

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en
los adultos mayores del Centro de Salud Miguel
Grau, Arequipa, 2024**

Neli Angelica Quispe Ynga

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Arequipa, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Estefani Sandy Franco Torres
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 31 de Enero del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor de Tesis:

Título:

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

Autores:

1. Neli Angelica Quispe Ynga – EAP. ENFERMERIA

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores N° de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,



Mg. Estefani Sandy Franco Torres

Dedicatoria

A mi esposo y mis dos hijitos, por su amor, apoyo incondicional y confianza. En honor a ustedes por estar siempre a mi lado, en cada paso de este camino. Esta tesis es tan suya como mía.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por guiarme para lograr mis objetivos y mis sueños, y permitirme alcanzar mi propósito que es el título profesional.

Agradezco también a mi esposo y mis dos hijitos por la paciencia y confianza que me han brindado en todo momento en este proceso académico.

A la Universidad Continental, por brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para convertirme en un profesional al servicio de mi país. Su apoyo y excelencia educativa han sido fundamentales en mi formación.

A mi asesora, por guiarme y brindarme todas sus sabidurías.

Índice de contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I	17
Marco teórico.....	17
1.1. Antecedentes de la investigación.....	17
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	17
1.1.2. Antecedentes nacionales.....	19
1.1.3. Antecedentes locales.....	21
1.2. Bases teóricas	22
1.2.1. Estrategias de afrontamiento	22
1.2.1.1. Definición	22
1.2.1.2. Teoría de afrontamiento del estrés.....	23
1.2.1.3. Dimensiones	31
1.2.2. Calidad de vida.....	38
1.2.2.1. Definición	38
1.2.2.2. Teoría de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.....	40
1.2.2.3. Dimensiones de la calidad de vida	41
1.2.3. Teorías que explican el afrontamiento del estrés en el envejecimiento.....	45
1.2.4. Situación actual del adulto mayor en Perú.....	48
1.3. Marco conceptual.....	50
1.4. Variables.....	53
Capítulo II	56
Materiales y métodos.....	56
2.1. Diseño de investigación	56
2.2. Tipo de investigación	56
2.3. Método de investigación	56
2.4. Hipótesis.....	57

2.4.1. Hipótesis general	57
2.4.2. Hipótesis específicas	57
2.5. Población y muestra	57
2.6. Técnicas e instrumentos	60
2.7. Diseño de contrastación de hipótesis.....	62
2.8. Aspectos éticos.....	62
Capítulo III	64
Resultados y discusión	64
3.1. Resultados.....	64
3.2. Discusión	100
Conclusiones	105
Recomendaciones	107
Bibliografía.....	109
Anexos	114

Índice de tablas

Tabla 1. Sexo	64
Tabla 2. Estado civil.....	65
Tabla 3. Edad	67
Tabla 4. Grado de instrucción	68
Tabla 5. Variable estrategias de afrontamiento.....	70
Tabla 6. Dimensión Resolución de problemas	71
Tabla 7. Dimensión autocrítica.....	73
Tabla 8. Dimensión expresión emocional.....	74
Tabla 9. Dimensión pensamiento desiderativo.....	76
Tabla 10. Dimensión apoyo social	77
Tabla 11. Dimensión reestructuración cognitiva.....	79
Tabla 12. Dimensión evitación de problemas.....	80
Tabla 13. Dimensión retirada social.....	82
Tabla 14. Dimensión grado de eficacia percibida del afrontamiento.....	83
Tabla 15. Variable calidad de vida	85
Tabla 16. Dimensión salud física	86
Tabla 17. Dimensión salud psicológica	88
Tabla 18. Dimensión relaciones sociales	89
Tabla 19. Dimensión relaciones ambientales.....	91
Tabla 20. Hipótesis específica 1	92
Tabla 21. Hipótesis específica 2	93
Tabla 22. Hipótesis específica 3	94
Tabla 23. Hipótesis específica 4	95
Tabla 24. Hipótesis específica 5	95
Tabla 25. Hipótesis específica 6	96
Tabla 26. Hipótesis específica 7	97
Tabla 27. Hipótesis específica 8	98
Tabla 28. Hipótesis específica 9	99
Tabla 29. Hipótesis general	100

Índice de figuras

Figura 1. Sexo	64
Figura 2. Estado civil.....	66
Figura 3. Edad	67
Figura 4. Grado de instrucción	69
Figura 5. Variable estrategias de afrontamiento.....	70
Figura 6. Dimensión resolución de problemas	72
Figura 7. Dimensión autocrítica.....	73
Figura 8. Dimensión expresión emocional	75
Figura 9. Dimensión pensamiento desiderativo.....	76
Figura 10. Dimensión apoyo social	78
Figura 11. Dimensión reestructuración cognitiva.....	79
Figura 12. Dimensión evitación de problemas	81
Figura 13. Dimensión retirada social.....	82
Figura 14. Dimensión grado de eficacia percibida del afrontamiento	84
Figura 15. Variable calidad de vida	85
Figura 16. Dimensión salud física	87
Figura 17. Dimensión salud psicológica	88
Figura 18. Dimensión relaciones sociales	90
Figura 19. Dimensión relaciones ambientales.....	91

Resumen

La investigación formuló el objetivo de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, en el año 2024. Se utilizó un diseño transversal, no experimental, prospectivo y correlacional, con un enfoque cuantitativo. El universo poblacional fue de 1,291 longevos, y la muestra se calcula mediante la fórmula para poblaciones finitas, resultando en 109 participantes. Para la medición de las variables, se emplearon encuestas, utilizando un cuestionario como instrumento. El análisis de la información se realizó mediante estadísticas descriptivas e inferenciales. Para medir la relación entre las variables, se utilizó el estadístico chi cuadrado de Pearson. Los resultados indican que un 56.9 % de la muestra presentaron un nivel regular en el uso de estrategias de afrontamiento, mientras que el 50.5 % reportó una calidad de vida también regular. Concluyen que las estrategias de afrontamiento se relacionan positiva y de forma significativa con la calidad de vida en los adultos mayores de este centro de salud. Esto se confirma mediante el valor de significancia estadística $p=0.000$ ($p<0.05$), lo que indica que ambas variables están correlacionadas. De esta manera, el estudio resalta la importancia de las estrategias de afrontamiento como un factor que influye en la calidad de vida de la población adulta mayor del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, en el año 2024.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, calidad de vida, estrés, adulto mayor.

Abstract

The research formulated the objective of coping strategies and their relationship with the quality of life in older adults at the Miguel Grau Health Centre, Arequipa, in the year 2024. A cross-sectional, non-experimental, prospective, and correlational design was used, with a quantitative approach. The population universe comprised 1,291 seniors, and the sample was calculated using the formula for finite populations, resulting in 109 participants. Surveys were employed for measuring the variables, using a questionnaire as the instrument. The analysis of the information was conducted through descriptive and inferential statistics. To measure the relationship between the variables, Pearson's chi-squared statistic was utilised. The results indicate that 56.9% of the sample exhibited a regular level in the use of coping strategies, while 50.5% reported a regular quality of life. The study concludes that coping strategies are positively and significantly related to the quality of life in older adults at this health centre. This is confirmed by the statistical significance value of $p=0.000$ ($p<0.05$), indicating that both variables are correlated. Thus, the study highlights the importance of coping strategies as a factor influencing the quality of life of the older adult population.

Keywords: coping strategies, quality of life, stress, older adult.

Introducción

El propósito de esta investigación es ver el constante crecimiento de los longevos de 60 años a nivel mundial, lo que es un fenómeno característico de la actualidad. Según las proyecciones de la OMS, en el 2050 se espera que una proporción de individuos adultos mayores en el planeta duplique la totalidad de la población, incrementándose del 12 % al 22 %. Este fenómeno formula desafíos relevantes a nivel económico, social y sanitario, sobre todo en aquellas naciones con ingresos medios y bajos (1).

A pesar de este exponencial crecimiento, son escasas las medidas implementadas para brindar una mayor calidad de vida a la población longeva. Esta falta de atención puede generar estrés entre este sector de la población, quienes seguramente implementan estrategias para moderar estas situaciones estresantes y adaptarse a los cambios sociodemográficos. Es esencial que se adopten políticas y programas que aborden las necesidades específicas de esta creciente población, promoviendo su bienestar físico, psicológico y social (1).

En tiempos de crisis, los adultos mayores recurren a distintos tipos de afrontamiento para recuperar la paz y la seguridad en sus vidas. Sin embargo, a pesar de que los adultos mayores intentan superar sus problemas de una manera diferente, los efectos perjudiciales surgen de alguna manera y son los que caracterizan en su mayoría esta situación. Aunque el envejecimiento poblacional se considera un logro para el desarrollo económico, social y la salud pública de una nación, también es un gran reto a nivel social, pues es necesario que estos ancianos se mantengan con un elevado nivel de salud y calidad de vida, en donde tengan una activa participación social e igualdad entre todos (2).

La forma en que el individuo mayor de 60 años hace frente al envejecimiento vivido establecerá su nivel para conservar las habilidades mentales y físicas. Si toma una actitud adaptativa y positiva, podrá mantenerse activo, perdurando así sus vínculos sociales e incrementando, para ello, su calidad de vida vinculada al aspecto de salud. Sin embargo, intervienen otros aspectos que afectan su comportamiento, como lo es su nivel de afrontamiento, de manera que pudiera darse la relación del afrontamiento con el nivel de calidad de vida del individuo. Sin embargo, son pocos los estudios que avalan la existencia de esta relación (3).

La estrategia de afrontamiento ofrece una forma más efectiva de defender las creencias, emociones y actitudes ante situaciones estresantes que pueden surgir en la vida diaria. Por otra parte, la calidad de vida es un componente cognitivo perteneciente al bienestar subjetivo que forma parte de la psicología positiva y se establece como la evaluación que realiza el ser humano en todos los aspectos de su vida, comparando su situación actual con sus expectativas, además, se asocia con la felicidad. Investigaciones han corroborado que el manejo adecuado de las estrategias para afrontar el estrés están vinculadas a nivel de calidad de vida de las personas (4).

En el contexto del envejecimiento demográfico de la población adulta mayor y la falta de atención adecuada a sus necesidades, es crucial investigar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en este grupo de edad específico, especialmente en un entorno como el Centro de Salud Miguel Grau en Arequipa en el año 2024. Investigar estas estrategias y aspectos de calidad de vida puede proporcionar información valiosa para diseñar intervenciones y políticas de salud pública dirigidas a mejorar el bienestar de los longevos en este centro de salud y en la región en general.

Entender cómo los adultos mayores afrontan los desafíos relacionados con el envejecimiento y la salud puede ayudar a identificar áreas de necesidad y desarrollar programas de intervención específicos que promuevan estrategias de afrontamiento positivas y efectivas. Además, comprender los factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores en este contexto permitirá diseñar medidas para mejorar su bienestar general, abordando las barreras que puede enfrentar para acceder a servicios adecuados de salud y un entorno favorable para alcanzar un envejecimiento saludable y exitoso. Por último, investigar las estrategias para afrontar el estrés y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores el centro sanitario indicado contribuirá significativamente a mejorar la atención y el apoyo a esta población creciente de la región.

Según investigaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), refieren que en el año 2020 existían alrededor de 310 millones de sujetos mayores de 60 años en las américas, basándose en una estimación de la población de América Latina y el Caribe, que avanza a un ritmo vertiginoso. Se indica que, para el 2050, se prevé una disminución de la población a 210 millones de sujetos. En 35 años, se podrá alcanzar el 11 % de la población total de las américas, mientras que la población europea necesita 65 años y la de América del Norte 75 años. En América Latina y el Caribe, la mayoría de las personas tienen 65 años o más. El envejecimiento es un hecho inevitable, y al hacerlo,

la persona se enfrenta a nuevas situaciones que pueden ser positivas o negativas. Esto es particularmente importante para los adultos mayores porque en esta edad ocurren muchas pérdidas, como la del trabajo, de seres queridos por fallecimiento, la de la inserción social y de la salud. Cada una de estas pérdidas puede provocar estrés (1).

El Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor del Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), una investigación que se lleva a cabo a nivel nacional durante 52 semanas al año. La muestra trimestral de ENAHOG de enero a febrero a marzo de 2023 es de 9 184 viviendas particulares, mientras que la muestra anual es de 36 726. La encuesta tiene cobertura nacional en todas las áreas urbana y rural del país; los niveles de inferencia se obtienen por acumulación de muestra, lo que permite obtener información trimestralmente; en esta investigación se detallan algunos aspectos económicos, demográficos y sociales de las personas mayores de 60 años de edad. Durante el envejecimiento poblacional en el Perú, se ha incrementado el número de personas ancianas, que en 1950 representaban el 5.7 % de la población total y que, para el 2023, pasó a ser el 13.6 %. Durante los primeros tres meses del 2023, un 39.6 % de los grupos familiares se integraban por lo menos de un adulto mayor. En las zonas rurales, la cantidad de familias con al menos un miembro adulto mayor se ubica en el 42.7 %. Los hogares de Lima metropolitana con un/a adulto/a mayor registran el 41,7 %. En el área urbana, el 36.8 % de las familias cuentan con al menos un adulto mayor. Estos datos se extienden para todo el país. La terminología de calidad de vida está asociada a una idea general que abarca diversos aspectos y determinantes, como el estilo de vida, el estrato socioeconómico, la salud y la participación en actividades durante su día a día. La totalidad de estos determinantes variará en cada adulto mayor, determinando así su calidad de vida. En tal sentido, se concluye que la calidad del ciclo vital en adultos mayores es mejor según las estrategias que empleen para manejar situaciones estresantes de su entorno. Por lo tanto, se recomienda la creación de programas de intervención que mejoren los métodos de afrontamiento de los adultos mayores (5).

Según las investigaciones regionales, el afrontamiento del estrés se refiere a los mecanismos conductuales y cognitivos que las personas llevan a cabo para gestionar y afrontar las demandas internas o externas, evaluando cada una de ellas. También se define como una serie de lineamientos conductuales y cognitivos que las personas emplean para gestionar los requerimientos endógenos y exógenos. Se establece como la respuesta de adaptación que cada persona implementa para reducir el estrés que surge ante

circunstancias difíciles. Esta habilidad no solo implica la solución de problemas, sino también la destreza para enfrentarlos (6).

En tal sentido, se plantea como interrogantes de investigación: ¿las estrategias de afrontamiento están relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?, seguidamente se formulan como problemas específicos: a) ¿la resolución del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?, b) ¿la autocrítica está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?, c) ¿la expresión emocional está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? d) ¿el pensamiento desiderativo está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?, e) ¿el apoyo social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?, f) ¿la reconstrucción cognitiva está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? g) ¿la evitación del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? h) ¿la retirada social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? i) ¿el grado de eficacia percibida del afrontamiento está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?

El presente trabajo de investigación se justifica en el estudio de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa. El envejecimiento es parte de todos los seres humanos, a lo largo de los años se ve cambios físicos psicológicos, sociales y laborales que son naturales e imparables y también hay la posibilidad de adquirir enfermedades.

La enfermera se considera un soporte crucial para el bienestar de la población longeva. Al conocer las circunstancias actuales en las que se desenvuelven, realiza una intervención integral con el propósito de que los adultos mayores cuenten con una expectativa de vida y un índice altos de autocuidado responsable. Esto contribuye a niveles elevados de independencia, para que sean adultos mayores participativos y activos socialmente.

Por consiguiente, esta investigación pretende dar una respuesta a los problemas que enfrentan los adultos mayores por diversas situaciones, también será de aporte social al ser una información actualizada para el Centro de Salud Miguel Grau, ya que se pueden plantear charlas educativas dirigidas a la familia y a los adultos mayores, tomando como base los resultados del estudio.

Asimismo, los resultados de este trabajo de investigación serán de utilidad como referencias bibliográficas para futuras investigaciones, motivando la profundización del estudio acerca de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores, fortaleciendo de esta manera la línea de investigación de salud pública.

De manera que se formula como objetivo general determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. En tal sentido se formulan los siguientes objetivos específicos: a) identificar la resolución del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, b) identificar la autocrítica está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, c) identificar la expresión emocional está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, d) identificar el pensamiento desiderativo está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, e) identificar el apoyo social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, f) identificar la reconstrucción cognitiva está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, g) identificar la evitación del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, h) identificar la retirada social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, i) identificar el grado de eficacia percibida del afrontamiento está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

Capítulo I

Marco teórico

1.1. Antecedentes de la investigación

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Lanchi y Serrano (2024) realizaron una investigación utilizando como metodología un tipo de estudio descriptivo, con un diseño transversal – no experimental. La muestra estuvo constituida por 45 adultos mayores del centro gerontológico seleccionados mediante muestreo no probabilístico por cuotas, usando el inventario Texas revisado de duelo y la escala de estrategias de Coping - modificada, se obtuvo que esta población padece un duelo complicado, manteniendo dificultades en la aceptación de la muerte y experimentado sentimientos persistentes de tristeza, culpabilidad, ira, frustración, entre otros. Se registró además que la estrategia de afrontamiento más usada es la de la religión, ya que en su mayoría, los adultos mayores practican rezos y oraciones ante la pérdida del ser querido. El tipo de estrategia para afrontar el estrés que utilice el adulto mayor incide en el tipo de duelo que experimente esta población sea normal o patológico. Estas estrategias de afrontamiento se definen también como la transformación perseverante de los esfuerzos individuales, cognitivos o conductuales, en la cual se sobrepasan las capacidades de las personas (7).

