Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Escuela de Posgrado

Abandono familiar y calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Tesis

Para optar el Grado Académico de Maestra en Trabajo Social con Mención en Familia

Autora

Josefa Livia Blanco Ibarra

Asesora

M(a). Rosa Albina Sacramento Lazaro

Universidad Nacional "José Faustino Sánchez Carrión"

M(a) Rosa Albina Sacramento Lázaro
Docente DNU604

Huacho – Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.

UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL CON MENCIÓN EN FAMILIA

INFORMACIÓN DE METADATOS

DATOS DE LA AUTORA:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**FECHA DE SUSTENTACIÓN**
Josefa Livia Blanco Ibarra	16022113	09.09.2026
DATOS DE LA ASESORA:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**CÓDIGO ORCID**
Rosa Albina Sacramento Lazaro	40740790	https://orcid.org/0000-0002-1698-584X
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – POSGRADO-MAESTRÍA:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**CODIGO ORCID**
Elvia Mercedes Agurto Távara	15594016	https://orcid.org/0000-0001-7518-2249
Elena Luisa Laos Fernandez	15602414	https://orcid.org/0000-0002-3383-6117
Jimmy Alonso Santos Arce	42154689	https://orcid.org/0000-0002-1931-2819

JOSEFA LIVIA BLANCO IBARRA (2026-065209)

ABANDONO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICIN...

DGI-POSGRADO 2026
Dirección de Gestión de la Investigación-VRI 2026
DIRECCION DE GESTION DE LA INVESTIGACION

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3626471259

Fecha de entrega
12 ago 2026, 11:09 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
13 ago 2026, 11:20 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
-_RIS_Hospital_Barranca_Cajatambo,_2025_fecha_23.07.26_word.pdf

Tamaño del archivo
1.2 MB

88 páginas

24.571 palabras

128.139 caracteres

18% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

17% Fuentes de Internet
7% Publicaciones
12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.° de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

ABANDONO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA - RIS HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO, 2025

JOSEFA LIVIA BLANCO IBARRA

TESIS DE MAESTRIA

ASESORA: M(A). ROSA ALBINA SACRAMENTO LAZARO

UNIVERSIDAD NACIONAL

JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL CON MENCIÓN EN FAMILIA

HUACHO

2026

DEDICATORIA

A mis queridos hijos, quienes son la razón principal de mi esfuerzo y superación constante. Su amor, comprensión, paciencia y apoyo incondicional han sabido comprender mis ausencias y sacrificios durante este proceso académico, les ofrezco este logro como muestra de mi profundo amor y compromiso de ser un ejemplo de perseverancia y dedicación.

Josefa Livia Blanco Ibarra

AGRADECIMIENTO

A los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina del Hospital Barranca Cajatambo, quienes con su valiosa participación hicieron posible el desarrollo de la presente investigación.

Asimismo, manifiesto mi profundo agradecimiento a mis docentes de la carrera profesional de Trabajo Social, por sus enseñanzas, orientación y formación académica brindada a lo largo de este proceso, contribuyendo significativamente a mi desarrollo profesional y personal.

A mi jurado evaluador, por su tiempo, dedicación y valiosos aportes, los cuales han permitido enriquecer y mejorar la calidad del presente trabajo de investigación.

Finalmente, agradezco de manera especial a mi asesora, Rosa Albina Sacramento Lazaro por su guía constante, paciencia y enseñanzas brindados durante todo el proceso investigativo.

Josefa Livia Blanco Ibarra

ÍNDICE

CARÁTULA i

LICENCIA DE CREATIVE COMMONS ii

DATOS DEL AUTOR, ASESOR Y JURADO (METADATOS) iii

RESULTADO DEL ÍNDICE DE SIMILITUD REPORTE DE ORIGINALIDAD iv

DEDICATORIA vi

AGRADECIMIENTO vii

RESUMEN xii

ABSTRACT xiii

INTRODUCCION xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática 1

1.2 Formulación del problema 4

1.2.1 Problema general 4

1.2.2 Problemas específicos 4

1.3 Objetivos de la investigación 4

1.3.1 Objetivo general 4

1.3.2 Objetivos específicos 4

1.4 Justificación de la investigación 5

1.5 Delimitaciones del estudio 6

1.6 Viabilidad del estudio 7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación 8

2.1.1 Investigaciones internacionales 8

2.1.2 Investigaciones nacionales 9

2.2 Bases teóricas 11

2.3 Bases filosóficas 35

2.4 Definición de términos básicos 36

2.5 Hipótesis de investigación 36

2.5.1 Hipótesis general 37

2.5.2 Hipótesis específicas 37

2.6 Operacionalización de las variables 38
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA
3.1 Diseño metodológico 39
3.2 Población y muestra 39
3.2.1 Población 40
3.2.2 Muestra 40
3.3 Técnicas de recolección de datos 40
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información 43
CAPÍTULO IV
RESULTADOS
4.1 Análisis de resultados 44
4.2 Contrastación de hipótesis 55
CAPÍTULO V
DISCUSIÓN
5.1 Discusión de resultados 59
CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
6.1 Conclusiones 61
6.2 Recomendaciones 62
REFERENCIAS **64**
7.1 Fuentes documentales 64
7.2 Fuentes bibliográficas 64
7.3 Fuentes hemerográficas 65
7.4 Fuentes electrónicas 65
ANEXOS **69**

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes adultos mayores según grupo etario y estado civil…….…..55

Tabla 2. Distribución de los pacientes adultos mayores según vivienda, medicación, enfermedad y pensión.....56

Tabla 3. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono familiar…….58

Tabla 4. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono material..... ……59

Tabla 5. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono moral.....60

Tabla 6. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de calidad de vida.....61

Tabla 7. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de salud física.....62

Tabla 8. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de salud mental …….….....63

Tabla 9. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de relaciones sociales.....64

Tabla 10. Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de relación ambiental …….....65

Tabla 11. Correlación abandono familiar y calidad de vida…….……66

Tabla 12. Correlación entre abandono material y calidad de vida.……...…..67

Tabla 13. Correlación de comunicación horizontal y trabajo en equipo……...…...……68

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Abandono familiar.....58
Figura 2. Abandono material.....59
Figura 3. Abandono moral…….....60
Figura 4. Calidad de vida.....61
Figura 5. Salud fisica.....62
Figura 6. Salud mental.....63
Figura 7. Relaciones sociales.....64
Figura 8. Relación ambiental.....65

RESUMEN

La presente investigación titulada “Abandono familiar y calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025” tuvo como objetivo determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida. Metodológicamente, el estudio correspondió a un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, nivel correlacional y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 444 pacientes adultos mayores atendidos entre enero y agosto de 2025 en el servicio de medicina del RIS - Hospital Barranca Cajatambo, y la muestra estuvo constituida por 94 pacientes adultos mayores. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y se utilizaron como instrumentos el Cuestionario de abandono familiar de Chero (2021) y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF de la OMS (1998), adaptado por Chero (2021). Los resultados evidenciaron que, predominó un alto abandono familiar (96%) y la baja calidad de vida (90%). Respecto a las dimensiones, se encontró alto abandono moral (97%) alto abandono material (95%) baja salud mental (95%) baja salud física (94%) baja relación ambiental (93%) y bajas relaciones sociales (84%). Se concluyó que existe relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, con un coeficiente Rho de Spearman de 0,844 y un valor de significancia de 0,000, evidenciándose que el abandono familiar, en sus dimensiones material y moral, se asocia con el deterioro de la calidad de vida.

Palabras clave: Abandono familiar, calidad de vida, adulto mayor, abandono moral y abandono material

ABSTRACT

This research, entitled “Family Abandonment and Quality of Life of Elderly Patients at the Internal Medicine Service - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025,” aimed to determine the relationship between family abandonment and quality of life. Methodologically, the study employed a quantitative, applied, correlational, and non-experimental design. The population consisted of 444 elderly patients treated between January and August 2025 at the Internal Medicine Service of the RIS - Hospital Barranca Cajatambo, and the sample comprised 94 elderly patients. Data was collected through a survey, using the Family Abandonment Questionnaire by Chero (2021) and the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire from the WHO (1998), adapted by Chero (2021). The results showed a predominance of high rates of family abandonment (96%) and low quality of life (90%). Regarding the dimensions, high levels of moral abandonment (97%), high levels of material abandonment (95%), low mental health (95%), low physical health (94%), low environmental relationships (93%), and low social relationships (84%) were found. It was concluded that there is a significant relationship between family abandonment and the quality of life of elderly patients, with a Spearman's rho coefficient of 0.844 and a significance value of 0.000, demonstrating that family abandonment, in its material and moral dimensions, is associated with a decline in quality of life.

Keywords: Family abandonment, quality of life, elderly, moral abandonment and material abandonment

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye una realidad cada vez más evidente en la sociedad actual. Si bien las personas adultas mayores han incrementado su esperanza de vida, no siempre atraviesan esta etapa en condiciones adecuadas de atención, acompañamiento y bienestar. Esta situación invita a reflexionar con mayor responsabilidad sobre el rol que desempeñan la familia, los establecimientos de salud y las instituciones vinculadas a la protección de este grupo vulnerable.

En la vejez, el cuidado no debería ser solo sobre el tratamiento de enfermedades, sino también asegurarse de que la persona mayor se sienta apoyada, escuchada, respetada y atendida. Pero al mismo tiempo, en la vida cotidiana vemos una situación muy diferente y dolorosa: muchas personas mayores son abandonadas por sus familias. Esta herida no siempre es tan evidente u obvia; generalmente se esconde en el silencio de un teléfono que no suena, en la ausencia de visitas a larga distancia, en no saber si tomaron su medicina y en la indiferencia hacia lo que necesitan para vivir. Todo este descuido ataca directamente su estabilidad, porque en la última etapa de la vida, no solo necesitamos una pastilla, necesitamos amor, necesitamos sentirnos amados y necesitamos que las personas sepan que estamos enamorados de ellas.

La calidad de vida es un mecanismo delicado en la vejez, donde la fuerza física, la salud mental y las relaciones de las personas y el mundo siempre trabajan juntas. Cuando el paraguas protector de la familia desaparece, este equilibrio se rompe. Los ancianos están expuestos a una soledad extrema, tristeza, incapacidad para cuidarse a sí mismos y su salud se ve afectada como resultado del abandono. A la luz de esto, la negligencia familiar ya no es solo un "problema interno", sino un problema social y de salud pública que ahora es muy urgente y necesita ser abordado si vamos a hablar de pacientes hospitalizados en un momento de alta vulnerabilidad. Cuando nos adentramos en esto en nuestro estudio, fue impactante que los datos que encontramos en este estudio fueran tan sorprendentes.

La gran mayoría de los pacientes en el Servicio de Medicina del Hospital RIS en Barranca Cajatambo estaban muy descuidados por los miembros de la familia y, como resultado, la calidad de vida era muy precaria. Este deterioro se veía en sus dolencias físicas, fragilidad mental y aislamiento social. Las pruebas estadísticas demostraron esto de una manera demasiado clara: quitarle a un paciente el apoyo, la compañía y el compromiso de

su hogar es quitarle su bienestar general. Para presentar todo este proceso de investigación en orden cronológico, el documento se divide en seis capítulos.

En la primera sección, discutimos la causa, los objetivos y por qué este estudio es importante. A partir de ahí, el segundo capítulo proporciona la base teórica y el trasfondo científico y extrae las variables. En la tercera parte, describimos la ruta metodológica que seguimos desde el diseño y el enfoque seleccionado hasta la población evaluada y los instrumentos que hemos empleado en el hospital. La cuarta parte proporciona la información recopilada en tablas y análisis de resultados y nos lleva a la quinta parte donde analizaremos estos resultados y argumentaremos en términos de lo que dice la ciencia. Finalmente, la sexta parte concluirá los análisis y reflexiones de este trabajo.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El envejecimiento de la población es una realidad que se observa en diferentes países del mundo y que ha generado nuevas preocupaciones para la salud pública y el bienestar social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) la cantidad de personas mayores de 60 años ha crecido de manera importante en las últimas décadas. En el año 2020, este grupo poblacional alcanzó los 1.4 mil millones de personas y se estima que para el año 2050 llegará a 2.1 mil millones. Este crecimiento trae consigo diversos retos, entre ellos el abandono familiar, situación que afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores.

La ley 28803 (2006) reconoce a la persona adulta mayor como sujeto de atención prioritaria, especialmente en el ámbito de la salud, emergencias médicas y enfermedades terminales. Este reconocimiento legal es esencial ya que las personas mayores de 60 años frecuentemente enfrentan problemas que afectan su bienestar, como la pobreza, la violencia, el abuso, el abandono y la discriminación por edad. Estas circunstancias restringen su participación en la sociedad y les impiden ejercer sus derechos fundamentales a la atención médica, la dignidad, la seguridad social y una vida libre de cualquier forma de abandono (Defensoría del Pueblo Perú, 2020).

Las personas de mayor edad pueden tener más problemas de salud como pérdida de audición, cataratas, problemas visuales, dolor muscular, osteoartritis, enfermedades respiratorias, diabetes, depresión y demencia. Además, es común que aparezcan síndromes geriátricos como fragilidad, caídas, incontinencia urinaria, delirios y úlceras por presión. Así que el hogar es un salvavidas en una situación tan frágil. Según la OMS (2025) cuando la red familiar se desintegra y la ayuda es solo a medias, sin ese apoyo constante, el aislamiento es más profundo, la depresión es más aguda, el cuerpo se debilita más rápidamente y obtener atención médica es casi imposible.

Si observamos América Latina, el envejecimiento demográfico avanza rápidamente, pero también se ve arrastrado por las complejas realidades de nuestro continente. Para Argentina, Brasil y México, esa costumbre tradicional y cultural de cuidar a los abuelos en el hogar se ha ido desmoronando lentamente. Fenómenos duros como la pobreza crónica, el crecimiento urbano y los cambios en la dinámica familiar han debilitado esos antiguos sistemas de protección que aún estaban en gran medida en su lugar para proteger y proveer a los ancianos incluso hace algunas décadas. Como explica la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), el abandono familiar en muchos países de América Latina es causado por el desplazamiento de las familias, la distancia geográfica y los desafíos económicos para proporcionar un cuidado adecuado a los ancianos.

En Brasil, algunos estudios han señalado que cerca del 25% de los adultos mayores vive sin una presencia familiar activa o sin el apoyo suficiente para cubrir sus necesidades. Esta situación afecta tanto su bienestar físico como emocional. La soledad y el aislamiento social agravan sus problemas de salud, sobre todo en zonas rurales, donde el acceso a los servicios sanitarios suele ser más limitado y las redes de apoyo comunitario no siempre son suficientes (OPS, 2015).

En Colombia, el proceso de envejecimiento también se relaciona con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Para el año 2019, alrededor de 4.5 millones de personas mayores reportaron problemas recientes de salud, y el 74.7% acudió a una entidad de atención. Asimismo, más del 40% de la población adulta mayor presentó enfermedades crónicas y el 21.2% tuvo algún grado de dependencia. Esta cifra representa aproximadamente 1.1 millones de personas, y se proyecta que, si la tendencia continúa, en los próximos años podría superar los 2.1 millones, afectando a más de la cuarta parte de la población mayor de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el contexto peruano, el abandono familiar hacia los adultos mayores se ha convertido en una preocupación social cada vez más evidente. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2021), más del 15% de adultos mayores vive en situación de desatención, ya sea por falta de contacto familiar o por aislamiento social. A ello se suman las dificultades económicas y la escasa sensibilización sobre las necesidades propias de esta etapa de vida. Asimismo, el acceso a una pensión continúa siendo limitado, pues, de acuerdo con el MIMP (2023), solo el 35% de las personas adultas mayores se encuentra inscrita en

algún sistema de pensiones, lo que reduce sus posibilidades de contar con seguridad económica.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2025) durante el primer trimestre del año 2025, el 45.1% de los hogares peruanos tenía al menos una persona de 60 años a más. Esta presencia fue mayor en Lima Metropolitana, con 49.4%, seguida del área rural con 47.7% y del resto urbano con 41.0%. Además, el 79.6% de la población adulta mayor presentó algún problema de salud crónico. Esta situación fue más frecuente en las mujeres adultas mayores, con 83.9%, en comparación con los hombres, quienes alcanzaron el 74.9%. Estos datos reflejan que el envejecimiento no solo implica aumento de edad, sino también mayores necesidades de atención, cuidado y acompañamiento.

El INEI (2025) también reportó que solo el 37.5% de adultos mayores con algún problema de salud buscó atención en un establecimiento. Entre los lugares de consulta, el 14.1% acudió al Ministerio de Salud, el 9.5% a EsSalud, el 7.9% a farmacias o boticas y el 5.2% a consultorios particulares. Estas cifras muestran que una parte importante de la población adulta mayor no accede de manera oportuna a servicios formales de salud, lo cual puede empeorar cuando no cuenta con apoyo familiar para movilizarse, realizar trámites, comprar medicamentos o continuar sus tratamientos.

En zonas rurales y urbano-rurales, como Barranca y Cajatambo, el abandono familiar puede presentarse con mayor fuerza debido a la migración de los hijos hacia otras ciudades, la pobreza y la limitada disponibilidad de servicios especializados para adultos mayores. Según la Defensoría del Pueblo Perú (2019), las personas mayores que viven en áreas rurales enfrentan mayores dificultades por la falta de infraestructura adecuada y la escasez de servicios de salud orientados a sus necesidades. Esta realidad incrementa su vulnerabilidad y puede afectar negativamente su calidad de vida.

En el caso del RIS Hospital Barranca Cajatambo, ubicado en una zona con características urbanas y rurales, el abandono familiar se observa en algunos pacientes adultos mayores que ingresan al Servicio de Medicina sin acompañamiento o con escaso apoyo de sus familiares. Esta situación no solo dificulta su recuperación, sino que también afecta su estado emocional y social. Muchos adultos mayores requieren ayuda para seguir

indicaciones médicas, adquirir medicamentos, asistir a controles o simplemente sentirse acompañados durante su hospitalización.

