified by 3 juries corresponding to the subject.

Population: Young adults who are cared for in the health center - Pisco, 2020; being a total of 105 patients. 90 young adults participated in the health center - Pisco, 2020.

Results: Regarding the age of young adults who are cared for in the health center - Pisco, 2020; It was shown that 28.89% range between 40 - 45 years, 25.56% range between 31 - 35 years, 21.11% range between 36 - 40 years, 13.33% range between 25 - 30 years and only 11.11% are over 46 years old.

Conclusion: Loneliness was determined to be a predisposing factor in suicidal behavior in young adults treated at the health center - Pisco, 2020; For this, inferential statistical methods were applied to validate the hypothesis.

Keywords: Suicide, loneliness, young adult.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública en Perú y en todo el mundo y tiene consecuencias sociales, emocionales y económicas. El suicidio se da en casi todos los grupos de edad, y los ancianos no son una excepción a esta tendencia. La investigación define a los "mayores" que tienen 65 años o más. Entre los ancianos, los factores de riesgo para suicidarse incluyen, principalmente por motivos relacionados con la salud (como la presencia de enfermedad física, limitaciones funcionales), pero también otros problemas sociales, como depresión severa y desesperanza, falta de razón para vivir, aislamiento social, soledad y presencia de estrés. eventos de la vida.

La soledad entre los adultos mayores contribuye a varios problemas relacionados con la salud, como el mal estado de salud autoevaluado, el deterioro mental, la ansiedad, la depresión y el suicidio. La investigación ha demostrado que muchos de los ancianos experimentan la soledad. Se utilizaron varios métodos y modelos diferentes tanto dentro como fuera de la atención primaria para prevenir la soledad entre los ancianos. Para comprender el proceso del riesgo de suicidio, se ha aplicado la teoría interpersonal del suicidio. Explica los diversos factores y procesos que ocurren dentro y alrededor de la vida de un adulto mayor cuando está en riesgo de suicidio. La teoría se centra en la soledad y el sentimiento de que uno es una carga para la sociedad, como dos factores principales y que posiblemente pueden conducir al suicidio. Explica los diversos factores y procesos que ocurren dentro y alrededor de la vida de un adulto mayor cuando está en riesgo de suicidio. La teoría se centra en la soledad y el sentimiento de que uno es una carga

para la sociedad, como dos factores principales y que posiblemente pueden conducir al suicidio. Explica los diversos factores y procesos que ocurren dentro y alrededor de la vida de un adulto mayor cuando está en riesgo de suicidio. La teoría se centra en la soledad y el sentimiento de que uno es una carga para la sociedad, como dos factores principales y que posiblemente pueden conducir al suicidio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública en Perú y en todo el mundo. Después del VIH, los accidentes de tráfico y los homicidios, es la cuarta causa principal de muerte a nivel mundial (Ramos et al., 2017). En el año 2000, cerca de un millón de personas murieron por suicidio, lo que da una tasa de mortalidad de 16 por 100 000, o viéndolo desde otra perspectiva, significa una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en todo el mundo (Pompili, 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En América Latina, este número supera los 150000 (OMS, 2017). El suicidio está presente en casi todos los grupos de edad y los ancianos no son una excepción a esta tendencia. La investigación definirá a los ancianos como aquellos de 65 años o más. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, indican que cada 90 minutos una persona mayor se quita la vida en el mundo. De hecho, la tasa de suicidio de las personas mayores en muchos países es más alta que la de cualquier otro grupo de edad, aunque el suicidio es solo

la decimotercera causa principal de muerte en este grupo de edad (Conwell et al., 2016).

En general, los adultos mayores tienen un bienestar más estable en comparación con los de edades más jóvenes (Carstensen et al., 2017). Sin embargo, también tienen las tasas más altas de muertes por suicidio en la mayoría de las regiones del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016). Esto se debe a que el comportamiento suicida de los adultos mayores es más letal (al usar armas de fuego, por ejemplo) y tiene más probabilidades de terminar en muerte que a edades más tempranas. Más específicamente, la relación entre intentos de suicidio y muertes por suicidio es de aproximadamente 15: 1 en la población general, 200: 1 en adolescentes, pero solo de 1 a 4 intentos por cada muerte entre los ancianos. Esta gran diferencia puede deberse a varios factores, como la carga de enfermedad médica de los adultos mayores, un mayor aislamiento social, una mayor letalidad de la planificación del suicidio y la falta de notificación de pensamientos suicidas (Van Orden y Conwell, 2016).

Van Orden y Conwell (2016) enfatizan la importancia de adoptar un enfoque de salud pública para la prevención del suicidio en la vejez que cubra a una población más amplia de ancianos y no solo a las personas de alto riesgo. Los autores argumentan que, en la mayoría de los casos, solo estos individuos se tienen en cuenta en la literatura sobre el suicidio en la tercera edad. Mientras tanto, el Instituto de Medicina, sugiere utilizar tres niveles y términos diferentes a la hora de clasificar las intervenciones preventivas:

indicadas, selectivas y universales. Estos tres niveles se describen a continuación:

1. Intervención preventiva indicada: se dirige a personas de alto riesgo (con pensamientos suicidas, intentos de suicidio previos o trastornos psiquiátricos) y se proporciona en clínicas de salud mental y atención primaria. Las herramientas preventivas pueden ser medicamentos antidepresivos o terapias de resolución de problemas.

2. Intervención preventiva selectiva: se dirige a grupos con factores de riesgo más distales, como adultos mayores socialmente desconectados o personas con trastornos comórbidos y que tienen deterioro funcional. Las intervenciones pueden realizarse fuera de la atención primaria o de salud mental, por ejemplo, a través de agencias de servicios para personas mayores, por ejemplo, llamadas telefónicas de apoyo.

3. Intervención preventiva universal: se dirige a toda la población de adultos mayores e incluye medidas como la aprobación de una legislación, por ejemplo, para restringir el acceso a medios letales u organizar campañas de salud pública sobre la importancia de involucrar socialmente a todos los ancianos.

Definiciones y teoría

Esta parte presentará la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner (Van Orden et al., [ITS]; 2017), que servirá como base teórica para la investigación. Sin embargo, antes de presentar la teoría, se definirán algunos términos importantes para comprender mejor la teoría. Estos términos

son: suicidio, intento de suicidio, comportamiento suicida y pensamientos suicidas.

La teoría interpersonal del suicidio

Las teorías sobre el suicidio son pocas por dos razones principales. Por un lado, es difícil examinar la conducta suicida y requiere muestras grandes para llegar a una conclusión determinada. Por otro lado, las personas con comportamiento suicida no suelen estar incluidas en las pruebas clínicas para garantizar su seguridad, y las personas que se suicidan no están disponibles para las evaluaciones (Van Orden et al., 2017). En segundo lugar, tomando en consideración estos factores, he optado por utilizar la ITS de Van Orden et al. (2017), que es la teoría más relevante para esta investigación en términos de la soledad como factor de riesgo. La teoría se ha desarrollado en los Estados Unidos de América, es decir, basándose en el contexto estadounidense. No obstante, Suecia también forma parte de los países occidentales donde el estilo de vida es predominantemente individualista. Esto significa que las personas en general deben cuidarse a sí mismas, lo que puede provocar que otras personas se queden solas. Es una teoría integral que proporciona una comprensión de los factores de riesgo que están conectados con el comportamiento suicida letal. Basándose en estudios previos, los autores identifican seis factores letales principales: trastorno mental, enfermedad física, conflicto familiar, intentos de suicidio pasados, aislamiento social y desempleo (Van Orden et al., 2017). Dado el tema del artículo, la atención se centrará en el aislamiento social, intentos de suicidio pasados, aislamiento social y desempleo. Dado el tema del artículo, la atención se

centrará en el aislamiento social. intentos de suicidio pasados, aislamiento social y desempleo. Dado el tema del artículo, la atención se centrará en el aislamiento social.

Definiciones

Suicidio: El suicidio se define como un acto intencional y autodestructivo que conduce a la muerte (Ramos, 2018). En las estadísticas de suicidios, se distingue entre suicidios “seguros” e “inciertos” (suicidios seguros e inseguros). Se presume que alrededor del 70-75 por ciento de los suicidios inciertos se revela más tarde como ciertos suicidios (Ramos, 2018). Hay dos enfoques opuestos al acto de suicidio, que influyen en cómo se maneja el suicidio. El primero lo considera una acción consciente e intencional, lo que significa que una persona puede controlar cómo actúa. El otro enfoque lo ve como resultado de un accidente psicológico (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019). El Programa Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio considera el suicidio como un accidente psicológico que es el resultado del estrés psicológico. De esta manera, la atención se centrará en el paciente”.

Intento de suicidio: El intento de suicidio es un acto que pone en peligro la vida, durante el cual la persona cree que puede morir a causa del acto (Ramos, 2018). Una persona que ha intentado suicidarse recientemente se llama suicida y tiene una visión de túnel con un fuerte impacto cognitivo. El intento de suicidio se caracteriza por tres factores: 1) comportamiento dañino autoiniciado; 2) presencia de intención de morir; y 3) resultado no fatal. Los investigadores en el campo también clasifican los intentos de suicidio como no letales, casi letales y letales, donde la segunda categoría

se refiere a los intentos en los que las personas sobrevivieron por casualidad (Van Orden et al., 2016). En Suecia, alrededor de 1500 personas intentan suicidarse cada año. Sin embargo, con respecto a las estadísticas, este número debe tratarse con cuidado, porque solo se cuentan los intentos de suicidio cuando el paciente recibió atención hospitalaria. Esto significa que el número de intentos de suicidio puede ser mucho mayor de lo que realmente se registra. El intento de suicidio es una señal muy clara de un acto suicida y, por lo tanto, debe tratarse con gran importancia.

Comportamiento suicida: El comportamiento suicida incluye ideaciones (pensamientos), comunicaciones y comportamientos (Van Orden et al., 2016). Las personas suicidas tienen pensamientos suicidas graves (incluido el deseo de morir, así como planes de suicidio específicos) que pueden indicar un intento de suicidio en un futuro próximo. Es posible que otras personas suicidas no tengan pensamientos suicidas, pero las circunstancias de su vida las hacen estar en la zona de riesgo Van Orden y col. (2016) afirman que todos los comportamientos suicidas son iniciados por la propia persona y que estos comportamientos pueden ser diferentes según si la persona tiene la intención de morir o de autolesionarse (es decir, autolesionarse, como autolesionarse).

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION GENERAL

¿Cuál es el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020?

2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION ESPECIFICAS

- ¿Qué métodos utiliza la asistencia sanitaria para identificar el riesgo de la soledad entre los ancianos con el fin de prevenir el suicidio de los adulto jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020?
- ¿Qué consideran los miembros del personal como una solución para la soledad de las personas adulto jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020?

2.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Justificación teórica. - Cuando la capacidad para relacionarnos con los demás es deficiente aumenta la posibilidad de quedarse solo ya que las relaciones que se mantienen son menos entusiastas y empáticas.

Justificación práctica. – conforme al propio ritmo. El estar solo por algún momento le permite a la persona reflexionar, valorarse, fortalecer el espíritu, renovar la energía y el entusiasmo para valorar todo lo que pasa por su mente y en su vida.

Justificación metodológica. - se manifiesta cuando suceden eventos estresantes, por ejemplo, una separación o pérdida de una relación, cuando uno de los miembros de la de la familia fallece, son sucesos breves, agudos y dolorosos, son eventos que se consideran de remisión rápida.

Justificación contemporánea. - Es considerada una de las más comunes, ya que se asocia con la aparición de breves

sentimientos de soledad. La duración de la soledad se relaciona con el nivel de educación, del estatus marital, la historia del divorcio parental y de la utilización de las estrategias para solucionarla.

Investigación científica. - Se origina a través de la interacción del factor biológico de la persona y las situaciones de la vida que están fuera del propio control, es decir que el individuo se siente incapaz de establecer relaciones sociales por lo menos a través de dos etapas de su vida, como podrían ser la adolescencia y la adultez joven.

2.5 OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

2.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la asistencia sanitaria para identificar el riesgo de la soledad entre los adulto jóvenes con el fin de prevenir el suicidio de aquellos que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.
- Determinar los miembros del personal como una solución para la soledad de las personas adulto jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

2.7 ALCANCES Y LIMITACIONES

Además, también se debe tener en cuenta la transferibilidad al aplicar el método cualitativo. Se refiere al "grado en que los resultados de la investigación cualitativa pueden transferirse a otros contextos o entornos con otros encuestados". Esto se logra proporcionando una descripción densa (que es responsabilidad del investigador), que no solo menciona las experiencias y los comportamientos, sino también el contexto (es decir, los participantes, el proceso de investigación) para que se vuelva relevante para una persona externa y él puede decidir si los hallazgos son transferibles a su propio entorno; esto se denomina juicio de transferibilidad.

Una limitación del método elegido fue que solo tuve la oportunidad de entrevistar a seis personas. Esto afecta la variación de respuestas, así como la validez en general. La causa de la limitación es, en parte, que este trabajo de investigación se centra, lo que hizo que me pusiera en contacto solo con personas. Otra debilidad de utilizar el estudio de caso en una investigación es la generalización. La validez interna no es problemática en este caso, porque otros investigadores no pueden reutilizarla, pero es problemático generalizar los resultados. Sin embargo, esto se entiende, porque el caso es específico, diverso y tiene un enfoque especial. Esto lleva a que el resultado sea una teoría idiosincrásica, lo que significa que solo está conectada a ese caso específico (Gagnon, 2016).

III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Tendremos al autor Filipa Landeiro et al “Reducir el aislamiento social y la soledad en las personas mayores: un protocolo de revisión sistemática” (2017)

Introducción El aislamiento social y la soledad afectan aproximadamente de un tercio a la mitad de la población anciana y tienen un impacto negativo en su salud física y mental. Las intervenciones grupales donde los facilitadores están bien capacitados y donde los ancianos participan activamente en su desarrollo parecen ser más efectivas, pero las conclusiones se han visto limitadas por diseños de estudio débiles. Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática para evaluar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud sobre el aislamiento social o la soledad en las personas mayores.