Aceiro, Torrecilla y Moreno (2020) presentaron una investigación en el XII Congreso Internacional de Investigación Práctica Profesional en Psicología titulada: «Estrategias de afrontamiento en adultos mayores» en el año 2020, considera que la vejez es una etapa vital que viene acompañada de cambios que pueden aumentar el estrés en la persona (Clemente et al., 2009). Las estrategias de afrontamiento son lineamientos conductuales y cognitivos para responder a las demandas del ambiente, ya sea por aproximación o

evitación, y lograr mantener una saludable adaptación psicosocial (Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1993; Ongarato et al., 2009). Siendo base en el objetivo de identificar las formas de enfrentamiento utilizado por ancianos argentinos empleando la escala de coping Responses Inventor y Youth tomando en cuenta el nivel educativo, sexo, reserva cognitiva y edad. El método fue transversal correlacional, empleando una muestra probabilística de 132 mayores que se manejaban con un normal envejecimiento y con una edad entre los 60 y 88 años, siendo que el 73.5 % eran mujeres los resultados determinan que la puntaje por las dimensiones indicaban que de acuerdo a la aproximación cognitiva era de 1.22 sobre la aproximación conductual de 1.26 y de evaluación cognitiva de 0.85. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad, el género o el nivel educativo. Se evidencia una relación significativa entre la evitación-cognitiva y el nivel de estudios; y entre la evitación-cognitiva y conductual y la práctica de juegos intelectuales (8).

Cerquera, Matajira, Romero y Peña (2020) realizaron una investigación en donde se plantearon como objetivos señalar las estrategias de afrontamiento y los índices de resiliencia en 60 personas longevas que habían sido víctimas de problemas de la guerrilla colombiana. El enfoque usado fue cuantitativo y transversal, en donde se usaron como instrumentos la escala de estrategias de afrontamiento modificada y la de resiliencia de Wagnild y Young. Los hallazgos demuestran que, mayormente, los adultos mayores utilizan como estrategia de afrontamiento la solución de problemas, la religiosidad, la evaluación positiva y la evitación emocional, mientras que se usa en menor escala el apoyo social, la reacción agresiva, la evitación cognitiva, el apoyo profesional, la espera, la autonomía y la expresión de problemas de afrontamiento. Se concluye que las estrategias de mayor uso en 60 individuos son el esfuerzo por regular y manejar la carga emocional que conllevan los conflictos armados. Sin embargo, el no utilizar métodos activos como la búsqueda del apoyo profesional y social puede ser un factor de riesgo para presentar enfermedades psiquiátricas vinculadas a eventos traumáticos (9).

Fontes y Neri (2020) realizaron un artículo en la que informan que las estrategias de afrontamiento como componentes de la resiliencia entre las personas mayores tienen tres propósitos: protección contra amenazas a la adaptación, recuperación de los efectos de la adversidad y desarrollo personal. El presente artículo tiene como objetivo investigar la validez interna y externa de un inventario de afrontamiento. 415 sujetos de edad avanzada (de 65 años o más) respondieron preguntas que miden el afrontamiento, la depresión, la autoevaluación de la salud y la satisfacción con la vida. Las puntuaciones se

compararon entre sí y según el sexo, la edad y los ingresos. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y análisis de consistencia interna. Tres factores explicaron el 30,8 % de la varianza: 1. estrategias no adaptativas, 2. estrategias adaptativas y 3. estrategias de desarrollo. La escala mostró una consistencia interna moderada ($\alpha = 0,541$). Las estrategias de desarrollo se correlacionaron positivamente con la salud autovalorada y con la satisfacción con la vida y se correlacionaron negativamente con la depresión ($p < 0,05$). La varianza explicada y la validez interna fueron moderadas, posiblemente porque el inventario de afrontamiento no refleja situaciones específicas de la vejez y también por la complejidad de las relaciones estrategia-contexto, entre otras razones. Las correlaciones encontradas con otros indicadores de resiliencia alientan a realizar más estudios (10).

Celeiro y Galizzi (2021) presentaron su estudio cuyo propósito fue analizar el nivel de calidad de vida de personas mayores de 70 años, que pertenecían tanto a instituciones como a hogares de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos. El grupo de residentes estaba compuesto por individuos que vivían en centros colectivos gerontológicos y aquellos que no formaban parte de una comunidad específica, donde se determinaron parámetros de edad y la ausencia de problemas cognitivos. Se tomó como muestra a 40 adultos mayores. Fue un estudio transversal, cuantitativo y comparativo, en el que se empleó el índice WHOQOL-BREF, y los datos obtenidos se procesaron utilizando el software SPSS. Los resultados evidenciaron que el total de la muestra analizada consideraba, según su percepción, que poseían un buen nivel de vida, ya que el puntaje superó los tres puntos en los aspectos de salud psicológica, física, vínculos sociales y ambiente. Con respecto a quienes pertenecían a las residencias gerontológicas, su percepción variaba según la edad y el sexo, siendo las mujeres quienes creían tener una mejor calidad de vida. Según el puntaje total, no existieron disparidades significativas en la calidad de vida entre ambos grupos en función del sexo (11).

1.1.2. Antecedentes nacionales

Champi y Campos (2022) publicaron un estudio en el que abordaron el afrontamiento presentado por los adultos mayores y como percibían su calidad de vida, considerando esto como una variable que puede moderar la capacidad para afrontar las situaciones vividas, marcando la diferencia entre ellos. Por lo tanto, se tomó en cuenta un método básico no experimental hipotético deductivo, tomando una muestra de 118 adultos mayores de un centro de salud. Los resultados determinaron que las variables se correlacionan entre sí a un nivel moderado. De igual forma, las dimensiones de búsqueda de apoyo, orientación frente a las dificultades, sosiego y pensamiento positivo se asocian

moderadamente a la calidad de vida. En conclusión, a un mayor nivel de aplicación de estrategias de afrontamiento usadas por los adultos mayores para enfrentar hechos estresantes de su entorno se evidenciará un mayor nivel de calidad de vida. Por lo tanto, es recomendable el desarrollo de programas que potencien las estrategias usadas por esta población (12).

Cunyas (2022) describió la calidad de vida de las personas mayores de 60 años durante la pandemia en el Centro de Salud La Punta, Huancayo. El método fue descriptivo, básico y cuantitativo, considerando como población a 35 ancianos que asistieron a dicha entidad sanitaria, utilizando un muestreo censal no probabilístico. Se empleó la encuesta WHOQOL-BREF, contando con el consentimiento de los participantes para formar parte del estudio. Los resultados demuestran que, en cuanto al aspecto físico de la calidad de vida, el 80 % de los encuestados calificó como bueno. En el aspecto psicológico, el 65.7 % se ubicó en un nivel regular. Asimismo, en el aspecto social, el 42.9 % se encontraba en un nivel regular. De igual forma, en el aspecto ambiental, el 48.6 % se adecuaba a un nivel regular. En conclusión, el nivel de calidad de vida de los adultos mayores durante la pandemia fue de un nivel "regular" para el 62.9 % de los participantes (13).

Leguia (2019) presentó su investigación con el propósito de conocer los determinantes de la calidad de vida asociados a las estrategias para afrontar el estrés que emplean los adultos mayores de Lima metropolitana. Se tomó una muestra de 150 ancianos, se utilizaron instrumentos confiables y válidos para medir ambas variables. A través de los resultados, se confirmó de manera parcial la hipótesis del estudio, pues cinco de los componentes de la calidad de vida tenían una baja correlación con dos dimensiones de la estrategia de afrontamiento. Además, la estrategia de afrontamiento de tarea mostró una correlación significativa, aunque baja, con la calidad de vida social y psicológica (14).

Espinoza (2022) realizó la investigación en la que se indica que la pandemia del Covid-19 ha generado distintos retos que los adultos han estado tratando de sobrellevar mediante el uso de distintos estilos de afrontamiento con la finalidad de obtener tranquilidad y satisfacción con su vida. Planteó como propósito de investigación, analizar la relación entre la implementación del afrontamiento del estrés y la satisfacción con la vida de adultos mayores. Para ello, la investigación fue correlacional, no experimental, usando una muestra de 307 personas de ambos sexos, de Lima metropolitana y del Callao, quienes respondieron instrumentos de auto informe. Los resultados mostraron que ambas variables de estudio se relacionan significativamente, y un análisis de regresión estableció que los

estilos de afrontamiento son predictores de la satisfacción con la vida. Asimismo, existen ciertas diferencias en los estilos de afrontamiento según el sexo y la edad de los participantes. Se concluye que la satisfacción con la vida está asociada al uso de los estilos de afrontamiento de los adultos de Lima (2).

Gaona y Ruiz (2020) realizaron la investigación de objetivo identificar las estrategias para afrontar el estrés y la satisfacción vital en adultos de una universidad de Lima. Fueron 225 mujeres y 183 hombres. Los resultados hallados indican, por un lado, que existe una correlación positiva entre planificación, afrontamiento activo y reinterpretación positiva y crecimiento, con satisfacción con la vida. Asimismo, se encontró correlación negativa entre enfoque y liberación de emociones y satisfacción con la vida. En este sentido, la satisfacción que una persona tiene con su vida está asociado con el uso de diferentes estrategias de afrontamiento (15).

1.1.3. Antecedentes locales

Salazar (2023) realizó una investigación en donde buscó conocerse la residencia se asociaba a la felicidad fue un estudio cuantitativo considerando a 50 adultos mayores de un centro residencial ubicado en Arequipa, el estudio determinó la identificación de estas variables y la relación existente entre ellas, se encontró que los adultos mayores tienen elevados niveles de felicidad y resiliencia, destacando entre las dimensiones la perseverancia, la frecuencia de felicidad, la confianza, la satisfacción con la vida y la alegría por vivir. Estas variables permiten en los adultos mayores el inicio, mantenimiento y disminución de estados emocionales perturbadores como la depresión y que además estos resultados permiten ampliar el conocimiento respecto al abordaje de las personas de la tercera edad. Para el procesamiento de los datos se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y paquetes estadísticos como el Excel y SPSS (16).

Campos (2020) llevó a cabo una investigación basada en determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que presentan patologías crónicas y el sentido del humor de estos. La investigación fue relacional, descriptiva y prospectiva, tomando una muestra de 151 adultos mayores ajustados a los criterios de selección. Se usó como técnica la encuesta y se aplicaron diversas escalas ajustadas a la variable de investigación para determinar la calidad de vida en ellos. Los resultados demostraron que eran adultos mayores con una edad mayor a los 75 años, representados en un 59.5 %, mayormente del sexo femenino (58.3%), con un nivel de instrucción representado en un 49 %, y un 53 % eran solteros, separados o viudos. Un 69.5 % era procedente de Arequipa, y el 72.8 % no

tenía un trabajo estable. Asimismo, se determinó que la patología crónica que predominaba era la hipertensión en un 57.6 %, seguida de la diabetes mellitus en un 12.6 %. En cuanto al sentido del humor de los adultos mayores, este era negativo, con un puntaje de 76.2. La calidad de vida global era mala en un 66.9 %. Concluye que existe una significativa relación entre la calidad de vida y el sentido del humor de los adultos mayores con patologías crónicas (17).

Díaz y Encalada (2020) realizaron un estudio basado en el objetivo de identificar si el cuidado brindado por el profesional de la enfermería se asociaba a la satisfacción del servicio que presentaban los adultos mayores que acudían al hospital 3 Goyeneche de Arequipa. Se empleó la correlación de Pearson con un nivel de significancia del 5 %. Fue una investigación cuantitativa a nivel descriptivo-correlacional, en donde se usó el cuestionario como técnica, aplicando instrumentos asociados a las variables y tomando como muestra a 80 personas mayores de 60 años que se encontraban institucionalizadas en el servicio de medicina de varones y mujeres del hospital, escogidas empleando criterios de selección. Los resultados determinaron que un 67.5 % de la muestra que se encontraba en ese servicio tenía un nivel medio de satisfacción con el cuidado brindado por el profesional de la enfermería, mientras que un 56.2 % señaló que los profesionales brindaban un moderado nivel de calidad en el servicio. Mientras que el 25 % consideró que la calidad era baja y el 18.8 % creía que la calidad era elevada. De acuerdo a la valoración estadística, la calidad del cuidado que brinda el profesional de la enfermería está significativamente asociada al índice de satisfacción que evidencian los adultos mayores internados en este servicio ($P < 0.05$) (18).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Estrategias de afrontamiento

1.2.1.1. Definición

Las estrategias de afrontamiento se refieren a los mecanismos empleados para enfrentar la sobrecarga y el estrés y están estrechamente relacionadas con el bienestar subjetivo. En la vejez, estas estrategias son fundamentales para manejar las pérdidas y desafíos que surgen en esta etapa de la vida. Las estrategias como el apoyo social, la búsqueda de la acomodación y la negociación están asociadas a un adecuado nivel de bienestar. Contrariamente, estrategias como la desesperanza, el aislamiento y la sumisión determinan una mengua en la salud (19).

El impacto que tienen las estrategias para afrontar el estrés en la salud puede ser negativo o positivo, dependiendo del mecanismo utilizado. Afrontar el estrés es un procedimiento dinámico que los adultos mayores pueden emplear para optimizar y adecuar su índice de vida, dejando atrás emociones y sentimientos negativos que afecten su conducta o estado de ánimo. Por lo tanto, abordar las estrategias de afrontamiento es fundamental para comprender la manera en que las personas que transitan por la etapa de la vejez asumen los retos que se vinculan a su propio bienestar (12).

El afrontamiento del estrés es el conjunto de procesos cognitivos y conductuales utilizados por una persona para hacer frente a las demandas internas y externas generadas por una situación estresante. En su conceptualización, el afrontamiento del estrés involucra una serie de estrategias y recursos que una persona utiliza para adaptarse y responder de manera efectiva a los desafíos estresantes en su vida (20). El afrontamiento del estrés no es un proceso estático, sino dinámico, que puede variar según las características individuales, la naturaleza del estrés percibido y el contexto en el que se produce la situación estresante. Además, destacan que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas, dependiendo de su eficacia para reducir el estrés y promover el bienestar psicológico (21).

1.2.1.2. Teoría de afrontamiento del estrés

- **Teoría de afrontamiento del estrés de Cano, Franco y García (2007)**

Este estudio se soporta sobre la teoría de afrontamiento del estrés de Cano, Franco y García (2007) en la que sugiere que el afrontamiento del estrés es un proceso dinámico que implica una serie de estrategias y recursos utilizados por las personas para adaptarse y responder a las demandas estresantes en sus vidas. Esta teoría reconoce la influencia de factores individuales y contextuales en el proceso de afrontamiento del estrés, y destaca la importancia de comprender y evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas para promover su adaptación y bienestar (21).

Por lo general, el afrontamiento se interpreta como un constructo fundamental que influye en cómo una persona maneja su vida y sus dificultades. Los estudios sobre el afrontamiento se vinculan a individuos que enfrentan diversas adversidades. En el contexto de la gerontología social, los adultos mayores experimentan una etapa en la que las funciones cognitivas y físicas tienden a reducirse con la edad. Para estos individuos, el envejecimiento se percibe como una circunstancia estresante, lo que resalta la importancia

de comprender cómo las estrategias de afrontamiento pueden afectar su adaptación y bienestar en esta etapa de la vida (22).

El afrontamiento juega un rol relevante para mantener una mayor salud y positivismo durante la vejez. Las estrategias de afrontamiento se dividen en internas y externas, diseñadas para enfrentar dificultades y reducir el estrés. Los adultos mayores tienden a adaptarse a medios externos, buscando apoyo médico y ajustando su entorno para enfrentar desafíos. Además, cuando enfrentan limitaciones personales y físicas, emplean estrategias psicológicas para manejar circunstancias negativas, facilitando así su adaptación y bienestar en esta etapa de la vida (23).

Específicamente, en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, las teorías de afrontamiento del estrés se aplican en la forma que emplean estrategias adaptativas para manejar las demandas propias de su edad, alineándose con lo planteado por Cano, Franco y García (2007). Estos adultos mayores implementan estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social, la reinterpretación positiva de sus situaciones de salud y la resolución de problemas cotidianos. Además, participan en talleres psicoeducativos y actividades grupales organizadas por el centro, donde se fomenta el uso de recursos internos, como la resiliencia, y externos, como redes de apoyo emocional y profesional. Estas prácticas evidencian el proceso dinámico de afrontamiento señalado por la teoría, ya que adaptan sus respuestas a los factores contextuales y personales, logrando mejorar su adaptación al estrés y promoviendo su bienestar integral.

- **Modelo represor-sensibilizador**

El modelo represor-sensibilizador, propuesto por Byrne en 1961, es un enfoque teórico dentro del estudio de las estrategias de afrontamiento. Este modelo describe dos estilos contrapuestos para lidiar con el estrés y la ansiedad: el represor y el sensibilizador. Los "represores" tienden a evitar, minimizar o reprimir información o emociones que puedan generarles malestar. Ante situaciones estresantes, suelen distanciarse emocionalmente o incluso negar la existencia del problema, lo que les permite mantener la calma superficialmente, aunque a veces esto pueda llevar a una acumulación de tensión interna. Este estilo de afrontamiento puede resultar útil para enfrentar crisis a corto plazo, ya que minimiza la percepción del riesgo o del conflicto. Sin embargo, la represión prolongada podría ser contraproducente, dado que los problemas o emociones no

gestionados pueden provocar consecuencias negativas a largo plazo, como síntomas físicos de estrés o ansiedad reprimida (24).