La falta de una red familiar activa puede hacer que el proceso de atención sea más complejo. Cuando el paciente adulto mayor permanece solo, el personal de salud debe enfrentar no solo las necesidades clínicas, sino también problemas relacionados con la soledad, la tristeza, la dependencia y la falta de cuidados posteriores al alta. Por ello, estudiar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida en los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo permitió comprender mejor esta problemática y plantear acciones orientadas a mejorar su atención integral.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿De qué manera se relaciona el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿De qué manera se relaciona el abandono material con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?

¿De qué manera se relaciona el abandono moral con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Identificar la relación entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación Teórica:

La presente investigación se justifica teóricamente porque permite profundizar en el estudio del abandono familiar y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores. Esta problemática no solo afecta el estado físico de la persona, sino también su bienestar emocional, sus vínculos sociales y la forma en que enfrenta su vida diaria. En ese sentido, el estudio aporta información relevante para comprender cómo la falta de apoyo, cuidado y acompañamiento familiar puede relacionarse con el deterioro de distintas áreas de la calidad de vida.

1.4.2 Justificación Práctica:

Esta investigación proporciona información valiosa para los adultos mayores, potenciando su desarrollo personal. Al resaltar el impacto que la indiferencia familiar tiene en ellos, ofrecemos a profesionales de la salud y trabajadores sociales una herramienta más efectiva para actuar. Con este conocimiento, los empleados del sector salud podrán abordar no solo las enfermedades físicas sino también las carencias emocionales y sociales de sus pacientes, facilitando así un enfoque integral en el proceso de sanación.

Este tipo de análisis puede llevarse a cabo dentro de hospitales y ser utilizado para mejorar tanto instituciones locales como públicas. Es esencial aprovechar estos datos para crear redes de apoyo: programas dirigidos a ancianos que requieren asistencia social continua en sus hogares, asegurando su bienestar y evitando que queden desatendidos. Nuestro objetivo es transformar el sistema actual hacia uno más cálido y humano, caracterizado por la empatía y adaptado a los desafíos singulares que enfrenta esta población mayor.

1.4.3 Justificación Metodológica

Con esta investigación en el mundo real y al servicio de nuestros adultos mayores, lo que podemos hacer con ella es que puede cambiar la vida de nuestros ancianos porque sabemos por los datos que la indiferencia familiar arruina su salud y sus vidas y podemos

empoderar a los equipos médicos y a los trabajadores sociales para hacerlo. Con esta información, los profesionales de la salud no se centrarán solo en la enfermedad; podrán detectar a tiempo los vacíos emocionales y sociales del paciente, y esto ayudará a iniciar intervenciones que realmente sanen a la persona en su totalidad. Y así, esta radiografía no solo se trata de los pasillos del hospital, sino que también sirve como un instrumento en manos del gobierno local y del sector público.

1.4.4 Justificación Social

Estos hallazgos se utilizarán para construir redes de apoyo genuinas: programas que fomenten la compañía en el hogar, el apoyo social constante y el monitoreo que no deje a los ancianos a su suerte. En su esencia, el objetivo final es lograr una transformación del sistema para que ya no sea un procedimiento frío, sino uno muy humano, humano que esté conectado con las duras batallas de este grupo de edad. Cuando tomamos este fenómeno en el contexto social, la relevancia de esta investigación es mucho más real. Su principal contribución es desafiarnos a rechazar la noción de que el olvido de la vejez es solo un conflicto interno.

Estamos en una crisis colectiva como sociedad. Cuando una persona mayor se queda sola, no solo falla su círculo íntimo; es una dolorosa cadena de fracasos en la que también falla la comunidad, las instituciones lo ven, y el Estado no. Por eso debemos reconocer que esta responsabilidad compartida es crítica y necesaria porque permitir que se desarrolle la indiferencia significa no tener conocimiento de la dignidad, los derechos y el bienestar de los humanos más vulnerables en nuestro entorno. Si una persona mayor no tiene apoyo, compañía y protección, es vulnerable a riesgos físicos, emocionales y sociales, y es más probable que desarrolle un sentido de dependencia y sufra problemas de salud mental y soledad. Nos gustaría que esta investigación sea una reflexión y discusión sobre el apoyo familiar y social, y de esa manera esperamos que haya más personas seguras de sí mismas para apoyar a las personas mayores y ser más responsables y compasivas.

1.5 Delimitaciones del estudio

Temporal: La investigación se desarrolló durante el año 2025.

Espacial: Se llevo a cabo en el Servicio de Medicina del Hospital RIS Barranca Cajatambo.

Poblacional: Pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Medicina del hospital durante el período de estudio.

1.6 Viabilidad del estudio

El estudio fue viable porque se contó con acceso a la población participante, ya que los adultos mayores se encontraban hospitalizados en el Servicio de Medicina, lo que facilitó la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Asimismo, se dispuso de los recursos humanos, materiales y técnicos necesarios para desarrollar el trabajo de campo y realizar el procesamiento estadístico de la información.

De igual manera, la investigación pudo ejecutarse dentro del periodo previsto durante el año 2025, permitiendo obtener resultados oportunos y útiles. La información recogida tiene valor práctico, ya que puede contribuir a mejorar la atención, el acompañamiento y el bienestar de los adultos mayores atendidos en el hospital.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Para comprender el panorama internacional, Cabrera y Mondragón (2025), en su investigación titulada Condición sociofamiliar y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud de Motupe de la Ciudad de Loja, se propusieron como objetivo analizar cómo se relacionan el entorno en el hogar y el bienestar de los pacientes geriátricos de dicho centro. A nivel metodológico, aplicaron un enfoque cuantitativo de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional, utilizando la escala de Gijón y el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados revelaron que la gran mayoría de los abuelos (76,67%) convive con un riesgo social intermedio, lo que se tradujo en que un 95,56% apenas reportara una calidad de vida media; de hecho, se comprobó matemáticamente una correlación negativa entre ambas variables. Frente a esto, los autores concluyeron que un entorno adverso frena el bienestar en la tercera edad, haciendo urgente que las instituciones y las familias refuercen su acompañamiento.

En esa misma línea de análisis, Mendieta y Blacio (2024) desarrollaron el estudio Efectos del abandono en la calidad de vida de adultos mayores del Centro Gerontológico Quijos. Su objetivo fue examinar las repercusiones del desamparo en las distintas áreas (física, cognitiva y social) de un grupo de quince ancianos en extrema pobreza. La metodología elegida fue de tipo correlacional y diseño no experimental. Al procesar los datos, los resultados evidenciaron que la ausencia de los parientes fomenta la dependencia física y apaga la autonomía emocional de los residentes. Por ello, concluyeron que es indispensable crear estrategias para prevenir el abandono y capacitar mejor a los cuidadores, formando verdaderas redes de protección.

Por otro lado, la ciencia a veces arroja datos inesperados, tal como se observa en el trabajo de Silva et al. (2023) titulado Impacto del abandono en la salud física y mental del adulto mayor. Cuyo objetivo del estudio central fue establecer si el abandono influye en el estado físico y emocional de los residentes usuarios de la Fundación Mier de Veracruz. Cuya metodología fue evaluar a 26 usuarios cuyo enfoque fue cuantitativo, no experimental de

corte transversal, correlacional. En cuanto a los resultados se detallò que el 46.2% tenia negligencia por parte de sus familiares y además el 42.3% presentaba depresión; demostrando estadísticamente que no guardan relaciòn entre sí. Logrando concluir que la negligencia no necesariamente logro deteriorar su estado de salud mental como es la depresión.

Flores y Yagual (2023) en su estudio sobre Abandono familiar y estado emocional de los usuarios adultos mayores del Barrio Paraíso Cantón de Salinas, cuyo objetivo fue analizar la relaciòn del apartamiento familiar con la estabilidad emocional en este ciclo de vida. Para ello utilizaron una metodología cuantitativa, correlacional, no experimental. En la aplicación se obtuvo como resultados una relacion estadísticamente significativa de las variables estudiadas demostrando que ante el desamparo los adultos mayores desarrollan depresión. Ante esta realidad, la conclusión principal del estudio destacó la urgencia de fortalecer los lazos en el hogar para garantizar un entorno cálido que proteja la mente de los ancianos.

Finalmente, Paucar, Urgilés y Fernández (2022) presentaron el estudio Factores familiares que inciden en la calidad de vida de adultos mayores durante la pandemia en el Tambo - Ecuador. El objetivo fue estudiar qué elementos de la dinámica en casa intervienen en el bienestar de la tercera edad. Bajo una metodología cuantitativa y de diseño descriptivo, evaluaron a 40 ancianos y sus familiares. Los resultados demostraron que el entorno influye de forma moderada: mientras el respaldo económico y el cariño elevan el bienestar, el maltrato y los gritos lo hunden. Por esto, concluyeron que la violencia intrafamiliar es el peor enemigo del envejecimiento, ya que destruye tanto la salud física como la integración social.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Aterrizando en la realidad peruana, Marchan y Leiva (2024) elaboraron el estudio Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Yuracyacu - Chota, 2023. Su objetivo fue determinar cómo se relacionan ambas variables en esta comunidad. Emplearon una metodología cuantitativa, relacional, observacional y transversal con 86 pacientes. Los resultados arrojaron que un 55,8% de la muestra padecía un abandono intermedio (sobre todo moral) y, al cruzar los datos, notaron que casi el 80% de los abuelos desatendidos reportaba una calidad de vida bastante precaria. La conclusión

fue rotunda: existe una relación estadísticamente comprobada (p = 0,002) que demuestra que la soledad impuesta deteriora la existencia en la vejez.

Un escenario muy similar es el que retrata Ticona (2024) en su investigación Abandono familiar y su relación con la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Mariano Melgar San Miguel, 2024. El objetivo de este trabajo consistió en medir la asociación entre la falta de apoyo y el bienestar diario de 71 usuarios. Se abordó mediante una metodología cuantitativa, básica y descriptivo-correlacional. Los resultados fueron preocupantes: casi la mitad (49,3%) sufría desatención emocional, sumado a episodios de violencia psicológica y económica, lo que los mantenía aislados y tristes. El autor concluyó que existe una correspondencia inversa muy fuerte (Rho = -0,774); es decir, mientras más se ausenta la familia, más se desploma la calidad de vida.

En la zona de la sierra liberteña, Tamashiro (2023) llevó a cabo la tesis Abandono familiar y estilos de vida de los adultos mayores del distrito de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2021. Su objetivo se centró en evaluar de qué manera el desarraigo modifica las rutinas diarias de 40 ancianos. A través de una metodología basada en encuestas y entrevistas directas, los resultados visibilizaron que el 80% sentía un escaso acompañamiento por parte de sus hijos, lo que desencadenaba que el 75% presentara problemas de salud y malos hábitos de alimentación. La conclusión a la que llegó la autora es que la indiferencia familiar golpea duramente el estilo de vida, empeorando la nutrición y el autocuidado.

Por su parte, Chávez y Pujay (2022) se enfocaron en la población institucionalizada con su estudio Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores del Asilo Virgen Asunta - Chachapoyas, 2021. El objetivo era precisar la relación entre el desamparo y el bienestar de 35 residentes del albergue. Para lograrlo, utilizaron una metodología cuantitativa de nivel descriptivo-correlacional. Tras aplicar los cuestionarios, los resultados evidenciaron una correlación inversa de nivel moderado (Rho = -0,595). Basados en estas cifras, los investigadores concluyeron que, a pesar de estar bajo los cuidados de un asilo, el dolor por el alejamiento de la familia sigue reduciendo significativamente la calidad de vida del interno.

Para cerrar esta revisión, Chero (2021) desarrolló la investigación Abandono familiar y calidad de vida en los integrantes del programa adulto mayor - Hospital de Apoyo Tomás Lafora, Guadalupe, 2020. Se planteó como objetivo explicar el mecanismo mediante el cual

la soledad impacta a los pacientes geriátricos del programa. Su metodología destacó por ser de diseño explicativo, integrando métodos etnográficos y estadísticos para evaluar a 70 personas. Los resultados dejaron ver que un 57,14% lidiaba con un abandono de nivel medio (poca plata, escaso cariño y falta de protección), lo que empujó a la mayoría a conformarse con una calidad de vida regular. El autor concluyó que soltarle la mano al adulto mayor no solo lo entristece, sino que daña irremediablemente su cuerpo, su mente y sus ganas de interactuar con el mundo.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Variable abandono familiar

A. Familia

Para el desarrollo de esta investigación, resulta importante precisar algunos conceptos que ayudan a comprender mejor la variable de estudio. En este marco, la familia se entiende como el principal espacio de apoyo y formación de la persona, porque brinda acompañamiento emocional, seguridad social y respaldo económico. Además, dentro de ella se aprenden las primeras formas de comunicación, respeto, convivencia y responsabilidad personal, aspectos fundamentales para el desarrollo humano (Choque, 2019).

Según la OMS y OPS (2009) señalan que la familia constituye el núcleo básico de la sociedad, ya que es el primer espacio donde las personas adquieren conocimientos, valores, creencias y hábitos relacionados con la salud. Asimismo, en su interior se desarrollan las primeras experiencias que influyen en la forma de cuidar la salud y de buscar atención sanitaria cuando es necesaria.

B. Funciones de la familia

Según el MIMP (2016) la familia cumple diversas funciones fundamentales que están determinadas por:

La función formadora está orientada a la educación y el empoderamiento de sus miembros, con el objetivo de favorecer su desarrollo integral.

La función socializadora de la familia permite que sus integrantes aprendan a relacionarse con los demás, tanto dentro del hogar como en otros espacios de la sociedad. A través de

esta función, se transmiten normas, valores y formas de convivencia que ayudan a fortalecer la identidad personal y el sentido de pertenencia al grupo familiar y social.

La función de cuidado está orientada a proteger y atender las necesidades de cada miembro de la familia, especialmente de quienes requieren mayor apoyo, como los niños, los adultos mayores, personas vulnerables, que hay que brindarles cuidado, respeto y trato digno tratando de evitar violencia y abandono.

La función de seguridad económica se refiere al apoyo que ofrece la familia para cubrir las necesidades básicas de sus integrantes, como la alimentación, la atención en salud, la educación, la vivienda y otros recursos indispensables para vivir en condiciones adecuadas. Este respaldo permite que los miembros del hogar cuenten con mayor estabilidad, protección y bienestar en su vida cotidiana.

Asimismo, ***la función afectiva*** se evidencia en las muestras de cariño, la comprensión, el diálogo, la cercanía y el acompañamiento que se brindan entre los integrantes de la familia. Esta función es esencial, porque ayuda a fortalecer la autoestima, la confianza en sí mismo y el equilibrio emocional de cada persona dentro del entorno familiar.

C. Abandono Familiar

El Ministerio de Salud y Protección Social (2022) sostiene que las personas adultas mayores deben ser reconocidas como titulares de derechos, por lo que necesitan recibir atención, cuidado y protección preferente por parte del Estado, la familia y la sociedad. Además, precisa que esta etapa de vida no debe asociarse con pasividad, ya que los adultos mayores continúan participando en su entorno y mantienen responsabilidades consigo mismos, con sus familias, con la comunidad y con las nuevas generaciones.

El abandono familiar es la omisión, ya sea deliberada o no, por parte de una persona o entidad responsable del cuidado de una persona adulta mayor, al no atender adecuadamente sus necesidades de manera integral, lo que pone en peligro su vida, salud física, emocional o moral (Ley 30490).

El abandono familiar hace referencia al descuido o falta de atención hacia un miembro de la familia, especialmente cuando se trata de un adulto mayor, que implica la omisión de cuidados físicos, emocionales y sociales. Este fenómeno puede tener diversas

formas, como la ausencia de apoyo económico, la falta de compañía o la carencia de cuidado físico adecuado (OMS, 2020).

El abandono familiar hacia la persona adulta mayor puede entenderse como una situación de descuido, desprotección o falta de atención frente a sus necesidades básicas, emocionales y sociales. Según el MIMP (2020), este abandono se presenta cuando no se atienden de manera integral las necesidades de la persona mayor, ya sea de forma intencional o no, poniendo en riesgo su vida, su salud física, emocional o moral.

En esa misma línea, Chero (2021) señala que el abandono se relaciona con la negligencia familiar, es decir, con la falta de cuidado, atención y responsabilidad por parte de los familiares hacia uno de sus integrantes. Esta situación se vuelve más grave cuando afecta a los adultos mayores, quienes muchas veces dependen del apoyo de su familia para cubrir sus necesidades de alimentación, salud, afecto, protección y acompañamiento.

Asimismo, Jiménez y Martínez (2000) citados por Martínez y Brenes (2007), explican que el abandono en la vejez puede generar sentimientos de soledad, aislamiento, indefensión y deterioro físico y mental. Esta situación se evidencia cuando el adulto mayor no recibe atención adecuada en aspectos básicos como alimentación, protección, salud, apoyo familiar y respaldo comunitario.

Por su parte, la OMS (1998) considera que el abandono ocurre cuando no se brindan los recursos necesarios para el bienestar de la persona, especialmente en áreas como salud, nutrición, protección y desarrollo social. Esta falta de atención puede afectar seriamente su estabilidad física, mental y social, sobre todo cuando la familia cuenta con medios para apoyar, pero no lo hace de manera adecuada.

De igual manera, Félix y Hernández (2009) sostienen que el abandono familiar implica una forma de desamparo injustificado hacia uno o más integrantes de la familia con quienes se tienen responsabilidades de cuidado y protección. En el caso de los adultos mayores, este abandono representa una vulneración a su dignidad, debido a que limita su derecho a recibir atención, respeto y acompañamiento en una etapa de mayor vulnerabilidad.

D. Tipos de abandono familiar

El abandono familiar puede presentarse de diferentes formas y afectar seriamente la vida del adulto mayor. Pérez (2007) citado por Obando (2016), señala que estas situaciones

no solo dañan a la persona adulta mayor, sino también a la familia y a la sociedad, porque se debilitan los vínculos intergeneracionales, se pierde parte de la memoria familiar y se deja de valorar la experiencia acumulada por los adultos mayores a lo largo de su vida.