Métodos y análisis

Se realizó una revisión sistemática en Medline, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Applied Social Sciences Index and Abstracts, LILACS, OpenGrey y la Cochrane Library sobre estudios revisados por pares y tesis doctorales publicadas entre 1995 y 2016 evaluando el impacto de las intervenciones de promoción de la salud en el aislamiento social y / o la soledad de las personas de 60 años o más. Dos revisores evaluarán de forma independiente cada estudio para su inclusión y un tercer revisor resolverá los desacuerdos. Los datos se extraerán utilizando una pro forma predefinido

siguiendo las mejores prácticas. La calidad del estudio se evaluará con la herramienta de evaluación de calidad del Proyecto de práctica de salud pública efectiva. Se presentará una síntesis narrativa de todos los estudios por tipo de resultado (aislamiento social o soledad) y tipo de intervención.

Ética y difusión Esta revisión sistemática está exenta de aprobación ética porque el trabajo se realiza sobre documentos publicados. Los resultados de la revisión se difundirán en una revista revisada por pares relacionada y se presentarán en conferencias. También contribuirán a una tesis doctoral.

Tenemos al autor Irvin Sánchez et al “El efecto de la soledad en la depresión: un metaanálisis” (2017)

Las emociones negativas, que tienen una estructura común, crónica y recurrente, juegan un papel vital en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. En este estudio, la soledad como emoción negativa se consideró un factor predisponente en la depresión.

Objetivo:

El objetivo de este metaanálisis es determinar el efecto de la soledad sobre la depresión.

Método:

Inicialmente, se realizó una exploración de la literatura y se reunió toda la literatura relacionada (n = 531). Con base en escalas determinadas por los investigadores, se decidió incluir 88 estudios en el análisis. Este estudio obtuvo un grupo de muestreo de 40.068 individuos.

Resultados:

Los resultados del uso de un modelo de efectos aleatorios para el análisis mostraron que la soledad tenía un efecto moderadamente significativo sobre la depresión. Ninguna de las variables de grupo de muestreo del estudio, tipo de publicación y año de publicación resultó ser variable moderadora.

Conclusión:

Según los resultados de la investigación, se puede decir que la soledad es una variable significativa que afecta a la depresión. Los hallazgos obtenidos se discuten a la luz de la literatura.

Según el autor Wang Yin et al (2018) “Soledad y salud mental en un ensayo controlado aleatorio de una intervención de autocuidado proporcionada por pares para personas que abandonan los equipos de resolución de crisis”

La soledad es más frecuente entre las personas con problemas de salud mental que entre la población general. Sin embargo, la soledad no ha sido un foco particularmente prominente en investigaciones recientes sobre los resultados de las enfermedades mentales. Las intervenciones de soledad también han recibido poca atención.

OBJETIVOS:

1) Revisar la literatura para la definición y modelo conceptual de la soledad y sus conceptos estrechamente relacionados, y para medidas bien desarrolladas de estos conceptos. 2)

Revisar sistemáticamente el impacto de la soledad y el apoyo social percibido en los resultados de salud mental 3) Explorar la gravedad de la soledad entre las personas que abandonan los equipos de resolución de crisis (CRT) e identificar factores asociados transversalmente con la soledad. 4) Para determinar si la soledad al inicio del estudio predice malos resultados a los 4 meses de seguimiento, incluida la gravedad general de los síntomas, síntomas afectivos, recuperación autoevaluada y calidad de vida relacionada con la salud. 5) Examinar si existe alguna diferencia en la soledad a los 4 meses de seguimiento entre un grupo de intervención de autocuidado proporcionado por pares y un grupo de control en un ensayo controlado aleatorio.

MÉTODO:

Se desarrolló un marco conceptual de la soledad y conceptos relacionados y se identificaron las medidas de los conceptos principales. Se realizó una revisión sistemática de estudios longitudinales que examinan el efecto de la soledad y el apoyo social percibido en el pronóstico de las enfermedades mentales. La muestra (n = 399) se tomó de pacientes que participaron en un ensayo de investigación de CRT. A los participantes en el grupo de intervención del ensayo se les ofreció hasta diez reuniones de un trabajador de apoyo de pares y un libro de trabajo de autogestión. A los participantes del grupo de control solo se les proporcionó un libro de trabajo de autogestión. Los encuestados (n = 310) completaron la medición de seguimiento cuatro meses después del inicio.

RESULTADOS:

Se propuso un modelo con cinco dominios para incorporar todos los términos relacionados con la soledad. Se identificaron medidas bien desarrolladas que evaluaban cada dominio o cubrían múltiples dominios. El apoyo social percibido y la soledad se asociaron con resultados de salud mental. La gravedad de la soledad fue alta entre las personas que abandonaron los TRC. Una mayor soledad se asoció significativamente con un tamaño pequeño de la red social, capital social limitado, síntomas afectivos graves y antecedentes de enfermedades mentales a largo plazo. Una mayor soledad al inicio del estudio predijo una peor calidad de vida relacionada con la salud a los 4 meses de seguimiento. La soledad también fue un mejor predictor de los resultados clínicos que el aislamiento social objetivo y el capital social. La soledad durante el seguimiento no fue significativamente diferente entre el grupo de intervención y el grupo de control.

DISCUSIÓN

La soledad es un tema importante en los usuarios de servicios de salud mental. Podría ser un objetivo prometedor para mejorar la recuperación de las personas con problemas de salud mental. No se confirmó la eficacia de la intervención de autocuidado proporcionada por pares sobre la soledad. Se necesita más investigación para explorar intervenciones beneficiosas para la soledad a fin de ayudar al desarrollo de servicios de salud mental orientados a la recuperación.

Según la autora Rubina Bulgora et al (2018) “Soledad entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda”

La soledad es un problema importante que experimentan las personas mayores que viven en cuidados a largo plazo ajustes. Entre las personas mayores, la soledad se ha asociado con peores condiciones físicas y salud mental. Sin embargo, se conoce información limitada sobre la prevalencia de soledad y características sociodemográficas y de salud asociadas a la soledad, entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda.

Metodología

Este estudio utilizó un diseño correlacional transversal para explorar el grado de soledad entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda y las características sociodemográficas y de salud asociadas con la soledad. Los métodos incluyeron un hoja de datos demográficos, el índice de Barthel para medir la independencia funcional, el EQ5D-5L y EQ-VAS para medir la salud y el bienestar, la escala de depresión geriátrica para medir la depresión y la escala de soledad de De-Jong Gierveld para medir la soledad. Entre diciembre de 2015 y abril de 2016, se recopilaron datos de 36 participantes utilizando predominantemente entrevistas cara a cara.

Resultados

La edad media de los participantes fue de 81 años (IC del 95%: 77,81-84,42). Análisis revelado las personas mayores experimentaron una soledad marginal ($M = 2,36$, IC del 95%: 1,76-2,96). Logístico La regresión predijo que la soledad tenía casi el doble de probabilidades de ocurrir en personas mayores con baja salud percibida ($OR = 1.78$, $p = .04$) y

tenía más del doble de probabilidad de ocurrir en aquellos con menos redes sociales (OR = 2.53, p = .03). La regresión logística también predijo que aquellos con menos redes sociales tenían tres veces más probabilidades de experimentar soledad social (OR = 3.18, p <.00).

Conclusión

La soledad prevalece entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda y se asocia con niveles más bajos de salud percibida y menos redes. Se necesitan más investigaciones con una población más grande para comprender la soledad, los factores asociados con él y, lo que es más importante, las estrategias para reducirlo.

3.2 BASES TEORICAS

El comportamiento suicida es una de las principales prioridades de salud pública. Como lo ha hecho durante décadas, el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Los costos del suicidio no son solo la pérdida de vidas, sino también el estrés mental, físico y emocional impuesto a los familiares y amigos. Otros costos son para los recursos públicos, ya que las personas que intentan suicidarse a menudo requieren la ayuda de los institutos de salud, psicología y psiquiatría.

El suicidio es un acto final de comportamiento que probablemente sea el resultado final de las interacciones de varios factores diferentes. Es una entidad compleja que involucra factores de riesgo biológico, genético y ambiental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi un millón de personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo, lo que representa una tasa de mortalidad por suicidio mundial anual de por 100.000. Solo en los Estados Unidos, el suicidio cobra más de 32.500 vidas al año. de las muertes por suicidio, los intentos de suicidio son aún más frecuentes. Se estima que son veinte veces más frecuentes en la población general. Los intentos de suicidio se asocian con morbilidades importantes y constituyen un importante predictor de suicidio posterior.

Sin embargo, la incidencia de suicidio no se informa en el mundo debido a una serie de razones: en algunos casos, y por diferentes razones (por ejemplo, religiosas y / o sociales) el suicidio como causa de muerte puede estar oculta; en algunas áreas no se informa en absoluto. En muchos países del mundo, particularmente en los menos desarrollados, no se dispone de datos básicos sobre la prevalencia y los factores de riesgo del suicidio y sus precursores inmediatos: ideas, planes e intentos suicidas. Por tanto, las cifras reales pueden ser superiores a las informadas. Sin embargo, a partir de los casos notificados, se observan ciertas tendencias. Según estimaciones de la OMS para el año 2020 y con base en las tendencias actuales, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio y de diez a 20 veces más personas intentarán suicidarse en todo el mundo. Esas estimaciones representan en promedio una muerte cada 20 segundos y un intento cada uno o dos segundos.

Los trastornos juegan un papel menor en la aparición de conductas suicidas en los países de ingresos bajos y medianos.

En un proyecto mundial publicado en 2008 por la Iniciativa de Encuestas de Salud Mental Mundial (WMH) de la OMS, se llevaron a cabo encuestas en 17 países. Se entrevistó a un total de 84.850 adultos sobre conductas suicidas, factores de riesgo sociodemográficos y psiquiátricos. Se incluyeron las regiones de África, América, Asia y el Pacífico, Europa y Oriente Medio. De los países encuestados, China, Colombia, Líbano, México, Nigeria, Sudáfrica y Ucrania se clasificaron como países menos desarrollados o de ingresos bajos y medios. Todos los demás países de la encuesta se clasificaron como países de ingresos altos. Aunque los autores encontraron variación sustancial entre países en sus resultados, también encontraron evidencia de importantes consistencias, incluido el hecho de que el 60 por ciento de las transiciones de la ideación al primer intento ocurrieron dentro del primer año después del inicio de la ideación. Además, los siguientes factores de riesgo se identificaron como un fuerte riesgo diagnóstico en todos los países: sexo femenino, edad más joven, menos años de educación, estado de soltero y presencia de un trastorno mental. Los factores de riesgo de diagnóstico más importantes fueron los trastornos del estado de ánimo en los países de ingresos altos, pero los trastornos del control de los impulsos en los países de ingresos bajos y medianos.

En otra revisión exhaustiva y sistemática sobre la epidemiología de suicidio, Nock, et al. (2018) revisaron los datos del gobierno de EE. UU. Sobre el suicidio y el comportamiento suicida y realizaron una revisión de los estudios sobre la epidemiología del suicidio publicados entre 1997 y 2007. Examinaron la prevalencia de tendencias, en los factores de riesgo y de protección del comportamiento

suicida en los EE. UU. -nacionalmente. Los datos revelaron que el suicidio consumado es más prevalente entre los hombres, mientras que las conductas suicidas no fatales son más prevalentes entre las mujeres y las personas que son jóvenes, no están casadas o tienen un trastorno psiquiátrico. Los adultos tenían una prevalencia de comportamiento suicida de por vida más baja que los adolescentes, en general y para cada tipo de comportamiento suicida examinado. Los autores sugirieron que esta diferencia puede atribuirse a que los adultos no informan de la conducta suicida de por vida.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Manejar el suicidio y la soledad

Se utilizan varios métodos y modelos diferentes dentro de la atención primaria para prevenir el suicidio de ancianos, como el cribado de depresión para el riesgo de suicidio, el llamado modelo de mejora del acceso al tratamiento colaborativo para promover el estado de ánimo y el modelo de prevención del suicidio en ancianos de atención primaria: ensayo colaborativo. Estas estrategias se centran en diferentes métodos de tratamiento, incluidas las psicoterapias, y se basan en una colaboración entre profesionales de la salud, como trabajadores sociales, administradores de atención, psiquiatras y expertos en atención primaria, para gestionar los riesgos de suicidio entre los adultos mayores. Estos métodos demostraron ser parcialmente efectivos, pero no suficientes para satisfacer todas las necesidades de los pacientes ancianos (Van Orden y Conwell, 2017). Adicionalmente, Rosedale (2017) destaca que las enfermeras de salud mental tienen un papel

estratégico en la exploración del fenómeno de la soledad y las posibles soluciones para minimizar el aislamiento y las consecuencias negativas. Ella argumenta que las enfermeras psiquiátricas deben preguntar a sus pacientes qué significa la soledad para ellos. Reconocer la experiencia de cada persona es un requisito previo para que las enfermeras puedan comunicarse sobre la soledad. Esto se considera un enfoque abierto que ayuda a verificar la experiencia del paciente (Rosedale, 2017, p. 207).

Otro enfoque fuera de la atención médica, para gestionar la soledad entre los ancianos es la implementación de programas de control. Dado que el aislamiento social es común entre los adultos mayores que están en riesgo de suicidio, el apoyo social se ha reconocido como una barrera contra situaciones estresantes (Cohen y Wills, como se cita en Van Orden y Conwell, 2016). Los programas Gatekeeper ayudan a identificar a los adultos mayores que se encuentran aislados en sus hogares sin conexión social y con falta de atención. Estos programas incluyen enseñar a las personas que suelen estar en contacto con estas personas mayores (por ejemplo, trabajadores postales, conductores de comidas a domicilio, lectores de medidores, farmacéuticos, atención domiciliaria, etc.) a detectar señales de alerta que pueden conducir a conductas suicidas.