En contraste, los "sensibilizadores" responden al estrés prestando atención activa a las fuentes de ansiedad y a sus propias reacciones emocionales. Se preocupan más profundamente por las amenazas, y tienden a anticipar riesgos o consecuencias negativas, buscando información adicional sobre la situación estresante. A diferencia de los represores, los sensibilizadores se preparan para enfrentar el problema de forma directa, lo cual les permite desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas y tomar decisiones basadas en una comprensión detallada de la situación. No obstante, esta sensibilidad excesiva puede llevarlos a experimentar mayor ansiedad, ya que, al enfocarse en las amenazas, es probable que agraven la percepción de peligro y experimenten más tensión (24).

En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el modelo represor-sensibilizador de Byrne (1961) se aplica en la forma en que estos utilizan estilos específicos para afrontar el estrés y la ansiedad. En el caso de los represores, tienden a minimizar o evitar el reconocimiento consciente de situaciones estresantes, lo cual se refleja en su disposición a participar de manera limitada en actividades grupales o en su reticencia a expresar emociones relacionadas con el estrés. Por otro lado, los sensibilizadores muestran un enfoque más abierto y detallado hacia las fuentes de estrés, buscando activamente información y apoyo, lo que se evidencia en su participación constante en talleres psicoeducativos y sesiones psicológicas ofrecidas en el centro. Estos patrones de afrontamiento permiten al personal de salud diseñar intervenciones personalizadas, promoviendo estrategias más adaptativas que ayuden a ambas tendencias a manejar mejor sus desafíos emocionales y mejorar su calidad de vida.

- **El modelo incrementador-atenuador**

El modelo incrementador-atenuador, propuesto por Miller en 1980 y desarrollado posteriormente en 1987, describe cómo las personas manejan la información relacionada con el estrés o el dolor, dividiéndolas en dos tipos: "incrementadores" y "atenuadores". Los incrementadores tienden a buscar activamente información sobre el evento estresante, preparándose con datos y anticipando diferentes escenarios. Este enfoque les permite tener un mayor control sobre la situación y desarrollar respuestas detalladas para enfrentar el problema. Sin embargo, al centrarse en el evento negativo, es posible que estos

individuos experimenten más ansiedad, dado que se exponen repetidamente a estímulos que pueden amplificar su percepción de amenaza o estrés (25).

Por otro lado, los atenuadores evitan la información relacionada con el evento estresante, intentando minimizar su relevancia o evitar pensar en las posibles consecuencias negativas. Prefieren no analizar la situación en profundidad, con el objetivo de reducir su reacción emocional y protegerse de la ansiedad que podría generar el exceso de información. Aunque esta estrategia de evitación puede ser beneficiosa a corto plazo, ayudando a controlar la ansiedad inmediata, también implica el riesgo de una menor preparación y respuestas menos efectivas en situaciones que requieren atención y proactividad. En el ámbito de la psicología, el modelo de Miller aporta una comprensión útil sobre cómo las diferencias individuales en el manejo de la información pueden influir en la respuesta emocional y en el afrontamiento de situaciones estresantes (25).

En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el modelo incrementador-atenuador de Miller se aplica en la forma en que estas personas gestionan la información relacionada con el estrés y el dolor. Los incrementadores, según la teoría, tienden a amplificar su enfoque hacia los síntomas de estrés y dolor, lo que podría reflejarse en la tendencia de algunos adultos mayores a concentrarse excesivamente en sus dolencias o limitaciones físicas, lo que los lleva a buscar frecuentemente atención médica o manifestar de forma recurrente su malestar. En contraste, los atenuadores buscan reducir la percepción del estrés o el dolor, tendiendo a minimizar o racionalizar su situación, lo que en los adultos mayores del centro podría observarse en aquellos que, a pesar de los problemas de salud, prefieren mantener una actitud positiva, participar en actividades comunitarias o enfocarse en sus rutinas diarias, evitando sobredimensionar su malestar.

- **Modelo transaccional de estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984)**

El modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, desarrollado en 1984, sostiene que el estrés no es simplemente una respuesta automática a un estímulo, sino una "transacción" entre la persona y su entorno. Según este enfoque, el estrés surge cuando el individuo evalúa que una situación supera sus recursos para afrontarla o representa una amenaza a su bienestar. En el modelo, el proceso de evaluación se divide en dos fases: una evaluación primaria, donde la persona valora la situación como peligrosa, positiva o neutra, y una evaluación secundaria, donde analiza sus recursos y opciones para responder a dicha situación. Si la persona percibe que posee

suficientes recursos, el estrés tiende a disminuir, mientras que una percepción de falta de recursos aumenta el nivel de estrés (26).

El modelo también introduce dos estrategias de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema, que busca reducir o eliminar la causa del estrés, y el afrontamiento centrado en la emoción, enfocado en regular las respuestas emocionales que genera la situación estresante. Estas estrategias no son excluyentes y pueden aplicarse de manera complementaria, dependiendo del contexto. El modelo transaccional subraya la importancia de la percepción y la interpretación subjetiva en el proceso de estrés, y su enfoque se ha convertido en uno de los más influyentes en el estudio del afrontamiento, al destacar que el estrés es una experiencia subjetiva y dinámica que depende de cómo la persona interpreta y responde a las demandas ambientales (26).

En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman se aplica en la forma cómo estos adultos perciben y responden a las situaciones estresantes a través de una transacción dinámica entre ellos y su entorno. En el caso de los adultos mayores del centro, muchos de ellos muestran una evaluación primaria del estrés, percibiendo sus problemas de salud y cambios en su calidad de vida como situaciones que requieren atención y acción. Sin embargo, también se observa una evaluación secundaria, donde determinan que pueden hacer frente a esas situaciones mediante estrategias de afrontamiento disponibles, como el apoyo social o el acceso a servicios de salud. En comparación con la teoría, se evidencia que los adultos mayores en este centro no solo reaccionan a los factores estresantes de manera automática, sino que constantemente ajustan sus respuestas a través de la evaluación de los recursos disponibles, lo que influye significativamente en cómo manejan el estrés y buscan mejorar su bienestar.

- **Modelo aproximación-evitación (Roth y Cohen, 1986)**

El modelo de aproximación-evitación, propuesto por Roth y Cohen en 1986, explora dos estilos opuestos de afrontar el estrés: la "aproximación" y la "evitación". La aproximación implica que el individuo se enfrente activamente a la fuente de estrés, procesando información sobre el problema y buscando maneras de resolverlo o adaptarse a él. Este estilo de afrontamiento permite un análisis consciente y directo de la situación, lo que puede ser beneficioso para resolver problemas complejos y disminuir la ansiedad en el largo plazo. Sin embargo, también puede generar una exposición emocional intensa y

ser abrumador cuando las situaciones son extremadamente desafiantes o están fuera del control del individuo (27).

En contraste, la evitación se caracteriza por el intento de eludir el problema, ignorándolo o distrayéndose para reducir la tensión emocional. Esta estrategia puede ser útil en situaciones de estrés momentáneo o cuando el problema no tiene solución inmediata, ya que permite al individuo mantener el bienestar emocional a corto plazo. Sin embargo, la evitación puede llevar a la acumulación de problemas no resueltos y generar consecuencias negativas a largo plazo, especialmente si la situación estresante persiste o requiere una respuesta activa. Este modelo destaca la flexibilidad de los estilos de afrontamiento y la necesidad de adaptarlos a las circunstancias particulares de cada situación (27).

En el contexto de los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el modelo aproximación-evitación de Roth y Cohen se manifiesta claramente en cómo afrontan las situaciones estresantes relacionadas con su salud y calidad de vida. En estos adultos mayores, se observa que aquellos con niveles más altos de estrategias de afrontamiento efectivas tienden a adoptar un enfoque de aproximación, buscando soluciones activas como participar en programas de apoyo o en actividades propuestas por el centro de salud, alineándose con el modelo. Por otro lado, algunos adultos que reportan niveles más bajos de calidad de vida pueden utilizar estrategias de evitación, como ignorar las recomendaciones médicas o evitar discusiones sobre su salud, lo cual concuerda también con la teoría. Esta dualidad en el afrontamiento subraya la importancia de intervenciones que promuevan un cambio hacia estrategias de aproximación, favoreciendo un manejo más activo y constructivo del estrés, tal como propone el modelo.

- **Modelo transaccional de Moss y Schaefer (1993)**

El modelo transaccional de Moss y Schaefer, propuesto en 1993, amplía la visión de Lazarus y Folkman sobre el estrés al enfocarse en el intercambio continuo entre las demandas del entorno y los recursos del individuo. Según este modelo, el estrés es el resultado de la interacción entre factores personales y contextuales, lo cual incluye la interpretación del evento, los recursos personales (como la resiliencia y las habilidades de afrontamiento), y los apoyos externos disponibles (familiares, sociales o laborales). Moss y Schaefer subrayan la idea de que el estrés es una experiencia subjetiva e influenciada por el contexto, y que la adaptación exitosa depende de una evaluación precisa de los recursos internos y externos (28).

Este modelo también resalta la importancia de la flexibilidad en el afrontamiento, sugiriendo que las personas que pueden adaptar sus estrategias de afrontamiento en función de la naturaleza y duración del estresor tienen mejores posibilidades de manejar el estrés efectivamente. Además, introduce el concepto de "ajuste emocional", es decir, cómo una persona se adapta emocionalmente al estrés de manera dinámica. Esto implica que, para reducir el impacto negativo del estrés, es crucial que los individuos desarrollen una conciencia y adaptación constantes en sus respuestas al entorno cambiante (28).

El modelo transaccional de Moss y Schaefer (1993) enfatiza que el afrontamiento es un proceso continuo que incluye la evaluación primaria del evento estresante, la evaluación secundaria de los recursos disponibles y la implementación de estrategias para manejar la situación. En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, esta teoría se refleja en cómo perciben y responden a los desafíos relacionados con su salud y bienestar. La evaluación primaria se observa cuando los adultos mayores identifican situaciones estresantes como el manejo de enfermedades crónicas o la pérdida de independencia. Aquellos que perciben estas circunstancias como altamente amenazantes tienden a experimentar mayor estrés. En la evaluación secundaria, se identifican diferencias en los recursos percibidos: algunos adultos mayores recurren al apoyo familiar o comunitario, mientras que otros perciben limitaciones en su red de soporte.

- **Modelo teórico de Frydenberg y Lewis (1997)**

El modelo teórico de afrontamiento de Frydenberg y Lewis, propuesto en 1997, se centra en identificar y clasificar las estrategias de afrontamiento en adolescentes. A partir de sus investigaciones, estos autores establecieron una taxonomía de estrategias que los jóvenes emplean para enfrentar el estrés, dividiéndolas en tres grandes categorías: afrontamiento orientado a la resolución de problemas, afrontamiento orientado a la búsqueda de apoyo social, y afrontamiento orientado a la distracción y evitación. Estas estrategias reflejan cómo los adolescentes pueden enfocarse en el problema para resolverlo activamente, apoyarse en sus relaciones sociales para manejar el estrés, o bien evitar o minimizar la situación mediante distracción o evitación. Este modelo también destaca que los adolescentes tienden a emplear una combinación de estrategias, dependiendo de factores contextuales y personales (29).

Un aspecto relevante del modelo de Frydenberg y Lewis es que también reconoce las diferencias individuales en la efectividad de las estrategias de afrontamiento en función de la situación y del desarrollo emocional del adolescente. Según este modelo, la madurez

emocional y el contexto social influyen considerablemente en la elección de la estrategia y en los resultados obtenidos. Este enfoque ha sido especialmente útil en el ámbito educativo y clínico, pues ayuda a identificar patrones de afrontamiento menos adaptativos en los jóvenes ya desarrollar intervenciones que fomenten habilidades de afrontamiento más eficaces (29).

El modelo teórico de Frydenberg y Lewis (1997) se centra en cómo las personas eligen estrategias de afrontamiento específicas en función de las demandas del entorno y sus recursos personales. Este modelo clasifica las estrategias en tres categorías principales: productivas, no productivas y orientadas a los demás. En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el modelo encuentra una aplicación clara al analizar cómo enfrentan las situaciones de estrés vinculadas a su salud y entorno social. Las estrategias productivas, como buscar apoyo social o adherirse al tratamiento médico, son evidentes en aquellos adultos mayores que muestran mayor adaptación y bienestar, utilizando sus redes familiares o comunitarias como recursos clave. Las estrategias no productivas, como la evitación o la negación, también son detectables en aquellos que presentan dificultades para aceptar su situación de salud, lo que a menudo está asociado con niveles más bajos de calidad de vida. Por otro lado, las estrategias orientadas a los demás se manifiestan en comportamientos que buscan mantener o fortalecer relaciones sociales, como participar en actividades grupales dentro del centro, ayudando a mitigar el aislamiento y promoviendo un sentido de pertenencia.

- **Modelo multiaxial de Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer y Johnson**

El modelo multiaxial de afrontamiento, propuesto por Dunahoo y colaboradores en 1998, conceptualiza las estrategias de afrontamiento en varias dimensiones o "ejes" que permiten analizar con mayor profundidad las respuestas al estrés. Este modelo considera el afrontamiento como un proceso complejo y multidimensional, en el que los individuos pueden emplear estrategias de afrontamiento proactivas o reactivas, directas o indirectas, y orientadas hacia la emoción o hacia la solución de problemas. Por ejemplo, una persona puede emplear estrategias directas de afrontamiento, como resolver un problema de manera activa, o indirecta, como eludir ciertos detalles de la situación para reducir el estrés (30).

Al estructurar el afrontamiento en ejes, este modelo permite un análisis más detallado de cómo las personas ajustan sus estrategias a las circunstancias específicas. Además, reconoce que las respuestas de afrontamiento no son estáticas y que las

personas pueden combinar y ajustar diversas estrategias según el contexto y la naturaleza del estresor. El enfoque multiaxial permite una comprensión más flexible y realista del afrontamiento, ya que muestra cómo diferentes ejes pueden interactuar para formar una respuesta integral frente al estrés (30).

El modelo multiaxial de Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer y Johnson se centra en las múltiples dimensiones que influyen en las estrategias de afrontamiento, considerando factores como las preferencias individuales, las respuestas emocionales y los contextos socioculturales. En los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, este modelo se aplica al observar cómo estas personas combinan diferentes ejes de afrontamiento para manejar sus desafíos. Específicamente, se identifica que los adultos mayores tienden a emplear estrategias centradas tanto en las emociones (como buscar apoyo emocional) como en las tareas (como organizar rutinas para gestionar el estrés). Estas respuestas reflejan la interacción de factores personales, como el nivel de resiliencia, con elementos del entorno, como el acceso a redes sociales de apoyo o la percepción de recursos disponibles, alineándose con los principios multiaxiales del modelo.

1.2.1.3. Dimensiones

a) Resolución de problemas

Se refiere a la capacidad de una persona para abordar activamente los desafíos o dificultades que enfrenta, buscando soluciones efectivas y tomando medidas concretas para superarlos. Esta dimensión del afrontamiento se refiere a la capacidad de la persona para enfrentar los desafíos mediante el análisis y la implementación de soluciones prácticas y efectivas. Implica un enfoque activo y orientado a la acción, donde el individuo busca alternativas, planifica estrategias y toma decisiones para resolver el problema que genera estrés (31).

- **Enfrenta activamente el problema:** esta característica implica que la persona no evade o ignora la dificultad, sino que se enfrenta a ella de manera directa y activa, reconociendo la necesidad de encontrar una solución.

- **Determinación y dedicación para abordar los problemas:** se refiere a la firmeza y el compromiso de la persona para resolver el problema, incluso cuando surgen obstáculos o contratiempos. Esta determinación implica un esfuerzo continuo y una disposición a invertir tiempo y energía en encontrar una solución.

- **Encara directamente la dificultad o el desafío:** esta característica implica que la persona no evita ni elude la dificultad, sino que la enfrenta de manera directa y decidida.

Reconoce la importancia de abordar el problema de frente y asume la responsabilidad de encontrar una solución.

- Demuestra compromiso y dedicación para alcanzar el objetivo deseado: se refiere al compromiso firme de la persona hacia la consecución de sus objetivos. Esta dedicación implica una disposición a invertir esfuerzo y recursos en la resolución del problema, manteniendo la motivación y la perseverancia a lo largo del proceso.

- Persevera en la búsqueda de una solución o resultado deseado: esta característica implica que la persona no se rinde fácilmente ante la adversidad o los obstáculos. En lugar de eso, continúa perseverando en la búsqueda de una solución satisfactoria o un resultado deseado, mostrando tenacidad y resistencia frente a la dificultad.

b) Autocrítica

Se refiere a la tendencia de una persona a evaluar negativamente su propio desempeño, comportamiento o decisiones cuando enfrenta una situación estresante. Como dimensión de afrontamiento se manifiesta cuando la persona se culpa o se evalúa negativamente frente a una situación estresante. En lugar de buscar soluciones, el individuo se enfoca en sus errores o limitaciones, lo que puede generar sentimientos de inferioridad o ineficacia. (31).

- Sentirse responsable de lo que salió mal: este indicador implica que la persona tiende a asumir la responsabilidad por los resultados negativos o las circunstancias adversas que experimenta, incluso cuando no tiene un control directo sobre ellas.

- Sentirse culpable por las circunstancias adversas: se refiere a la experiencia de culpa o autorreproche en respuesta a las dificultades o problemas que enfrenta la persona. Esta autoculpa puede surgir incluso cuando la persona no tiene culpa real en la situación.