- Abandono moral:

El abandono moral se relaciona con la falta de afecto, atención emocional y cercanía hacia el adulto mayor. Martínez (2007) citado por Obando (2016) explica que este tipo de abandono aparece cuando no se responde a sus necesidades de cariño, comunicación, contacto físico y acompañamiento. Se manifiesta en la ausencia de abrazos, palabras de afecto, visitas, escucha o interés por su estado de ánimo.

Este tipo de abandono puede afectar profundamente la autoestima y la dignidad del adulto mayor. La indiferencia familiar puede generar tristeza, ansiedad, miedo, sentimientos de inutilidad, nostalgia y depresión. Por ello, el abandono moral no debe considerarse un problema menor, ya que impacta directamente en la salud emocional y en la percepción que la persona mayor tiene sobre su propio valor.

- Abandono material:

El abandono material se presenta cuando la persona adulta mayor no recibe el apoyo necesario para cubrir sus necesidades esenciales. Martínez (2007), citado por Obando (2016), refiere que este tipo de abandono ocurre cuando la familia o quienes tienen la responsabilidad de cuidado dejan de atender aspectos básicos como la alimentación, el vestido, la higiene, la atención de salud, la vivienda, la protección y la supervisión ante posibles situaciones de riesgo.

Esta forma de abandono afecta de manera directa la salud, la seguridad y la dignidad del adulto mayor, debido a que le impide acceder a recursos indispensables para su vida diaria. Cuando la persona no cuenta con apoyo para alimentarse adecuadamente, acudir a controles médicos, adquirir medicamentos o permanecer en un entorno seguro, su bienestar se ve seriamente comprometido y su calidad de vida disminuye progresivamente.

a) Abandono pasivo:

El abandono pasivo se origina cuando la persona encargada del cuidado no responde adecuadamente a las necesidades del adulto mayor, ya sea por falta de conocimiento, descuido, escasa preparación, cansancio o limitaciones personales. En estas situaciones,

aunque no siempre exista la intención de hacer daño, la persona adulta mayor puede quedar desatendida, aislada o sin el acompañamiento necesario para conservar su bienestar.

b) Abandono activo:

Se da cuando los familiares o apoderados privan de alimentos, medicación, asistencia o acompañamiento físico en su actividad diaria como el caminar, darles sus alimentos resultando de un riesgo muy grave en la salud de los adultos mayores.

Este abandono es común hoy en día presentando una situación muy dolorosa en estas personas. Generalmente en esta etapa es cuando uno logra concluir etapas laborales como el jubilarse y dejar de trabajar y donde se necesita del apoyo familiar sin embargo muchas veces los familiares ven al adulto mayor como una carga económica (Chero, 2021).

En ese sentido, el abandono familiar puede romper los vínculos afectivos y generar mayor vulnerabilidad en el adulto mayor. Cuando la familia deja de reconocer su valor, experiencia y dignidad, se debilita el acompañamiento que necesita para enfrentar esta etapa de vida. Por ello, el abandono familiar debe ser comprendido como una problemática social que requiere atención desde la familia, la comunidad, las instituciones y el Estado.

Desde la normativa y diversos estudios, se reconocen principalmente dos formas de abandono: el material y el moral.

El abandono material se presenta cuando no se atienden necesidades básicas como alimentación, abrigo, higiene, atención médica y protección frente a riesgos (Chero, 2021).

En cambio, el abandono moral se refiere a la ausencia de afecto, comunicación y acompañamiento emocional, situación que puede generar sentimientos de inferioridad, baja autoestima y deterioro del bienestar emocional del adulto mayor (Chero, 2021).

E. Discriminación al adulto mayor

Flores y Yagual (2023) destacan que la discriminación hacia las personas adultas mayores representa una forma de violencia social, porque limita el respeto, la valoración y el ejercicio pleno de sus derechos. Aunque este grupo poblacional cuenta con protección legal, en la práctica muchas veces enfrenta indiferencia, exclusión y falta de apoyo, especialmente cuando no tiene familiares o personas cercanas que velen por su bienestar.

Esta situación incrementa su vulnerabilidad, ya que muchos adultos mayores no cuentan con las condiciones físicas, emocionales o económicas para defenderse frente a

situaciones de abuso o maltrato. Además, la discriminación puede manifestarse mediante actitudes de rechazo, desinterés o trato indiferente, lo que afecta directamente su autoestima y su bienestar emocional. Una forma de maltrato psicológico hacia el adulto mayor es el abandono moral, el cual se evidencia cuando la familia se distancia afectivamente o delega su cuidado en instituciones, sin mantener una presencia activa, afectuosa y responsable. Esta ausencia de cercanía familiar puede generar tristeza, soledad y dolor emocional en la persona adulta mayor (Flores y Yagual, 2023).

F. Violencia omisiva o abandono a la persona adulta mayor

La violencia omisiva o abandono hacia la persona adulta mayor se presenta cuando la familia deja de cumplir con sus responsabilidades de cuidado, asistencia y protección. En el marco legal peruano, la Constitución Política establece que los padres tienen el deber de brindar alimento, educación y seguridad a sus hijos; de igual manera, los hijos tienen la obligación de respetar y asistir a sus padres cuando estos lo necesitan (MIMP, 2005).

Asimismo, el Código Civil establece la obligación recíproca de brindar alimentos entre padres, hijos y demás familiares directos. No obstante, en la vida cotidiana, esta responsabilidad no siempre es asumida de manera adecuada por los hijos, sobre todo cuando los padres llegan a una etapa en la que disminuye su autonomía física, se reducen sus ingresos económicos o necesitan mayor acompañamiento para realizar sus actividades diarias. Desde esta perspectiva, el abandono familiar no solo representa una ausencia de cuidado, sino también una afectación a los derechos, al bienestar y a la dignidad de las personas adultas mayores (MIMP, 2005).

G. Derechos del adulto mayor

La Ley N.º 30490 (2016), Ley de la Persona Adulta Mayor en el Perú, reconoce diversos derechos destinados a resguardar la dignidad, autonomía, inclusión y bienestar integral de esta población. A través de esta norma se busca que las personas adultas mayores reciban un trato respetuoso, sean valoradas dentro de la sociedad y puedan participar activamente en su entorno, sin ser marginadas por razones de edad u otra condición personal.

Los principios de derechos en la Ley N.º 30490

Cuando observamos el Artículo 5 de esa normativa, vemos que es mucho más que una lista de reglas; es en esencia una declaración de respeto. La ley nos recuerda que

envejecer no es una pérdida y que para todas las personas nadie puede ser tratado como una isla propia, y por lo tanto, cada persona mayor es tratada con respeto. Cierra la puerta a la discriminación por edad, creencias, género o estatus económico. Al mismo tiempo, proporciona un escudo para su vida y salud, además de asegurar que reciban el tratamiento médico que necesitan de manera pronta y oportuna cuando comienzan a experimentar el desgaste del envejecimiento y la enfermedad. Pero la vida no termina en el consultorio del médico. Esta legislación también protege sus derechos a crecer: a aprender y tener un trabajo y un buen ingreso de seguridad social para sentirse seguros. Estos son los apoyos necesarios para mantenerlos activos y tener el dinero para vivir en el momento cuando ese momento no es seguro.

Asimismo, la norma es romper con ese doloroso estigma que hace que los ancianos parezcan pasivos o incapaces de tomar el control de todo. Por el contrario, reafirma su derecho a desempeñar un papel activo en la política, en su vecindario, en su comunidad. Pero necesitamos verlos como personas con sabiduría, que aún hacen contribuciones a nuestra sociedad y que son sabios para una buena vida, una que puedan liderar. Ese es el objetivo de esta ley, proporcionarles una vida decente y digna.

Y es el derecho fundamental que deberían tener de tener un techo sobre sus cabezas, una comida frente a ellos y servicios básicos. Y también es una garantía de que están protegidos de cualquier tipo de violencia, abuso o negligencia, ya sea en un hogar de ancianos, en la calle o, lo más crucial, en su propia familia. Mantener todo esto no solo en palabras es un trabajo del estado, y uno urgente cuando los ancianos están en pobreza, enfrentan una emergencia o se convierten en víctimas de abandono. Las autoridades deben responderles en el momento de extrema vulnerabilidad, no solo con su sufrimiento físico sino con su bienestar económico y emocional.

Soporte institucional: Un compromiso de todos

El artículo 6 de la ley es una buena lección para aprender: el Estado no está obligado a asumir esta responsabilidad solo. El cuidado de nuestros ancianos es una responsabilidad colectiva que debemos a todos. Requiere la cooperación de la sociedad civil, las familias, las instituciones y los propios ancianos. Solo a través de este esfuerzo conjunto lograremos una cultura de respeto, prevendremos el abuso y haremos del envejecimiento algo normal en lugar de una rareza.

El deber irrenunciable de la familia

Y finalmente, el artículo 7 se ocupa del lugar que es el mejor refugio: el hogar. La ley deja claro a los cónyuges, hijos, nietos y hermanos que cuidar de sus mayores no es caridad, sino un deber básico. El principal apoyo de los ancianos es la familia, y es la familia la que es responsable de su seguridad emocional, de su paz mental y salud. Y servir comida, un lugar cálido para estar, algo de tiempo para distraerse y afecto constante es lo mínimo que merecen a cambio de haber dado tanto a sus hijos y seres queridos, es el lugar más seguro para ellos

De igual manera, la familia debe proporcionar el cuidado adecuado para la persona mayor según la situación y el grado de dependencia de la persona mayor. También deben estar presentes todos los días, si la persona está enferma, en el hospital o necesita apoyo constante. La normativa también deja claro que las personas mayores necesitan estar en la familia y la comunidad (y en general en su comunidad) y no en aislamiento y seguridad y no perder su lugar.

Buen trato a la persona adulta mayor

El artículo 27 señala que el Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, debe promover el buen trato hacia la persona adulta mayor. Este buen trato implica respetar su dignidad, independencia, autonomía, cuidado y derecho a vivir sin discriminación. Asimismo, supone la ausencia de violencia física, psicológica, sexual, económica, abandono, negligencia o maltrato institucional.

Violencia contra la persona adulta mayor

De acuerdo con el artículo 28, la violencia contra la persona adulta mayor puede presentarse mediante una acción u omisión que cause daño o afecte el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Esta violencia puede ocurrir incluso dentro de relaciones de confianza, como en el ámbito familiar, institucional o comunitario.

Tipos de violencia contra la persona adulta mayor

El artículo 29 reconoce diferentes formas de violencia contra la persona adulta mayor, entre ellas la violencia física, sexual, psicológica, económica o patrimonial. También considera como violencia el abandono en cualquiera de sus formas, ya sea en el hogar, en la calle, en

establecimientos de salud, centros penitenciarios u otros espacios donde la persona requiera protección y cuidado.

Atención preferente

Finalmente, el artículo 30 establece que las entidades públicas y privadas tienen la obligación de ofrecer una atención preferente, prioritaria y de calidad a las personas adultas mayores. Para cumplir con ello, deben disponer de normas internas, lineamientos o protocolos que aseguren un trato adecuado, respetuoso y oportuno. Este derecho cobra especial importancia en los servicios de salud, debido a que los adultos mayores requieren una atención más cuidadosa, sensible, integral y centrada en su dignidad.

H. Enfoque de derechos humanos

Derechos que deben ser respetados, protegidos y garantizados sin ningún tipo de distinción. La ONU (2013) afirma que este enfoque promueve el respeto por la dignidad de la persona y la erradicación de la discriminación y la igualdad de oportunidades para todas las personas, cualquiera sea su edad, género, origen, religión u otro contexto personal. Y de la misma manera, los derechos humanos deben estar en el corazón de las políticas públicas y la acción del Estado.

Desde esta perspectiva, las personas no deben ser vistas como receptores de ayuda o beneficiarios de programas sociales, sino como sujetos titulares de derechos. Como resultado, las instituciones públicas deben trabajar para sostener, proteger y defenderlos.

De igual manera, la ONU (2013) destaca que la participación ciudadana es un componente esencial en este enfoque. Todas las personas tienen derecho a expresar sus pensamientos, a tener voz en los procesos de toma de decisiones que afectan sus vidas, a tener acceso a mecanismos que les permitan reclamar o defender sus derechos cuando son afectados. Así, el Estado necesita implementar, rápidos y sin trabas para que las personas puedan acceder a la justicia. Solo cuando existe una vía clara para reclamar y ser escuchado, se puede hablar de una protección auténtica y efectiva de la dignidad humana.

I. Teoría del apego

Bowlby (2009) propuso la teoría del apego como un concepto en el que las personas se sienten muy emocionalmente cercanas a las personas que las aman con cuidado, seguridad y protección desde el inicio de la vida.

Estas relaciones de cercanía son cruciales ya que proporcionan confianza, estabilidad y apoyo cuando las cosas suceden en la vida tantas veces. Aunque esta teoría fue inicialmente desarrollada para explicar el desarrollo infantil, su trabajo también nos ayudará a entender el apoyo familiar en la vida posterior. En este momento, las personas mayores no quieren estar solas, quieren que los miembros de la familia cercanos y afectuosos estén presentes, porque esos lazos ayudan a mantener su equilibrio emocional y son más adecuados para el envejecimiento.

Bowlby (2009) afirma que cuando los miembros de la familia no están presentes, provoca sentimientos de incertidumbre, soledad y abandono. Cuando las personas mayores perciben distancia, indiferencia y/o poca atención de los miembros de la familia, la probabilidad de ansiedad, tristeza, depresión y aislamiento social es mayor. Estas son las cosas que afectan la salud emocional de las personas mayores y, en última instancia, la calidad de vida.

J. Teoría del ciclo vital

La Teoría del Ciclo de Vida desarrollada por Erikson (1988) establece que los seres humanos tienen diferentes etapas de la vida y que en cada una los aspectos individuales, sociales y emocionales de la vida juegan un papel. Lo más desafiante es estar integrado en el ego en la vejez; es decir, aceptar la historia de la vida de uno tal como es y no sentirse como la persona mayor que ha hecho lo incorrecto al final, está frustrada y deprimida y siente que nada está sucediendo.

El apoyo familiar es un factor importante en este proceso. La persona mayor, siempre que sienta que es apreciada, acompañada y reconocida por la familia, tendrá mejor tranquilidad, un mejor sentido de seguridad y una mejor sensación sobre el envejecimiento. Por el contrario, cuando experimenta abandono, indiferencia o falta de valoración, aumentan las posibilidades de que aparezcan sentimientos de soledad, tristeza, inutilidad y desesperanza.

Erikson (1988) señala que lograr una resolución positiva de esta etapa depende de la capacidad de aceptar el propio proceso de vida y mantener relaciones significativas con el entorno. En ese sentido, el acompañamiento familiar constituye un factor protector que favorece la estabilidad emocional y una mejor calidad de vida, mientras que la ausencia de este apoyo puede acelerar el deterioro físico, psicológico y social de la persona adulta mayor.

2.2. 2 Variable calidad de vida

A. Calidad de Vida

Hablar de calidad de vida implica ir mucho más allá de un simple diagnóstico médico o de la ausencia de enfermedades. Como bien detalla Chero (2021) se trata de un estado donde convergen el bienestar emocional, social, intelectual e incluso espiritual, dándole a la persona las herramientas necesarias para cubrir sus necesidades tanto individuales como colectivas y alcanzar un desarrollo verdaderamente pleno. Esta idea es reforzada por Vallejo, Cuesta y Llerena (2025) quienes insisten en la naturaleza multidimensional de este concepto; es decir, lo entienden como un tejido complejo donde la salud física y mental se entrelazan constantemente con las emociones y las dinámicas sociales del día a día.

Sin embargo, este bienestar no es una fórmula exacta o universal. García (2023) nos recuerda que la calidad de vida es tremendamente variable y depende del cristal con que se mire: el contexto en el que se encuentra la persona, sus expectativas y su historia personal marcan la pauta. Esta visión conecta de manera directa con lo que Vera (2007) planteaba al señalar el fuerte carácter subjetivo de este concepto La personalidad, los sentimientos de autosatisfacción y la experiencia previa son factores importantes que determinan el valor de lo que uno tiene a nivel personal, así como a nivel individual, y todos ellos moldean la manera en que las personas valoran su existencia de una manera única según su realidad.

A nivel institucional, esta perspectiva subjetiva está respaldada. Durante mucho tiempo, la OMS (1998) ha definido la calidad de vida como la comprensión íntima que uno tiene de su lugar en el mundo y su significado, que está moldeado por la cultura, los valores y el entorno en el que viven. De hecho, esta noción ha sido adoptada por el gobierno peruano como parte de la Ley N.º 30490 (2016) basada en la noción de que el bienestar se basa en la forma en que una persona piensa sobre la posibilidad de un objetivo y la meta alcanzable, y la realidad de la vida se ve afectada por su estado psicológico, independencia y apego emocional.

Para que todas estas dimensiones estén equilibradas, Cornejo (2016) aclara que no podemos examinar al individuo de manera aislada. La vida humana se desarrolla en comunidad. Así que realmente la calidad de vida no se puede lograr a través de un solo acto y está condicionada por el apoyo de la familia, la sociedad y las instituciones que los rodean.

B. Dimensiones de calidad de vida

La calidad de vida, según la define la OMS (1998), es la evaluación subjetiva que una persona tiene de su situación en el contexto cultural, social y de valores en el que vive. Esto no se reduce a cuán bien experimenta un individuo su vida, su estado de salud o cómo ve el mundo. De manera similar, cada dimensión de la calidad de vida está determinada por los aspectos subjetivos, capacidades y estado mental, así como el estado físico (dolor, fatiga, movilidad, energía y la percepción de cómo una persona siente su existencia). Desde esta perspectiva, la calidad de vida se ve afectada por diferentes áreas de la salud física y psicológica, que afectan directamente el bienestar general de la persona.