Agresión

Múltiples estudios epidemiológicos, clínicos, retrospectivos, prospectivos y familiares han identificado un fuerte vínculo entre la agresión y el suicidio. Las investigaciones sugieren una neurobiología común del suicidio y otras formas de comportamiento agresivo. Los niveles más bajos de

serotonina central se asocian con los intentos de suicidio. y específicamente intentos de suicidio más letales después del control por enfermedad psiquiátrica. Si bien la investigación que relaciona la agresión con la presencia de conducta suicida muestra hallazgos consistentes, la relación entre la agresión y la gravedad del intento de suicidio es variable.

En un intento de estudiar la relación entre la agresión y la consumación del suicidio, se han adoptado diferentes enfoques. Uno de ellos comparó los intentos de suicidio médicamente graves (MSSA) con controles sanos. El rasgo de agresión fue significativamente mayor en el grupo de MSA, sin embargo, ese estudio no incluyó un grupo de control de personas que intentaron suicidarse sin ser médicamente graves (NMSSA). En otro estudio designado para buscar diferencias entre las personas con patologías psiquiátricas específicas, se encontró que los individuos con trastornos de personalidad, particularmente aquellos que son más impulsivos y agresivos y que tienen un trastorno depresivo comórbido, tienen un mayor riesgo de padecer trastornos más frecuentes y más médicamente - comportamiento suicida severo en comparación con individuos con trastorno depresivo mayor (TDM) o depresión bipolar (BD) solos. En una perspectiva diferente sobre la relación entre suicidio y agresión, varios estudios se centraron en la elección de métodos para el intento de suicidio.

Además, al gestionar la soledad, también es fundamental centrarse en las causas de la soledad en sí. Las causas de la soledad pueden ser, por ejemplo, malas estrategias de afrontamiento, expectativas de fracaso y relaciones sin intimidad (Bekhet y Zauszniewski, 2018). Bekhet y

Zauszniewski (2018) sugieren varios programas de intervención para disminuir o prevenir la soledad. Sin embargo, también destacan que, dado que los adultos mayores experimentan la soledad de diferentes formas, es importante conocer las condiciones personales de los propios ancianos antes de diseñar e implementar medidas preventivas. Los tres objetivos generales de estos programas de intervención son: desarrollar relaciones interpersonales gratificantes; para evitar que la soledad desarrolle poblaciones en riesgo; y evitar que la soledad se convierta en problemas más graves (Bekhet y Zauszniewski, 2018). Bekhet y Zauszniewski (2018) sugieren además métodos como:

- Terapia cognitiva, para restaurar su pensamiento pesimista distorsionado,
- Modificar la orientación interpersonal - estableciendo una relación de confianza con la enfermera o el equipo de salud,
- Enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas para afrontar eficazmente su soledad.
- Proporcionar ayuda y orientación para la integración de las personas mayores en las comunidades de jubilados, así como apoyo psicológico por parte de enfermeras de salud mental iniciando visitas con ellas.

Se ha prestado mucha atención a la implementación de estándares y conocimientos basados en la evidencia en la atención médica con el objetivo de aumentar el bienestar de las personas mayores, lo cual es innegablemente importante. Sin embargo, también es fundamental centrarse en la vida de las personas mayores fuera de las instituciones de salud para ver en qué otras dimensiones se puede disminuir su soledad (Briceño et al., 2019). Van Orden y col.

(2016) mencionan, por ejemplo, el compañerismo entre pares como un método eficaz para los adultos mayores socialmente desconectados.

Violencia, suicidio y género: Entre las personas con antecedentes de violencia, el género no parece proteger contra el riesgo de suicidio. Sin embargo, relativamente menos investigación se ha centrado en las posibles diferencias de género en las relaciones entre el suicidio, la violencia y las variables asociadas. Los estudios indican que el género es una variable importante que podría influir en la relación entre violencia y suicidio. Becker y col. (2017) estudiaron el efecto del género en la predicción de tendencias suicidas y comportamientos violentos entre hombres y mujeres. El género hizo una contribución independiente a la predicción tanto del riesgo de suicidio como de violencia, pero de manera opuesta, con el género femenino contribuyendo al riesgo de suicidio y el género masculino contribuyendo a la violencia. Similar,

Al considerar la depresión, los síntomas masculinos difieren de los de las mujeres. Por lo tanto, el suicidio masculino puede estudiarse a través del contexto bastante intrincado de depresión, suicidio, auto-negligencia autoagresiva y violencia hetero-agresiva. La depresión masculina a menudo se representa y se camufla por abuso de alcohol, adicción a las drogas, control deficiente de impulsos y violencia agresiva y actuando.

El suicidio entre los ancianos es un problema crítico de salud pública con consecuencias sociales, emocionales y económicas, y uno de sus factores de riesgo es la soledad. Las noticias suecas recientes revelan las consecuencias

críticas de la soledad entre los ancianos (Hill, 2017; Shayn, 2018; Lann, 2019). La soledad es, sin embargo, un factor de riesgo difícil de investigar, especialmente entre los ancianos por la falta de contacto con ellos y porque tienen un comportamiento diferente de búsqueda de ayuda. Específicamente, aquellos adultos mayores que padecen enfermedades mentales tienen una menor autoeficacia en general y es poco probable que se presenten para recibir atención en clínicas de salud mental (Conwell y Thompson; Young, et al., Como se cita en Van Orden y Conwell, 2016). Otro problema es que la mayor parte de la investigación se centra en cómo la soledad afecta la salud de las personas mayores, pero se encuentran menos investigaciones que sugieran soluciones posibles y efectivas para disminuir este factor de riesgo. Sin embargo, esto es necesario para investigar la efectividad de los métodos de intervención (Van Orden y Conwell, 2016).

Por estas razones, la investigación tiene como objetivo comprender y analizar cómo los diferentes miembros del personal y la asistencia sanitaria sueca en general abordan la soledad como factor de riesgo entre las personas mayores con comportamiento suicida.

Soledad, falta de redes sociales

Existen varias definiciones de soledad, según el campo en el que se utiliza y la forma en que se experimenta. En el campo de la filosofía, por ejemplo, la soledad se considera un elemento esencial de la existencia humana que motiva a las personas a buscar nuevas relaciones y posibilidades. En esta disciplina, la soledad se vive de forma positiva y como condición voluntaria (Rosedale, 2017). En el campo de la

salud, sin embargo, la soledad se describe principalmente con términos negativos y como una condición involuntaria de una persona. Aquí, el término generalmente se describe como un vacío o un sentimiento de vacío que puede hacer que una persona se sienta inútil y puede disminuir la confianza para desarrollar relaciones interpersonales. Además, la soledad se describe como un síntoma de disfunción de la salud que está relacionada con la enfermedad mental, angustia e insatisfacción emocional, falta de apoyo social y bienestar general. En este sentido, la soledad también está vinculada a grupos de edad específicos, en su mayoría adolescentes y ancianos (Rosedale 2017). Estas interpretaciones contrastantes significan que la soledad puede ser subjetiva, que es, cómo se siente una persona, y se puede entender de manera diferente de una persona a otra. Sin embargo, el artículo utiliza el término soledad de manera objetiva, cuando se mide y se basa en escalas e índices dentro de la atención médica.

Factores de riesgo de suicidio

Entre los ancianos, los factores de riesgo para suicidarse incluyen principalmente causas relacionadas con la salud (presencia de enfermedad física, limitaciones funcionales), pero también otras cuestiones sociales, como la gravedad de la depresión y la desesperanza, la falta de motivos de vida, el aislamiento social, soledad y la ocurrencia de eventos vitales estresantes (Apaza et al., 2016). Los principales factores de riesgo de suicidio se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Factores sociales: los factores sociales contienen soledad, falta de red social, pérdida de un familiar,

desempleo, encarcelamiento, experiencias de guerra y violencia doméstica.

- Factores mentales: las personas con enfermedades mentales pueden tener un mayor riesgo de suicidio. Hay diferentes factores que aumentan la enfermedad mental, como enfermedades de larga duración, abuso de alcohol o drogas, ansiedad, insomnio, pesadillas, delirios (hipocondríacos, depresivos), falta de confianza, sentimientos de vergüenza y desesperanza.
- Enfermedades físicas: las enfermedades físicas graves, las limitaciones funcionales y el dolor prolongado aumentan el riesgo de suicidio.
- Años: la edad juega un papel importante en los intentos de suicidio; los ancianos se suicidan con más frecuencia y, dado que los métodos son más letales, las posibilidades de sobrevivir son menores.

En otra clasificación se puede diferenciar entre factores de riesgo agudo y a largo plazo. Los factores de riesgo a largo plazo contienen aquellas circunstancias en las que, por ejemplo, una persona tiene un pariente en la familia que se ha quitado la vida o si la persona misma intentó suicidarse antes. Por otro lado, los factores de riesgo agudo involucran aquellas situaciones en las que una persona atraviesa un incidente traumático, como un divorcio inesperado, el despido del trabajo, el abuso o incluso la denegación de asilo. En cuanto a los factores de riesgo agudo, es importante sopesar la gravedad del factor, porque una persona normalmente sana puede entrar repentinamente en una condición suicida en función de lo que ha pasado. Por otro lado, si los factores de riesgo no están presentes en la vida de las personas mayores, entonces se consideran

factores de protección. Por lo tanto, entre los factores de protección está, por ejemplo, tener un amigo cercano o un familiar que visite al anciano, en lugar de dejar siempre al anciano en un hogar vacío. Otros factores mentales protectores son, por ejemplo, los valores personales y las creencias religiosas. En lo que respecta a las personas mayores, el riesgo de suicidio es alto porque se les pueden aplicar varios factores de riesgo al mismo tiempo que les hacen la vida más difícil (Ramos, 2018).

Los ancianos merecen un envejecimiento saludable. Esto significa, entre otros, tener una vida social y ser apreciados y respetados por la sociedad por todos los esfuerzos que han realizado a lo largo de sus años activos. Después de jubilarse, muchos adultos mayores pierden su rutina de vida bien desarrollada a la que estaban acostumbrados durante varias décadas. Para evitar un cambio drástico después de la jubilación, los adultos mayores deben participar en otras actividades para seguir sintiéndose valiosos y contribuidos a la sociedad. Se pueden incluir en muchas iniciativas y programas de los que se trata la vida, como la cocina, los deportes, el entretenimiento o el voluntariado en lo que les interese. Incluir a las personas mayores es responsabilidad de todas las personas y en todos los niveles de la sociedad.

La soledad es responsable de graves consecuencias relacionadas con la salud que pueden conducir al riesgo de suicidio. Por lo tanto, se requiere una comprensión profunda cuando se investiga la soledad y cuando se trabaja para encontrar una solución para manejarla. Hay varias soluciones diferentes para disminuir la soledad entre las personas mayores, pero algunas estrategias preventivas

están mal examinadas. Por lo tanto, el artículo actual tenía como objetivo contribuir a esta brecha en la literatura. Entre los métodos más utilizados se encuentran los enfoques de atención médica, mientras que los enfoques de salud pública, como las comunicaciones efectivas y las diferentes actividades, no se examinan en profundidad. No obstante, muchas de estas últimas soluciones pueden mejorarse aún más en el contexto sueco para cubrir una mayor parte de la sociedad de la tercera edad.

Se pueden evitar muchos suicidios. Estos hallazgos en el documento actual, los métodos y soluciones que se pueden implementar para la prevención, han fortalecido aún más mi confianza en el tema de la soledad entre los adultos mayores. Por lo tanto, los hallazgos también apuntan a fomentar nuevas formas de investigación. Dicha investigación puede incluir, por ejemplo, la introducción de programas de vigilancia u otras posibles intervenciones de salud pública que tengan como objetivo identificar y disminuir la soledad entre los ancianos.

Impulsividad

Impulsividad una construcción prominente en la mayoría de las teorías de la personalidad, abarca una amplia gama de comportamientos que reflejan una autorregulación deteriorada, como una mala planificación, una respuesta prematura antes de considerar las consecuencias, la búsqueda de sensaciones, la toma de riesgos, la incapacidad para inhibir las respuestas y preferencia por recompensas inmediatas sobre recompensas tardías. Los intentos de suicidio son a menudo impulsivos y muchos estudios han identificado la impulsividad como un correlato

común y factor de riesgo para la conducta suicida. La relación entre la impulsividad y la conducta suicida se encontró en diferentes entidades nosológicas, y también es cierto en las poblaciones no psiquiátricas.

Existe una marcada falta de consenso sobre la relación entre la impulsividad y la gravedad médica del intento. Aunque algunos autores creen que la impulsividad es una característica de los intentos de suicidio no letales o de los gestos suicidas, otros informan evidencia de niveles más altos de impulsividad en quienes mueren por suicidio que en quienes no lo hacen. Las diferencias pueden explicarse por la confusión entre las dimensiones estado y rasgo de la relación impulsividad-suicidio, las diferentes definiciones de impulsividad, las medidas utilizadas y la población estudiada.

Dolor mental

El dolor mental es un concepto importante que se estudia desde diferentes perspectivas: teórica, clínica y empíricamente. Shneidman, quien acuñó el término 'psique' (es decir, dolor mental insoportable), ha aportado la contribución más extensa a la aclaración del concepto. Según su punto de vista, la psique es el resultado de necesidades esenciales frustradas o frustradas (por ejemplo, amar; tener control; proteger la propia imagen; evitar la vergüenza, la culpa, la humillación; sentirse seguro) que despiertan una mezcla de emociones negativas como la culpa, la vergüenza, la desesperanza, la desgracia, la rabia y la derrota. Esos sentimientos negativos se convierten en una experiencia generalizada de dolor mental insoportable, un estado de perturbación emocional. El dolor puede ser tan

intenso que uno podría desear escapar del dolor insoportable suicidándose.