- Emitir juicios negativos hacia uno mismo por lo que ocurrió: implica que la persona tiende a juzgarse a sí misma de manera negativa en relación con lo que ocurrió, atribuyendo errores o fallas a su propia persona y generando una autoevaluación desfavorable.

- Sentir remordimiento o arrepentimiento por no haber evitado la situación: se refiere al sentimiento de pesar o arrepentimiento por no haber tomado acciones diferentes que podrían haber evitado la situación estresante o sus consecuencias negativas.

- Asumir la responsabilidad personal por los errores o malas decisiones: implica que la persona tiende a atribuir los errores o malas decisiones a su propia responsabilidad y fallas, en lugar de buscar explicaciones externas o circunstanciales.

c) Expresión emocional

Se refiere a la capacidad y disposición de una persona para comunicar abiertamente sus emociones y sentimientos. Involucra la capacidad de exteriorizar y comunicar las emociones que se experimentan ante una situación estresante. Puede incluir verbalizar sentimientos, compartir emociones con otros o expresar frustración y ansiedad, lo cual puede facilitar el alivio emocional y reducir la carga del estrés. (31).

- Reconocimiento de que la expresión emocional puede reducir el estrés: este indicador implica que la persona es consciente de que expresar sus emociones puede tener un efecto positivo en la reducción del estrés. Reconoce que compartir sus sentimientos puede ser una forma efectiva de aliviar la tensión emocional y promover el bienestar.

- Disposición para comunicar abiertamente las emociones: se refiere a la voluntad y disposición de la persona para expresar sus emociones de manera abierta y sincera. Esta disposición implica la capacidad de compartir sus sentimientos con los demás sin reservas o inhibiciones.

- Reflexión sobre los propios sentimientos antes de expresarlos: implica que la persona reflexiona y considera cuidadosamente sus propios sentimientos antes de expresarlos. Esta reflexión puede incluir la identificación de las emociones, la evaluación de su intensidad y la consideración de cómo comunicarlas de manera efectiva.

- Liberación emocional como una forma de desahogo o alivio: se refiere al uso de la expresión emocional como una forma de liberar la tensión emocional acumulada y encontrar alivio. La persona puede experimentar un sentido de desahogo o alivio emocional al expresar sus sentimientos de manera abierta y sincera.

- Experimentar una sensación de abrumamiento emocional: implica que la persona puede sentirse abrumada por sus propias emociones, lo que puede dificultar la expresión efectiva de las mismas. Esta sensación de abrumamiento emocional puede surgir cuando las emociones son intensas o difíciles de manejar.

d) Pensamiento desiderativo

Se refiere a la tendencia de una persona a desear que la situación estresante no hubiera ocurrido o a anhelar el cese o la eliminación de dicha situación. Refiere al uso de deseos o pensamientos idealizados como una forma de afrontamiento, donde la persona fantasea con situaciones que quisiera que ocurrieran en lugar de enfrentarse directamente a la realidad. Aunque puede proporcionar alivio temporal, este enfoque evita la resolución efectiva de problemas. (31).

- Manifestar un deseo de que la situación estresante no hubiera ocurrido en absoluto: este indicador implica que la persona expresa un fuerte deseo que la situación

estresante no hubiera sucedido en primer lugar. Puede incluir sentimientos de arrepentimiento o lamentación por los eventos ocurridos.

- Anhelar el cese o la eliminación de la situación estresante: se refiere a la expresión de un deseo profundo de que la situación estresante llegue a su fin o sea eliminada por completo. La persona puede experimentar una sensación de alivio imaginando que la situación estresante ha terminado.

- Expresar el deseo de evitar futuras experiencias similares a la situación estresante: implica que la persona manifiesta un deseo de evitar enfrentarse a situaciones estresantes similares en el futuro. Puede incluir el deseo de aprender de la experiencia para evitar circunstancias similares.

- Manifestar un deseo de alterar o revertir los eventos pasados: se refiere a la expresión de un deseo de cambiar el pasado y revertir los eventos que condujeron a la situación estresante. La persona puede lamentar decisiones pasadas o acciones que contribuyeron a la situación estresante.

- Imaginar un futuro diferente en el que los eventos estresantes tomen un curso alternativo: implica que la persona imagina un escenario futuro en el que los eventos estresantes tomen un curso diferente o más favorable. Puede incluir la visualización de soluciones alternativas o resultados positivos.

e) Apoyo social

Se refiere a la búsqueda y utilización de ayuda y respaldo emocional proveniente de personas significativas en el entorno social. se basa en buscar ayuda y apoyo emocional de otras personas, como amigos, familiares o profesionales. El individuo confía en su red social para obtener consuelo, consejo o asistencia práctica, lo que puede fortalecer su capacidad para manejar situaciones difíciles (32).

- Buscar activamente a alguien dispuesto a escuchar y comprender el problema: este indicador implica la búsqueda activa de una persona dispuesta a escuchar y comprender los problemas y preocupaciones del individuo. La persona busca un oyente comprensivo que pueda ofrecer apoyo emocional y comprensión.

- Buscar apoyo emocional y consejo de alguien en quien confiar: se refiere a la búsqueda de ayuda emocional y consejo de una persona en quien el individuo confía y en quien puede apoyarse durante momentos difíciles. La persona busca consuelo y orientación en alguien en quien tiene una relación de confianza.

- Permitir que los amigos ofrezcan ayuda y apoyo durante tiempos difíciles: implica la disposición a aceptar la ayuda y el apoyo ofrecidos por amigos durante momentos de

estrés o dificultad. La persona reconoce la importancia de la ayuda social y permite que sus amigos brinden apoyo emocional y práctico.

- Buscar la compañía y el respaldo de los amigos como una forma de distracción y apoyo: se refiere a la búsqueda de la compañía y el respaldo de amigos como una forma de distracción y apoyo durante períodos estresantes. La persona busca la presencia de amigos como una forma de aliviar el estrés y sentirse apoyada.

- Buscar orientación y consejo de alguien que se considere digno de confianza y respeto: implica la búsqueda de orientación y consejo de una persona en quien el individuo tiene confianza y respeto. La persona busca el consejo de alguien que considera sabio y digno de confianza para obtener orientación sobre cómo enfrentar la situación estresante.

f) Restructuración cognitiva

Se refiere al proceso mediante el cual una persona cambia sus pensamientos y percepciones respecto a una situación estresante con el fin de reducir el malestar emocional y mejorar su capacidad para afrontar el estrés de manera más efectiva. Se trata de un proceso en el cual la persona cambia su forma de pensar acerca de la situación estresante, reinterpretando los eventos de manera más positiva o menos amenazante. Este tipo de afrontamiento implica un ajuste de la percepción para reducir el impacto emocional del problema (32).

- Reflexión continua sobre el problema para obtener una nueva perspectiva: este indicador implica la práctica de reflexionar de manera constante sobre la situación estresante con el objetivo de obtener una nueva comprensión o perspectiva. La persona busca diferentes ángulos de análisis para encontrar soluciones o formas de enfrentar el problema de manera más efectiva.

- Transformación de la interpretación negativa de la situación en una más optimista o realista: se refiere al proceso de cambiar una interpretación negativa o distorsionada de la situación estresante por una interpretación más optimista o realista. La persona intenta ver la situación desde un punto de vista más positivo o balanceado, lo que puede ayudar a reducir el malestar emocional.

- Utilización de la autoconvicción como una forma de reducir el malestar emocional: implica el uso de afirmaciones positivas y creencias personales fuertes como estrategia para reducir el malestar emocional asociado con la situación estresante. La persona se convence a sí misma de su capacidad para afrontar la situación de manera efectiva y superar los desafíos que presenta.

- Reflexión sobre las prioridades y valores personales para obtener una nueva perspectiva sobre la situación: se refiere a la reflexión sobre los valores personales y las

prioridades de vida como medio para obtener una nueva perspectiva sobre la situación estresante. La persona evalúa qué es realmente importante para ella y cómo la situación se relaciona con sus valores fundamentales, lo que puede proporcionar claridad y dirección en el afrontamiento del estrés.

- Enfoque en los aspectos positivos o beneficiosos de la situación estresante: implica dirigir la atención hacia los aspectos positivos o beneficiosos de la situación estresante, buscando encontrar lecciones aprendidas, oportunidades de crecimiento personal o fortalezas que se pueden desarrollar a partir de la experiencia. Esto puede ayudar a reducir el malestar emocional y promover una actitud más positiva hacia la situación estresante.

g) Evitación de problemas

Se refiere a la tendencia de una persona a evitar o minimizar el enfrentamiento directo con la situación estresante, ya sea a través de la supresión de emociones, el intento de eliminar el recuerdo de la situación o la negación de su relevancia. La evitación se caracteriza por el intento de ignorar o escapar de la situación estresante en lugar de enfrentarse a ella directamente. Este tipo de afrontamiento puede incluir distraerse con otras actividades, negar la existencia del problema o postergar su resolución, lo que a menudo agrava la situación a largo plazo (32).

- Intento consciente de minimizar el impacto emocional de la situación: este indicador implica que la persona hace un esfuerzo deliberado para reducir o minimizar la intensidad de las emociones asociadas con la situación estresante. Puede involucrar la supresión de emociones negativas o la adopción de estrategias de distracción para evitar enfrentar el malestar emocional.

- Deseo de eliminar por completo el recuerdo o la preocupación por la situación: se refiere al anhelo de la persona de eliminar por completo el recuerdo o la preocupación por la situación estresante de su mente. La persona puede desear olvidar completamente la experiencia o las emociones asociadas con ella.

- Minimización de la importancia o el impacto de la situación estresante: implica la tendencia de la persona a restar importancia o a minimizar el impacto de la situación estresante en su vida. Puede involucrar la adopción de una actitud de negación o minimización de los efectos negativos de la situación.

- Pretender que la situación estresante no ha tenido lugar o no tiene relevancia: se refiere a la tendencia de la persona a actuar como si la situación estresante no hubiera ocurrido o como si no tuviera relevancia en su vida. Puede implicar negar la existencia de la situación o evitar hablar o pensar en ella.

- Intento consciente de evitar pensar en la situación estresante: implica que la persona hace un esfuerzo deliberado para evitar pensar en la situación estresante. Puede involucrar la adopción de estrategias de evitación cognitiva, como distracciones o actividades que desvíen la atención de la situación estresante.

h) Retirada social

Se refiere a la tendencia de una persona a alejarse o evitar la interacción social como respuesta al estrés, prefiriendo la soledad como forma de procesar las emociones y mantener la privacidad emocional. Implica el aislamiento de la persona frente a situaciones de estrés. El individuo se aparta de su entorno social, evita el contacto con otras personas y se encierra en sí mismo como una forma de lidiar con la tensión. Aunque puede servir como un mecanismo de protección temporal, a largo plazo puede afectar negativamente el bienestar emocional (32).

- Preferencia por el tiempo de soledad como forma de procesar las emociones: este indicador implica que la persona tiende a buscar la soledad como medio para reflexionar y procesar sus emociones en momentos de estrés. Prefiere estar solo para poder pensar y sentir sin la influencia de otras personas.

- Tendencia a evitar la interacción social como respuesta al estrés: se refiere a la inclinación de la persona a evitar la interacción social en situaciones estresantes. Puede implicar el retiro físico de situaciones sociales o el rechazo de invitaciones sociales como forma de evitar el malestar emocional.

- Deseo de mantener la privacidad y evitar la exposición emocional: implica el deseo de la persona de mantener su privacidad emocional y evitar la exposición de sus sentimientos a los demás. Prefiere mantener sus emociones guardadas para sí mismo en lugar de compartirlas con otras personas.

- Reserva emocional y falta de expresión abierta de los sentimientos: se refiere a la tendencia de la persona a ser reservada y restringida en la expresión de sus sentimientos. Puede mostrar una falta de expresión abierta de emociones y una tendencia a mantener un muro emocional entre ella y los demás.

- Intención deliberada de esconder las emociones de los demás: implica que la persona hace un esfuerzo consciente para ocultar sus emociones y sentimientos de los demás. Puede involucrar el control consciente de la expresión emocional y la supresión de los signos visibles de malestar emocional en presencia de otras personas.

i) Grado de eficacia percibida del afrontamiento

Es una dimensión clave dentro de las estrategias de afrontamiento, que se refiere a la autopercepción que tiene una persona sobre la efectividad de sus propias acciones para enfrentar y manejar situaciones estresantes o desafiantes. En el contexto de los adultos mayores, esta dimensión evalúa cómo los individuos valoran sus propias estrategias para resolver problemas o adaptarse a circunstancias difíciles, lo cual tiene un impacto directo en su bienestar y calidad de vida. Una alta eficacia percibida implica que el adulto mayor se siente capaz y efectivo en su afrontamiento, lo que puede reducir el estrés, mientras que una baja percepción puede incrementar la vulnerabilidad al estrés y afectar su salud física y emocional (32).

- Capacidad de afrontar situaciones evalúa la habilidad de una persona para enfrentar y gestionar situaciones adversas o estresantes de manera efectiva. En el caso de los adultos mayores, este indicador mide su destreza para utilizar recursos emocionales, cognitivos y conductuales al enfrentar desafíos de la vida cotidiana, como problemas de salud, pérdidas, o cambios en su entorno. Una alta capacidad de afrontar situaciones sugiere que el individuo puede adaptarse y responder de forma positiva ante el estrés, lo cual está asociado con un mayor bienestar psicológico y una mejor calidad de vida. Por el contrario, una capacidad baja puede indicar dificultades para gestionar el estrés, lo cual puede afectar su salud mental y emocional. Este indicador es esencial para comprender cómo las estrategias de afrontamiento contribuyen al equilibrio emocional y al bienestar general en esta etapa de la vida (32).

1.2.2. Calidad de vida

1.2.2.1. Definición

El concepto de calidad de vida (CV) surgió en los Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial, en un contexto donde se buscaba comprender el bienestar de las personas más allá de su mera estabilidad económica. En ese entonces, los investigadores intentaban cuantificar cómo los individuos percibían su vida y seguridad financiera en un mundo en reconstrucción, lo que dio lugar a indicadores objetivos que medían condiciones tangibles, como el estado socioeconómico, el nivel educativo o el tipo de vivienda. Sin embargo, a medida que se avanzaba en estas mediciones, los expertos notaron que estos factores solo lograban explicar una pequeña fracción, un 15 % aproximadamente, de la variabilidad en la CV de las personas, lo que dejaba mucho espacio sin explicar sobre la experiencia humana y su percepción de bienestar (33).

Ante estas limitaciones, psicólogos y científicos sociales empezaron a explorar factores subjetivos en la medición de la CV, sugiriendo que la inclusión de variables psicológicas podría brindar una imagen más completa del bienestar individual. Este enfoque proponía que sentimientos como la felicidad y la satisfacción personal podrían explicar más del 50 % de la variabilidad en la CV (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999). Los investigadores comprendieron que la experiencia subjetiva de cada persona sobre su bienestar y felicidad ofrecía información valiosa, difícil de captar solo con datos materiales. Así, el enfoque en lo subjetivo permitió a los científicos sociales acceder a una comprensión más amplia de la CV, reconociendo que el bienestar depende tanto de los recursos y condiciones materiales como de la percepción individual y el equilibrio emocional (34).

A partir de estas investigaciones, el concepto de CV adquirió una importancia fundamental en el estudio de la salud y el bienestar, ampliándose hacia el campo de la salud pública. La investigación en salud comenzó a integrar la CV como una medida esencial para evaluar el éxito de tratamientos médicos y mejorar la calidad de atención. La CV, inicialmente ligada a indicadores económicos, se convirtió en un constructo multidimensional que incluye tanto factores objetivos como subjetivos, tales como el bienestar emocional, la satisfacción con la vida y la percepción personal de salud, sentando las bases para su uso en estudios de salud, psicología y ciencias sociales en general (34).

La calidad de vida es una definición multidimensional que demuestra la general percepción de satisfacción y bienestar con distintos aspectos de la vida del individuo. Incluye áreas como la salud física y mental, las relaciones interpersonales, el entorno social y físico, el nivel de independencia y autonomía, así como el sentido de propósito y significado en la vida. Surge como una respuesta a la necesidad de comprender mejor la experiencia subjetiva del bienestar humano más allá de indicadores puramente objetivos, como el ingreso o la esperanza de vida. En lugar de centrarse únicamente en la ausencia de enfermedad, la calidad de vida aborda la percepción personal de la felicidad, la satisfacción y la realización en la vida (35).

Evaluar la calidad de vida en adultos es crucial porque proporciona información integral sobre el bienestar y la satisfacción de las personas en diferentes áreas de sus vidas. Esta evaluación no solo permite identificar áreas de mejora o necesidades no satisfechas, sino que también ayuda a guiar intervenciones y políticas destinadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población. Además, al considerar la calidad de vida como un objetivo central en la planificación y evaluación de los servicios de salud y

sociales, se puede garantizar una atención más holística y centrada en la persona, que aborde no solo las necesidades médicas, sino también las emocionales, sociales y de estilo de vida (36).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida, según la OMS, se define como la percepción individual del sujeto sobre su lugar en la vida, dentro de un entorno cultural y social en el que se desenvuelve, y en función de sus preocupaciones, objetivos, estándares y expectativas. Incluye aspectos físicos, psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno personal y oportunidades de desarrollo personal. Esta definición enfatiza la importancia de comprender la calidad de vida desde una perspectiva holística y subjetiva, que va más allá de indicadores objetivos de salud y bienestar, para considerar también la satisfacción personal, la percepción de bienestar y la realización de metas y aspiraciones individuales (37).