Asimismo, cada dimensión de la calidad de vida se relaciona con aspectos subjetivos, capacidades y estados personales, como el dolor, el cansancio, la movilidad, la energía y la manera en que la persona percibe su propia existencia. Desde este enfoque, se reconoce que la calidad de vida está influenciada por diferentes áreas, principalmente la salud física y psicológica, las cuales intervienen directamente en el bienestar integral de la persona.

a. Salud física:

La OMS (1998) señala que la salud física comprende las condiciones corporales que influyen en el desarrollo de las actividades cotidianas. Esta dimensión considera aspectos como la presencia de dolor, el malestar físico, la fatiga, la energía, el sueño y la capacidad para realizar tareas diarias. En el adulto mayor, esta área es especialmente importante, ya que cualquier limitación física puede afectar su autonomía y su bienestar general.

Dolor y malestar: Hacen referencia a las molestias corporales que pueden interferir en la vida diaria de la persona. Según la OMS (1998), no solo se valora la intensidad del dolor, sino también el grado en que este limita las actividades, reduce la independencia y afecta el estado emocional y social. En ese sentido, cuando el dolor no es controlado adecuadamente, puede disminuir la calidad de vida y generar mayor dependencia en el adulto mayor.

La energía y la fatiga: **Se** relacionan con la capacidad que tiene la persona para realizar sus actividades diarias. La fatiga puede presentarse a nivel físico, emocional o mental, y cuando es constante puede dificultar incluso tareas sencillas de la vida cotidiana. En este sentido, la falta de energía limita el desempeño personal, reduce la autonomía y afecta directamente la calidad de vida. Además, la fatiga puede estar asociada a problemas de salud físicos o psicológicos, por lo que la manera en que la persona la enfrenta influye de forma importante en su bienestar general.

Sueño y descanso: El sueño y el descanso cumplen una función esencial en la recuperación del cuerpo y en el equilibrio mental. Esta dimensión permite identificar dificultades como el insomnio, los despertares frecuentes durante la noche o la sensación de no haber descansado adecuadamente. Cuando la persona no logra dormir bien, puede experimentar cansancio durante el día, irritabilidad, disminución de la concentración y menor capacidad para desenvolverse normalmente en sus actividades diarias.

b. Salud psicológica:

La salud psicológica comprende los aspectos emocionales y cognitivos de la persona. Este ámbito considera la presencia de emociones positivas y negativas, la autoestima, el pensamiento, la memoria, la concentración y el bienestar emocional en general (OMS, 1998).

***Sensaciones positivas*:** Las emociones positivas como la calma, la satisfacción y la felicidad son partes muy importantes de la vida. Esta dimensión nos permite ver si las personas experimentan o no bienestar, esperanza y disfrute en la vida y en relación con lo que sucede en su vida diaria. También muestra cómo ven su futuro y cómo esos buenos sentimientos contribuyen a su salud, estado de ánimo y relaciones con las personas.

Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración: Está relacionado con saber recordar cosas, mantener la atención, aprender cosas nuevas, pensar, razonar y tomar decisiones. Estas son las habilidades que pueden ayudar a las personas a prosperar en el mundo y son parte de la razón por la cual puedes mantener la independencia y sentirte bien con lo que estás haciendo y feliz con tu vida.

Autoestima: La autoestima hace referencia a la valoración que la persona tiene de sí misma y al reconocimiento de su propio valor. En este aspecto se analiza el grado de aceptación personal, la seguridad en uno mismo y la percepción de control sobre la propia vida. La

autoestima puede verse influenciada por las experiencias personales, las relaciones sociales, el apoyo recibido y los logros alcanzados en diferentes áreas.

Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto: Esta dimensión evalúa la percepción y satisfacción que la persona tiene respecto a su cuerpo y apariencia física. La imagen corporal puede influir de manera significativa en la autoestima y en el bienestar emocional. Asimismo, permite comprender si la persona se siente conforme con su aspecto o si presenta sentimientos de incomodidad, rechazo o insatisfacción frente a su imagen personal.

Sentimientos negativos: Según la OMS (1998) los sentimientos negativos forman parte del bienestar psicológico de la persona y pueden influir directamente en su calidad de vida. Entre ellos se encuentran la tristeza, la ansiedad, la culpa, la desesperanza y la preocupación constante. Cuando estas emociones se presentan con frecuencia, pueden afectar la forma en que la persona se relaciona con los demás, realiza sus actividades diarias y enfrenta las dificultades propias de su etapa de vida.

c. Independencia

La independencia, de acuerdo con la OMS (1998) se relaciona con la capacidad que tiene una persona para desenvolverse por sí misma en su vida cotidiana. Esta dimensión considera la movilidad, la realización de actividades diarias, la necesidad de medicamentos o tratamientos y la posibilidad de mantenerse activa. En el adulto mayor, conservar cierto grado de independencia es importante, porque favorece su autoestima, seguridad personal y bienestar general.

Movilidad: La capacidad de moverse de un lugar a otro, ya sea en la casa o fuera de ella, es fundamental para la independencia. Este apartado examina la capacidad de una persona para realizar tareas cotidianas, como ir al trabajo o asistir a citas médicas, sin depender de otros.

Actividades de la vida diaria: Según la OMS (1998) esta faceta se relaciona con la capacidad que tiene la persona para realizar por sí misma sus actividades básicas y cotidianas, como el aseo personal, la alimentación, el orden del espacio donde vive y otras tareas necesarias para su cuidado diario. Cuando el adulto mayor depende de otras personas para desarrollar estas actividades, su autonomía puede verse limitada, afectando también su seguridad, autoestima y calidad de vida.

Dependencia de medicación o tratamientos:

Esta dimensión analiza el grado en que la persona necesita medicamentos, terapias, dispositivos médicos u otros tratamientos para conservar o mejorar su estado de salud. También permite conocer cómo estas intervenciones influyen en su rutina diaria, en su autonomía y en su bienestar general, especialmente cuando el tratamiento se vuelve permanente o indispensable para realizar sus actividades cotidianas.

Capacidad de trabajo:

La capacidad de trabajo se relaciona con la posibilidad que tiene la persona para desempeñar actividades productivas, sean remuneradas o no. Esta faceta considera la energía, la fuerza física, la concentración y las habilidades necesarias para cumplir tareas laborales, domésticas o comunitarias. En ese sentido, mantener cierta capacidad para realizar actividades útiles favorece la independencia, la autoestima y la percepción de bienestar.

d. Relaciones sociales

Según la OMS (1998), las relaciones sociales comprenden los vínculos que la persona establece con su entorno cercano, como familiares, amistades y otras personas significativas. Esta dimensión no solo considera la cantidad de relaciones, sino también la calidad de los lazos afectivos y el apoyo emocional o social que se recibe. En el caso del adulto mayor, contar con relaciones positivas y sentirse acompañado contribuye a su bienestar; por el contrario, la falta de contacto, comunicación o respaldo puede generar sentimientos de soledad, aislamiento y deterioro de su calidad de vida.

Relaciones personales:

Este aspecto se refiere a la calidad de los vínculos afectivos que mantiene la persona con quienes forman parte de su vida. Incluye la capacidad de expresar y recibir afecto, así como la cercanía emocional con familiares, amistades o pareja. La presencia de relaciones significativas fortalece el sentido de pertenencia, la seguridad emocional y el bienestar personal.

Apoyo social:

El apoyo social comprende la ayuda emocional, práctica y afectiva que una persona recibe de su familia, amistades o red cercana. Esta faceta permite identificar si la persona siente que cuenta con alguien en momentos de dificultad, enfermedad o necesidad. Tener una red de apoyo confiable favorece la tranquilidad, reduce la sensación de desprotección y mejora la calidad de vida.

Actividad sexual:

Esta dimensión considera el deseo, la actividad y la satisfacción sexual como parte del bienestar físico y emocional de la persona. Asimismo, permite comprender cómo las experiencias relacionadas con la sexualidad influyen en la autoestima, la relación de pareja, la afectividad y la percepción general de bienestar.

e. Relaciones ambientales

Según la OMS (1998), las relaciones ambientales hacen referencia a las condiciones del entorno donde la persona vive, interactúa y desarrolla sus actividades diarias. Esta dimensión incluye aspectos como la vivienda, la seguridad, los ingresos económicos, el acceso a servicios de salud y apoyo social, así como las características del ambiente, entre ellas el ruido, la contaminación, la comodidad y la disponibilidad de espacios adecuados. En el adulto mayor, un entorno seguro y favorable contribuye a su autonomía y bienestar; en cambio, vivir en condiciones precarias, inseguras o con recursos limitados puede afectar su salud, independencia y calidad de vida.

Seguridad física:

La seguridad física se relaciona con la sensación de protección que experimenta la persona frente a posibles riesgos, amenazas o daños externos. Vivir sin temor a la violencia, accidentes o situaciones de peligro permite que la persona se desenvuelva con mayor confianza y tranquilidad. Por ello, sentirse seguro en el entorno donde vive es un elemento importante para una vida digna y de calidad.

El entorno doméstico:

Es la configuración del hogar en el que vive la persona. En ese contexto se consideran el confort, el espacio, la seguridad de la vivienda, el acceso a servicios básicos y la calidad de

la infraestructura. Un hogar adecuado es uno de descanso, protección y estabilidad, mientras que uno malo es uno de autonomía limitada y afecta la calidad de vida.

Los recursos económicos:

Se refieren a la capacidad de mantenerse a uno mismo y de tener suficiente dinero para vivir cómodamente y proveer para los hijos. Y en esta área se considera la satisfacción de la persona con la economía y con la seguridad de sus recursos. La inseguridad y la tranquilidad se pueden encontrar en un ingreso estable.

Disponibilidad y calidad de la salud y asistencia social:

En esta faceta ponemos bajo la lupa la red de apoyo médico y social que cobija al individuo. No se trata simplemente de que existan hospitales en la ciudad, sino de qué tan real es el acceso a ellos: qué tan fácil le resulta al anciano llegar a una consulta, ser escuchado con empatía, recibir orientación clara y acceder a sus tratamientos a tiempo. Durante la tercera edad, contar con un sistema de cuidado que te reciba con los brazos abiertos y no te dé la espalda es, muchas veces, la línea que separa el sufrimiento de la esperanza.

Oportunidades de aprendizaje y nuevas habilidades:

Envejecer jamás debería ser sinónimo de dejar de descubrir el mundo. Esta dimensión valora los espacios que tiene la persona para seguir nutriendo su curiosidad, ya sea participando en talleres, integrándose a grupos de su comunidad o aprendiendo nuevos pasatiempos. Cuando a un adulto mayor se le siguen abriendo las puertas del conocimiento, se le está regalando la maravillosa oportunidad de mantener una mente despierta, afianzar su autonomía y comprobar que su crecimiento personal no tiene fecha de caducidad.

Recreación y disfrute del tiempo libre:

El derecho a pasarla bien es una pieza fundamental de la salud. Aquí miramos el acceso a esos espacios de esparcimiento donde la persona puede salir de su rutina, compartir risas con otros o, sencillamente, dedicarse a algo que le apasione. Lejos de ser un lujo sin importancia, esos ratos de distracción, ocio y relajación actúan como un bálsamo para el corazón, equilibran las emociones y le inyectan una dosis gigante de vitalidad y sentido a sus años.

Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima): Este aspecto se refiere a las condiciones ambientales que afectan la calidad de vida, como la contaminación, el ruido o el clima. Estas variables externas pueden influir significativamente en la salud física y el bienestar general.

Transporte: Se evalúa la disponibilidad y la facilidad de acceso a los medios de transporte, lo que afecta la movilidad y la capacidad de realizar actividades cotidianas.

f. Espiritualidad/religión/creencias personales

La dimensión espiritual comprende la influencia que tienen las creencias religiosas, espirituales y personales en la manera en que las personas afrontan su vida cotidiana. De acuerdo con la OMS (1998), estas creencias pueden convertirse en una fuente de fortaleza, esperanza y tranquilidad, especialmente durante situaciones difíciles o de enfermedad.

Asimismo, esta dimensión permite comprender cómo cada persona encuentra sentido a su existencia, afronta las adversidades y mantiene una actitud positiva frente a los cambios propios de la vida. En el caso de las personas adultas mayores, la espiritualidad suele representar un recurso importante para afrontar las pérdidas, el proceso de envejecimiento y los problemas de salud, favoreciendo su bienestar emocional y su calidad de vida.

C. Factores que influyen en la calidad de vida

Al preguntarnos qué hace que un adulto mayor viva realmente bien, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) nos explican que el bienestar no depende de una sola cosa, sino de un rompecabezas de diversos elementos que actúan al mismo tiempo. Es justamente la combinación de estos factores lo que determina si la persona siente que lleva una cotidianidad activa, sana y que verdaderamente disfruta.

1. El estado del cuerpo y la salud física:

Resulta innegable que la vitalidad física actúa como el engranaje central de nuestro bienestar. A medida que los años se acumulan, es completamente esperado que el cuerpo comience a reclamar atención: surgen esos dolores crónicos con los que hay que aprender a convivir, la energía disminuye un poco y la agilidad pierde terreno, haciendo que ciertas rutinas de toda la vida se transformen de pronto en pequeñas montañas por escalar. Frente a este desgaste natural, los especialistas nos traen a la realidad con una fórmula muy clara para defender nuestra autonomía: nutrirnos a consciencia, mantener el cuerpo en movimiento respetando

nuestros propios ritmos y, por encima de todo, no postergar jamás el acompañamiento médico oportuno.

2. El mundo emocional y el equilibrio psicológico:

De la misma manera en que procuramos mantener el cuerpo sano, el universo interno de la mente es el que finalmente dicta el color con el que un adulto mayor mira sus días. Alcanzar esta etapa de la vida trae consigo duelos silenciosos y transiciones que golpean fuerte, como el vacío que a veces deja la jubilación o el inmenso dolor de ir despidiendo a los viejos amigos. Es precisamente en medio de esas ausencias donde la angustia, la tristeza crónica y el aislamiento encuentran un terreno fértil para echar raíces. Ante esta vulnerabilidad, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) nos dejan un mensaje vital: la única armadura verdaderamente resistente para proteger el corazón de nuestros mayores es envolverlos en un cariño familiar constante, impulsarlos a no soltar los lazos con sus amistades y, sin dudarlo, buscar el apoyo de un profesional de la salud mental cuando sientan que las fuerzas emocionales empiezan a apagarse.

3. Estado cognitivo:

Es el bienestar integral que se presenta en esta esta etapa muchas veces presenta alteraciones como la pérdida de memoria, la demencia o la enfermedad de Alzheimer pueden afectar la autonomía y la toma de decisiones. Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) indican que estimular continuamente las funciones cognitivas mediante la lectura, el aprendizaje, los juegos mentales y la interacción social puede contribuir a preservar estas capacidades durante más tiempo.

4. La importancia de las redes y el apoyo social:

Sentirse acompañado es, quizás, uno de los mejores salvavidas durante esta etapa de la vida. Mantener lazos estrechos y constantes con la familia, los amigos de siempre o los propios vecinos del barrio no solo brinda un consuelo emocional invaluable, sino que reafirma esa necesidad humana de sentir que seguimos perteneciendo a un grupo. Al evitar que el adulto mayor se encierre en sí mismo, estas conexiones se vuelven vitales. De hecho, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) nos confirman que quienes tienen la suerte de contar con un buen círculo de contención no solo se sienten mucho más felices con su día a día, sino que, sorprendentemente, también gozan de una mejor salud general.

5. La satisfacción personal y el sentido de vida:

Este último punto tiene que ver con el balance íntimo que cada quien hace al mirar su propia historia y su realidad actual. Sentirse a gusto con la vida que se lleva no es casualidad; es el resultado de cómo se conjugan una buena salud, cierta tranquilidad económica, la paz en el hogar y, sobre todo, el poder dedicar tiempo a actividades que realmente llenen el corazón. Como bien destacan Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011), el verdadero secreto para un envejecimiento pleno radica en no perder el propósito. Abrir los ojos cada mañana con la certeza de que aún hay mucho por brindar, abrazar pequeños propósitos diarios o sentir que su apoyo suma positivamente a la dinámica del hogar, se convierte en el impulso más poderoso durante esta etapa. Ese profundo sentimiento de utilidad y pertenencia es, al final de cuentas, la clave maestra para envejecer con verdadera plenitud.

6. Los recursos económicos y la tranquilidad financiera:

No podemos hablar de un bienestar real sin tocar una dimensión insoslayable: el bolsillo. Contar con una base económica sólida es lo que sostiene las necesidades más vitales, desde asegurar un plato de comida en la mesa y un techo abrigador, hasta poder disfrutar de un momento de recreación. Cuando el dinero no alcanza y la escasez toca la puerta, el adulto mayor se choca contra un muro inmenso al momento de intentar comprar sus medicamentos o costear un tratamiento, una angustia que termina fracturando su salud y su paz interior. Por ello, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) nos recuerdan que tener las espaldas cubiertas económicamente no es un lujo, sino el pasaporte hacia la independencia; es ese respaldo que les regala la profunda tranquilidad de no sentirse una carga para nadie en esta etapa de la vida.

7. La autopercepción del propio bienestar físico:

Más allá de lo que dicten los diagnósticos y las recetas médicas, la manera íntima en que cada persona siente y califica su propio cuerpo tiene un poder gigantesco sobre su calidad de vida. Resulta admirable ver cómo, incluso teniendo que convivir con varias enfermedades, una actitud positiva y resiliente se convierte en la mejor medicina para afrontar los tratamientos y no descuidar el amor propio. Como bien lo observan Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011), aquellos ancianos que eligen mirar su estado de salud a través de

un lente optimista son los que, al final del día, logran hacer las paces con las limitaciones del reloj biológico y se adaptan a su nueva realidad con muchísima más gracia y fortaleza.