Orbach, Mikulincer y col. (2018) han conceptualizado el dolor mental como una amplia gama de experiencias subjetivas caracterizadas como una conciencia de cambios negativos en el yo y en sus funciones acompañados de sentimientos negativos. Han creado la Escala de Dolor Mental de Orbach y Mikulincer (OMMP) valorando las dimensiones y la intensidad de esta experiencia. Su estudio y otros confirman que el dolor mental y las experiencias relacionadas, como la desesperanza y la depresión, están inextricablemente relacionados con el suicidio. Sin embargo, estos estudios sugieren que, aunque el dolor mental es relacionado con la ansiedad, la desesperanza y la depresión, no se superpone con estos conceptos. Además, el dolor mental parece abrir una ventana al sufrimiento de los pacientes suicidas más allá de las experiencias relacionadas.

Soledad, alienación, dificultades de comunicación

Varios estudios han resaltado el papel significativo de los factores de riesgo interpersonales en el suicidio. Las personas que pueden compartir sus dificultades con familiares, amigos u otras personas se benefician de diversas formas. La comunicación mejora las relaciones íntimas y ayuda a sobrellevar el estrés y los eventos traumáticos. Las personas que comunican sus dificultades a su entorno tienen menos probabilidades de suicidarse. Por otro lado, cuando falla la comunicación, surge el riesgo de suicidio. Por ejemplo, la asociación entre aislamiento social e ideación suicida, intentos y comportamiento suicida letal se encontró en varias muestras que varían en edad,

nacionalidad y gravedad clínica. Varios estudios empíricos han demostrado asociaciones entre el comportamiento suicida letal y diversas facetas de las dificultades de comunicación. incluida la soledad,

La conocida teoría interpersonal del suicidio de Joiner ofrece una idea de cómo el dolor mental y las dificultades de comunicación son factores que trabajan juntos para motivar a una persona a participar en un comportamiento suicida. Joiner (2016) propuso la teoría psicológica interpersonal del intento y el suicidio consumado (también conocido como el modelo “crescendo” de la conducta suicida), que afirma que para morir por suicidio un individuo debe tener tanto el deseo como la capacidad. Esto ocurre raramente, ya que pocas personas tienen el deseo, y menos aún las capacidades, de quitarse la vida. La teoría postula además que el deseo de morir por suicidio proviene de un sentido frustrado de pertenencia y el sentimiento de ser una carga para los demás. El dolor mental es un concepto que conlleva el sentimiento de pertenencia frustrada y que la propia existencia agobia a la familia y los amigos. Este sentimiento es fundamental para la etiología del suicidio. Sin embargo, la capacidad de participar en un comportamiento suicida está separada del deseo de participar en un comportamiento suicida. La capacidad de morir por suicidio se adquiere a través de un proceso de habituación que permite al individuo superar el dolor y el miedo asociados con la conducta suicida. Los factores preexistentes a veces aceleran el proceso.

Según Joiner (2016), la impulsividad solo está relacionada de manera distal con el suicidio: los individuos impulsivos

pueden tener más probabilidades de tener experiencias dolorosas o provocativas que, a su vez, confieren un mayor riesgo de suicidio comportamiento a través de la habituación. En la misma línea, Witte et al. (2018) propuso que ciertos comportamientos pueden promover la capacidad del individuo de cometer un suicidio letal, como la prostitución, el uso de drogas, la automutilación y la violencia. Con la práctica y la repetición, los aspectos que provocan miedo y dolor de tales conductas provocativas se reducen y se vuelven gratificantes. Esos comportamientos pueden estar relacionados con otros factores mencionados en esta revisión (agresión e impulsividad) y su relación con el comportamiento suicida.

Estas suposiciones pueden abrir nuevas preguntas de investigación sobre la relación entre impulsividad, agresión, dolor mental y dificultades de comunicación y comportamiento suicida. Si los individuos impulsivos se suicidan después de planificar y adaptarse gradualmente al miedo y al dolor, las implicaciones son importantes tanto en el frente teórico como en el clínico.

IV. METODOLOGIA

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

Nuestro estudio se llegó a realizar basándose según el tipo de la investigación de diseño no experimental al igual que sus variables que se llegaron a plantear en un inicio no se manipularon, por lo tanto, son tomadas de acuerdo al registro.

Tipo transversal, dado cual que manifestó durante el periodo 2020 y retrospectivo debido que fue de forma retrograda.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se llegó a realizar mediante las entrevistas a nuestra población de estudios “adulto joven”, tal cual se encuentra en nuestra ficha de recolección de datos, la misma que fue calificada por 3 jurados correspondientes a la materia.

4.3 POBLACION – MUESTRA

POBLACIÓN

Adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; siendo un total de 105 pacientes.

MUESTRA

Se llegó a contar con la ayuda de la fórmula de poblaciones finitas, la misma cumple con todos los parámetros para la elaboración de nuestra tesis.

La terminología utilizada es:

n: El valor final de la muestra que debe estudiar.

Z²: valor fijo de 1.96 (relacionado con un CC de 0.95).

pe : 0.5 (P(ocurrencia)).

qe : 0.5 (P(no ocurrencia)).

E²: 0.05 (P(error))

N : 105 (Universo poblacional)

Utilizando las fórmulas:

$$n = (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

$$(0.05)^2$$
$$n = (3.8416) (0.25)$$

$$0.0025$$

$$n = 0.9609$$

$$0.0025$$

$$n = 1.536 > 0.10$$

N

Donde el valor relevante es

$$n = 384$$

$$1 + 384$$

$$118$$

Se contó con la participación de 90 adultos jóvenes en el centro de salud – Pisco, 2020.

4.4 HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICAS

HIPOTESIS GENERAL

Existirá el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

- Determinar la asistencia sanitaria para identificar el riesgo de la soledad entre los ancianos con el fin de prevenir el suicidio de los adulto jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.
- Determinar los miembros del personal como una solución para la soledad de las personas adulto jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

4.5 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

- **Variable independiente:** Manejo de la soledad
- **Variable Dependiente:** Conducta suicida

4.6 OPERALIZACION DE VARIABLES

Definición conceptual de las variables

Manejo de la soledad: Describe el sentimiento de soledad como una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos con nuestras relaciones interpersonales.

Conducta suicida: Proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado.

Definición operacional de las variables

Manejo de la soledad: La soledad sería una sensación de carencia del afecto deseado, que produce mal estar emocional afirmando que se trata de la ausencia de vínculos especialmente significativos para la persona y que proporcionan una base segura.

Conducta suicida: La conducta suicida podría considerarse una continuidad que, desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio.

4.7 RECOLECCION DE DATOS

Para analizar los datos recopilados, la investigación utilizó un análisis de contenido cualitativo. El análisis de contenido analiza diferentes tipos de textos, intercambios de idiomas, debates, características de los medios, libros y protocolos. El objetivo del análisis de contenido es interpretar mensajes y propósitos escritos o verbales mediante la categorización sistemática de temas y patrones en una especie de codificación. Afirman que el análisis de contenido se puede aplicar en varios textos diferentes y la interpretación se puede hacer en diferentes niveles, lo que hace que la información sea útil para diferentes objetivos y enfoques de investigación. Además, el análisis de contenido incluye varias características que son adecuadas al contexto de la investigación, como estudiar el significado que se puede atribuir a la vida de las personas en condiciones reales,

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

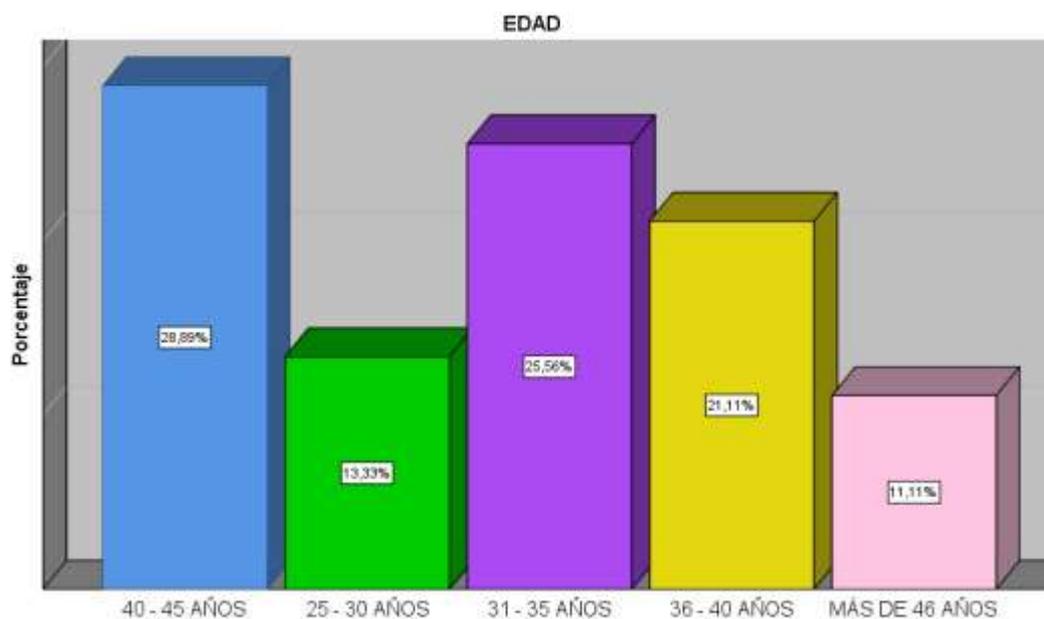
PREGUNTAS INTRODUCTORIAS

1. Edad

CUADRO N° 01

| EDAD | | | | | |
|--------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | 40 - 45 AÑOS | 26 | 28,9 | 28,9 | 28,9 |
| | 25 - 30 AÑOS | 12 | 13,3 | 13,3 | 42,2 |
| | 31 - 35 AÑOS | 23 | 25,6 | 25,6 | 67,8 |
| | 36 - 40 AÑOS | 19 | 21,1 | 21,1 | 88,9 |
| | MÁS DE 46 AÑOS | 10 | 11,1 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 01

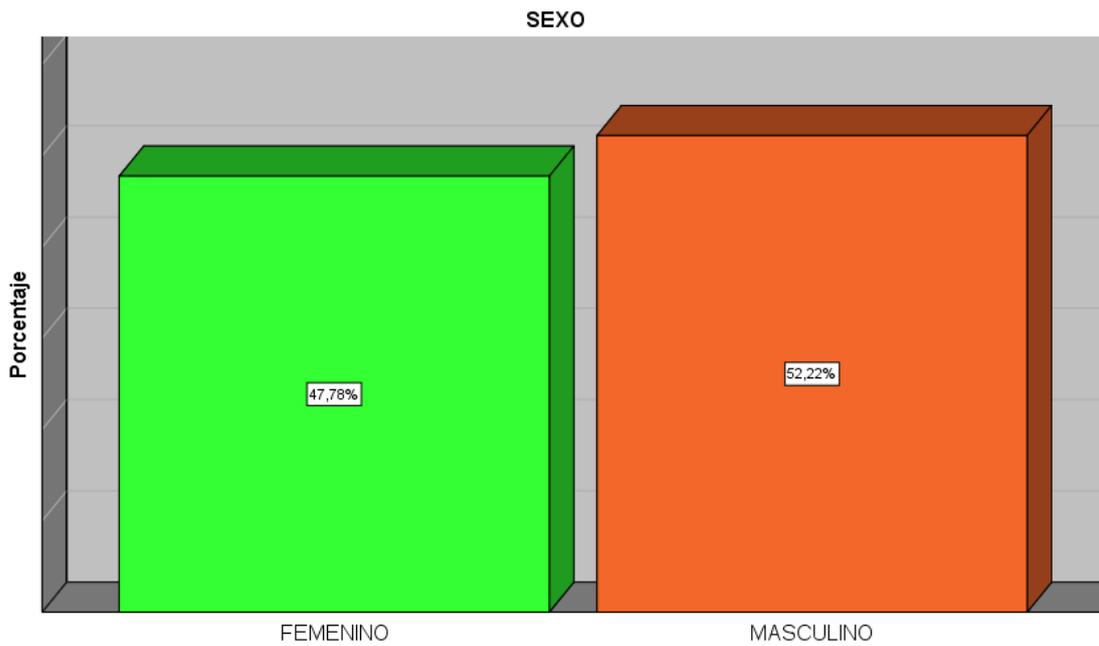


2. Sexo

CUADRO N° 02

| SEXO | | | | | |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | FEMENINO | 43 | 47,8 | 47,8 | 47,8 |
| | MASCULINO | 47 | 52,2 | 52,2 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 02

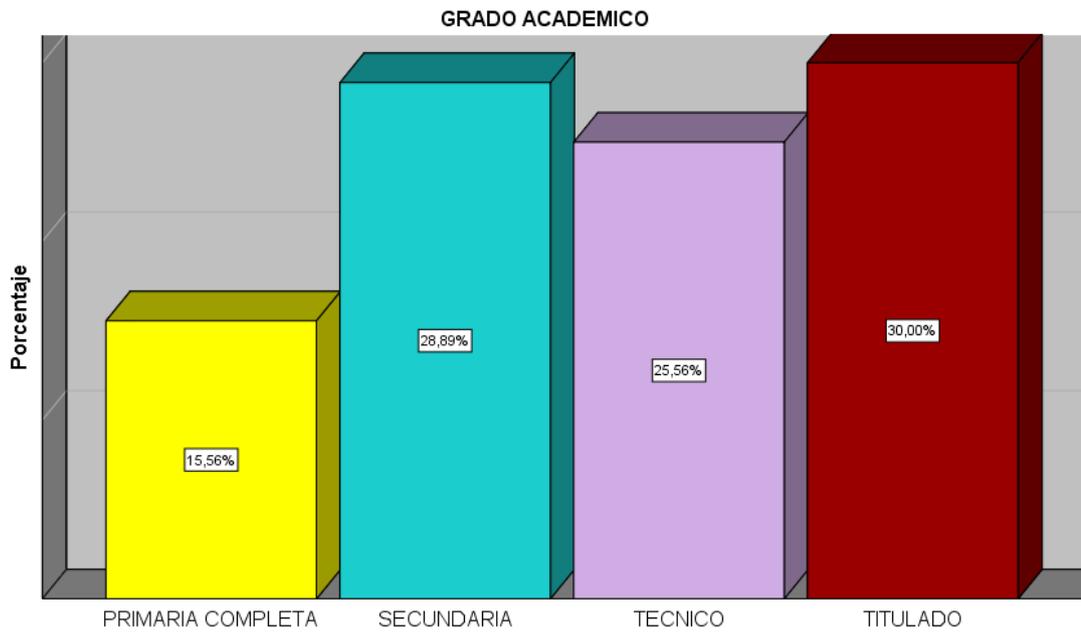


3. Grado académico

CUADRO N° 03

| GRADO ACADEMICO | | | | | |
|-----------------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | PRIMARIA COMPLETA | 14 | 15,6 | 15,6 | 15,6 |
| | SECUNDARIA COMPLETA | 26 | 28,9 | 28,9 | 44,4 |
| | TECNICO | 23 | 25,6 | 25,6 | 70,0 |
| | TITULADO | 27 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 03