1.2.2.2. Teoría de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud

La teoría de la calidad de vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en un enfoque multidimensional que considera diversos aspectos del bienestar humano. Esta teoría reconoce que la calidad de vida es un concepto complejo que abarca tanto factores objetivos como subjetivos, y que va más allá de la ausencia de enfermedad. En lugar de centrarse únicamente en indicadores de salud física, la teoría de la calidad de vida de la OMS considera aspectos como la salud mental, las relaciones sociales, el entorno físico, el nivel de independencia y autonomía, y el sentido de propósito y significado en la vida. Además, reconoce la importancia de evaluar la calidad de vida desde la perspectiva de la persona, teniendo en cuenta sus propias percepciones, valores y prioridades. Esta teoría enfatiza la necesidad de un enfoque holístico e integrado para comprender y mejorar el bienestar humano en todas sus dimensiones (38).

La teoría de la calidad de vida propuesta por el grupo de la OMS en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, se aplica al evaluar cómo las estrategias de afrontamiento impactan en dimensiones clave de su calidad de vida, como la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y el entorno. Específicamente, la percepción de su calidad de vida se ve influida por el uso de estrategias de afrontamiento que les permiten manejar mejor el estrés relacionado con el envejecimiento y las condiciones de salud crónicas. Este enfoque también evidencia cómo

factores culturales y contextuales moldean sus expectativas y su capacidad para encontrar satisfacción en su entorno, reflejando la aplicabilidad del modelo de la OMS en esta población específica.

1.2.2.3. Dimensiones de la calidad de vida

a) Salud física

Se refiere al estado general de bienestar del cuerpo físico de una persona. Incluye la capacidad funcional, la salud física y la vitalidad en general. La salud física es una dimensión fundamental de la calidad de vida, ya que se refiere al estado general del cuerpo y a su capacidad para realizar actividades diarias sin limitaciones. Esta dimensión incluye aspectos como la ausencia de enfermedades, el nivel de energía, la fuerza muscular, la flexibilidad y la resistencia cardiovascular. Una buena salud física permite a las personas participar en actividades que disfrutan, cumplir con sus responsabilidades diarias y mantener un nivel adecuado de autonomía. Además, la salud física está estrechamente relacionada con otros aspectos de la calidad de vida, como la salud mental y el bienestar emocional, ya que el ejercicio regular y una alimentación balanceada contribuyen a la reducción del estrés y a una mejor autoestima.

Asimismo, la salud física influye en la longevidad y en la prevención de enfermedades crónicas, lo que a su vez afecta la percepción que las personas tienen sobre su calidad de vida. La promoción de un estilo de vida saludable, que incluya actividad física regular, una dieta equilibrada y chequeos médicos preventivos, es esencial para mantener la salud física a lo largo de la vida. La salud física no solo impacta en el bienestar individual, sino que también tiene repercusiones en la comunidad, ya que una población saludable puede contribuir a un sistema de salud más eficiente y menos costoso. En resumen, la salud física es un pilar crucial de la calidad de vida, que facilita la participación y el disfrute de la vida en su totalidad (39).

- **Actividades de la vida diaria:** este indicador se refiere a la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, asearse, comer y moverse de manera independiente.
- **Dependencia de sustancias medicinales:** se refiere a la necesidad de una persona de depender de medicamentos o tratamientos para mantener o mejorar su salud física.
- **Energía y fatiga:** este indicador aborda el nivel de energía y vitalidad que una persona experimenta en su vida diaria, así como su susceptibilidad a la fatiga y el agotamiento.

- **Movilidad:** se refiere a la capacidad de una persona para moverse y desplazarse físicamente, incluyendo la flexibilidad, la coordinación y la fuerza muscular.
- **Dolor e incomodidad:** este indicador se refiere a la experiencia de dolor o malestar físicos que puede afectar la calidad de vida y el bienestar general de una persona.
- **Dormir y descansar:** se refiere a la calidad y la cantidad de sueño que una persona recibe, así como su capacidad para descansar adecuadamente y recuperarse físicamente durante el período de descanso.
- **Habilidades laborales:** este indicador se maneja como la capacidad de una persona para participar en diligencias laborales o productivas de manera eficaz y sin limitaciones físicas significativas.

b) Salud psicológica

Se refiere al estado general de bienestar emocional, cognitivo y social de una persona. Incluye la capacidad de manejar el estrés, mantener relaciones saludables, tener una autoestima positiva y desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas (39). La salud psicológica es una dimensión esencial de la calidad de vida, ya que abarca el bienestar emocional y mental de un individuo. Se refiere a la capacidad de manejar el estrés, regular las emociones y mantener una perspectiva positiva ante la vida. La salud psicológica incluye aspectos como la autoestima, la resiliencia, la satisfacción con la vida y la capacidad para formar relaciones interpersonales saludables.

Una buena salud psicológica permite a las personas afrontar los desafíos cotidianos con mayor eficacia, promoviendo una sensación de control y bienestar en sus vidas. Además, la salud mental está profundamente interconectada con la salud física, ya que una mente sana puede contribuir a un cuerpo saludable y viceversa. Por otro lado, la falta de salud psicológica puede afectar negativamente la calidad de vida, llevándola a problemas como la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales. Estas condiciones pueden limitar la capacidad de una persona para participar en actividades sociales, disfrutar de sus intereses y mantener relaciones significativas, creando un círculo vicioso que perpetúa la insatisfacción con la vida. Por lo tanto, es crucial promover la salud psicológica a través de intervenciones que fomenten la educación emocional, el apoyo social y el acceso a recursos de salud mental. La atención a esta dimensión no solo beneficia al individuo, sino que también enriquece a la comunidad en su conjunto, contribuyendo a un ambiente social más saludable y solidario (40)

- **Imagen corporal:** se refiere a la percepción que una persona tiene sobre su propio cuerpo, incluyendo la satisfacción con su apariencia física y la aceptación de su cuerpo tal como es.
- **Sentimientos negativos:** este indicador aborda las vivencias emocionales negativas como desconsuelo, ansiedad, ira o culpa, que pueden afectar el bienestar emocional y la calidad de vida del individuo.
- **Sentimientos positivos:** son las vivencias emocionales positivas como la felicidad, la gratitud, la esperanza y la satisfacción, que contribuyen al bienestar emocional y la resiliencia.
- **Autoestima:** este indicador se refiere a la percepción y evaluación que una persona tiene sobre sí misma, incluyendo la confianza en sus habilidades, el valor personal y la autoaceptación.
- **Religión y creencias personales:** se refiere a la influencia de las creencias religiosas o espirituales, así como las creencias personales y los valores, en el bienestar psicológico y la capacidad de afrontamiento de una persona.
- **Aprendizaje, memoria y concentración:** este indicador aborda la capacidad de una persona para adquirir nuevos conocimientos, recordar información importante y mantener la atención y la concentración en tareas específicas, lo cual es fundamental para el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico.

c) Relaciones sociales

Se refiere al estado de las interacciones y conexiones sociales de una persona con los demás (39). Las relaciones sociales son una dimensión fundamental de la calidad de vida, ya que influyen en el bienestar emocional y psicológico de los individuos. Las interacciones con familiares, amigos y la comunidad en general proporcionan un sentido de pertenencia y apoyo, lo que contribuye a la satisfacción vital. Un entorno social positivo fomenta la comunicación y el intercambio de experiencias, lo que no solo mejora la salud mental, sino que también permite a las personas enfrentar mejor los desafíos y el estrés. Las relaciones sociales saludables están asociadas con la disminución de la soledad y el aislamiento, factores que pueden afectar negativamente la calidad de vida, especialmente en grupos vulnerables como los adultos mayores.

Además, la calidad de las relaciones sociales también juega un papel crucial en la salud física. Estudios han demostrado que contar con un fuerte apoyo social está relacionado con mejores resultados de salud, como un sistema inmunológico más fuerte y una mayor longevidad. Las personas que mantienen conexiones sociales significativas

tienden a adoptar estilos de vida más saludables, participar en actividades físicas y buscar atención médica de manera regular. Por lo tanto, fomentar y mantener relaciones sociales saludables es esencial para mejorar la calidad de vida, ya que no solo proporciona un soporte emocional valioso, sino que también impulsa hábitos que promueven el bienestar general (41).

- **Relaciones personales:** este indicador se refiere a la calidad de las relaciones individuales que una persona tiene con amigos, familiares y seres queridos. Incluye la satisfacción con estas relaciones, así como la cantidad de interacciones sociales significativas en la vida de la persona.

- **Apoyo social:** se refiere a la percepción y disponibilidad de ayuda, comprensión y apoyo emocional que una persona recibe de su red social. Esto puede incluir el apoyo emocional, el apoyo instrumental (ayuda tangible) y el apoyo social percibido (sensación de pertenencia y aceptación).

- **Actividad sexual:** este indicador aborda la satisfacción y la frecuencia de las actividades sexuales en la vida de una persona, así como la calidad de las relaciones sexuales y la intimidad emocional con la pareja. La actividad sexual puede ser un componente importante de las relaciones sociales y del bienestar emocional y físico en general.

d) Relaciones ambientales

Se refiere al entorno físico y social en el que vive una persona y cómo este entorno afecta su calidad de vida (39). Las relaciones ambientales son una dimensión crucial de la calidad de vida, ya que se refieren a la interacción de las personas con su entorno físico y social. Estas relaciones abarcan aspectos como la calidad del aire, el acceso a espacios verdes, la seguridad del vecindario y la disponibilidad de servicios básicos. Un entorno saludable y seguro no solo mejora la calidad de vida física, sino que también influye en el bienestar mental de las personas. Por ejemplo, vivir en un área con acceso a parques y espacios recreativos puede fomentar la actividad física y la socialización, lo que contribuye a un estado emocional positivo y a la reducción del estrés.

Además, las relaciones ambientales afectan la percepción que tienen las personas sobre su entorno y su calidad de vida. Un entorno bien mantenido y estéticamente agradable puede generar satisfacción y felicidad, mientras que un ambiente degradado o inseguro puede causar ansiedad y disminuir el bienestar general. La participación en la mejora y preservación del entorno también puede fortalecer la cohesión social y el sentido de comunidad, lo que a su vez refuerza las relaciones interpersonales. En este sentido, las

relaciones ambientales no solo son fundamentales para la salud física y mental, sino que también actúan como un catalizador para el desarrollo de una comunidad más unida y resiliente (41).

- Recursos financieros: este indicador se refiere a la disponibilidad de ingresos económicos y recursos financieros que una persona tiene para satisfacer sus necesidades básicas y disfrutar de una vida cómoda y satisfactoria.

- Seguridad física y protección: se refiere a la sensación de seguridad y protección que una persona experimenta en su entorno físico, incluyendo la ausencia de amenazas o peligros y la presencia de medidas de seguridad adecuadas.

- Asistencia social y accesibilidad: este indicador aborda la disponibilidad y accesibilidad de servicios sociales y de apoyo, como atención médica, servicios de emergencia, asistencia social y programas de bienestar, que pueden ayudar a una persona a satisfacer sus necesidades y superar dificultades.

- Entorno doméstico: se refiere a las condiciones físicas y ambientales del hogar de una persona, incluyendo la calidad de la vivienda, la comodidad y funcionalidad del espacio habitable, y la seguridad y privacidad del ambiente familiar.

- Oportunidad para la adquisición de conocimientos y habilidades: este indicador se refiere a la disponibilidad de oportunidades educativas y de desarrollo personal que una persona tiene en su entorno, incluyendo acceso a la educación formal, programas de capacitación y aprendizaje continuo.

- Oportunidad de actividades recreativas y de ocio: se refiere a la disponibilidad de opciones de entretenimiento, actividades recreativas y oportunidades de ocio en el entorno de una persona, que pueden contribuir al bienestar emocional y social.

- Entorno físico: este indicador aborda la calidad del entorno físico en el que vive una persona, incluyendo la limpieza, la estética, la accesibilidad y la calidad del aire y del agua.

- Movilidad: se refiere a la capacidad de una persona para desplazarse y moverse libremente en su entorno físico, incluyendo el acceso a transporte público, infraestructura de transporte adecuada y seguridad vial.

1.2.3. Teorías que explican el afrontamiento del estrés en el envejecimiento

- **Teoría psicosocial de Erikson**

En la teoría psicosocial de Erik Erikson, el envejecimiento y las estrategias de afrontamiento cobran especial importancia en la última etapa del ciclo vital, denominada

"integridad vs. desesperación". Durante esta fase, que suele comenzar en la vejez, el individuo reflexiona sobre su vida y evalúa si ha vivido de acuerdo a sus valores y ha alcanzado un sentido de propósito. Erikson plantea que la integridad surge cuando la persona es capaz de aceptar tanto los éxitos como los fracasos, alcanzando un estado de satisfacción personal que le permite enfrentar la muerte sin temor. Este proceso de aceptación y reflexión se convierte en una estrategia de afrontamiento fundamental, permitiendo al individuo consolidar un sentido de paz interior y cierre emocional (42).

Por otro lado, cuando la persona no logra aceptar su vida tal como fue, puede experimentar desesperación, caracterizada por el arrepentimiento, la frustración y el temor al futuro. La desesperación surge cuando el individuo siente que ha perdido oportunidades o que su vida carece de sentido, lo que genera angustia y una sensación de pérdida de control. En este contexto, las estrategias de afrontamiento positivo, como la reflexión constructiva y el apoyo social, son cruciales para ayudar a los adultos mayores a lidiar con estos sentimientos, fomentando el desarrollo de una visión más compasiva y reconciliadora hacia sí mismos y hacia sus experiencias. de vida (42).

Así, la última etapa de Erikson destaca la importancia de las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento, ya que permite al adulto mayor alcanzar un estado de integridad en lugar de caer en la desesperación. Los recursos emocionales, las redes de apoyo y la disposición para reinterpretar las experiencias pasadas son herramientas clave que facilitan el paso hacia la integridad. Estas estrategias no solo promueven un envejecimiento saludable, sino que también permiten a los adultos mayores afrontar sus últimos años con dignidad y satisfacción, aceptando el cierre de su ciclo vital como un proceso natural y significativo (42).

En el contexto de los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, la teoría psicosocial de Erikson se aplica principalmente a través de la dinámica entre la integridad y la desesperación, que caracteriza la última etapa del ciclo vital. En este grupo específico, las estrategias de afrontamiento juegan un papel crucial para facilitar la integración de experiencias positivas y aceptar limitaciones, promoviendo un sentimiento de satisfacción vital. Aquellos que utilizan estrategias proactivas tienden a abordar desafíos relacionados con la salud o las relaciones sociales de manera constructiva, favoreciendo la integridad. Por otro lado, quienes enfrentan mayores dificultades para manejar el estrés pueden experimentar mayor desesperación, reforzando la necesidad de intervenciones que fortalecen las estrategias de afrontamiento y fomentan la reflexión positiva sobre su

trayectoria vital. Así, el modelo de Erikson encuentra aplicación directa en la evaluación y promoción del bienestar psicosocial en esta población.

- **Teoría del rango medio**

La teoría del rango medio aborda los procesos psicológicos y sociales que experimentan las personas a medida que envejecen, destacando cómo enfrentar los desafíos físicos, emocionales y sociales de esta etapa de la vida. A medida que los adultos mayores enfrentan cambios en su salud física y mental, así como en sus roles sociales, el afrontamiento se convierte en una habilidad esencial para mantener su bienestar y calidad de vida. Esta teoría sostiene que, aunque el envejecimiento conlleva pérdidas inevitables, también abre oportunidades para desarrollar nuevas formas de adaptación y crecimiento personal (43).

Las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento incluyen el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva. Estas estrategias ayudan a los adultos mayores a adaptarse a las pérdidas y cambios propios de la vejez, como la reducción de habilidades físicas o el duelo por seres queridos. La teoría enfatiza que el afrontamiento efectivo no solo ayuda a gestionar el estrés, sino que también permite a los adultos mayores encontrar significado y propósito en la vida, lo cual es crucial para su bienestar emocional. Al usar enfoques de afrontamiento centrados en la emoción o en la solución de problemas, las personas mayores pueden mantener una actitud resiliente y positiva frente a los desafíos (43).

La teoría del rango medio también señala que estas habilidades de afrontamiento no son universales; varían según factores como el contexto cultural, el género y las experiencias personales previas. Esto implica que los enfoques de apoyo deben ser individualizados y culturalmente sensibles. Las intervenciones que fomentan la resiliencia, la autonomía y el sentido de comunidad en los adultos mayores pueden fortalecer su capacidad para afrontar el envejecimiento de manera positiva. Así, esta teoría proporciona un marco útil para entender cómo los adultos mayores pueden mantenerse emocional y psicológicamente saludable al enfrentar (43).

En los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, la teoría del rango medio encuentra aplicación de la manera en que estos individuos enfrentan los desafíos propios del envejecimiento. Este modelo permite analizar cómo manejan las limitaciones físicas, como enfermedades crónicas o disminución de movilidad, mediante el

uso de estrategias de afrontamiento que les permiten conservar su funcionalidad y autonomía dentro de lo posible. A nivel emocional, los adultos mayores del centro de salud emplean recursos psicológicos, como la resiliencia y el apoyo social, para mitigar sentimientos de aislamiento o pérdida. En términos sociales, se observa que aquellos con redes de apoyo sólidas, ya sean familiares o comunitarias, presentan un mejor ajuste frente a los cambios en sus roles y relaciones. La aplicación de la teoría del rango medio en este contexto se traduce en intervenciones que fortalecen estas estrategias, promueven la participación social y mejoran la capacidad de los adultos mayores para adaptarse de manera efectiva a los retos del envejecimiento, contribuyendo a su bienestar integral.