8. Interés por el trabajo, ocio y relaciones interpersonales:

Permanecer activo mediante actividades recreativas, culturales, comunitarias o de voluntariado contribuye al bienestar de las personas adultas mayores. Del mismo modo, cultivar relaciones familiares y sociales fortalece el sentido de utilidad y pertenencia. Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) indican que la participación en actividades significativas favorece una mejor calidad de vida.

9. Función sexual:

La sexualidad continúa siendo una dimensión importante durante la vejez. Aunque las manifestaciones de la vida sexual pueden cambiar con el paso de los años, mantener relaciones afectivas e íntimas satisfactorias favorece el bienestar emocional, fortalece los vínculos de pareja y contribuye a una mejor percepción de la calidad de vida (Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011).

10. Vitalidad:

La vitalidad hace referencia al nivel de energía, entusiasmo y disposición para realizar las actividades diarias. Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) sostienen que los adultos mayores que conservan una buena condición física y emocional suelen sentirse más activos, participativos y satisfechos con su vida, aspectos que repercuten favorablemente en su bienestar general.

D. Teoría ecológica

La teoría ecológica propuesta por Bronfenbrenner (1987) explica que el desarrollo y el bienestar de una persona no dependen únicamente de sus características individuales, sino también de las relaciones que establece con los diferentes entornos donde vive. Desde esta perspectiva, la calidad de vida es el resultado de la interacción permanente entre la persona, su familia, la comunidad, las instituciones y el contexto social en el que se desenvuelve. Por ejemplo, si tienes una buena relación con tu familia (microsistema), pero vives en una sociedad donde no se apoya la salud mental (macrosistema), tu bienestar se ve afectado. O si el gobierno toma decisiones que mejoran los servicios de salud (exosistema), pero no

tienes el apoyo de tus amigos (microsistema), también tu calidad de vida puede verse comprometida.

El microsistema sería el círculo más cercano, el que toca directamente nuestra vida. Este círculo incluye a las personas y lugares con los que interactuamos cada día: nuestra familia, amigos, compañeros de trabajo, el lugar donde estudiamos, el médico que nos atiende. Todo lo que pasa dentro de este círculo tiene un impacto directo en nuestra vida. Si tienes el apoyo de tu familia o si tienes amigos con los que puedes contar, tu bienestar general mejora. Es como tener una base sólida que te sostiene (Bronfenbrenner, 1987).

Pero no solo se trata de las interacciones directas. El siguiente círculo es el mesosistema, que es cómo esos diferentes elementos de tu vida se relacionan entre sí. Por ejemplo, si tu familia apoya y acompaña a tus citas médicas, tu vida se conecta emocionalmente de manera que una parte ayuda a la otra, mejorando tu bienestar general (Bronfenbrenner, 1987).

Más allá de esto, está el exosistema, un círculo más grande que no toca directamente a la persona, pero que influye de manera indirecta en su vida. Este sistema incluye decisiones que toman otros, como los gobiernos o instituciones. Por ejemplo, si vives en una ciudad que ofrece buenos servicios de salud, esas políticas afectan tu calidad de vida, aunque no estés directamente involucrado en esas decisiones (Bronfenbrenner, 1987).

Luego tenemos el macrosistema, que abarca los valores y creencias de la sociedad en la que vives. Este círculo es el más grande y abarca todo lo relacionado con la cultura, las normas sociales y las políticas públicas. Por ejemplo, si vives en una sociedad que valora el bienestar emocional y tiene programas para cuidar la salud mental, eso hace que tu vida sea más fácil y tu calidad de vida mejor. Este círculo es como el sol en el jardín: proporciona la energía que alimenta todo lo demás (Bronfenbrenner, 1987).

Por último, está el cronosistema, que se refiere a cómo el tiempo y los cambios afectan tu vida. A medida que pasas por diferentes etapas de la vida, como la infancia, la adultez o la vejez, o cuando atraviesas cambios importantes (como una crisis económica o un avance en la tecnología), tu calidad de vida se ve afectada. El cronosistema se refiere a cómo estos cambios ocurren con el tiempo, tanto en tu vida como en la sociedad en general (Bronfenbrenner, 1987).

Esta teoría nos dice que nuestra calidad de vida es el resultado de cómo interactuamos con el mundo que nos rodea. No es solo cuestión de salud o de lo que sentimos, sino de cómo los diferentes entornos como la familia, la comunidad, el país en el que vivimos, y los cambios a lo largo del tiempo influyen en nosotros. Y para mejorar nuestra calidad de vida, es importante considerar todos estos niveles, no solo lo que está pasando dentro de nosotros, sino también lo que está ocurriendo en el contexto más amplio de nuestra vida.

E. Teoría de las necesidades humanas

Maslow (1991) desarrolló la teoría sobre la motivación, que se expresa a través de la pirámide de necesidades. Según Maslow, las necesidades humanas se organizan de manera jerárquica, comenzando con las necesidades más básicas y llegando a las más complejas. Esta jerarquía aplicada también al adulto mayor, ya que las necesidades cambian conforme las personas envejecen.

Para entender a fondo cómo se construye este bienestar, la clásica teoría de Maslow (1991) nos ofrece una brújula excelente. Bajo este enfoque, comprendemos que el bienestar nunca es un estado fijo; por el contrario, es un camino que se construye peldaño a peldaño conforme vamos resolviendo nuestras carencias. Si llevamos este razonamiento a la realidad de la tercera edad, el mensaje es tan claro como contundente: disfrutar de una vejez digna exige muchísimo más que la simple ausencia de enfermedad. Para que el adulto mayor realmente viva bien, su cuerpo sano debe estar acompañado por la tranquilidad de sentirse a salvo, el calor del afecto en casa, el respeto sincero de quienes lo rodean y, por encima de todo, la ilusión intacta de seguir aportando y sintiéndose valioso en su rutina.

Las necesidades fisiológicas:

En la base de toda esta estructura, actuando como un cimiento innegociable, se ubican los requerimientos biológicos más primarios. Se trata de aquellos elementos mínimos que nuestra "máquina" humana reclama por mero instinto de supervivencia: nutrirse con los alimentos adecuados, respirar sin dificultad, conseguir que las horas de sueño sean un verdadero respiro para el cuerpo y proteger la salud de manera constante. Sin tener este primer nivel totalmente asegurado y firme, resulta materialmente imposible intentar construir cualquier otro tipo de bienestar. Sin embargo, en la etapa de la vejez, este piso básico cobra una importancia monumental. Es justamente en estos años cuando el cuerpo se

vuelve más frágil, asoman los achaques crónicos y, muchas veces, se necesita de una mano amiga para realizar tareas que antes eran rutinarias.

Por esa razón, Maslow (1991) nos permite entender que garantizar lo más elemental un plato de comida nutritiva, chequeos médicos a tiempo, horas de descanso reales y un techo libre de peligros es el requisito número uno, y totalmente innegociable, para poder cimentar cualquier indicio de calidad de vida. Sin este primer peldaño bien firme, es imposible pensar en los demás.

Necesidades de seguridad

Luego de cubrir las necesidades básicas, las personas requieren sentirse protegidas. En la vejez, la seguridad implica vivir en un entorno libre de violencia, abandono, maltrato o riesgos que puedan afectar su integridad. También incluye la estabilidad económica, el acceso a servicios de salud y la tranquilidad de contar con apoyo cuando se presenta una emergencia. Cuando estas condiciones no están garantizadas, el adulto mayor puede experimentar miedo, incertidumbre y vulnerabilidad (Maslow, 1991).

Necesidades de afiliación o pertenencia

Las necesidades de afiliación se relacionan con el afecto, la compañía y el sentido de pertenencia. En los adultos mayores, mantener vínculos con la familia, amistades o comunidad es esencial para evitar la soledad y el aislamiento. Sentirse querido, escuchado y tomado en cuenta fortalece su bienestar emocional. Por el contrario, la ausencia de relaciones cercanas puede generar tristeza, desmotivación y afectar su salud mental (Maslow, 1991).

Necesidades de estima

Las necesidades de estima se relacionan con el respeto hacia uno mismo y el reconocimiento recibido por los demás. Durante la vejez, algunas personas pueden sentirse menos valoradas debido a la pérdida de autonomía, la jubilación o la dependencia. Por ello, es importante que la familia y la sociedad reconozcan su experiencia, sabiduría y aportes. Cuando el adulto mayor se siente respetado y valorado, fortalece su autoestima y mantiene una percepción más positiva de su vida (Maslow, 1991).

Autorrealización

Maslow (1991) en esta etapa la necesidad de realización personal simplemente toma otras formas: se refleja en el entusiasmo por aprender un nuevo pasatiempo, sumarse a labores comunitarias, involucrarse en voluntariados o, sencillamente, convertirse en un pilar de apoyo invaluable para los hijos y nietos. A fin de cuentas, el ser humano, sin importar los años que tenga encima, necesita despertar cada mañana con una meta, sentirse útil para los demás y encontrarle un sentido real a su rutina.

Mirando la vejez desde esta lupa, queda clarísimo que el bienestar no se puede alcanzar a medias. Reducir el cuidado de un anciano a garantizarle un plato de comida, una cama y sus pastillas a la hora indicada es un error inmenso. Para que su calidad de vida florezca de verdad, es indispensable abrazar su lado humano: hay que brindarle un entorno seguro, llenarlo de afecto, reconocer toda su experiencia y darle voz y voto tanto en la mesa familiar como en la sociedad. Solo cuando logramos cubrir todo este abanico de necesidades, el adulto mayor deja de simplemente "sobrevivir" al paso del tiempo y comienza a vivir plenamente, con un propósito claro, una profunda tranquilidad y una dignidad inquebrantable.

2.3 Bases Filosóficas

Detenernos a reflexionar sobre cómo se construye el conocimiento en este estudio nuestro enfoque epistemológico resulta fundamental. Aquí no se trata simplemente de aplicar cuestionarios, recolectar datos fríos y tabular números sobre el abandono familiar. El verdadero propósito es adentrarnos en la realidad íntima de los pacientes. Buscamos entender que el desamparo no es solo una variable estadística que se puede medir en un papel, sino una vivencia profundamente dolorosa que atraviesa el cuerpo, golpea las emociones y aísla al adulto mayor del mundo que lo rodea.

Si analizamos esta realidad desde una óptica constructivista, comprendemos que la calidad de vida no es una receta idéntica para todos. Por el contrario, es una construcción íntima y personal. Cada ser humano evalúa su propio bienestar basándose en cómo interpreta su día a día y en la calidad de los vínculos que sostiene. Para un anciano, sentir que vive bien no depende de una fórmula médica, sino de factores muy sensibles: la calidez del trato que le dan, la certeza de saber que tiene a los suyos como respaldo y el cariño constante que recibe. En otras palabras, la familia y el entorno son los verdaderos arquitectos de cómo el adulto mayor percibe el valor de su propia existencia.

Adoptar esta mirada nos obliga a abordar el problema con mucha más sensibilidad. Nos recuerda una lección vital: cuidar a una persona en la última etapa de su vida jamás debe reducirse a recetar pastillas o tratar los síntomas de una enfermedad. Sus necesidades de ser escuchado, de recibir afecto y de sentirse parte de un grupo son igual de urgentes. En el fondo, lo que busca esta investigación es sentar las bases para que los futuros planes de apoyo dejen de ser fríos protocolos hospitalarios y se conviertan en estrategias genuinamente empáticas; intervenciones centradas en el lado humano del paciente, que defiendan su bienestar integral y su derecho innegable a ser respetado y valorado.

2.4 Definición de términos básicos

Abandono familiar. - Según la ley 30490 (2016) se da cuando su entorno cercano, ya sea por una decisión consciente o por simple negligencia cotidiana, ignora sus necesidades físicas y afectivas. Esta falta de apoyo y acompañamiento no solo pone en peligro la salud y el bienestar del anciano, sino que atenta profundamente contra su dignidad humana. Esta situación puede presentarse de manera voluntaria o por descuido, cuando no se atienden adecuadamente sus necesidades físicas, emocionales, sociales o morales, poniendo en riesgo su bienestar, su salud y su dignidad como persona.

Abandono material. - El abandono material ocurre cuando la persona responsable de cuidar al adulto mayor no cubre sus necesidades básicas, como alimentación, abrigo, higiene, atención médica y protección ante peligros (Chero, 2021).

Abandono moral. - Este abandono se da cuando se corta el vínculo emocional y se priva al anciano del cariño, la escucha y la compañía. Este distanciamiento silencioso es sumamente cruel, ya que provoca heridas psicológicas muy profundas (Chero, 2021).

Calidad de vida. - Es la percepción personal de la vida, influenciada por factores culturales, valores, salud, bienestar psicológico, autonomía, relaciones sociales y entorno (OMS, 1998).

Salud física. - Evalúa la salud corporal y sensaciones físicas, como dolor, fatiga, energía, sueño y capacidad para realizar actividades diarias (OMS, 1998).

Salud psicológica. - Se enfoca en aspectos emocionales y cognitivos, como las sensaciones positivas y negativas, autoestima, pensamiento, memoria y bienestar emocional (OMS, 1998).

Relaciones sociales. - Examina la calidad y cantidad de las interacciones sociales, el apoyo de amigos y familiares, y la participación en actividades sociales (OMS, 1998).

Relaciones ambientales. - Considera el entorno de la persona, incluyendo su hogar, seguridad, recursos financieros, acceso a servicios y condiciones ambientales como el ruido o contaminación (OMS, 1998).

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

Existe una relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

2.5.2 Hipótesis específicas

Existe una relación significativa entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Existe una relación significativa entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

2.6 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable: **ABANDONO FAMILIAR** (X)	Es la omisión, ya sea deliberada o no, por parte de una persona o entidad responsable del cuidado de una persona adulta mayor, al no atender adecuadamente sus necesidades de manera integral, lo que pone en peligro su vida, salud física, emocional o moral (Ley 30490).	Abandono material	Apoyo familiar	Alto (3) Moderado (2) Bajo (1)	Escala Ordinal Nunca (1) A veces (2) Siempre (3)
			Satisfacción		
			Ingresos económicos		
			Apoyo económico		
		Abandono moral	Dialogo con la familia		
			Comprensión por la familia		
			Visita familiar		
			Trato familiar		
Variable: **CALIDAD DE VIDA** (Y)	La OMS (1998) señala que la calidad de vida es la percepción que tiene cada persona sobre su vida, considerando su cultura, valores, metas y expectativas. Esta incluye aspectos como la salud física, el bienestar psicológico, la autonomía, las relaciones sociales y el entorno.	Salud física	Dolor		
			Tratamiento		
			Actividades cotidianas		
			Movilidad		
			Trabajo		
			Satisfacción		
		Salud psicológica	Sentimientos positivos		
			Autopercepción		
			Aprendizaje		
			Memoria		
		Relaciones sociales	Relaciones interpersonales		
			Vida sexual		
			Apoyo de la comunidad		
		Relaciones ambientales	Libertad y seguridad		
			Bienestar monetario		
			Actividades recreativas		
			Atención sanitaria		

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Este trabajo se enmarca dentro de lo que Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen como una investigación aplicada. Esto significa que el estudio no nace de una simple curiosidad teórica, sino de un problema palpable y cotidiano: la dura realidad que atraviesan los pacientes geriátricos dentro del Servicio de Medicina. El propósito central es generar conocimiento que tenga una utilidad práctica; es decir, arrojar luz sobre cómo la ausencia de la familia golpea el bienestar del anciano para que, a partir de estos datos, los profesionales de la salud puedan diseñar estrategias de apoyo mucho más humanas y efectivas en el futuro.

3.1.2 Nivel de investigación

En cuanto a su alcance, el estudio se sitúa en un nivel correlacional. Siguiendo los lineamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2010) nuestra intención no fue intervenir ni modificar el entorno de los participantes, sino actuar como observadores analíticos. El objetivo fue descubrir y medir si existe un vínculo real entre el desamparo familiar y la calidad de vida. En palabras sencillas, buscamos entender cómo se comportan, se cruzan y reaccionan estas dos realidades dentro del grupo de pacientes evaluado.

3.1.3 Diseño de investigación

Para abordar esta problemática, optamos por un diseño no experimental. Tal como explican Hernández, Fernández y Baptista (2010) este modelo se caracteriza por un respeto absoluto a la realidad del fenómeno. Durante el proceso, no provocamos ninguna situación ni manipulamos las variables a nuestro antojo. Simplemente, nos dedicamos a registrar, observar y analizar los hechos exactamente de la misma forma en la que ocurren en el día a día dentro de las instalaciones del hospital.

3.1.4 Enfoque de investigación

Finalmente, toda la estructura del proyecto se sostiene sobre un enfoque cuantitativo. Para darle la precisión que exige la ciencia, y tomando como referencia a Hernández, Fernández y Baptista (2010) el trabajo se basó en la recolección de datos numéricos y estrictamente medibles. Al pasar toda esta información recolectada por el filtro del análisis

estadístico, logramos trazar una radiografía exacta de la situación y demostrar de manera matemática la fuerza con la que se conectan ambas variables en la vida de estos adultos mayores.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo integrada por 444 pacientes adultos mayores que recibieron atención entre los meses de enero y agosto de 2025 en el Servicio de Medicina del RIS Hospital Barranca Cajatambo.

3.2.2 Muestra

Este estudio tuvo un muestreo no probabilístico por conveniencia que son un total de 94 pacientes adultos mayores del servicio de medicina del RIS - Hospital Barranca Cajatambo en 2025, para lo cual se consideró dos criterios:

Inclusión:

Pacientes adultos mayores

Pacientes del servicio de medicina del RIS - Hospital Barranca

Exclusión:

Pacientes de otras edades adolescentes, jóvenes o adultos.

Pacientes de otros servicios o áreas Hospital Barranca

Pacientes de otros hospitales

3.3 Técnicas de recolección de datos

3.3.1 Técnica

La técnica utilizada fue la encuesta, debido a que es una técnica de recolección de datos ampliamente utilizada en investigaciones de tipo correlacional y cuantitativo, como la de este estudio, debido a que permite obtener información directa de los pacientes adultos mayores sobre su percepción y experiencias relacionadas con el abandono familiar y su calidad de vida.