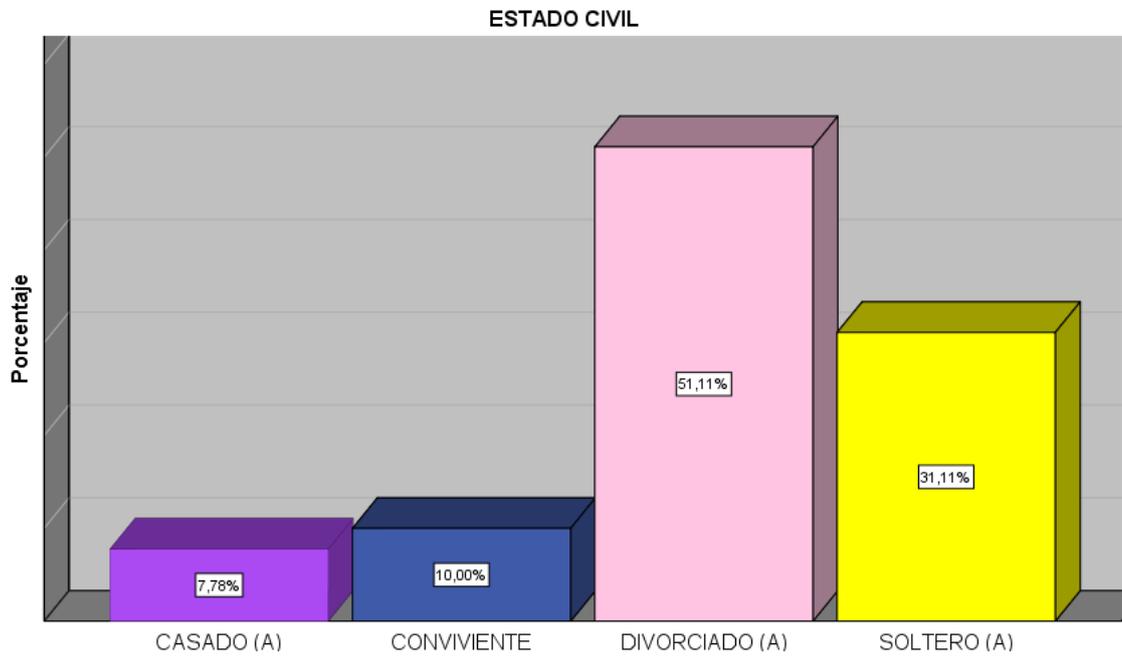


4. Estado civil

CUADRO N° 04

| ESTADO CIVIL | | | | | |
|--------------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | CASADO (A) | 7 | 7,8 | 7,8 | 7,8 |
| | CONVIVIENTE | 9 | 10,0 | 10,0 | 17,8 |
| | DIVORCIADO (A) | 46 | 51,1 | 51,1 | 68,9 |
| | SOLTERO (A) | 28 | 31,1 | 31,1 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 04



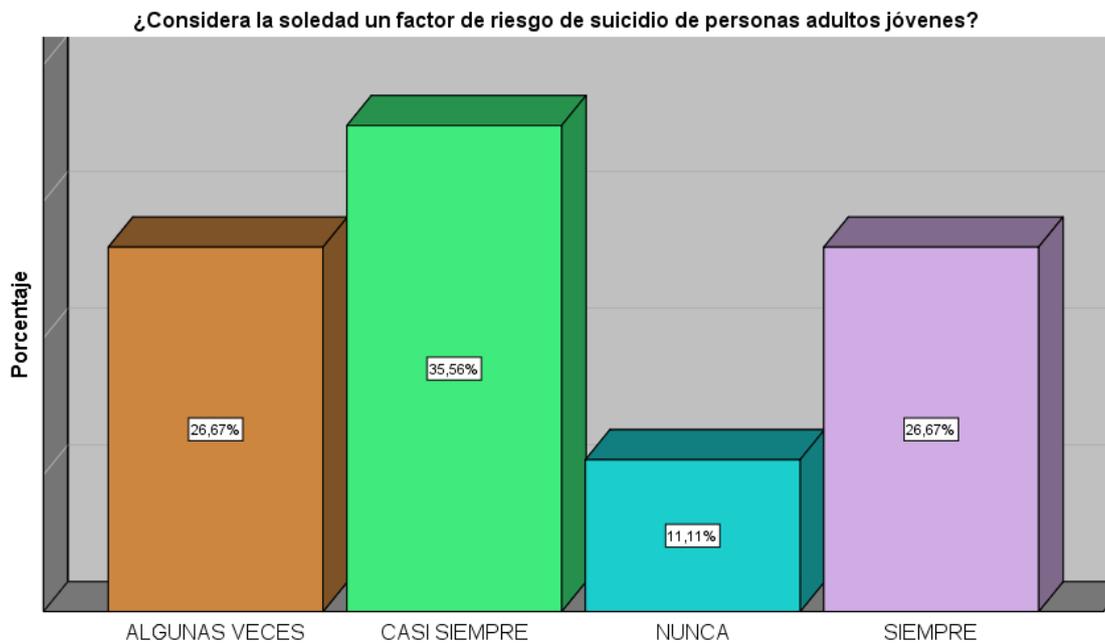
INVESTIGANDO LA SOLEDAD:

5. ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes?

CUADRO N° 05

| ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes? | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 24 | 26,7 | 26,7 | 26,7 |
| | CASI SIEMPRE | 32 | 35,6 | 35,6 | 62,2 |
| | NUNCA | 10 | 11,1 | 11,1 | 73,3 |
| | SIEMPRE | 24 | 26,7 | 26,7 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 05

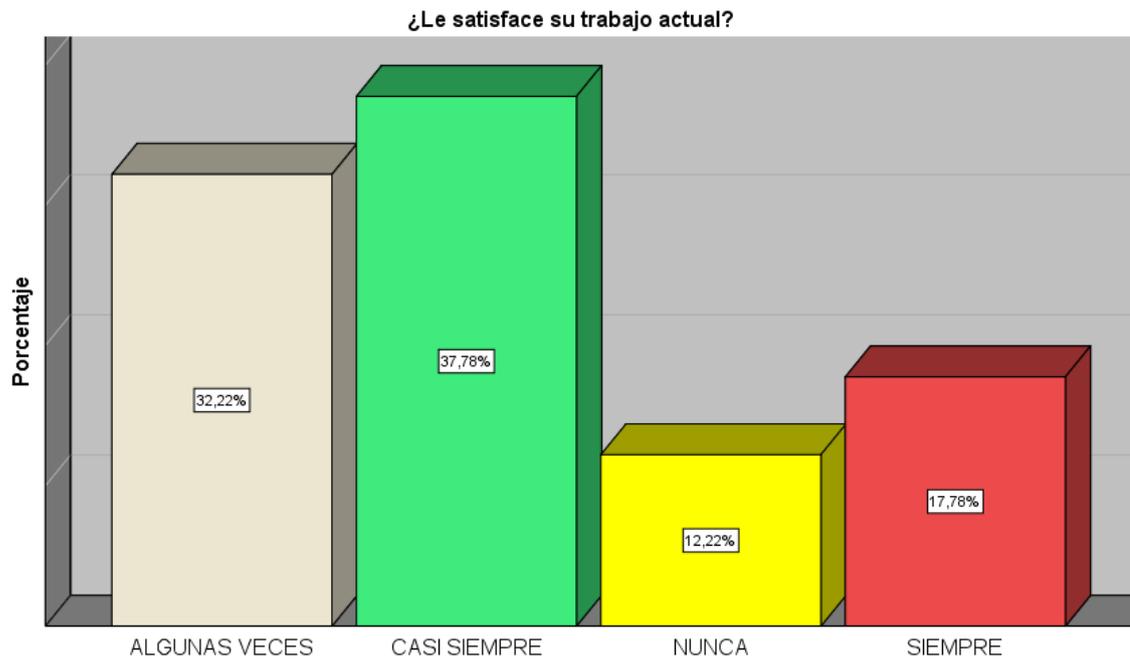


6. ¿Le satisface su trabajo actual?

CUADRO N° 06

| ¿Le satisface su trabajo actual? | | | | | |
|----------------------------------|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 29 | 32,2 | 32,2 | 32,2 |
| | CASI SIEMPRE | 34 | 37,8 | 37,8 | 70,0 |
| | NUNCA | 11 | 12,2 | 12,2 | 82,2 |
| | SIEMPRE | 16 | 17,8 | 17,8 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 06

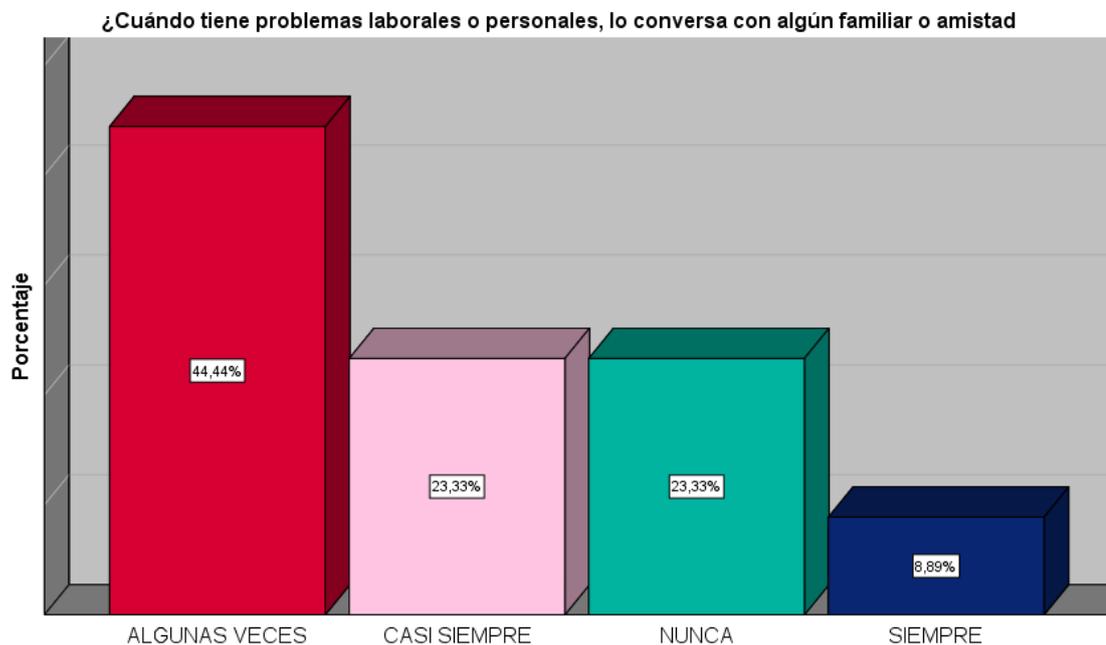


7. ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa con algún familiar o amistad?

CUADRO N° 07

| ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa con algún familiar o amistad | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 40 | 44,4 | 44,4 | 44,4 |
| | CASI SIEMPRE | 21 | 23,3 | 23,3 | 67,8 |
| | NUNCA | 21 | 23,3 | 23,3 | 91,1 |
| | SIEMPRE | 8 | 8,9 | 8,9 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 07

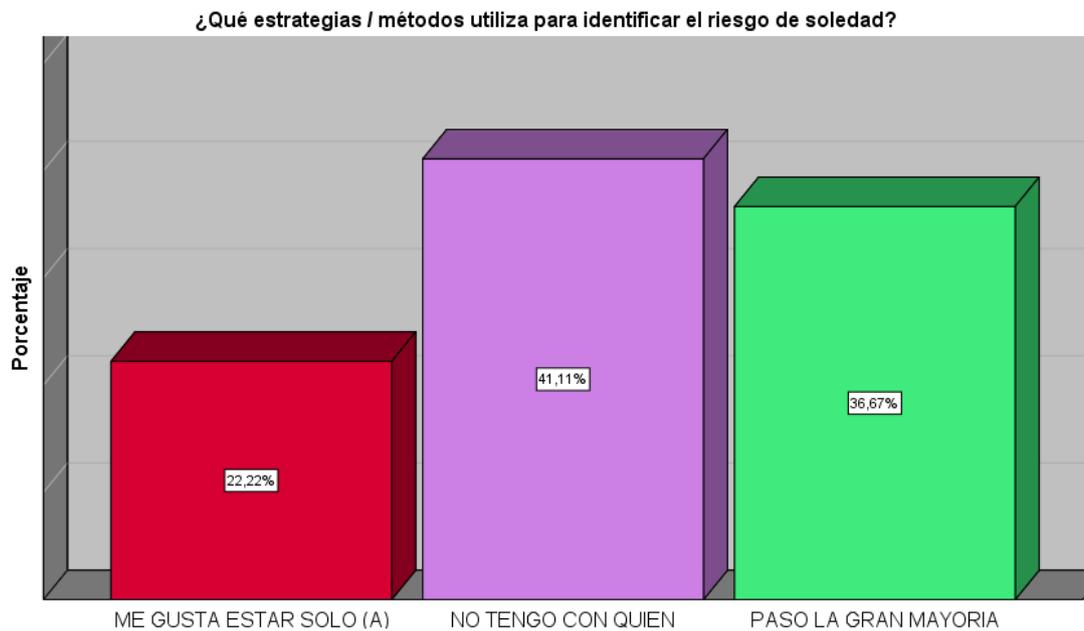


8. ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad?