1.2.4. Situación actual del adulto mayor en Perú

Según una encuesta realizada por el INEI en el primer trimestre de 2024, la estructura de la población peruana ha experimentado un notable cambio. En el pasado, de cada 100 personas, 42 eran menores de 15 años; sin embargo, en 2024, este número ha disminuido a solo 24 por cada 100 habitantes. Este cambio refleja un proceso de envejecimiento en la población, evidenciado por un aumento en la proporción de adultos mayores, que ha crecido del 5.7 % en 1950 al 13.9 % en 2024. En el mismo período, se estima que el 42.2 % de los hogares en el país tiene al menos un miembro de 60 años o más, con Lima metropolitana registrando una proporción aún más alta del 46.5 % (44).

En cuanto a la educación de la población adulta mayor, se observan preocupantes niveles de analfabetismo. Un 11.7 % de los adultos mayores no tiene ningún nivel educativo o solo ha asistido a la educación inicial, y el 14.6 % de ellos no sabe leer ni escribir. Esta situación es más acentuada entre las mujeres, donde el 22.6 % son analfabetas, frente al 5.8 % de los hombres. La brecha de analfabetismo es aún mayor en el área rural, donde el 34.3 % de los adultos mayores son analfabetas, y el 54.6 % de las mujeres en esta categoría presentan analfabetismo, que es más de cuatro veces la tasa de los hombres en la misma franja etaria (44).

Respecto a la salud, el 80.3 % de la población adulta mayor padece algún problema de salud crónico, siendo las mujeres las más afectadas, con un 85.3 % de prevalencia, en comparación con el 74.7 % en hombres. El 38 % de los adultos mayores que enfrentan problemas de salud buscó atención médica, prefiriendo en su mayoría farmacias y boticas, con un 11.6 %, seguido por los establecimientos del Ministerio de Salud (10.7%) y EsSalud (8.0%). Además, el 46.2 % de las personas con alguna discapacidad son adultos mayores, siendo más prevalente en mujeres (53.1%) que en hombres (40.3%), y con una mayor

proporción en áreas rurales (47.7%) frente a áreas urbanas (45.9%) (44). 53.1 % de las mujeres con discapacidad son adultas mayores, frente al 40.3 % en hombres. Esta brecha de 12.8 puntos porcentuales resalta que las mujeres adultas mayores son quienes más padecen de algún tipo de discapacidad. Además, la incidencia de discapacidad en adultos mayores es ligeramente superior en el área rural (47.7%) en comparación con el área urbana (45.9%). Por edades, el 14.3 % de los adultos mayores con discapacidad tiene entre 60 y 70 años, mientras que el 32 % tiene 71 años o más.

En cuanto a la participación en el mercado laboral, el 50.8 % de los adultos mayores en el país están activos laboralmente, ya sea ocupados o en búsqueda de empleo. Este grupo está compuesto en su mayoría por hombres (60.6%) en comparación con las mujeres (41.2%), con una diferencia de 19.4 puntos porcentuales. Del total de adultos mayores económicamente activos, el 95.6 % está empleado, mientras que el 4.4 % está buscando empleo. Asimismo, el 33.8 % de los adultos mayores ocupados tiene afiliación a un sistema de pensión, siendo el 17 % afiliado a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), el 15.1 % a las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y el 1.0% a cédula viva.

Existen diferencias significativas entre los adultos mayores de Lima y aquellos en el área rural. En Lima metropolitana, el porcentaje de hogares con un adulto mayor es del 46.5 %, frente al 45.2 % en áreas rurales. La brecha educativa también es notoria, pues el analfabetismo en adultos mayores es mucho más alto en áreas rurales (34.3%), especialmente entre las mujeres (54.6%), en contraste con las zonas urbanas, donde esta tasa es considerablemente menor. Además, los adultos mayores en áreas rurales presentan una mayor incidencia de discapacidad (47.7%) y menores índices de afiliación a sistemas de pensión en comparación con sus contrapartes en Lima. Estas diferencias evidencian la vulnerabilidad socioeconómica y de salud en los adultos mayores rurales, subrayando la necesidad de políticas diferenciadas para estos grupos.

Al 31 de marzo de 2024, la región Arequipa registraba una población de 1,402,041 habitantes, según datos del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (Reniec). Para el 31 de mayo de 2024, Reniec identificó que 236,516 habitantes eran adultos mayores (mayores de 60 años), de los cuales 110,724 eran varones y 120,792 mujeres (45).

El grupo etario predominante en la población adulta mayor corresponde a personas entre 60 y 70 años, sumando 130,799 individuos. En el rango de 71 a 80 años, hay 66,545 personas registradas, mientras que en el grupo de 81 a 90 años se contabilizan 22,288 personas. Además, Arequipa cuenta con 5,592 adultos mayores entre 91 y 100 años, y un grupo de 929 personas que superan los 100 años, todas debidamente inscritas en el sistema de identificación (45).

1.3. Marco conceptual

- **Estrategias de afrontamiento**

El afrontamiento se refiere a la manera en que, a través de actividades y pensamientos, las personas manejan hechos y circunstancias difíciles de su día a día. Se entiende como un conjunto de mecanismos conductuales y cognitivos específicos que las personas utilizan para gestionar, reducir, dominar, minimizar y tolerar situaciones tanto internas como externas que provocan estrés. Por ello, se consideran aspectos básicos en la regulación de emociones e influyen en nuestro bienestar psicológica (46).

- **Calidad de vida**

Es el nivel general de complacencia derivada del desarrollo potencial del individuo, considerando aspectos que involucran su bienestar social, físico y psicológico. La dimensión social y psicológica del adulto mayor, puede verse afectada por la connotación negativa de la vejez, que genera exclusión por parte de la sociedad (47).

- **Angustia en el proceso de envejecimiento**

Es una sensación o sentimiento de inquietud que, por lo general, se experimenta al enfrentar circunstancias que generan incertidumbre y tensión durante el envejecimiento, la angustia puede surgir tanto del recelo a lo desconocido como de lo conocido (48).

- **Duelo**

El duelo, como ya hemos expresado, se refiere a la reacción de una persona ante la pérdida de un objeto o ser querido. Hay diferentes formas de transitarlo que dependen de varios factores, algunos de ellos son: la etapa de la vida en que se encuentre, la causa de la muerte, la cultura y el medio social en el que habite (49).

- **Salud física**

Se refiere al estado general del cuerpo y su capacidad para realizar actividades diarias sin dificultad. Incluye aspectos como la condición física, la ausencia de

enfermedades o lesiones, el funcionamiento adecuado de los órganos y sistemas del cuerpo, y la capacidad de recuperación frente a enfermedades o lesiones (50).

- **Salud psicológica**

Es el estado de bienestar emocional, cognitivo y social de una persona. Incluye aspectos como la autoestima, la satisfacción con la vida, la capacidad de manejar el estrés y las emociones, y la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables (50).

- **Apoyo social**

Se refiere al grado en que una persona percibe que tiene acceso a ayuda, comprensión y relaciones positivas con otras personas en su entorno social. Incluye el apoyo emocional, el apoyo instrumental (ayuda tangible) y el apoyo social percibido (sentido de pertenencia y aceptación) (50).

- **Relaciones interpersonales**

Son las conexiones y vínculos que una persona establece con otras personas en su entorno social. Incluyen relaciones con familiares, amigos, colegas y otras personas con las que se interactúa de manera regular. Las relaciones interpersonales pueden proporcionar apoyo emocional, compañerismo, y un sentido de pertenencia y conexión con los demás (50).

- **Envejecimiento**

Es el proceso natural y gradual de cambio que experimenta el cuerpo y la mente a lo largo de la vida, que resulta en el envejecimiento de las células, tejidos y órganos, así como cambios en la función cognitiva y emocional. El envejecimiento puede estar influenciado por factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, y se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas y discapacidad (51).

- **Adulto mayor**

Se refiere a una persona que ha alcanzado una cierta edad avanzada, generalmente considerada como la etapa de la vida después de la jubilación y que suele estar asociada con el envejecimiento y la entrada en la tercera edad. No existe un consenso universal sobre la edad exacta en la que una persona se considera adulto mayor, pero comúnmente se refiere a aquellos que tienen 65 años o más (51).

- **Edad**

La edad es una medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento presente, generalmente expresada en años. Refleja tanto el desarrollo físico como ciertos cambios psicológicos y sociales que ocurren en las diferentes etapas de la vida. En el ámbito de la salud y la demografía, se considera adulto mayor a una persona que ha alcanzado los 60 o 65 años, dependiendo de los criterios de cada país y organización. Este periodo se caracteriza por un envejecimiento progresivo que implica diversas transformaciones biológicas y, a menudo, una adaptación a nuevas condiciones físicas y sociales (52).

- **Sexo**

El sexo se refiere a las características biológicas que distinguen a los seres humanos en masculino y femenino, determinando muchas veces aspectos de salud y condiciones de vida que pueden diferir entre ambos grupos a lo largo de la vida. En la distribución mundial de los adultos mayores, existe una tendencia a un mayor número de mujeres que de hombres en este grupo etario, especialmente entre los mayores de 80 años, debido a la esperanza de vida más alta entre las mujeres en la mayoría de los países. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en casi todas las regiones del mundo, las mujeres representan aproximadamente el 55 % de la población adulta mayor, alcanzando hasta un 64 % entre los mayores de 80 años (52).

- **Estado civil**

El estado civil se refiere a la situación legal de una persona en relación con su matrimonio o unión, siendo comúnmente clasificado como soltero, casado, viudo o divorciado. Entre los adultos mayores a nivel mundial, las tendencias del estado civil varían notablemente según el género y la esperanza de vida. En general, los hombres mayores tienden a estar casados en mayor proporción que las mujeres de su misma edad, mientras que las mujeres adultas mayores tienen una alta prevalencia de viudez, especialmente en grupos etarios avanzados, debido a su mayor longevidad y a que, en muchos países, suelen casarse con hombres mayores. A nivel global, la viudez es especialmente común en mujeres de más de 80 años, esto tiene implicaciones importantes en términos de bienestar, salud mental y apoyo social, ya que las personas viudas suelen tener mayores necesidades de apoyo social y económico. Las tasas de divorcio en adultos mayores también han mostrado una tendencia al alza en algunos países, lo cual refleja cambios sociales y culturales en el envejecimiento (52).

1.4. Variables

- Variable independiente: Estrategias de afrontamiento
- Variable dependiente: Calidad de vida

1.4.1. Operacionalización de variables

VARIABLE		Indicador	Escala de medición	Tipo de variable
Independiente	Dimensión			
1. Estrategias de afrontamiento	1) Resolución del problema.	Enfrenta activamente el problema	- En absoluto	Nominal
		Determinación y dedicación para abordar los problemas.	- Un poco	
		Encara directamente la dificultad o el desafío	- Bastante	
		Demuestra compromiso y dedicación para alcanzar el objetivo deseado.	-Mucho	
		Persevera en la búsqueda de una solución o resultado deseado	-Totalmente	
	2) Autocrítica	Sentirse responsable de lo que salió mal	- En absoluto	Nominal
		Sentirse culpable por las circunstancias adversas	- Un poco	
		Emitir juicios negativos hacia uno mismo por lo que ocurrió.	- Bastante	
		Sentir remordimiento o arrepentimiento por no haber evitado la situación.	-Mucho	
		Asumir la responsabilidad personal por los errores o malas decisiones.	-Totalmente	
	3) Expresión emocional	Reconocimiento de que la expresión emocional puede reducir el estrés	- En absoluto	Nominal
		Disposición para comunicar abiertamente las emociones	- Un poco	
		Reflexión sobre los propios sentimientos antes de expresarlos	- Bastante	
		Liberación emocional como una forma de desahogo o alivio	-Mucho	
		Experimentar una sensación de abrumamiento emocional.	-Totalmente	
	4) Pensamiento desiderativo	Manifestar un deseo de que la situación estresante no hubiera ocurrido en absoluto.	- En absoluto	Nominal
Anhelar el cese o la eliminación de la situación estresante.		- Un poco		
Expresar el deseo de evitar futuras experiencias similares a la situación estresante.		- Bastante		
Manifestar un deseo de alterar o revertir los eventos pasados.		-Mucho		

	Imaginar un futuro diferente en el que los eventos estresantes tomen un curso alternativo.	-Totalmente	
5) Apoyo social	Buscar activamente a alguien dispuesto a escuchar y comprender el problema.	- En absoluto	Nominal
	Buscar apoyo emocional y consejo de alguien en quien confiar.	- Un poco	
	Permitir que los amigos ofrezcan ayuda y apoyo durante tiempos difíciles.	- Bastante	
	Buscar la compañía y el respaldo de los amigos como una forma de distracción y apoyo.	- Mucho	
	Buscar orientación y consejo de alguien que se considere digno de confianza y respeto.	-Totalmente	
6) Reestructuración cognitiva	Reflexión continua sobre el problema para obtener una nueva perspectiva	- En absoluto	Nominal
	Transformación de la interpretación negativa de la situación en una más optimista o realista.	- Un poco	
	Utilización de la autoconvicción como una forma de reducir el malestar emocional.	- Bastante	
	Reflexión sobre las prioridades y valores personales para obtener una nueva perspectiva sobre la situación.	-Mucho	
	Enfoque en los aspectos positivos o beneficiosos de la situación estresante.		
7) Evitación de problemas	Intento consciente de minimizar el impacto emocional de la situación	- En absoluto	Nominal
	Deseo de eliminar por completo el recuerdo o la preocupación por la situación.	- Un poco	
	Minimización de la importancia o el impacto de la situación estresante.	- Bastante	
	Pretender que la situación estresante no ha tenido lugar o no tiene relevancia.	-Mucho	
	Intento consciente de evitar pensar en la situación estresante.	-Totalmente	
8) Retirada Social	Preferencia por el tiempo de soledad como forma de procesar las emociones.	- En absoluto	Nominal
	Tendencia a evitar la interacción social como respuesta al estrés.	- Un poco	
	Deseo de mantener la privacidad y evitar la exposición emocional.	- Bastante	
	Reserva emocional y falta de expresión abierta de los sentimientos.	-Mucho	
	Intención deliberada de esconder las emociones de los demás.	-Totalmente	
9) Grado de eficacia percibida del		- En absoluto	Nominal
		- Un poco	
	Capacidad de afrontar situaciones	- Bastante	
		-Mucho	
		-Totalmente	

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Tipo de variable
Calidad de Vida.	Salud física	Actividades de la vida diaria Dependencias de sustancias medicinales. Energía y Fatiga. Movilidad Dolor e Incomodidad. Dormir y Descansar Capacidad de Trabajo	Muy mala Mala Ni buena, ni mala Buena Muy buena	Cualitativo ordinal
	Salud Psicológica	Imagen Corporal Sentimientos Negativos Sentimientos Positivos Autoestima Religión, Creencias personales Aprendizaje, memoria y concentración		
	Relaciones Sociales	Relaciones Personales Apoyo Social Actividad sexual		
	Relaciones Ambientales	Recursos financieros Seguridad física y Protección Asistencia social y accesibilidad. Entorno domestico Oportunidad para adquirir conocimiento y habilidades Oportunidad de actividades recreativas y de ocio. Entorno Físico Movilidad		

Capítulo II

Materiales y métodos

2.1. Diseño de investigación

El diseño de estudio es no experimental, porque no se realizaron intervenciones en las variables, como indicadores (53). Es de corte transversal prospectivo ya que los datos fueron recolectados en un periodo corto de tiempo en el Centro de Salud Miguel Grau dada después de la aprobación de proyecto.

2.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo correlacional porque se busca la relación coexistencial entre dos variables (53).

2.3. Método de investigación

De enfoque cuantitativa porque se utilizaron en base a la estadística números. De método científico ya que existió una planificación u organización en la investigación y son de carácter conceptual o intelectual e implican pensar, leer, reformular sus inquietudes, proponer teorías y revisar conceptos (53).

Los siguientes pasos para esta investigación fueron:

- Análisis de la problemática
- Formulación del problema
- Elaboración de la propuesta de investigación
- Búsqueda de información
- Elaboración de instrumentos
- Recopilación de datos
- Comprobación de hipótesis

- Procesamiento de resultados
- Conclusiones y recomendaciones

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Las estrategias de afrontamiento están relacionadas con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

2.4.2. Hipótesis específicas

1. La resolución del problema se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

2. La autocrítica se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

3. La expresión emocional se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

4. El pensamiento desiderativo se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

5. El apoyo social se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

6. La reconstrucción cognitiva se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

7. La evitación del problema se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

8. La retirada social se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

9. El grado de eficacia percibida del afrontamiento se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.

2.5. Población y muestra

• Población finita

La población se constituyó por adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau siendo un total de 1291 personas quienes acudieron al centro en el periodo enero-agosto 2024.