3.2.2 Instrumento

Ficha técnica para medir la variable abandono familiar

Nombre del instrumento	: Cuestionario de abandono familiar
Autor y año	: Chero (2021)
Objetivo	: Determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: 15 minutos
Escala	: Likert
Dimensiones	: Abandono material Abandono moral
Nº de preguntas	: 20
Medición	: 1=Nunca 2=A veces 3=Siempre

Las propiedades métricas:

El cuestionario original fue validado mediante juicio de tres expertos. Respecto a su confiabilidad, obtuvo un coeficiente de 0,90 mediante el método de división por mitades y la fórmula de Spearman-Brown, lo que evidencia un nivel excelente de consistencia. Asimismo, presentó un alfa de Cronbach de 0,935, valor que confirma una confiabilidad excelente del instrumento.

Baremación:

Niveles	**Abandono familiar**	**Dimensiones**	
		Abandono material	**Abandono moral**
Alto	48-60	24-30	24-30
Medio	34-47	17-23	17-23
Bajo	20-33	10-16	10-16

Ficha técnica para medir la variable calidad de vida

Nombre del instrumento	: Cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF
Autor y año	: OMS (1998)
Adaptación	: Chero (2021)
Objetivo	: Determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: 15 minutos
Escala	: Likert
Dimensiones	: Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Relaciones ambientales
Nº de preguntas	: 21
Medición	: 1=Nunca 2=A veces 3=Siempre

Las propiedades métricas:

El cuestionario original fue revisado y validado por tres expertos. En cuanto a su confiabilidad, alcanzó un valor de 0,95 mediante el coeficiente de Holsti, lo que demuestra una confiabilidad excelente. Además, obtuvo un alfa de Cronbach de 0,94, confirmando que el instrumento presenta una alta consistencia interna.

Baremación:

Niveles	**Calidad de vida**	**Dimensiones**			
		Salud física	**Salud psicológica**	**Relaciones sociales**	**Relaciones ambientales**
Alto	49-63	14-18	13-15	13-15	13-15
Medio	35-48	10-13	9-12	9-12	9-12
Bajo	21-34	6-9	5-8	5-8	5-8

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron mediante la aplicación de los instrumentos fueron organizados, codificados y procesados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics. Posteriormente, la información fue analizada e interpretada mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial, lo que permitió presentar los resultados en tablas y establecer la relación entre las variables de estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

4.1.1 Características sociodemográficas

Tabla 1

Distribución de los pacientes adultos mayores según grupo etario y estado civil

Edad por grupos	**f**	**%**
69-75	11	21,4
76-80	32	75,5
81-90	51	3,1
Total	94	100,0
Estado civil	**f**	**%**
Soltero	9	23,3
Casado	13	12,6
Conviviente	26	64,2
Viudo	46	55
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

En la tabla se puede observar que, según la edad, la mayoría de los pacientes se encuentra en el grupo de 81 a 90 años, con 51 casos, lo que indica que predominan los adultos mayores de edad más avanzada. Le sigue el grupo de 76 a 80 años con 32 casos, y finalmente el grupo de 69 a 75 años con 11 casos, siendo el menos frecuente. En cuanto al estado civil, se observa que la mayor cantidad de pacientes son viudos, con 46 casos, lo que refleja que muchos adultos mayores han perdido a su pareja. Asimismo, 26 pacientes son convivientes, seguido de 13 casados y 9 solteros, siendo este último el grupo menos frecuente. En general, los resultados muestran que la población estudiada está conformada principalmente por

adultos mayores de mayor edad y en condición de viudez, lo cual puede influir en su situación emocional, social y en el nivel de apoyo que reciben.

Tabla 2

Distribución de los pacientes adultos mayores según vivienda, medicación, enfermedad y pensión

Vivienda en que reside	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Casa propia	11	11,70
Alquiler	32	34,04
Vivienda compartida	51	54,26
Total	94	100,0
Toma medicamentos	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	89	94,68
No	5	5,32
Total	94	100,0
Sufre enfermedad crónica	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	76	80,85
No	18	19,15
Total	94	100,0
Recibe alguna pensión	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Si	9	9,57
No	85	90,43
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

En la Tabla 2 se presentan los resultados de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025, según las variables vivienda en que reside, toma de medicamentos, presencia de enfermedad crónica y recepción de alguna pensión.

En relación con la vivienda en que reside, se observa que la mayor proporción de adultos mayores vive en vivienda compartida, representando 51 participantes (54,26%). Le

siguen aquellos que residen en alquiler, con 32 casos (34,04%), y en menor proporción quienes cuentan con casa propia, con 11 participantes (11,70%). Estos resultados evidencian que más de la mitad de la población estudiada no dispone de una vivienda independiente o propia, lo que podría reflejar condiciones de dependencia familiar, limitaciones económicas o necesidad de acompañamiento en esta etapa de vida.

Respecto a la variable toma medicamentos, se identificó que 89 adultos mayores (94,68%) sí consumen medicamentos, mientras que solo 5 participantes (5,32%) indicaron no hacerlo. Este hallazgo muestra que la gran mayoría de los pacientes requiere tratamiento farmacológico, lo cual guarda relación con el proceso de envejecimiento y con la presencia de afecciones de salud que demandan seguimiento médico permanente.

En cuanto a si sufre enfermedad crónica, los resultados indican que 76 participantes (80,85%) padecen alguna enfermedad crónica, en tanto que 18 adultos mayores (19,15%) señalaron no presentar este tipo de enfermedad. Esto permite inferir que la mayoría de los pacientes se encuentra en una condición de salud vulnerable, propia de la edad avanzada, lo que puede incidir de manera significativa en sus niveles de autonomía, bienestar físico y calidad de vida.

Por otro lado, en relación con la variable recibe alguna pensión, se encontró que la gran mayoría, correspondiente a 85 adultos mayores (90,43%) no percibe ninguna pensión y 9 participantes (9,57%) reciben este beneficio. Este resultado evidencia una importante desprotección económica en la población estudiada, lo cual podría afectar su capacidad para cubrir necesidades básicas, acceder a medicamentos, mantener una alimentación adecuada y afrontar gastos derivados de su estado de salud.

En resumen, los resultados muestran que los adultos mayores estudiados se caracterizan principalmente por vivir en viviendas compartidas, consumir medicamentos de manera frecuente, padecer enfermedades crónicas y, en su mayoría, no contar con una pensión. Estas condiciones revelan una situación de vulnerabilidad social, económica y sanitaria, que podría estar estrechamente relacionada con el abandono familiar y con una menor calidad de vida en esta población

4.1.2 Análisis descriptivo de la variable abandono familiar y sus dimensiones

Tabla 3

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono familiar

	f	%
Bajo	1	1%
Medio	3	3%
Alto	90	96%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 1

Abandono familiar

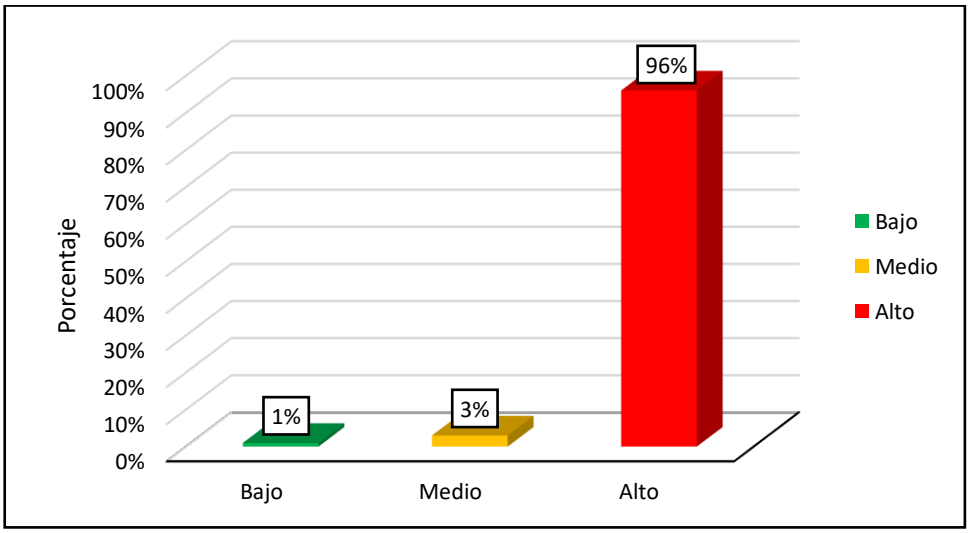


Figura 1. Nivel de la variable abandono familiar

En la tabla se aprecia que el nivel alto de abandono familiar concentra la mayor cantidad de casos, con 90 pacientes, equivalente al 96% del total. Este resultado evidencia que gran parte de los adultos mayores evaluados no estaría recibiendo suficiente apoyo, cuidado o acompañamiento por parte de sus familiares. En menor proporción, se observa que 3 pacientes, representados por el 3%, presentan un nivel medio de abandono familiar, lo que refleja ciertas limitaciones en el respaldo familiar. Finalmente, solo 1 paciente, equivalente al 1%, se ubica en el nivel bajo, indicando que muy pocos adultos mayores cuentan con un apoyo familiar adecuado. De manera general, los resultados muestran que el abandono familiar se presenta en un nivel alto en la mayoría de los pacientes, situación que

podría afectar su bienestar y su calidad de vida, por lo que resulta necesario fortalecer el acompañamiento familiar, social y sanitario.

Tabla 4

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono material

	f	%
Bajo	2	2%
Medio	3	3%
Alto	89	95%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 2

Abandono material

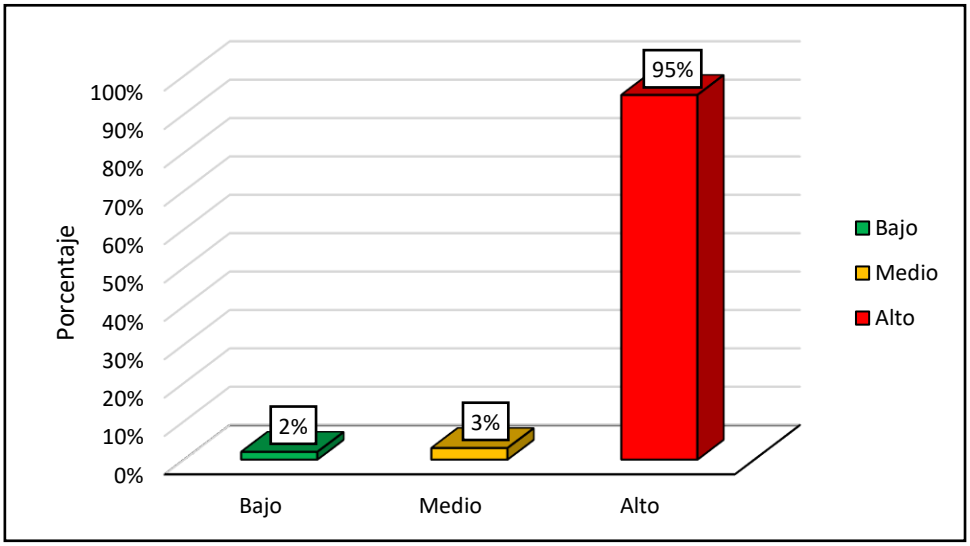


Figura 2. Nivel de la dimensión abandono material

En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes presenta un alto nivel de abandono material, con 89 casos (95%), lo que indica que muchos adultos mayores no reciben el apoyo económico o material necesario para cubrir sus necesidades básicas. Asimismo, un pequeño grupo presenta un nivel medio de abandono material, con 3 casos (3%), lo que significa que tienen algunas limitaciones en el apoyo que reciben. Por último, solo 2 casos (2%) presentan un bajo nivel de abandono material, es decir, muy pocos pacientes cuentan con un adecuado apoyo en este aspecto. En general, los resultados

muestran que el abandono material es alto en la mayoría de los pacientes, lo cual puede afectar seriamente su bienestar y calidad de vida, siendo necesario fortalecer el apoyo familiar y social.

Tabla 5

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de abandono moral

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1%
Moderado	2	2%
Alto	91	97%
Total	94	100,0%

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 3

Abandono moral

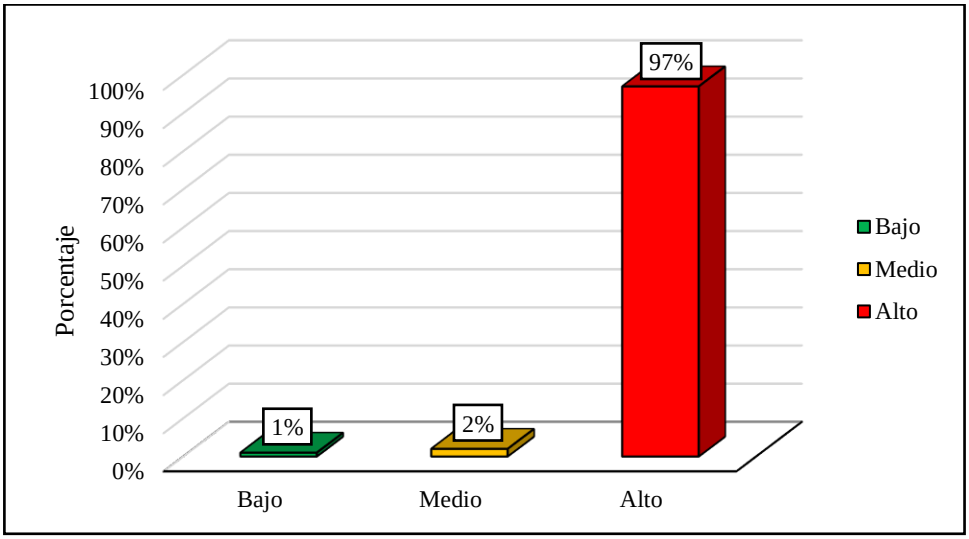


Figura 3. Nivel de la dimensión abandono moral

En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes presenta un alto nivel de abandono moral, con 91 casos (97%), lo que indica que muchos adultos mayores no reciben afecto, atención emocional ni acompañamiento por parte de sus familiares. Asimismo, un grupo muy reducido presenta un nivel moderado de abandono moral, con 2 casos (2%), lo que significa que reciben apoyo emocional de manera limitada. Por último,

solo 1 caso (1%) presenta un bajo nivel de abandono moral, es decir, muy pocos pacientes cuentan con un adecuado apoyo afectivo. En general, los resultados muestran que el abandono moral es muy alto en la mayoría de los pacientes, lo cual puede afectar su estado emocional y su calidad de vida, siendo necesario promover mayor apoyo familiar y social.

4.1.3 Análisis descriptivo de la variable calidad de vida y sus dimensiones

Tabla 6

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de calidad de vida

	f	%
Bajo	84	90%
Medio	6	6%
Alto	4	4%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 4

Calidad de vida

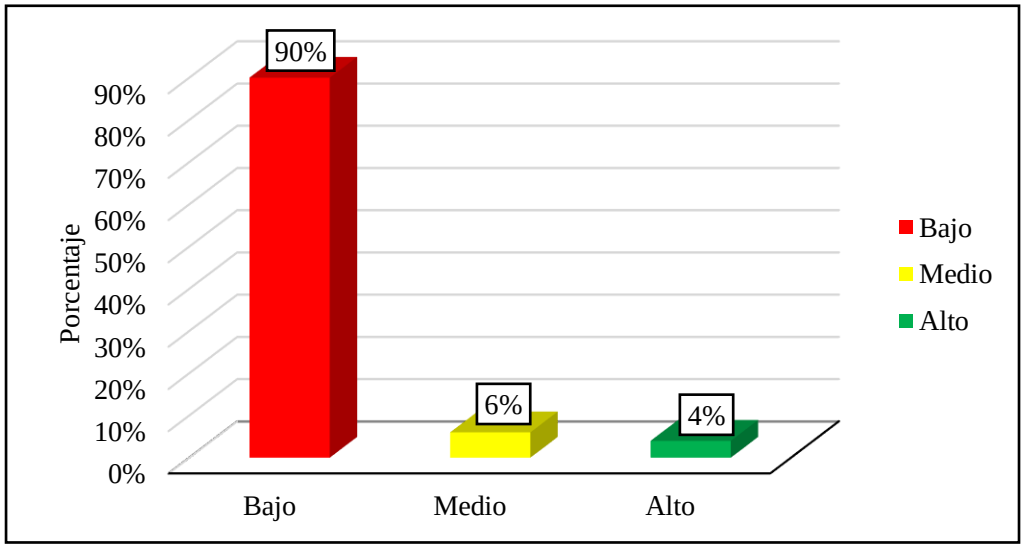


Figura 4. Nivel de la variable calidad de vida

En la tabla se aprecia que la mayor parte de los pacientes adultos mayores presenta un nivel bajo de calidad de vida, representado por 84 casos (90%). Este resultado refleja que la mayoría enfrenta limitaciones que afectan su bienestar físico, emocional y

social, repercutiendo en su desenvolvimiento cotidiano. Asimismo, 6 pacientes (6%) se ubican en un nivel medio de calidad de vida, lo que indica que, aunque cuentan con condiciones relativamente favorables, aún presentan algunas dificultades que pueden influir en su bienestar. En contraste, solo 4 pacientes (4%) alcanzan un nivel alto, evidenciando que son muy pocos quienes disfrutan de una adecuada calidad de vida. En conjunto, estos hallazgos muestran que predomina un bajo nivel de calidad de vida entre los adultos mayores evaluados. Esta situación podría estar asociada a diversos factores, entre ellos el escaso apoyo familiar, por lo que resulta importante fortalecer las redes de apoyo familiar, social e institucional para contribuir a mejorar su bienestar integral.