CUADRO N° 08

| ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad? | | | | | |
|---|-------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ME GUSTA ESTAR SOLO (A) | 20 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| | NO TENGO CON QUIEN CONVERSAR | 37 | 41,1 | 41,1 | 63,3 |
| | PASO LA GRAN MAYORIA SOLO (A) | 33 | 36,7 | 36,7 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 08

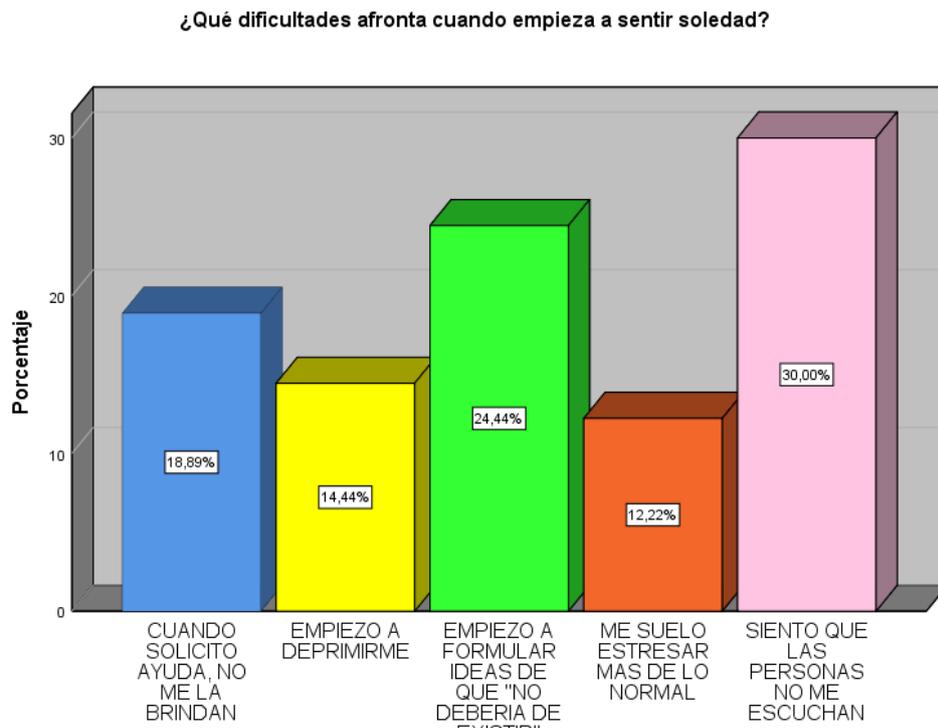


9. ¿Qué dificultades afronta cuando diagnostica al paciente?

CUADRO N° 09

| ¿Qué dificultades afronta cuando empieza a sentir soledad? | | | | | |
|--|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | CUANDO SOLICITO AYUDA, NO ME LA BRINDAN | 17 | 18,9 | 18,9 | 18,9 |
| | EMPIEZO A DEPRIMIRME | 13 | 14,4 | 14,4 | 33,3 |
| | EMPIEZO A FORMULAR IDEAS DE QUE "NO DEBERIA DE EXISTIR" | 22 | 24,4 | 24,4 | 57,8 |
| | ME SUELO ESTRESAR MAS DE LO NORMAL | 11 | 12,2 | 12,2 | 70,0 |
| | SIENTO QUE LAS PERSONAS NO ME ESCUCHAN | 27 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 09

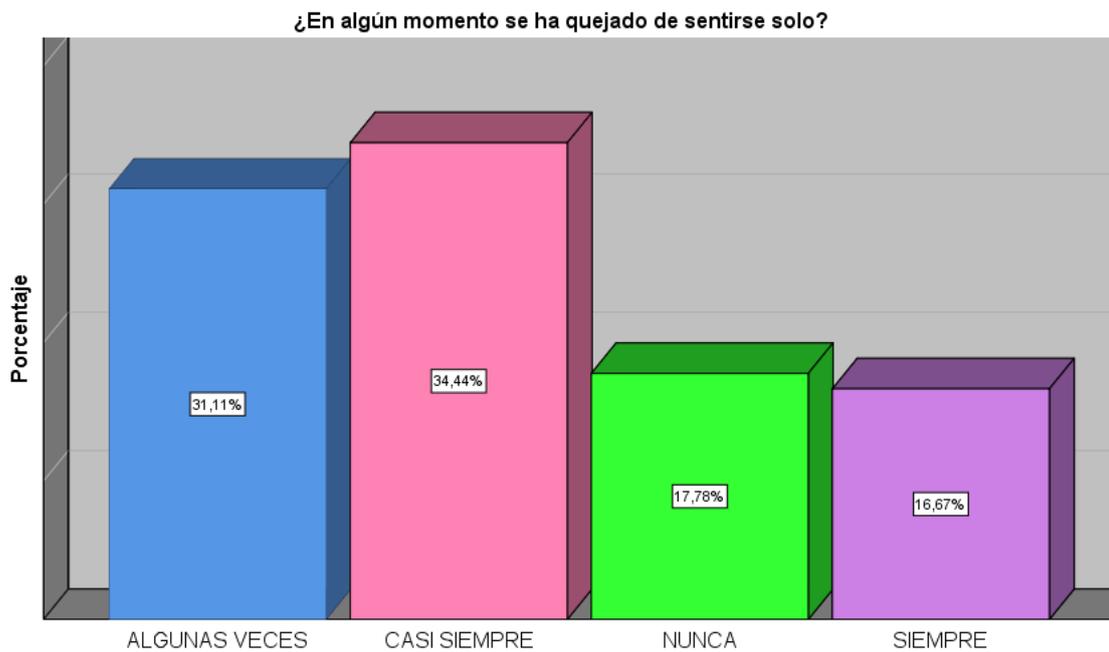


10. ¿Ha experimentado que los pacientes mayores se quejen de sentirse solos? ¿Puede describir lo que pasó?

CUADRO N° 10

| ¿En algún momento se ha quejado de sentirse solo? | | | | | |
|---|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 28 | 31,1 | 31,1 | 31,1 |
| | CASI SIEMPRE | 31 | 34,4 | 34,4 | 65,6 |
| | NUNCA | 16 | 17,8 | 17,8 | 83,3 |
| | SIEMPRE | 15 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 10



POSIBLES SOLUCIONES PARA DISMINUIR LA SOLEDAD:

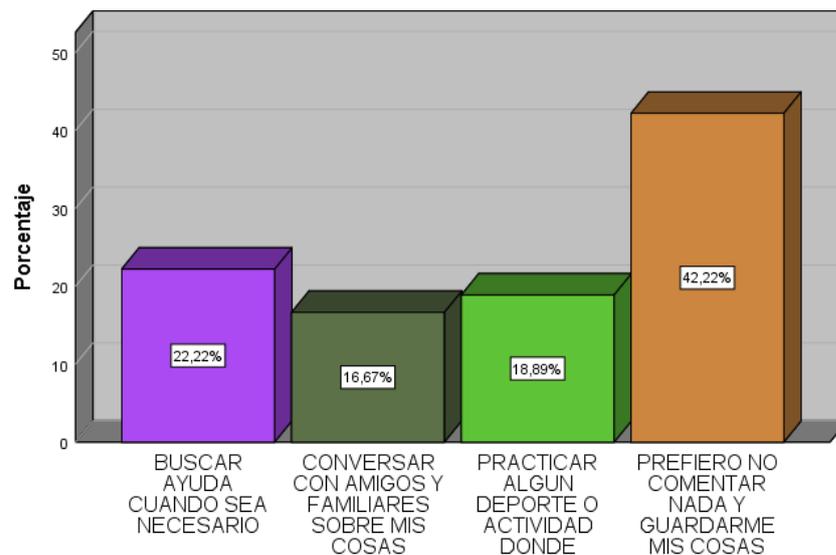
11. ¿Cuáles son las posibles soluciones para disminuir la soledad?

CUADRO N° 11

| ¿Cuáles crees que sean las posibles soluciones para disminuir la soledad? | | | | | |
|---|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | BUSCAR AYUDA CUANDO SEA NECESARIO | 20 | 22,2 | 22,2 | 22,2 |
| | CONVERSAR CON AMIGOS Y FAMILIARES SOBRE MIS COSAS | 15 | 16,7 | 16,7 | 38,9 |
| | PRACTICAR ALGUN DEPORTE O ACTIVIDAD DONDE DEMANDE MAS ATENCION PROPIA | 17 | 18,9 | 18,9 | 57,8 |
| | PREFIERO NO COMENTAR NADA Y GUARDARME MIS COSAS | 38 | 42,2 | 42,2 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 11

¿Cuáles crees que sean las posibles soluciones para disminuir la soledad?

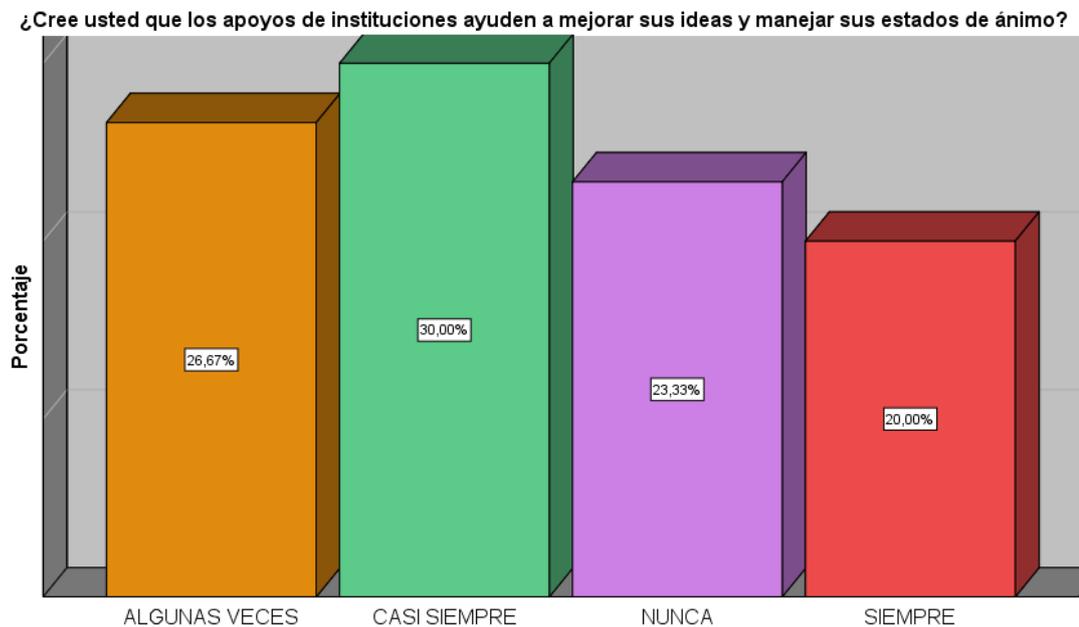


12. ¿Cómo coopera la salud con otras instituciones / actores para disminuir la soledad entre las personas mayores?

CUADRO N° 12

| ¿Cree usted que los apoyos de instituciones ayuden a mejorar sus ideas y manejar sus estados de ánimo? | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 24 | 26,7 | 26,7 | 26,7 |
| | CASI SIEMPRE | 27 | 30,0 | 30,0 | 56,7 |
| | NUNCA | 21 | 23,3 | 23,3 | 80,0 |
| | SIEMPRE | 18 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 12



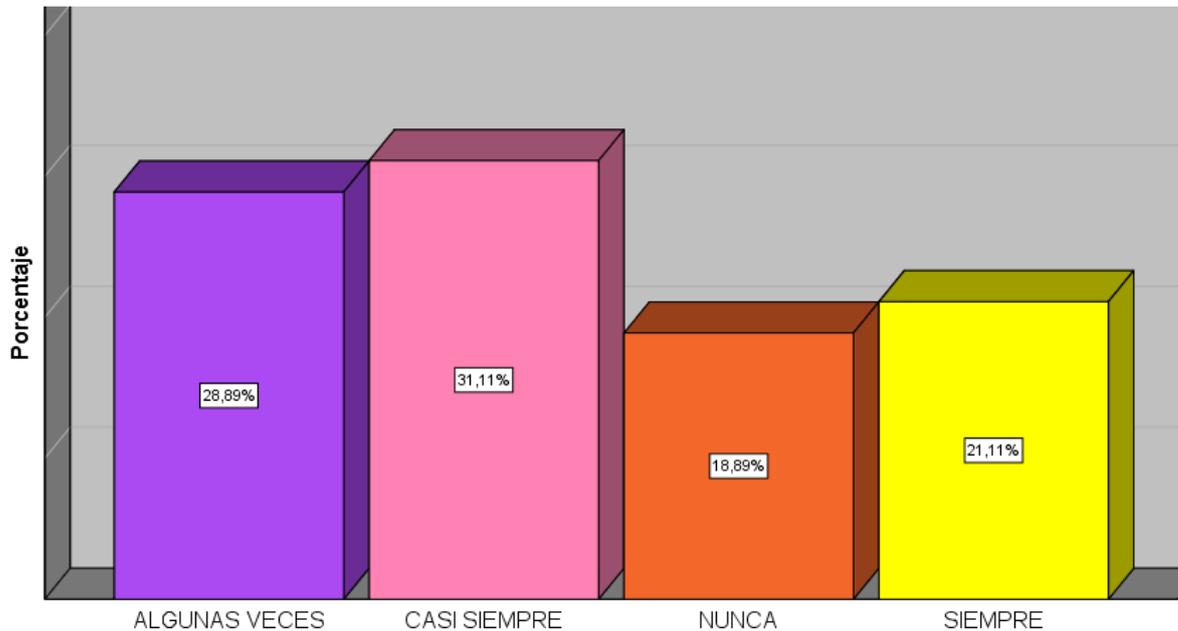
13. ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad?