Diresa/Red/M.Red/EE.SS: AREQUIPA/ Centro de Salud Miguel Grau						
60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85-+ años	Total
352	300	232	183	117	107	1291

Los datos anteriores fueron suministrados por la Dirección de Vigilancia y Control del centro de salud, para el periodo enero-agosto 2024. Para la muestra, se utilizó la fórmula de la muestra para población finita siendo esta la que se presenta a continuación:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	1291
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1 - \alpha$	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	d	0.09
Tamaño de la muestra	n	109

$$n = \frac{1291(1,96)^2 0,50 \cdot 0,50}{(0,09)^2 (1291 - 1) + (1,96)^2 0,50 \cdot 0,50}$$

$$n = \frac{1291 (3.8416) 0.25}{(0,0081) (1290) + (3.8416) 0.25}$$

$$n = \frac{1239.8764}{11.4094}$$

$$n = 108.671$$

$$n = 109$$

Aplicándose la fórmula se determinó la muestra de 109 AM.

- **Criterios de inclusión:**
 - Adultos mayores de 60 años o más.
 - Adultos mayores registrados en el Centro de Salud Miguel Grau y que asistan regularmente a sus consultas.
 - Adultos mayores con capacidad cognitiva suficiente para responder las encuestas.
 - Personas que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**
 - Personas con deterioro cognitivo avanzado o trastornos mentales que limiten su capacidad para comprender o participar en el estudio.
 - Adultos mayores que se encuentren en estado de salud grave o terminal, que limite su participación en actividades de investigación.
 - Aquellos que no deseen formar parte del estudio o que no firmen el consentimiento informado.

Para determinar la muestra del estudio se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, dado que la población de adultos mayores atendidos en el centro de salud fue proporcionada por la Dirección de Vigilancia y Control y ascendía a 1219 personas. Aplicando dicha fórmula, se obtuvo un tamaño de muestra representativo de 109 adultos mayores.

Una vez establecida la cantidad de participantes, se procedió a seleccionar a los adultos mayores, asegurando escoger a los participantes según los criterios establecido por el investigador según la conveniencia que todos los integrantes. Esta selección por conveniencia permitió obtener una muestra representativa de la población objetivo.

Con los 109 participantes seleccionados, se organizó el proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos, el cual se administró directamente a cada adulto mayor en el Centro de Salud Miguel Grau. Para facilitar el proceso, se realizaron coordinaciones con el personal del centro de salud, asegurando que la aplicación se llevara a cabo de manera efectiva y respetando las condiciones de comodidad y comprensión de los participantes.

El muestreo usado es el no probabilístico por conveniencia, que es una técnica en la que se selecciona una muestra basándose en criterios de accesibilidad, disponibilidad o conveniencia de los participantes, en lugar de al azar. En este caso, se siguieron pautas específicas para elegir la muestra de adultos mayores, lo que implica que, aunque la selección no fue aleatoria, se tuvieron en cuenta características o requisitos determinados para garantizar que los participantes fueran adecuados y relevantes para el estudio (53).

2.6. Técnicas e instrumentos

- **Técnica**

Para la variable 1: Encuesta

Para la variable 2: Encuesta

- **Instrumento**

Cuestionario

Variable 1: se utilizó el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García en 2007, es una herramienta diseñada para evaluar pensamientos y comportamientos de afrontamiento en adultos ante una situación específica de estrés. Este inventario consta de 40 ítems que recogen información cuantitativa con el fin de medir ocho subescalas primarias, reflejando el grado de eficacia percibida en el afrontamiento del individuo. Para su calificación, se suman las respuestas de cada ítem de acuerdo con la subescala correspondiente; luego, se aplica el baremo de cada subescala, lo que permite identificar la tendencia predominante de afrontamiento en la muestra evaluada (54).

La validación la hace realizando una factorización de los 40 ítems, se obtuvo un modelo de mecanismos primarios y determinantes o estrategias conductuales alcanzando a explicar el 71 % de la varianza el valor la consistencia interna se ubica entre el parámetro de 0.64 a 0.89 confirmando un modelo de mecanismos terciarios y secundarios (54).

La confiabilidad la determina usando el alfa de Cronbach cuyos valores oscilan entre 0,72 y 0,94 que determina una alta confiabilidad (54). (anexo N°04)

Dimensiones	Ítems
Resolución de problemas.	1,9,17,25,33
Autocritica	2,10,18,26,34
Expresión emocional	3,11,19,27,35
Pensamiento desiderativo	4,12,20,28,36
Apoyo social	5,13,21,29,37
Reestructuración cognitiva	6,14,22,30,38
Evitación de Problemas.	7,15,23,31,39
Retirada Social	8,16,24,32,40
Grado de eficacia percibida del afrontamiento	41

Variable 2: se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF es una adaptación simplificada del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100). El diseño de este cuestionario obedeció a la necesidad de conocer lo que percibían los sujetos sobre su propia calidad de vida, considerando aspectos físicos, sociales, psicológicos y ambientales. El instrumento se configura con 26 afirmaciones que cubren los cuatro dominios, incluyéndose dos afirmaciones adicionales que brindan una evaluación general de la calidad de vida y la satisfacción con la vida. Este cuestionario se establece sobre una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. Es autoadministrado y se completa en un periodo de 10 a 15 minutos. Es un mecanismo ampliamente utilizado por los investigadores para evaluar la calidad de vida en distintos entornos y personas, según su cultura (55).

Dimensiones	Ítems
Salud Física	3,4,10,15,16,17,18
Salud Psicológica	5,6,7,11,19,26
Relaciones Sociales	20,21,22
Relaciones Ambientales	8,9,12,13,14,23,24,24,

La validez y confiabilidad del cuestionario WHOQOL-BREF, utilizado para evaluar la calidad de vida, está respaldada por estudios previos que garantizan su aplicabilidad en el contexto local. Antes de iniciar el trabajo de campo, se revisó la literatura y se confirmó que este cuestionario había sido validado en Lima por diversos autores. Mendoza Nancy y Roncal Katherine realizaron un estudio en el Callao en 2017 en el que llevaron a cabo una validación del instrumento con la participación de seis jueces expertos en el tema, quienes, tras evaluar el cuestionario, dieron un valor de validez del 84 %. En términos de confiabilidad, el cuestionario mostró una alta consistencia interna, reflejada en un alfa de Cronbach de 0.954, lo que indica que el instrumento es fiable para medir la calidad de vida en la población objetivo (55).

2.7. Diseño de contrastación de hipótesis

Para analizar la información obtenida, se empleó el coeficiente de chi cuadrado, lo que permitió evaluar la relación entre las variables estudiadas de manera estadística considerando un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Para obtener el valor chi- cuadrado calculado se tiene la siguiente fórmula:

$$x^2 = \frac{\sum(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Dónde:

- X^2 = Chi Cuadrada
- Fo = Frecuencia Observada
- Fe = Frecuencia Esperada
- \sum = Sumatoria

Los datos recolectados fueron almacenados en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel y posteriormente procesados con el software estadístico SPSS.

2.8. Aspectos éticos

En esta investigación, se atendieron rigurosamente los aspectos éticos, siguiendo las pautas establecidas por la Universidad Continental para la presentación de trabajos de grado, así como los lineamientos de las normas Vancouver para la correcta citación y referencia de fuentes, garantizando así la integridad académica y el respeto por los derechos de autor en todas las etapas del estudio.

Además, se observaron los principios fundamentales de la ética en la investigación científica, comenzando por el principio de autonomía. En este sentido, se aplicó un proceso de consentimiento informado, mediante el cual los participantes, adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, fueron informados de los objetivos del estudio, sus procedimientos y su alcance, permitiéndoles tomar una decisión libre y consciente sobre su participación. Este consentimiento fue obtenido de manera verbal y escrita, asegurando que cada persona comprendiera plenamente su rol en la investigación.

Asimismo, se respetó estrictamente el principio de confidencialidad, mediante el manejo seguro y privado de los datos personales y respuestas de los participantes, garantizando que su identidad se mantuviera en reserva y que los datos recogidos se

usaran exclusivamente con fines investigativos. También se veló por el principio de beneficencia, procurando minimizar cualquier posible riesgo o incomodidad para los participantes y enfatizando que los resultados del estudio serían utilizados para mejorar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en la población estudiada, buscando contribuir al bienestar general de los adultos mayores en el contexto del centro de salud.

Capítulo III

Resultados y discusión

3.1. Resultados

Tabla 1. Sexo

	f	%
Femenino	72	66.1
Masculino	37	33.9
Total	109	100.0

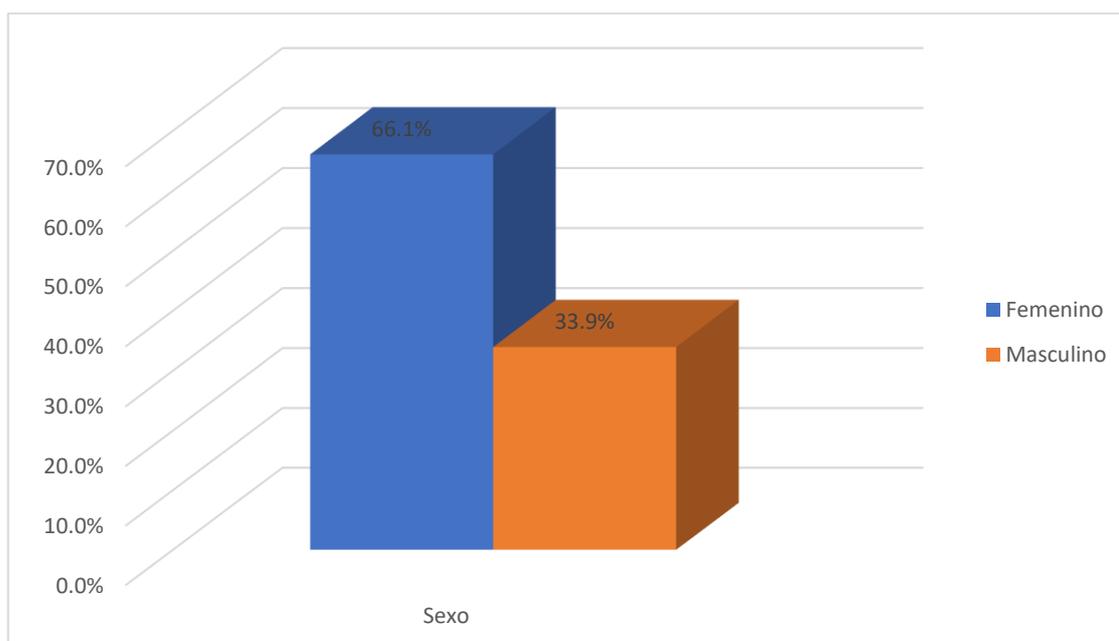


Figura 1. Sexo

Interpretación

En el Centro de Salud Miguel Grau, ubicado en Arequipa, se realizó un análisis descriptivo de la población de adultos mayores atendidos durante el año 2024. Este estudio se centró en la distribución de los pacientes según su sexo, proporcionando una visión clara de la composición demográfica de los adultos mayores en esta institución. La población total de adultos mayores atendidos en el centro de salud durante el año 2024 asciende a 109 personas. Al desglosar estos datos por sexo, se observa una distribución desigual entre hombres y mujeres. De los 109 adultos mayores, 72 son mujeres, lo que representa el 66.1 % del total, mientras que 37 son hombres, representando el 33.9 %.

En comparación con los resultados obtenidos en el Centro de Salud Miguel Grau, donde el 66.1% de los adultos mayores atendidos son mujeres y el 33.9% son hombres, los estudios de Aceiro, Torrecilla y Moreno (2020) y Campos (2020) (17) muestran una predominancia femenina similar, aunque con variaciones en los porcentajes. Aceiro et al. reportan un 73.5 % de mujeres en su muestra de adultos mayores argentinos (8), mientras que Campos encuentra un 58.3 % de mujeres en su estudio sobre calidad de vida en adultos mayores con patologías crónicas (17). Aunque los contextos y objetivos diferentes, estas coinciden en reflejar una mayor representación femenina en la población de adultos mayores, lo que podría estar asociado a factores como la mayor esperanza de vida en mujeres y patrones de atención en salud

Tabla 2. Estado civil

	f	%
Casado	52	47.7
Soltero	11	10.1
Viudo	46	42.2
Total	109	100.0

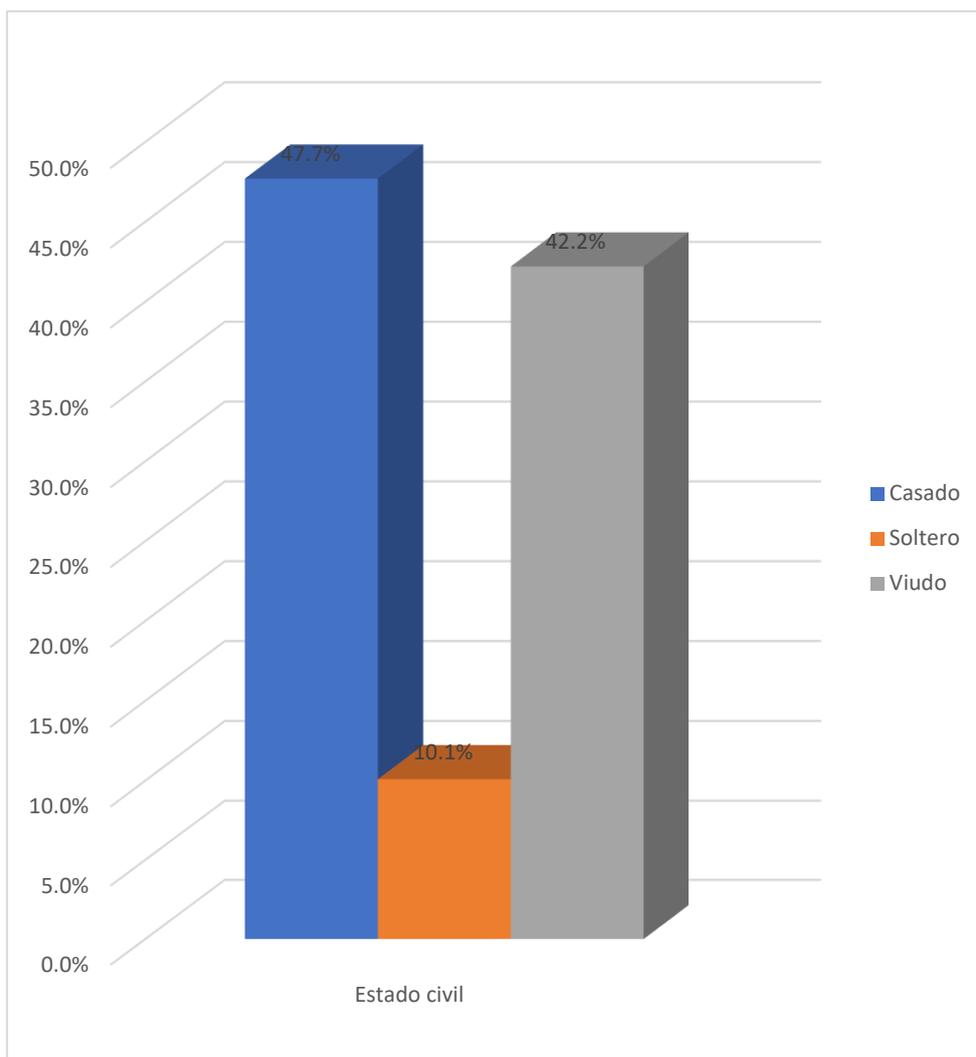


Figura 2. Estado civil

Interpretación

En el Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el análisis de la población de adultos mayores atendidos en 2024 según su estado civil revela que el 47.7 % son casados, el 42.2 % viudos y el 10.1 % solteros. Los casados representan el grupo más numeroso, lo que podría asociarse a una mayor estabilidad emocional y apoyo mutuo. Los viudos, el segundo grupo más grande, refleja la prevalencia de la pérdida de pareja en la vejez, lo que puede impactar su salud mental y emocional. Por último, los solteros, aunque menos representados, enfrentan desafíos únicos como la falta de apoyo familiar directo, destacando la diversidad en las situaciones sociales y emocionales.

Los resultados del análisis en el Centro de Salud Miguel Grau indican una proporción significativa de casados y viudos. Comparativamente, el estudio de Campos (2020) muestra que el 53 % de los adultos mayores encuestados eran solteros, separados

o viudos, lo que sugiere una mayor prevalencia de estas categorías en su muestra. Ambos estudios reflejan diferencias en la composición del estado civil, pero coinciden en la importancia de este aspecto en la vida de los adultos mayores, ya que influye en su bienestar emocional, social y en el acceso a redes de apoyo. Estas variaciones podrían deberse a diferencias en las muestras y en los contextos de investigación (17).