Tabla 7

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de salud física

	f	%
Bajo	88	94%
Medio	4	4%
Alto	2	2%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 5

Dimensión salud física

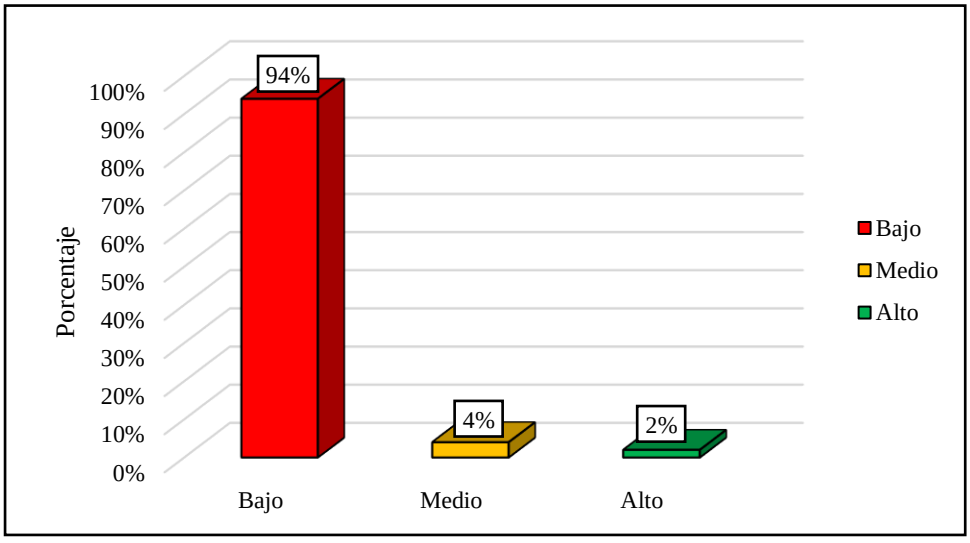


Figura 5. Niveles de la dimensión salud física

En la tabla se identifica que la mayoría de los pacientes adultos mayores presenta un nivel bajo de salud física, con 88 casos (94%). Este resultado muestra que gran parte de la población evaluada enfrenta dificultades relacionadas con su estado de salud, presencia de enfermedades o limitaciones para realizar sus actividades diarias. De igual manera, 4 pacientes (4%) se ubican en un nivel medio de salud física, lo que refleja una condición regular, aunque todavía con ciertas restricciones. Finalmente, solo 2 pacientes (2%) alcanzan un nivel alto, evidenciando que muy pocos presentan un estado físico favorable. En conjunto, los resultados evidencian que la salud física se encuentra afectada en la mayoría de los adultos mayores evaluados, por lo que resulta necesario fortalecer la atención médica, el seguimiento oportuno y el acompañamiento integral desde la familia y los servicios de salud.

Tabla 8

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de salud mental

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	89	95%
Medio	4	4%
Alto	1	1%
Total	94	100%

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 6

Salud mental

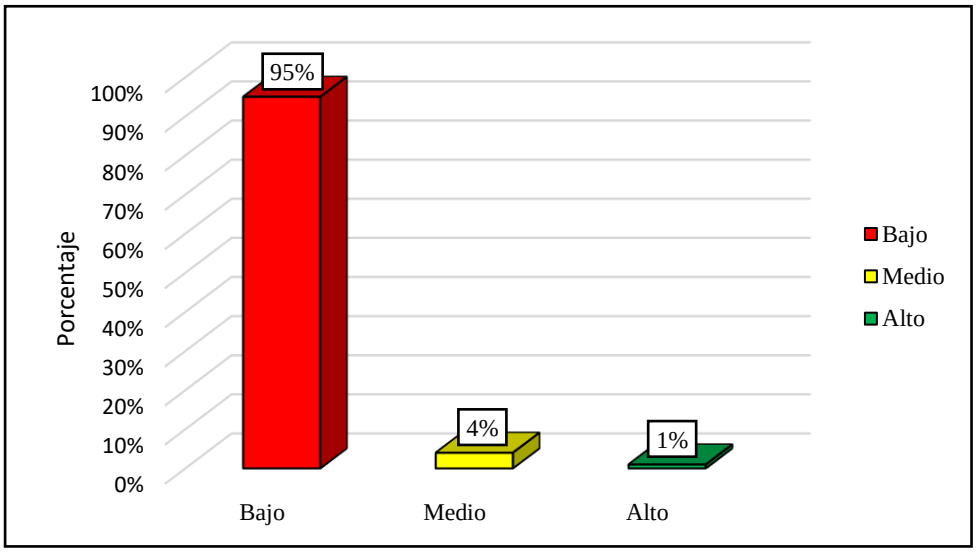


Figura 6. Niveles de la dimensión salud mental

En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes presenta un nivel bajo de salud mental, con 89 casos (95%), lo que indica que muchos adultos mayores tienen dificultades en su bienestar emocional, como tristeza, soledad o estrés. Asimismo, un pequeño grupo presenta un nivel medio de salud mental, con 4 casos (4%), lo que significa que tienen un estado emocional regular, pero con algunas dificultades. Por último, solo 1 caso (1%) presenta un alto nivel de salud mental, es decir, muy pocos pacientes se encuentran emocionalmente bien. En general, los resultados muestran que la salud mental es baja en la mayoría de los pacientes, lo cual puede afectar su calidad de vida, siendo importante brindar apoyo psicológico y fortalecer el acompañamiento familiar y social.

Tabla 9

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de relaciones sociales

	f	%
Bajo	79	84%
Medio	10	11%
Alto	5	5%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 7

Dimensión relaciones sociales

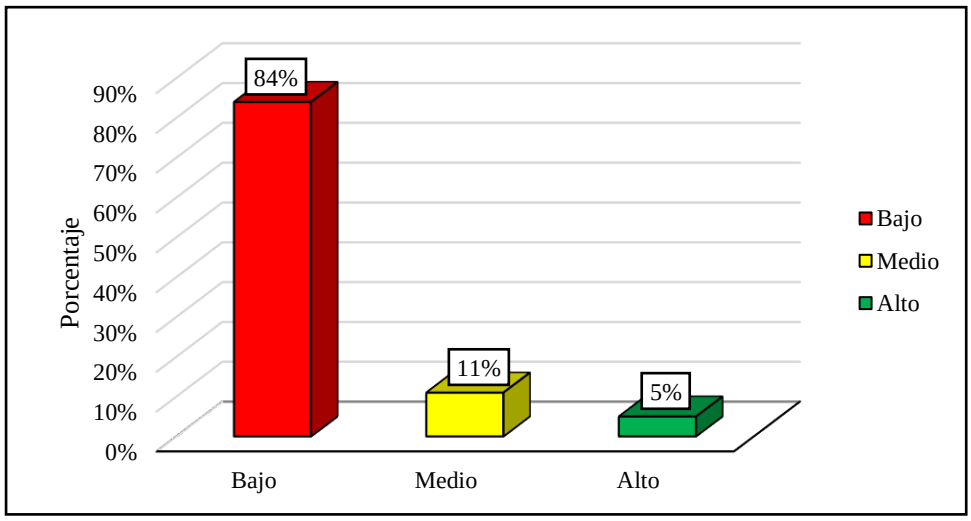


Figura 7. Niveles de la dimensión relaciones sociales

En la tabla se evidencia que la mayor proporción de adultos mayores se ubica en el nivel bajo de relaciones sociales, representado por el 84%. En menor medida, el 11% presenta un nivel medio y únicamente el 5% alcanza un nivel alto. Estos resultados muestran que gran parte de los pacientes mantiene una limitada interacción social y escasos vínculos de apoyo. El predominio del nivel bajo refleja una situación que requiere atención, ya que las relaciones sociales cumplen un papel importante en el bienestar del adulto mayor. Contar con espacios de comunicación, compañía y apoyo permite reducir la soledad, fortalecer la autoestima y favorecer un envejecimiento más saludable. Por ello, la debilidad en esta dimensión podría influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

Tabla 10

Distribución de los pacientes adultos mayores según el nivel de relación ambiental

	f	%
Bajo	87	93%
Medio	5	5%
Alto	2	2%
Total	94	100,0

Nota. Cuestionario de abandono familiar aplicado a pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025

Figura 8

Dimensión relación ambiental

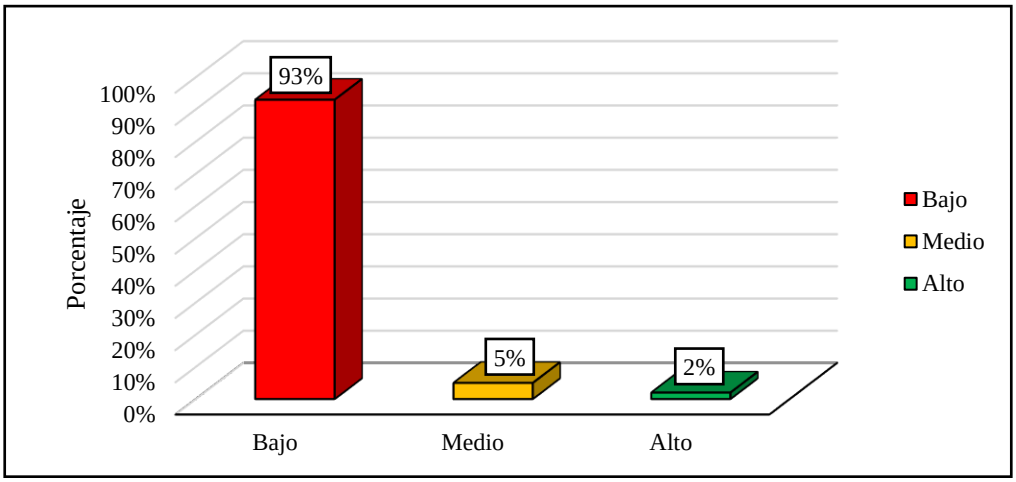


Figura 8. Niveles de la dimensión Relación ambiental

En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes presenta un nivel bajo en la relación ambiental, con 87 casos (93%), lo que indica que muchos adultos mayores tienen condiciones poco favorables en su entorno, como vivienda, acceso a servicios o seguridad. Asimismo, un grupo pequeño presenta un nivel moderado de relación ambiental, con 5 casos (5%), lo que significa que cuentan con condiciones aceptables, pero con algunas limitaciones. Por último, solo 2 casos (2%) presentan un alto nivel de relación ambiental, es decir, muy pocos pacientes viven en condiciones adecuadas. En general, los resultados muestran que la relación ambiental es baja en la mayoría de los pacientes, lo cual puede afectar su calidad de vida, siendo necesario mejorar las condiciones del entorno y fortalecer el apoyo social.

4.2 Contrastación de hipótesis

Formulación de hipótesis general

Hi: Existe una relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

H_0: No existe una relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Tabla 11

Relaciòn entre el abandono familiar y calidad de vida en pacientes adultos mayores

Variables	Abandono familiar	Calidad de vida
Abandono familiar	1,000	0,844
Valor de significancia	—	0,000
Número de participantes (n)	94	94
Calidad de vida	0,844	1,000
Valor de significancia	0,000	—
Número de participantes (n)	94	94

Nota. Elaboración propia

La tabla de correlación evidencia que el abandono familiar y la calidad de vida presentan un coeficiente Rho de Spearman de 0,844, lo que indica una asociación alta entre ambas variables. Además, el valor de significancia fue 0,000, menor al nivel establecido de 0,05, por lo que el resultado es estadísticamente significativo. A partir de ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, confirmando que existe relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025. Estos resultados permiten señalar que el abandono familiar se vincula de manera importante con el bienestar integral de los adultos mayores. La falta de apoyo económico, afectivo y moral por parte de la familia puede afectar distintas áreas de su calidad de vida, como la salud física, el estado emocional, las relaciones sociales y las condiciones del entorno en el que viven.

Hipótesis especifica 1

Hi: Existe una relación significativa entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

H_0: No existe una relación significativa entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Tabla 12

Relación entre abandono material y calidad de vida en pacientes adultos mayores

Variables	Abandono material	Calidad de vida
Abandono material	1,000	0,899
Valor de significancia	—	0,000
Número de participantes (n)	94	94
Calidad de vida	0,899	1,000
Valor de significancia	0,000	—
Número de participantes (n)	94	94

Nota. Elaboración propia

En la Tabla se presenta la asociación entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025. El análisis mediante Rho de Spearman mostró un coeficiente de 0,899 y un valor de significancia de 0,000, resultado menor al nivel permitido de 0,05. Esto demuestra que existe una relación muy alta y significativa entre ambas variables. Por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, estableciendo que el abandono material guarda relación significativa con la calidad de vida de los adultos mayores evaluados. Este hallazgo permite comprender que el apoyo económico, la cobertura de necesidades básicas, los ingresos y la ayuda familiar son aspectos importantes para el bienestar integral de esta población.

Hipótesis especifica 2

Hi: Existe una relación significativa entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

H_0: No existe una relación significativa entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Tabla 13

Relación entre abandono moral y calidad de vida en pacientes adultos mayores

Variables	Abandono moral	Calidad de vida
Abandono moral	1,000	0,876
Valor de significancia	—	0,001
Número de participantes (n)	94	94
Calidad de vida	0,876	1,000
Valor de significancia	0,001	—
Número de participantes (n)	94	94

Nota. Elaboración propia

En la Tabla se muestra la asociación entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025. Mediante la prueba Rho de Spearman se obtuvo un coeficiente de 0,876 y un valor de significancia de 0,001, cifra menor al nivel establecido de 0,05. Estos datos

indican una relación muy alta y estadísticamente significativa entre ambas variables. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, determinando que el abandono moral se relaciona de manera significativa con la calidad de vida de los adultos mayores evaluados. Este resultado permite comprender que el diálogo familiar, la comprensión, las visitas y el trato que reciben los pacientes son elementos importantes para su bienestar físico, emocional, social y ambiental.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

En relación con el objetivo general, que buscó determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025, los resultados permitieron identificar una asociación alta y significativa entre ambas variables. El coeficiente Rho de Spearman alcanzó un valor de 0,844, con una significancia de 0,000, lo que demuestra que el abandono familiar se vincula de manera importante con la calidad de vida. Esta situación también se refleja en los resultados descriptivos, donde el 96% de los adultos mayores presentó un nivel alto de abandono familiar y el 90% evidenció una calidad de vida baja, mostrando una condición de vulnerabilidad en la población estudiada. Lo descubierto en esta investigación no es un caso aislado, sino el reflejo de una problemática generalizada. Al contrastar nuestros hallazgos, notamos que la realidad de estos pacientes concuerda plenamente con el panorama que Marchan y Leiva (2024) documentaron en Yuracyacu (Chota). Siguen también la misma línea de alerta que encendió el estudio de Ticona (2024) quien registró un escenario estadístico casi idéntico (Rho = -0,774; p = 0,000). Todo esto no hace más que respaldar la premisa que ya advertían Chávez y Pujay (2022) existe una regla indiscutible y dolorosa en la que, a medida que la familia da un paso al costado, el bienestar en la vejez se desmorona.

Al detenernos a analizar el peso específico del abandono material, las cifras resultan abrumadoras. La prueba estadística confirmó una conexión sumamente fuerte y directa con la pérdida de calidad de vida, avalada por un coeficiente Rho de Spearman altísimo (0,899) y una significancia perfecta (0,000). Sin embargo, más allá de la frialdad de los números, el dato verdaderamente preocupante es que el 95% de los ancianos evaluados sobrevive enfrentando un nivel crítico de negligencia material. Esto nos obliga a entender que este tipo de abandono va mucho más allá de no tener dinero en el bolsillo. Significa no contar con alguien que asuma los gastos básicos: comprar la comida diaria, adquirir las medicinas, pagar el pasaje para ir al hospital o asegurar un techo en buenas condiciones. En una etapa de la vida donde las dolencias crónicas exigen tratamientos diarios y gran parte de la población no goza de una pensión estable, esta soledad financiera resulta devastadora. Esta lectura de

la realidad encaja a la perfección con la postura de Paucar, Urgilés y Fernández (2022), quienes siempre han sostenido que cubrir las necesidades básicas es el pilar innegociable del bienestar geriátrico. Concuerda, además, con las advertencias de Chero (2021) sobre el peligro de la inseguridad económica, y con las evidencias físicas documentadas por Marchan y Leiva (2024). En síntesis, privar a un adulto mayor del respaldo económico y práctico desde el hogar no es solo una falta de generosidad familiar; es empujarlo hacia la desprotección total, arrebatándole su autonomía y el derecho a envejecer con dignidad.

Por otro lado, al explorar la dimensión del abandono moral, el escenario es igual o más doloroso. Los cálculos demostraron una asociación matemática contundente con el declive vital (Rho = 0,876; p = 0,001). Pero lo que verdaderamente enciende las alarmas es saber que un 97% de los participantes padece un nivel severo de carencia afectiva. En este punto ya no hablamos de pobreza material, sino de un vacío profundamente humano: la falta de una visita constante, de un trato cálido, de comprensión y de respeto. Durante la vejez, el acompañamiento no es un lujo, es un escudo vital. La indiferencia familiar golpea el amor propio y multiplica el miedo. Esta conclusión es un eco exacto de lo que halló Ticona (2024), al señalar que la ausencia de cariño se traduce en cuadros de tristeza crónica y aislamiento. Es el mismo diagnóstico que comprobaron Flores y Yagual (2023) al vincular de forma directa este desarraigo con la aparición de la depresión; y lo que Tamashiro (2023) observó al ver cómo los hábitos de autocuidado se derrumban cuando no hay parientes que brinden motivación. A fin de cuentas, todos estos datos nos dejan una gran lección: para que un ser humano viva plenamente la última etapa de su vida, no basta con asegurarle un plato de comida o la atención de un médico. Su calidad de vida exige sentirse escuchado, respetado, amado y, por sobre todas las cosas, no olvidado por los suyos.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2.1 Conclusiones

Primero: Al evaluar a los pacientes atendidos durante el 2025 en el Servicio de Medicina de la RIS Hospital Barranca Cajatambo, quedó demostrado que la falta de compañía, el desapego y la escasez de cuidados desde el hogar terminan por fracturar por completo su bienestar integral. Los cálculos arrojaron un coeficiente Rho de Spearman de 0,844 con un nivel de significancia perfecto de 0,000, lo cual actúa como una prueba estadística irrefutable de la enorme fuerza con la que están amarradas ambas variables. Además, los resultados descriptivos evidenciaron que el 96% de los adultos mayores presentó un nivel alto de abandono familiar y el 90% una calidad de vida baja, situación que refleja un contexto de vulnerabilidad en la población estudiada.