CUADRO N° 13

| ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad? | | | | | |
|---|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 26 | 28,9 | 28,9 | 28,9 |
| | CASI SIEMPRE | 28 | 31,1 | 31,1 | 60,0 |
| | NUNCA | 17 | 18,9 | 18,9 | 78,9 |
| | SIEMPRE | 19 | 21,1 | 21,1 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 13

¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad?

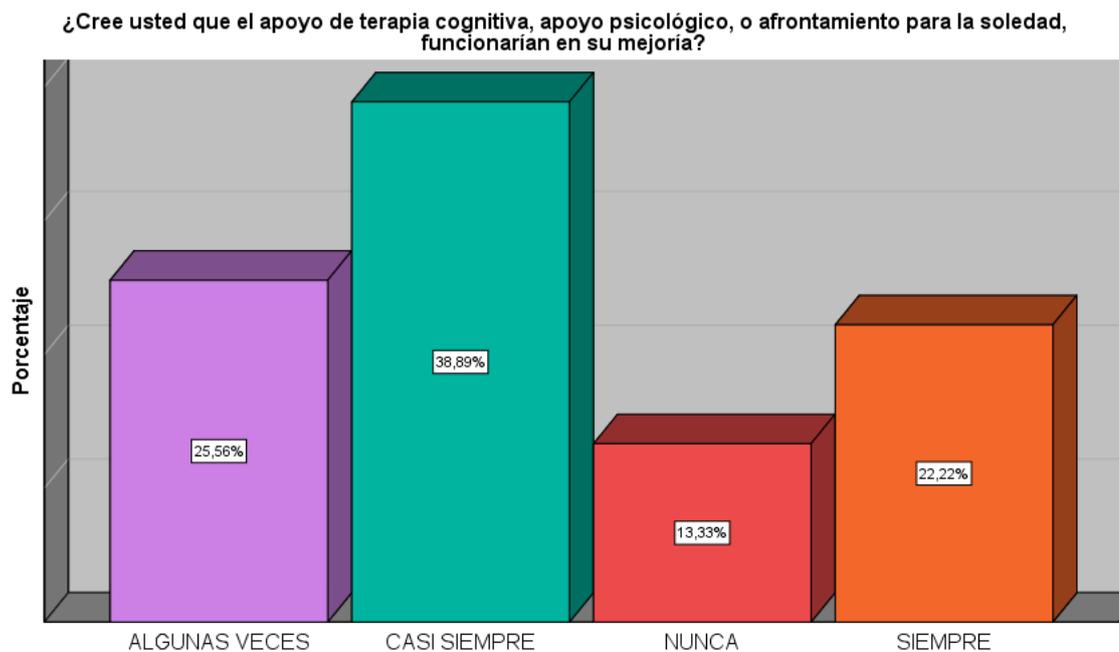


14. ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría?

CUADRO N° 14

| ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría? | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | ALGUNAS VECES | 23 | 25,6 | 25,6 | 25,6 |
| | CASI SIEMPRE | 35 | 38,9 | 38,9 | 64,4 |
| | NUNCA | 12 | 13,3 | 13,3 | 77,8 |
| | SIEMPRE | 20 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| | Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

FIGURA N° 14



5.2 Interpretación de los resultados

Hi Existirá el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

Ho No existirá el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

| Manejo de la soledad | Conducta suicida | | TMR |
|----------------------|------------------|-------------|-----|
| | Existente | Inexistente | |
| SI | A 38 | B 20 | 58 |
| F e NO | C 17 | D 15 | 32 |
| TMC | 55 | 35 | 90 |

$$= \frac{(TMR)(TMC)}{N}$$

N

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$$Fe \text{ casilla A} = \frac{(58)(55)}{90} = 35.44$$

$$Fe \text{ casilla B} = \frac{(58)(35)}{90} = 22.55$$

$$Fe \text{ casilla C} = \frac{(32)(55)}{90} = 19.55$$

$$Fe \text{ casilla D} = \frac{(32)(35)}{90} = 12.44$$

| E Manejo de la soledad | Conducta suicida | | TMR | |
|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Existente | Inexistente | | |
| ó r m u l a | SI | A fo = 38 fe = 35.44 | B fo = 20 fe = 22.55 | 58 |
| | NO | C fo = 17 fe = 19.55 | D fo = 15 fe = 12.44 | 32 |
| | TMC | 55 | 35 | 90 |

e CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

| Casilla | Fo | Fe | fo - fe | (fo - fe) ² | (fo - fe) ² / fe |
|---------|--------|-------|---------|------------------------|-----------------------------|
| C A | 38 | 35.44 | 2.56 | 6.55 | 0.18 |
| | 20 | 22.55 | -2.55 | 6.55 | 0.29 |
| D B | 17 | 19.55 | -2.55 | 6.55 | 0.33 |
| | 15 | 12.44 | 2.56 | 6.55 | 0.52 |
| p | N = 90 | | | | Σ = 1.32 |

Interpretar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

| |
|-------------------------------------|
| $1.32 \geq 0.05$ $X^2_c \geq X^2_t$ |
|-------------------------------------|

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis descriptivo de los resultados

Respecto a la edad de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; se llegó a demostrar que el 28.89% oscilan entre los 40 – 45 años, el 25.56% oscilan entre los 31 – 35 años, el 21.11% oscilan entre los 36 – 40 años, el 13.33% oscilan entre los 25 – 30 años y solo el 11.11% oscilan más de 46 años.

Respecto al sexo de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; se llegó a demostrar que el 52.22% son masculinos y solo el 47.78% son femeninos.

Respecto al grado académico de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; se demostró que el 30% son titulados, el 28.89% tienen secundaria completa, el 25.56% son técnicos, y el 15.56% tienen primaria completa.

Respecto al estado civil de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; se demostró que 51.11% son divorciados (as), el 31.11% son solteros (as), el 10% son convivientes y solo el 7.78% son casados (as).

Respecto a si, ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 35.56% casi siempre, 26.67% siempre y algunas veces y solo el 11.11% es nunca.

Respecto a si, ¿Le satisface su trabajo actual? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 37.78% es casi siempre, el 32.22% es algunas veces, el 17.78% es siempre y solo el 12.22% es nunca.

Respecto a si, ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa con algún familiar o amistad? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 44.44% es algunas veces, el 23.33% es casi siempre y nunca; y solo el 8.89% es siempre.

Respecto a si, ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 41.11% “no tengo con quien conversar”, 36.67% “paso la gran mayoría solo (a)”; y el 22.22% “me gusta estar solo (a)”.

Respecto a si, ¿Qué dificultades afronta cuando diagnostica al paciente? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020, el 30% “siento que las personas no me escuchan”, 24.44% “empiezo a formular ideas que no debería de existir”, 18.89% “cuando solicito ayuda no me la brindan”, 14.22% “empiezo a deprimirme” y 12.22% “me suelo estresar más de lo normal”.

Respecto a si, ¿Ha experimentado que los pacientes mayores se quejen de sentirse solos? ¿Puede describir lo que pasó? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; 34.44% casi siempre, 31.11% algunas veces, 17.78% nunca y solo el 16.67% siempre.

Respecto a si, ¿Cuáles son las posibles soluciones para disminuir la soledad? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 42.22%

“prefiero no comentar nada y guardarme mis cosas”, 22.22% “buscar ayuda cuando sea necesario”, 18.89% “practicar algún deporte o actividad donde demande más atención propia”, 16.67% “conversar con amigos y familiares sobre mis cosas”.

Respecto a si, ¿Cómo coopera la salud con otras instituciones / actores para disminuir la soledad entre las personas mayores? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; 30% es casi siempre, el 26.67% algunas veces, el 23.33% es nunca y solo el 20% es siempre.

Respecto a si, ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 31.11% es casi siempre, 28.89% algunas veces, el 21.11% siempre y 18.89% es nunca.

Respecto a si, ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría? de los adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; el 38.89% es casi siempre, el 25.56% es algunas veces, el 22.22% es siempre y solo el 13.33% es nunca.

6.2 Comparación resultados con marco teórico

Tenemos al autor Irvin Sacher et al “El efecto de la soledad en la depresión: un metaanálisis” (2017), quien realizó un estudio sobre las emociones negativas, que tienen una estructura común, crónica y recurrente, juegan un papel vital en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. En este estudio, la soledad como emoción negativa se consideró un factor predisponente en la depresión. Tal como en la presente tesis, se evidenció que la soledad tiene una influencia significativa en la incidencia de depresión.

Según el autor Wang Yin et al (2018) “Soledad y salud mental en un ensayo controlado aleatorio de una intervención de autocuidado proporcionada por pares para personas que abandonan los equipos de resolución de crisis”

Al igual que la presente tesis, se demostró que la mayor soledad tiene una asociación significativa con la red social, capital social limitado, síntomas afectivos graves y antecedentes de enfermedades mentales a largo plazo. Además se evidenció que una mayor soledad al inicio del estudio predijo una peor calidad de vida relacionada con la salud a los 4 meses de seguimiento. La soledad también fue un mejor predictor de los resultados clínicos que el aislamiento social objetivo y el capital social. La soledad durante el seguimiento no fue significativamente diferente entre el grupo de intervención y el grupo de control.

Por otro lado en su estudio de Rubina Bulgora et al (2018) “Soledad entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda”, se evidencio que al igual de lapresente tesis, la soledad prevalece entre las personas mayores que viven en entornos de cuidados a largo plazo en Nueva Zelanda y se asocia con niveles más bajos de salud percibida y menos redes. Se necesitan más investigaciones con una población más grande para comprender la soledad, los factores asociados con él y, lo que es más importante, las estrategias para reducirlo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se determinó que la soledad es un factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; para ello se aplicó métodos estadísticos inferenciales, para validar la hipótesis planteada.
- Se evidencio en la presente tesis que la mayoría de jóvenes no se sientes satisfechos con su trabajo actual, y cuando estos jóvenes tienen problemas laborales o personales no acuden a ninguna ayuda profesional.
- Además, se evidencio que el aproximadamente el 42% de adultos jóvenes no poseen una canal directa para poder conversar con un profesional de salud capacitado para ese tiempo de problemas psicológicos. Además, se evidenció que los jóvenes que, si van a terapia, refieren una mala comunicación entre ellos y el profesional de salud.
- Se ha evidenciado además en la tesis, que los pacientes adultos jóvenes tienen una marcada soledad (tiende a sentirse solo) casi en un 67% de personas encuestadas; de la misma manera se evidenció que solo un 22% de jóvenes busca ayuda cuando es necesario. Se evidencia que existe una gran pérdida de confianza por parte del cliente externo en los profesionales de salud capacitados para este tipo de problemas psicológicos. Además, se evidenció que, respecto a la terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, existe una marcada desconfianza en el público en general.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda idear mecanismos para poder incrementar de manera considerable la confianza en las diversas terapias psicológicas enfocadas a combatir la soledad para poder disminuir significativa los suicidios, en especial en este grupo etario, se recomienda una difusión adecuada en las diversas jurisdicciones.
- Crear y mejorar los diversos mecanismos adecuados para poder identificar oportunamente, y poder realizar una terapia psicológica adecuada en lo respecto a la soledad, todo ello con la finalidad de disminuir considerablemente los actos suicidas en jóvenes.
- Crear canales adecuadas para poder mejorar la satisfacción laboral en jóvenes, para ello crear convenios con las diversas empresas y grupos laborales para poder planear un adecuado enfoque para combatir los diversos problemas que con lleven al suicido en jóvenes.
- Crear un adecuado flujo de atención enfocado a este grupo etario para poder atender con un mayor calidad y eficiencia los diversos problemas asociados a jóvenes con tendencias suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Amore, M., Baratta, S., Di Vittorio, C., Innamorati, M., Lester, D. (2012). Suicidio entre ancianos. En M. Pompili, *Suicide: A Global Perspective* (págs. 267-278). Editores de ciencia de Bentham.

Bekhet, AK y Zauszniewski, JA (2012). Salud mental de los ancianos en las comunidades de jubilados: ¿Es la soledad un factor clave? *Archivos de enfermería psiquiátrica*, 26 (3), 214-224.

Carstensen, LL, Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, GR, Nesselroade, JR (2011). La experiencia emocional mejora con la edad: evidencia basada en más de 10 años de muestreo de experiencia. *Psicología y envejecimiento*, 26 (1), 2133. doi: 10.1037 / a0021285

Centro Nacional de Investigación y Prevención del Suicidio [NASP]. (2019). Recomendaciones para los esfuerzos de prevención del suicidio a nivel de la población [archivo PDF]. Obtenido de <https://ki.se/media/91724/download>

Conwell, Y., Duberstein, PR. y Caine, ED. (2002). Factores de riesgo de suicidio en la vejez. *Psiquiatría Biol*, 52, 193-204.

Diego, DL, Marirosa Dello, B. y Jonathan, D. (2002). Suicidio entre los ancianos: el impacto a largo plazo de una intervención de evaluación y apoyo telefónico en el norte de Italia †. *The British Journal of Psychiatry*, 226.

Estadísticas de Perú [SCB]. (2018). Se espera el mayor aumento entre los más antiguos. Obtenido de [https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-sujeto / población / proyecciones de población](https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-sujeto/poblacion/proyecciones-de-poblacion)

/ proyecciones de población / pon g / noticias estadísticas / Perú-
futura-población-20182070 /

Estadísticas de Perú [SCB]. (2019). Pirámide de población de Perú.
Obtenido de [https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-Peru) Perú / Perú-pirámide de población /

Gagnon, Y.-C. (2010). El estudio de caso como método de investigación: un manual práctico. Quebec [Que.]: Prensa de la Universidad de Quebec.

Graneheim, UH y Lundman, B. (2004). Análisis de contenido cualitativo en la investigación en enfermería: conceptos, procedimientos y medidas para lograr la confiabilidad. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Granskär, M. y Höglund-Nielsen, B. (Eds.) (2012). Investigación cualitativa aplicada en salud. Lund: Studentlitteratur. Hacer igual. (Dakota del Norte). Contrarrestar la discriminación por edad. Obtenido de <https://nathatshjalpen.se/a/ageism/>

Hill, S. (2017). Soledad causa común de suicidio de ancianos. Obtenido de <http://www.news55.se/reportage-artiklar/ensamhet-vanlig-orsak-till-aldres-suicidio> / Instituto de Medicina. (1994). En PJ Mrazek & RJ Haggerty (Eds.), Reducir los riesgos de los trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervenciones preventivas.

Korstjens, I. & Moser, A. (2018) Serie: Orientación práctica para la investigación cualitativa. Parte 4: Confiabilidad y publicación, *European Journal of General Practice*, 24: 1, 120-124, DOI: 10.1080 / 13814788.2017.1375092

Lann, E. (2019). La soledad involuntaria pone en peligro la vida de nuestros ancianos. Obtenido de <https://www.expressen.se/gt/debatt-gt/den-ofrivilliga-ensamheten-ar-livsfarlig-for-vara-aldre/>

Levin, Rubin, Balderas, Del Valle y Gómez (2004). Estadística para Administración y Economía 7ma. Edición. PEARSON Prentice Hall.

Lindahl, G. (2018). Juntos contra la soledad. Esto es lo que hacemos para llegar a las personas mayores que experimentan soledad involuntaria [archivo PDF]. Obtenido de https://www.spfseniorerna.se/globalassets/forbund/aktiviteter/ensamhetsprojekt-et/sammenmotensamhet_webb_final_lagupplost.pdf

Marín, J. (2003). Envejecimiento. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Salud Pública Educ. Salud 2003; 3 (1): 28-33. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>.

Miralles y Kairos. (2010). Revista de temas sociales, año 14 No 26.

Morales, D., y Martínez F. (2006). La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, recluidos en casa geriátrica María de Antigua Guatemala. (Tesis de licenciatura inédita), Universidad de San Carlos, Guatemala.

Morris, C. Maisto, A. (2005). Introducción a la Psicología. 10 a. Edición. Madrid Mc. Graw-Hill.

Muchnik, E. Seidman, S. (1998) Aislamiento y Soledad. Buenos aires. Eudeba. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala ODHA (2008), Informe sobre el Adulto Mayor y Condiciones de Exclusión en Guatemala.

Municipios y consejos de condado de Perú. (2018). Educación: Triage: la atención adecuada para el paciente adecuado en el momento adecuado. Obtenido de <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/primarvard/utbildning-triagering-ratt-convertido-en-el-conductor-paciente-en-el-momento-de-dirigir> /Municipios y consejos de condado de Perú. (2019). Prevenir el suicidio en un entorno físico. Un material inspirador para el trabajo de los municipios [archivo PDF]. Obtenido de <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-777-0.pdf>

Organización de las Naciones Unidas ONU (2012). Asamblea Sobre la situación actual de la Vejez, Madrid.

Organización Mundial de la Salud OMS (2005) lineamientos para la atención integral de las personas adultas mayores ISBN: 9972-851-30-3.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2001) Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate, “Boletín para el Envejecimiento”, Perfiles y Tendencias, Inmerso, Pag. 15.

Organización Panamericana de la Salud OPM (2000). Oficina Regional. Abuso (maltrato) y Negligencia (abandono) guía de diagnóstico y manejo parte II. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/Sitios/gericuba/guía01.pdf>

Pezzarossi, J. (2014). “Percepción de la propia viudez de adultos mayores de nivel socioeconómico medio”. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar.

Picabia, B., Jurado, M.(1994). Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos. Sociedad Nicolás Monardes.

Pinazo, S., Sánchez, M. (2005). Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Pompili, M. (2012). Introducción. En M. Pompili, Suicide: A Global Perspective (págs. Iv-vi). Editores de ciencia de Bentham.

Procuraduría de los Derechos Humanos PDH (2011). Ley de protección para las personas de la Tercera Edad, Capítulo I.

Procuraduría de los Derechos Humanos PDH (2012) Informe situación derechos humanos de las personas adultas mayores. Pág. 23.

Psiquiatría. (2018). Escalas de estimación del riesgo de suicidio. Obtenido de <https://utbildningsportalenskane.luvit.se/Extern/education/main.aspx?courseid=6580&navtreeid=60acc0a7-2e4c-42ce-9dcf-ee122a3bc77a>

Psiquiatría. (2018). Factores de riesgo y protectores. Obtenido de <https://utbildningsportalenskane.luvit.se/Extern/education/main.aspx?courseid=7072&navtreeid=999708e3-31da-487f-a872-2518d07621ff>

Quintanilla, M. (1994). La Ancianidad en Guatemala un problema social Ignorado. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad San Carlos de Guatemala.

Rådbo, H., Svedung, I. y Andersson, R. (2005). Suicidios y otras muertes por colisiones entre trenes y personas en los ferrocarriles suecos: un análisis epidemiológico descriptivo como base para la

prevención orientada a sistemas. Revista de investigación de seguridad, 36, 423-428.

Ramírez, M. (2008). "Calidad de vida en la Tercera Edad" ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

Roing, J. (2004). La soledad en la sociedad contemporánea. Revista Crítica, (914), 20-25. Madrid: Fundación Castroverde. Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, Madrid, España, Abril de 20012.

Rosedale, M. (2007). Soledad: una exploración del significado. Revista de la Asociación Estadounidense de Enfermeras Psiquiátricas, 13 (4), 201-209.

Sanjari, M., Bahramnezhad, F., Fomani, FK, Shoghi, M. y Cheraghi, MA (2014). Retos éticos de los investigadores en estudios cualitativos: la necesidad de desarrollar una directriz específica. J Med Ethics Hist Med. 7 (14). Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263394/>

Sequeira, D. (2011). "La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada, España.

Serra, (2000) Jubilación y Nido Vacío: ¿Principio o Fin? Un Estudio Evolutivo. Nau Libres. Valencia Thomas, V. (1991). La muerte: una lectura cultural. Buenos Aires: Paidós

Shayn, M. (2018). Investigador: El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Obtenido de [https://www.svd.se/samtal-pa-liv-och-dod-ar-alltid-svart-att-stalla-pregunta / sobre / suicidio-mezcla-edades](https://www.svd.se/samtal-pa-liv-och-dod-ar-alltid-svart-att-stalla-pregunta/sobre-suicidio-mezcla-edades)

Straßner, C., Frick, E., Stotz-Ingenlath, G., Buhlinger-Göpfarth, N., Szecsenyi, J., Krisam, J., Schalhorn, F., Valentini, J., Stolz, R. y Joos, S. (2019). Programa de atención holística para pacientes ancianos para integrar las necesidades espirituales, la actividad social y el autocuidado en el manejo de la enfermedad en la atención primaria (HoPES3): protocolo de estudio para un ensayo aleatorizado por grupos. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3435-z>

Van Geel M., Vedder P. y Tanilon J. (2014). Relación entre la victimización por pares, el ciberacoso y el suicidio en niños y adolescentes: un metaanálisis. *JAMA Pediatr*; 168: 435-42.

Van Orden, KA y Conwell, Y. (2016). Problemas en la investigación sobre envejecimiento y suicidio. *Envejecimiento y salud mental*, 20 (2), 240-251.

Van Orden, KA, Stone, DM, Rowe, J., McIntosh, WL, Podgorski, C. y Conwell, Y. (2013). The Senior Connection: Diseño y justificación de un ensayo aleatorio de compañerismo entre pares para reducir el riesgo de suicidio en la vejez. *Ensayos clínicos contemporáneos*, 35 (1), 117-126.

Van Orden, KA, Witte, TA, Cukrowicz, KC, Braithwaite, S., Selby, EA y Joiner, TE (2010). La teoría interpersonal del suicidio. *Psychological Review*, (2), 575-600.

Washington, DC: National Academies Press. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144015>.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de Investigación



A continuación, se le planteara preguntas relacionadas con nuestro trabajo de investigación “MANEJO DE LA SOLEDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS JOVENES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD – PISCO, 2020”, el mismo que se solicita marque todas las respuestas con el fin de obtener y comparar resultados para determinar la importancia de nuestro estudio.

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS

1. Edad

- a) 25 – 30 años
- b) 31 – 35 años
- c) 36 – 40 años
- d) 40 – 45 años
- e) Más de 46 años

2. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Grado académico

- a) Primaria completa
- b) Secundaria completa
- c) Técnico
- d) Titulado

4. Estado civil

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Conviviente
- d) Divorciado (a)

INVESTIGANDO LA SOLEDAD:

5. ¿Considera la soledad un factor de riesgo de suicidio de personas adultos jóvenes?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

6. ¿Le satisface su trabajo actual?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

7. ¿Cuándo tiene problemas laborales o personales, lo conversa

con algún familiar o amistad?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

8. ¿Qué estrategias / métodos utiliza para identificar el riesgo de soledad?

- a) Paso la gran mayoría solo (a)
- b) No tengo con quien conversar
- c) Me gusta estar solo (a)

9. ¿Qué dificultades afronta cuando empieza a sentir soledad?

- a) Me suelo estresar más de lo normal
- b) Siento que las personas no me escuchan
- c) Cuando solicito ayuda, no me la brindan
- d) Empiezo a deprimirme
- e) Empiezo a formular ideas de que “no debería existir”

10. ¿En algún momento se ha quejado de sentirse solo?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

POSIBLES SOLUCIONES PARA DISMINUIR LA SOLEDAD:

11. ¿Cuáles crees que sean las posibles soluciones para disminuir la soledad?

- a) Buscar ayuda cuando sea necesario
- b) Conversar con amigos y familiares sobre mis cosas
- c) Prefiero no comentar nada y guardarme mis cosas
- d) Practicar algún deporte o actividad donde demande más atención propia

12. ¿Cree usted que los apoyos de instituciones ayuden a mejorar sus ideas y manejar sus estados de ánimo?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

13. ¿Considera que un contacto sistemático con pacientes dados de alta es un método eficaz para disminuir la soledad?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

14. ¿Cree usted que el apoyo de terapia cognitiva, apoyo psicológico, o afrontamiento para la soledad, funcionarían en su mejoría?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Casi siempre
- d) Nunca

ANEXO 2: Ficha de validación de juicio de experto.

ANEXO 2: Ficha de validación del juicio de Experto

 UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DEICA

**INFORME DE VALIDACIÓN SUBJETIVA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS ESCALA DE OPINIÓN DE EXPERTO**

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación :
"MANEJO DE LA SOLEDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CONDUCTA SUICIDA
EN ADULTOS JOVENES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD – PISCO, 2020"

Instrumento: ENCUESTA

Nombre del Experto: Lic. Vilca Jabo Jesús Ernesto

| N° | ASPECTOS A CONSIDERAR | Si | No |
|----|---|----|----|
| 01 | El instrumento tiene estructura lógica | X | |
| 02 | La secuencia de presentación de ítems es óptima | X | |
| 03 | Hay grado de dificultad o complejidad en los ítems | X | |
| 04 | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles | X | |
| 05 | Los reactivos reflejan el programa de investigación | X | |
| 06 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación | X | |
| 07 | Los ítems permiten medir el problema de investigación | X | |
| 08 | Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación | X | |
| 09 | El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores | X | |
| 10 | Los ítems permiten contrastar las hipótesis | X | |

FECHA: 18/10/2020



ANEXO 3: Matriz de Consistencia

“MANEJO DE LA SOLEDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS JOVENES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD – PISCO, 2020”

| PROBLEMA | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INSTRUMENTO | POBLACION Y MUESTRA |
|---|---|---|--|---|--------------------|--|
| ¿Cuál es el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020? | Determinar el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020. | <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la asistencia sanitaria para identificar el riesgo de la soledad entre los adulto jóvenes con el fin de prevenir el suicidio que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020. •Determinar los miembros del personal como una solución para la soledad de las personas adulto | <p>Existirá el manejo de la soledad como factor predisponente en la conducta suicida en adultos jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la asistencia sanitaria para identificar el riesgo de la soledad entre los adulto | <p>Conducta suicida</p> <p>Manejo de la Soledad</p> | Ficha de datos | <p>Adultos jóvenes que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020; siendo un total de 105 pacientes.</p> <p>Se contó con la participación de 90 adultos jóvenes en el</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---------------------------------------|
| | | <p>jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.</p> | <p>jóvenes con el fin de prevenir el suicidio de aquellos que son atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.</p> <p>•Determinar los miembros del personal como una solución para la soledad de las personas adulto jóvenes atendidos en el centro de salud – Pisco, 2020.</p> | | | <p>centro de salud – Pisco, 2020.</p> |
|--|--|---|---|--|--|---------------------------------------|

ANEXO 4: Matriz de operacionalización de variables

“MANEJO DE LA SOLEDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE EN LA CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS JOVENES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD – PISCO, 2020”

| Variables | Definición Conceptual | Definición operacional | Indicadores | Categorías |
|----------------------|---|---|--|---|
| Manejo de la soledad | Describe el sentimiento de soledad como una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos con nuestras relaciones interpersonales. | La soledad sería una sensación de carencia del afecto deseado, que produce mal estar emocional afirmando que se trata de la ausencia de vínculos especialmente significativos para la persona y que proporcionan una base segura. | INVESTIGACION DE LA SOLEDAD POSIBLES SOLUCIONES PARA DISMINUIR LA SOLEDAD | Paso la gran mayoría solo (a) No tengo con quien conversar Me gusta estar solo (a) Me suelo estresar más de lo normal Siento que las personas no me escuchan Cuando solicito ayuda, no me la brindan Empiezo a deprimirme Empiezo a formular ideas de que “no debería existir” |
| Conducta suicida | Proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la | La conducta suicida podría considerarse una continuidad que desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta | PREGUNTAS INTRODUCTORIAS | Buscar ayuda cuando sea necesario Conversar con amigos y familiares sobre mis cosas Prefiero no comentar nada y |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. | los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. | | guardarme mis cosas Practicar algún deporte o actividad donde demande más atención propia |
|--|--|--|--|--|

Anexo 5 Informe turnitin