Segundo: Se identificó que el abandono material se relaciona significativamente con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, al obtenerse un coeficiente Rho de Spearman de 0,899 y un valor de significancia de 0,000. Este resultado se relaciona con el análisis descriptivo, donde el 95% de los participantes presentó un nivel alto de abandono material. Ello evidencia que gran parte de los adultos mayores no cuenta con suficiente apoyo económico o material para cubrir sus necesidades básicas, lo que afecta su bienestar integral.

Tercero: Al profundizar en la dimensión afectiva, el estudio dejó al descubierto una realidad bastante dolorosa: el desamparo moral condiciona de forma directa y severa el bienestar de estas personas. Las cifras encontradas son verdaderamente alarmantes, pues revelan que un 97% de los pacientes atraviesa por un nivel crítico de abandono en este aspecto. En la práctica, esto significa que casi la totalidad vive marginado de su propio núcleo, sufriendo la falta de visitas, la ausencia de diálogo, la escasez de muestras de cariño y la nula comprensión o paciencia por parte de sus seres queridos. Todo este vacío emocional tiene un peso que va mucho más allá de la tristeza, y la estadística lo respalda con crudeza. El cruce de estas variables arrojó un coeficiente Rho de Spearman de 0,876, acompañado de una significancia de 0,001. Estos números demuestran, con un alto grado de rigor científico,

que la frialdad y la indiferencia del hogar actúan como factores determinantes que destruyen la calidad de vida en la última etapa de la existencia.

6.2 Recomendaciones

1º. Para generar un cambio real desde la gestión hospitalaria, resulta fundamental que esta área estructure un protocolo interno estrictamente enfocado en detectar, registrar y monitorear a los ancianos que lleguen con señales de haber sido relegados por sus familias. Dar este paso aseguraría que los casos más críticos no pasen desapercibidos, permitiendo activar de inmediato una ruta de salvavidas que no se limite al diagnóstico médico, sino que abrace la realidad emocional, económica y social de la persona. A la par, sería muy estratégico tejer alianzas sólidas con programas del Estado e instituciones comunitarias, logrando así que la institución ofrezca una respuesta articulada, resolutiva y, sobre todo, mucho más humana.

2º. El rol del área social debe concentrarse en reconstruir los puentes rotos entre el paciente y su núcleo más íntimo. Es vital diseñar intervenciones de campo que despierten el sentido de corresponsabilidad en los familiares. A través de entrevistas profundas, visitas a los domicilios, consejería directa y un seguimiento constante de cada caso, el profesional asume la misión de educar y concientizar a los hogares. El objetivo es hacerles ver el inmenso impacto preventivo que tienen una buena charla, el sustento económico y el afecto continuo; herramientas indispensables para frenar la negligencia en casa y devolverle la tranquilidad al paciente geriátrico.

3º. La dura realidad que enfrentan estos pacientes exige romper con el esquema tradicional de atención en los pasillos del hospital. Médicos, personal de enfermería, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales necesitan amalgamar sus esfuerzos para brindar un cuidado verdaderamente holístico. Como los hallazgos de este estudio evidenciaron que el desamparo destruye tanto el cuerpo como la mente y el entorno social, el trato clínico tiene que ir mucho más allá de curar una dolencia temporal. Es imperativo garantizar apoyo psicológico, enseñar sobre el autocuidado y brindar un acompañamiento constante que no termine el día en que se firma el alta médica, sino que asegure el bienestar real y sostenido del anciano en su retorno a la comunidad.

4º. Al Estado, gobiernos locales e instituciones responsables de la protección social, se recomienda fortalecer las políticas, programas y servicios dirigidos a las personas adultas mayores en situación de abandono, dependencia o vulnerabilidad. Es necesario promover estrategias de protección social, acceso a servicios básicos, apoyo económico, atención prioritaria y vigilancia de casos de riesgo. Del mismo modo, se debe reconocer y potenciar el rol de la profesional de Trabajo Social como agente clave en la prevención del abandono familiar, la defensa de derechos, la articulación interinstitucional y la promoción de condiciones de vida más dignas para las personas adultas mayores.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

Chero, C. P. (2021). *Abandono familiar y calidad de vida en los integrantes del programa adulto mayor-Hospital de apoyo Tomás Lafora, Guadalupe, 2020* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.

Chávez, F. I., & Pujay, F. E. (2022). *Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores del Asilo Virgen Asunta-Chachapoyas, 2021* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de Ica, Perú.

Choque, E. (2019). *Abandono familiar y su relación con la autoestima de los beneficiarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, Ocuviri - Lampa 2018* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

García, S. J. (2023). *Influencia de las relaciones familiares en la calidad de vida del adulto mayor del hogar de ancianos San José - Trujillo 2019* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Recuperado de https://dspace.unitru.edu.pe/items/dbb8d8c8-4b31-4d4e-bab7-9591b3b6cb71

Marchán, Y. F., & Leiva, E. R. (2024). *Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Yuracyacu - Chota - 2023* (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Chota, Perú. Recuperado de http://hdl.handle.net/20.500.14142/508

Obando, E. T. (2016). *Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del grupo años maravillosos del centro de salud Maritza Campos Díaz Cerro Colorado - Arequipa 2015 - 2016* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.

Ticona, Y. H. (2024). *Abandono familiar y su relación con la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Mariano Melgar San Miguel, 2024* (Tesis de Licenciatura). Universidad del Altiplano, Puno, Perú. Recuperado de https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/23718

Tamashiro, K. N. (2023). *Abandono familiar y estilos de vida de los adultos mayores del distrito de Cachicadán, Santiago de Chuco, 2021* (Tesis Licenciatura). Universidad

Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Recuperado de https://hdl.handle.net/20.500.14414/16965

7.2 Fuentes bibliográficas

Bowlby, J. (2009). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del Apego*. Buenos Aires: Paidos Psicologia Profunda

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Erikson, E. H. (1988). *El ciclo de vida*. México: Editorial Paidós

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010*). Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Martínez, J., & Brenes, Y. (2007). *Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense. Caja Costarricense de Seguro Social: San José, Costa Rica*. Recuperado de https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1827

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad.* España: Diaz De Santos S.A.

7.3 Fuentes hemerográficas

Aguilar, J. M., Álvarez, J., & Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 4*(1), 161-168.

Cabrera, J., & Mondragón, E. (2025). Condición Sociofamiliar y calidad de vida de los adultos mayores del Centro De Salud de Motupe de la Ciudad de Loja. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 10*(2), 49-56. Recuperado de https://doi.org/10.31243/ei.uta.v10i2.2852.2025

Cornejo, W. (2020). Calidad de vida. *Revista Enfermería la Vanguardia*, *4*(2), 56-75. Recuperado de https://doi.org/10.35563/revan.v4i2.230

Flores, A.R., & Yagual, S. N. (2023). Abandono familiar y estado emocional de los adultos mayores del barrio Paraíso del cantón Salinas. *Digital Publisher CEIT, 8*(4), 367-379. Recuperado de doi.org/10.33386/593dp.2023.4.1951

Felix, C, & Hernández, M. L. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en medicina familiar, 11*(4), 147-149.

Mendieta, V. E., & Blacio, K. J. (2024). Efectos del abandono en la calidad de vida de adultos mayores del Centro Gerontológico Quijos. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social,* (15), 183-195. Recuperado de https://doi.org/10.56124/tj.v7i15ep.011

Paucar, D. E., Urgiles, S. J., & Fernández, N. Y. (2022). Factores familiares que inciden en la calidad de vida de adultos mayores durante la pandemia en el Tambo - Ecuador. *Socialium: Revista Científica de Ciencias Sociales, 6*(1), 82-106. Recuperado de https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.1.1500

Silva, K., Cabrera, M., Peña, M., Salazar, J., Esperanza, M., López, J. R., & Almonte, G. (2023). Impacto del abandono en la salud física y mental del adulto mayor. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(1), 10714-10733. Recuperado de https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5242

Vallejo, P., Cuesta, E., & Llerena, L. (2025). Dimensiones de Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Veritas & Research, 7*(1), 82-93. Recuperado de https://doi.org/10.63957/7125.082093

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *In Anales de la Facultad de Medicina, 68* (3), 284-290.

7.4 Fuentes electrónicas

Congreso de la República de Colombia. (2020). *Ley 2055 de 2020: Por medio de la cual se establece la política pública para la atención integral a las personas adultas mayores en Colombia.* Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981

Defensoría del Pueblo Perú. (2020). *Grupos de Especial Protección - Adulto Mayor.* Recuperado de https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/972499-uno-de-cada-

seis-adultos-mayores-en-el-mundo-sufre-malos-tratos-por-parte-de-su-familia-y-cuidadores

Defensoría del Pueblo del Perú. (2019). *Informe Defensorial N° 173: La situación de los adultos mayores en el Perú. Defensoría del Pueblo.* Recuperado de https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/

Instituto Nacional de estadística e Informática. (2025). *Situación de la población adulta mayor*. Recuperado de https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Situación de los Adultos Mayores en el Perú.* Recuperado de https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6605186-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-octubre-noviembre-diciembre-2024

Ley N° 30490. (2016). *Ley de la Persona Adulta Mayor.* Recuperado de https://www.gob.pe/institucion/serfor/informes-publicaciones/6550611-ley-n-30490-ley-de-la-persona-adulta-mayor

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2004). *Ley 28803: Ley de las personas adultas mayores.* Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 - 2031*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2023). *Personas adultas mayores protagonistas de su vida.* Recuperado de https://repositorio.mimp.gob.pe/server/api/core/bitstreams/76f43017-fd70-4f32-8e58-9262c364329a/content

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.* Recuperado de

https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Convencion_ISPDHPM.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 - 2021*. Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2005). *Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú.* Recuperado de https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/mimdes_adultos_mayores_libros.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Programa de salud mental WHOQOL: Manual de usuario*. Recuperado de https://pdfcoffee.com/whoqolusermanual-1en-es-3-pdf-free.html

Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos.* Recuperado de https: https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach?utm_source=chatgpt.com

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=El%20ritmo%20de%20envejecimiento%20de,del%2012%25%20al%2022%25.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Envejecimiento en las Américas: La salud de los adultos mayores*. Recuperado de https://www.paho.org

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2009). *Salud familiar y comunitaria.* Recuperado de https://www.paho.org/sites/default/files/CD49-20-s.pdf

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ABANDONO FAMILIAR
Elaborado por: Chero (2021)

Instrucciones: Lea detenidamente cada uno de los ítems del cuestionario y responda con total sinceridad. Es importante que sepa que este instrumento es completamente anónimo, por lo que su identidad será resguardada en todo momento.

Datos demográficos

Cuál es su edad: _____

¿Cuál es su estado civil?

1) Soltero/a
2) Casado/a
3) Viudo/a
4) Divorciado/a
5) Separado/a

¿Cuál es el tipo de vivienda en la que reside?

1) Casa propia
2) Alquiler
3) Vivienda en propiedad compartida (con hijos u otros familiares)

¿Toma algún medicamento de forma regular?

1) Sí
2) No

¿Sufre de alguna enfermedad crónica?
1) Sí
2) No

¿Recibe alguna pensión?
1) Sí
2) No

Considere la siguiente numeración:

3	2	1
Siempre	A veces	Nunca

N°	ITEMS	Calificación		
		3	2	1
	Dimensión 1: Abandono material			
1	¿Su familia le brinda apoyo para la preparación de sus alimentos?			
2	¿Su familia le proporciona dinero para cubrir su alimentación?			
3	¿Algún familiar lo acompaña a sus citas médicas cuando lo necesita?			
4	¿Su familia muestra interés por su estado de salud?			
5	¿Su familia le ayuda económicamente para comprar sus medicamentos?			
6	¿Se siente conforme con la alimentación que recibe diariamente?			
7	¿Usted maneja o administra sus propios ingresos económicos?			
8	¿Su familia le apoya con dinero para cubrir los gastos de su vivienda?			
9	¿Su familia contribuye económicamente al pago de los servicios básicos de su casa?			
10	¿Su familia le brinda apoyo económico para comprar vitaminas o suplementos que favorezcan su salud?			
	Dimensión 2: Abandono moral			
11	¿Dialoga con frecuencia con su familia?			
12	¿Se siente comprendido cuando conversa con su familia?			
13	¿Su opinión es tomada en cuenta en las decisiones familiares?			
14	¿Los miembros de su familia lo atienden cuando usted lo necesita?			
15	¿Su familia comprende los cambios propios de su edad?			
16	¿Recibe visitas frecuentes de sus hijos?			
17	¿Los miembros de su familia lo tratan con respeto?			
18	¿Sus opiniones son respetadas cuando se toman decisiones en familia?			
19	¿Su familia lo trata con cariño cuando usted se siente mal?			
20	¿Siente que su familia lo quiere?			

Muchas gracias por su participación

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)
Elaborado por: OMS (1998)
Adaptado por: Chero (2021)

Considere la siguiente numeración:

3	2	1
Siempre	A veces	Nunca

N°	ITEMS	Calificación		
		3	2	1
	Dimensión 1: Salud física			
1	¿Presenta dolor o malestar físico de manera constante?			
2	¿Su salud depende del consumo permanente de medicamentos?			
3	¿Cuenta con suficiente energía para realizar y disfrutar sus actividades diarias?			
4	¿Tiene la movilidad necesaria para desplazarse por sí mismo?			
5	¿Tiene un sueño y descanso adecuados?			
6	¿Se siente capaz de realizar algún trabajo o actividad según sus posibilidades?			
	Dimensión 2: Salud mental			
7	¿Tiene pensamientos y sentimientos positivos con frecuencia?			
8	¿Se siente capaz de aprender algo nuevo cada día?			
9	¿Puede recordar hechos o experiencias de su pasado?			
10	¿Tiene facilidad para prestar atención y concentrarse?			
11	¿Cuida su imagen personal y se siente bien consigo mismo?			
	Dimensión 3: Relaciones sociales			
12	¿Mantiene buenas relaciones con las demás personas?			
13	¿Se comunica de manera clara y respetuosa con los demás?			
14	¿Muestra comprensión hacia los sentimientos o necesidades de otras personas?			
15	¿Participa en actividades grupales o en equipo?			
16	¿Se muestra solidario con las personas de su entorno?			
	Dimensión 4: Relación ambiental			
17	¿El lugar donde vive le brinda seguridad y libertad para desenvolverse?			
18	¿Cuenta con recursos económicos suficientes para sentirse seguro?			
19	¿Tiene acceso a información sobre lo que ocurre en su entorno?			
20	¿El ambiente donde vive cuenta con espacios que le permitan descansar o relajarse?			
21	¿El lugar donde recibe atención le brinda tranquilidad y confianza?			

Muchas gracias por su participación

Matriz de consistencia

<table>
<tr><th colspan="6">TITULO: ABANDONO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA - RIS HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO, 2025</th></tr>
<tr><th>PROBLEMAS</th><th>OBJETIVOS</th><th>HIPÓTESIS</th><th>VARIABLES</th><th>DIMENSIONES</th><th>METODOLOGÍA</th></tr>
<tr><td>Problema General:</td><td>Objetivo General:</td><td>Hipótesis General:</td><td rowspan="4">Variable 1
Abandono familiar

Variable 2
Calidad de vida</td><td rowspan="4">- Abandono material
- Abandono moral

- Salud física
- Salud psicológica
- Relaciones sociales
- Relaciones ambientales</td><td rowspan="4">Diseño de la Investigación:
Tipo: Aplicada
Nivel: Correlacional
Enfoque: Cuantitativo
Diseño: No experimental

Población: Está conformada por 444 pacientes adultos mayores atendidos entre enero a agosto del 2025, del servicio de medicina del RIS - Hospital Barranca Cajatambo. La muestra es de 94 pacientes adultos mayores del servicio de medicina del RIS - Hospital Barranca Cajatambo en 2025.

Instrumentos: Cuestionario para medir la variable abandono familiar elaborado por el autor chero (2021) y para medir la variable calidad de vida (WHOQOL-BREF) elaborado por la OMS (1998) y adaptado por: Chero (2021).</td></tr>
<tr><td>¿De qué manera se relaciona el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?</td><td>Determinar la relación entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.</td><td>Existe una relación significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.</td></tr>
<tr><td>Problemas Específicos:</td><td>Objetivos Específicos:</td><td>Hipótesis Específicas:</td></tr>
<tr><td>¿De qué manera se relaciona el abandono material con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?

¿De qué manera se relaciona el abandono moral con la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025?</td><td>Identificar la relación entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Identificar la relación entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.</td><td>Existe una relación significativa entre el abandono material y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.

Existe una relación significativa entre el abandono moral y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina - RIS Hospital Barranca Cajatambo, 2025.</td></tr>
</table>

Resultados procesados en spss

	CUESTIONARIO ABANDONO FAMILIAR																			
Nº	DIMENSION 1 ABANDONO MATERIAL										DIMENSION 2 ABANDONO MORAL									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	2	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1
2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
4	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1
5	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1
6	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2
7	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
8	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1
9	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
10	1	1	2	1	1	3	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1
11	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
12	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
14	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
16	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1
17	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1
18	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2
19	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
20	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1
22	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1

23	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
24	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1
26	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1
27	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1
28	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
29	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
30	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
31	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
32	1	1	2	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
33	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1
34	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1
35	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1
36	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1
38	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
39	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
40	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
41	2	1	1	2	2	3	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1
42	2	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2
43	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
44	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
45	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
46	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
47	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
48	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
72	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1

73	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
74	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
75	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
77	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
79	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
80	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1
81	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1
82	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
83	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
84	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
85	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
86	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
87	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
90	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
91	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
92	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1
93	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1
94	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2