Tabla 3. Edad

	f	%
Hasta 65 años	30	27.5
De 66 a 70 años	21	19.3
De 71 a 75 años	26	23.9
De 76 a 80 años	12	11.0
De 81 a 85 años	14	12.8
De 86 a 90 años	5	4.6
Más de 90 años	1	0.9
Total	109	100.0

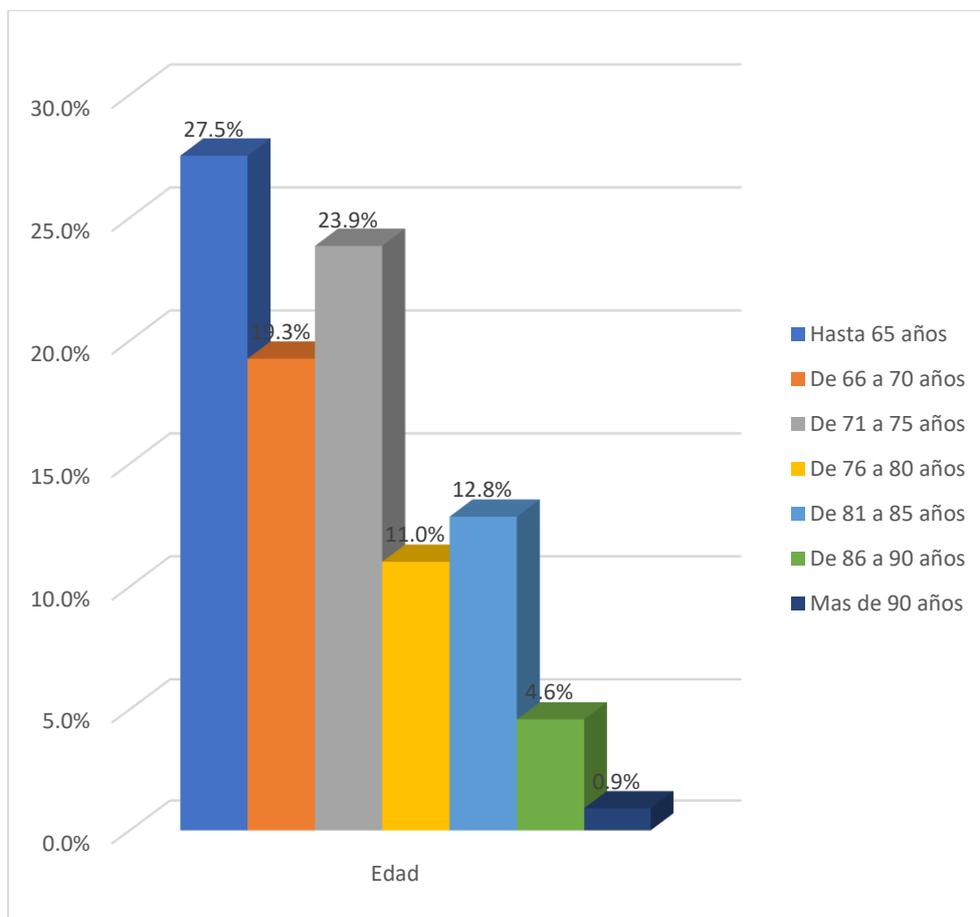


Figura 3. Edad

Interpretación

En el Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa, el análisis de la población de adultos mayores atendidos en 2024 según la distribución por edades muestra una diversidad significativa. El grupo predominante es el de hasta 65 años (27.5%), seguido por los de 71 a 75 años (23.9%), mientras que los rangos intermedios, de 66 a 70 años y de 76 a 80 años, representan el 19.3 % y el 11.0 %, respectivamente. Los grupos de edad avanzada, de 81 a 85 años (12.8%) y de 86 a 90 años (4.6%), junto con los mayores de 90 años (0.9%), reflejan un aumento en las necesidades de atención médica intensiva. Estos resultados subrayan la importancia de adaptar las políticas de salud a las diversas etapas del envejecimiento para garantizar un cuidado integral.

Los resultados del análisis de adultos mayores asistentes en el Centro de Salud Miguel Grau (2024) muestran una mayor proporción en el grupo de hasta 65 años (27,5%), mientras que en los estudios de Aceiro, Torrecilla y Moreno (2020) incluye a mayores de 60 a 88 años, sin diferencias significativas en cuanto a la edad, pero con un enfoque en estrategias de afrontamiento (8). En contraste, Campos (2020) identificó que el 59.5 % de los adultos mayores tenía más de 75 años, lo que evidencia una población más envejecida, mayoritariamente femenina y con baja estabilidad laboral (17). Estas diferencias reflejan enfoques diversos: mientras el análisis del Centro de Salud Miguel Grau destaca la diversidad etaria, los estudios mencionados enfatizan aspectos como el envejecimiento normal y las condiciones socioeconómicas y educativas de los mayores.

Tabla 4. Grado de instrucción

Grado de Instrucción	Fr	%
Primaria	35	32.1
Secundaria	50	45.9
Superior técnica	15	13.8
Superior universitaria	9	8.3
Total	109	100.0

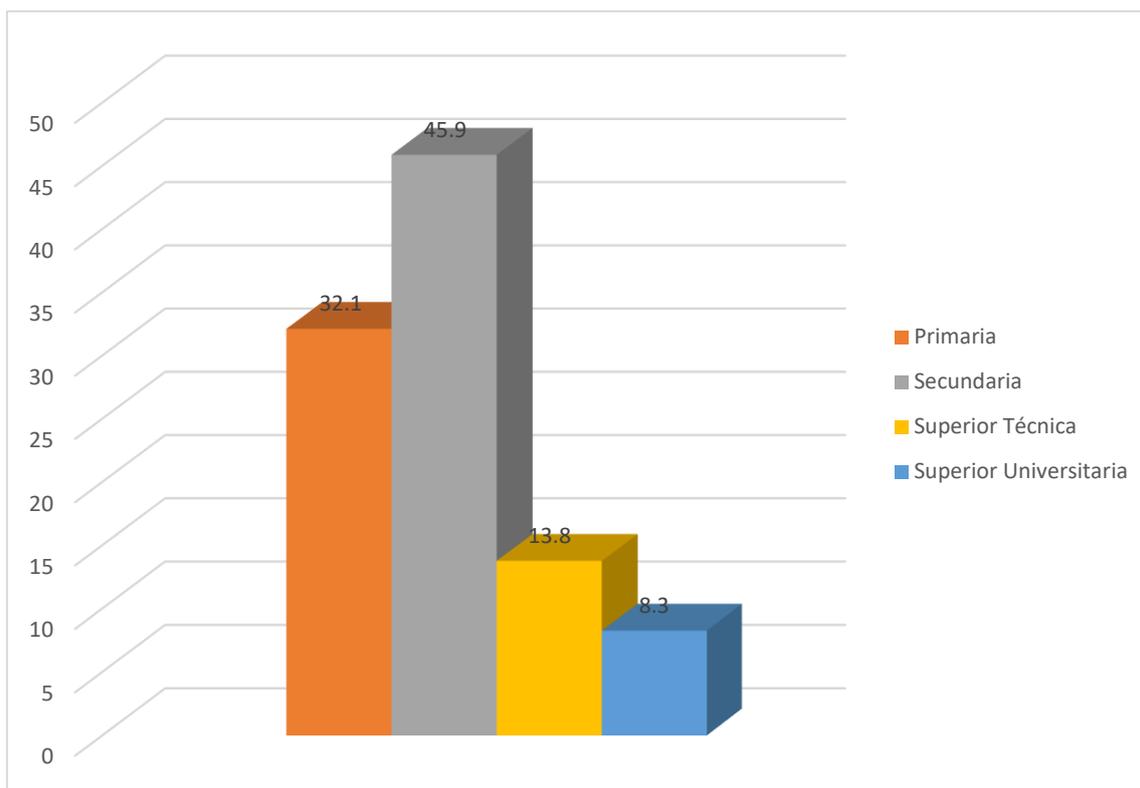


Figura 4. Grado de instrucción

Interpretación

La distribución del grado de instrucción de los 109 adultos mayores estudiados revela que el nivel educativo predominante es la secundaria, completado por el 45.9 % de los participantes, lo que sugiere una accesibilidad extendida a este nivel en esta población. Un 32,1 % alcanzó solo la primaria, mientras que las formaciones superiores técnicas (13,8%) y universitarias (8,3%) son menos comunes. Estos resultados reflejan una homogeneidad educativa orientada hacia niveles básicos, con posibles implicaciones en el acceso a recursos informativos, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en el contexto del Centro de Salud Miguel Grau.

La distribución del grado de instrucción de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau, con un 45.9 % de participantes con secundaria, muestra una tendencia hacia niveles educativos básicos. Este patrón es similar al de la investigación de Campos (2020), en la que el 49 % de los adultos mayores también alcanzaron la secundaria (7).

Tabla 5. Variable estrategias de afrontamiento

	f	%
Bajo	26	23.9
Regular	62	56.9
Alto	21	19.3
Total	109	100

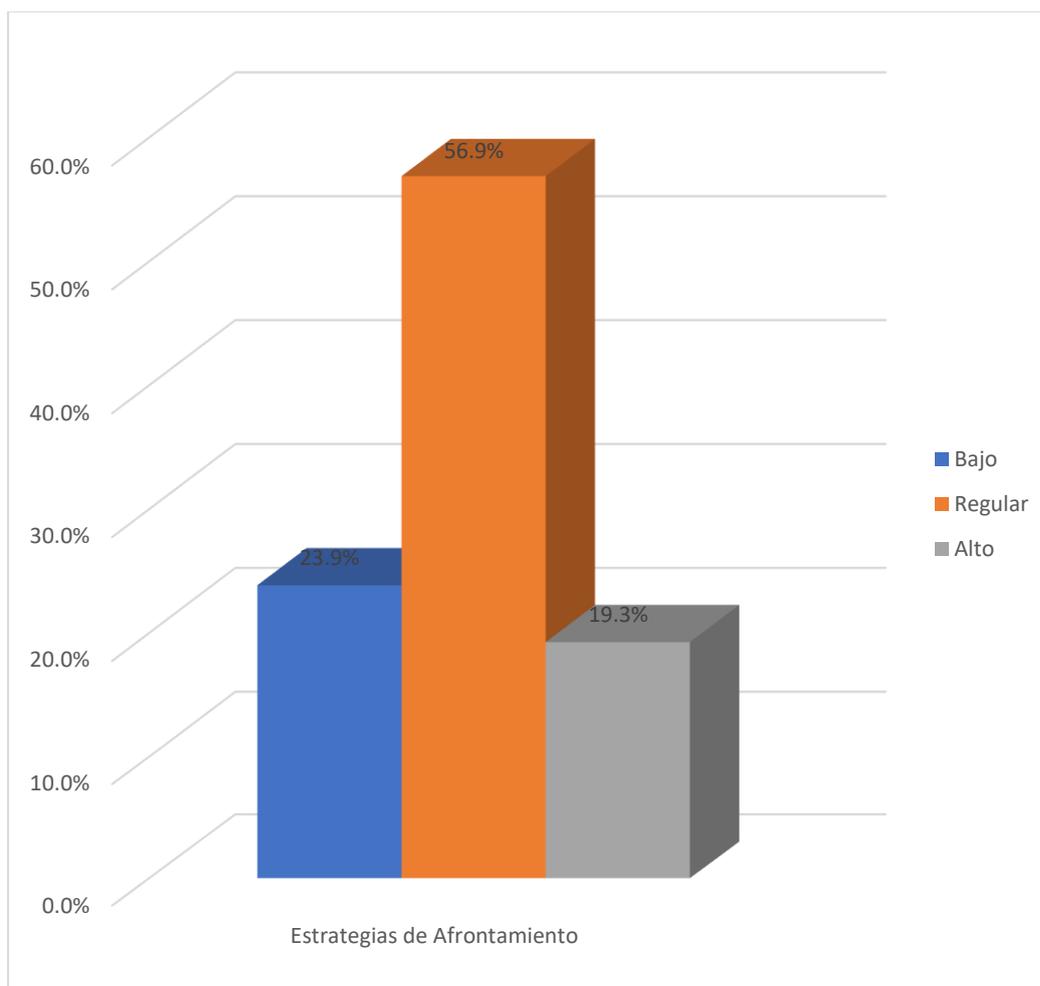


Figura 5. Variable estrategias de afrontamiento

Interpretación

En el análisis de las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores, se encontró que el 23.9 % presenta un nivel bajo, lo que sugiere que uno de cada cuatro participantes tiene dificultades para manejar situaciones estresantes. La mayoría, el 56,9 %, muestra un nivel regular, lo que indica que poseen algunas estrategias para afrontar problemas, aunque con limitaciones en determinadas circunstancias. Un 19.3 % reporta un nivel alto de estrategias de afrontamiento, lo que señala que una proporción significativa de estos adultos mayores tiene un repertorio adecuado de recursos y

habilidades para enfrentar desafíos, lo cual puede contribuir positivamente a su bienestar y calidad de vida.

Estos datos en comparación con el estudio de Lanchi y Serrano (2024), que también analizó las estrategias de afrontamiento de los adultos mayores, muestran resultados que indican diferencias en los enfoques utilizados para afrontar situaciones estresantes. En su investigación, Lanchi y Serrano encontraron que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adultos mayores era la religión, especialmente a través de rezos y oraciones ante la pérdida de un ser querido, lo que sugiere una fuerte orientación hacia el apoyo espiritual en momentos de duelo. En contraste, en el estudio de los 109 adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, el 56.9 % mostró un nivel regular de estrategias de afrontamiento, lo que indica una mayor diversidad en el tipo de recursos utilizados, sin enfoque en una única estrategia como en el caso de la religión en el estudio de Lanchi y Serrano.

Además, otros estudios, como los de Cerquera et al. (2020), también destacan la solución de problemas y la religiosidad como estrategias predominantes entre los adultos mayores, lo que coincide en parte con los hallazgos de Lanchi y Serrano, aunque en el caso del Centro de Salud Miguel Grau, un porcentaje significativo reportó un nivel bajo o regular de estrategias de afrontamiento, lo que sugiere un menor uso de recursos específicos frente al estrés en esta población. Mientras que Lanchi y Serrano resaltan una estrategia combinada religiosa, el estudio en el Centro de Salud Miguel Grau muestra una distribución más heterogénea en las estrategias de afrontamiento entre los adultos mayores, con predominancia de un nivel regular.

Tabla 6. Dimensión Resolución de problemas

	f	%
Bajo	25	22.9
Regular	71	65.1
Alto	13	11.9
Total	109	100.0

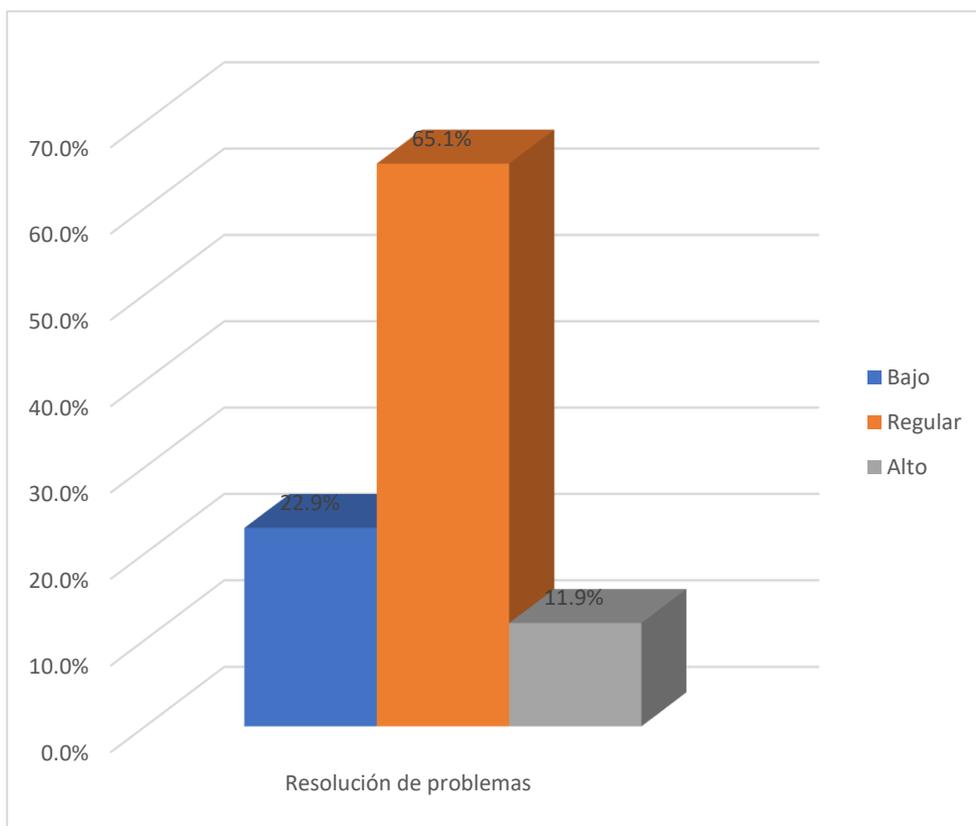


Figura 6. Dimensión resolución de problemas

Interpretación

Los resultados anteriores muestran que el 22.9 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de resolución de problemas, lo que sugiere que una parte significativa de esta población tiene dificultades para abordar los desafíos de manera efectiva. Por otro lado, el 65.1 % muestra un nivel regular, lo que indica que la mayoría posee una capacidad moderada para resolver problemas, pero aún podría beneficiarse de intervenciones que fortalezcan estas habilidades. Solo un 11.9 % de los adultos mayores presentan un nivel alto de resolución de problemas, lo que señala que, aunque es una minoría, existe un grupo que ha desarrollado estrategias efectivas para enfrentar las dificultades cotidianas, lo que podría servir como modelo para el resto de la población.

En comparación con la teoría sobre la resolución de problemas como una capacidad activa y orientada a la acción para abordar desafíos mediante el análisis y la implementación de soluciones, los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores en el estudio se encuentra en un nivel moderado de resolución de problemas. Esto sugiere que, aunque algunos adultos mayores están tomando medidas activas para superar obstáculos, un porcentaje significativo aún no ha desarrollado completamente esta habilidad. Esto podría estar relacionado con la necesidad de fomentar enfoques más

estratégicos y orientados a la acción en esta población, alineándose con lo señalado en la teoría sobre la importancia de la toma de decisiones y la planificación para enfrentar situaciones estresantes (31).

Tabla 7. Dimensión autocrítica

	f	%
Bajo	44	40.4
Regular	61	56.0
Alto	4	3.7
Total	109	100.0

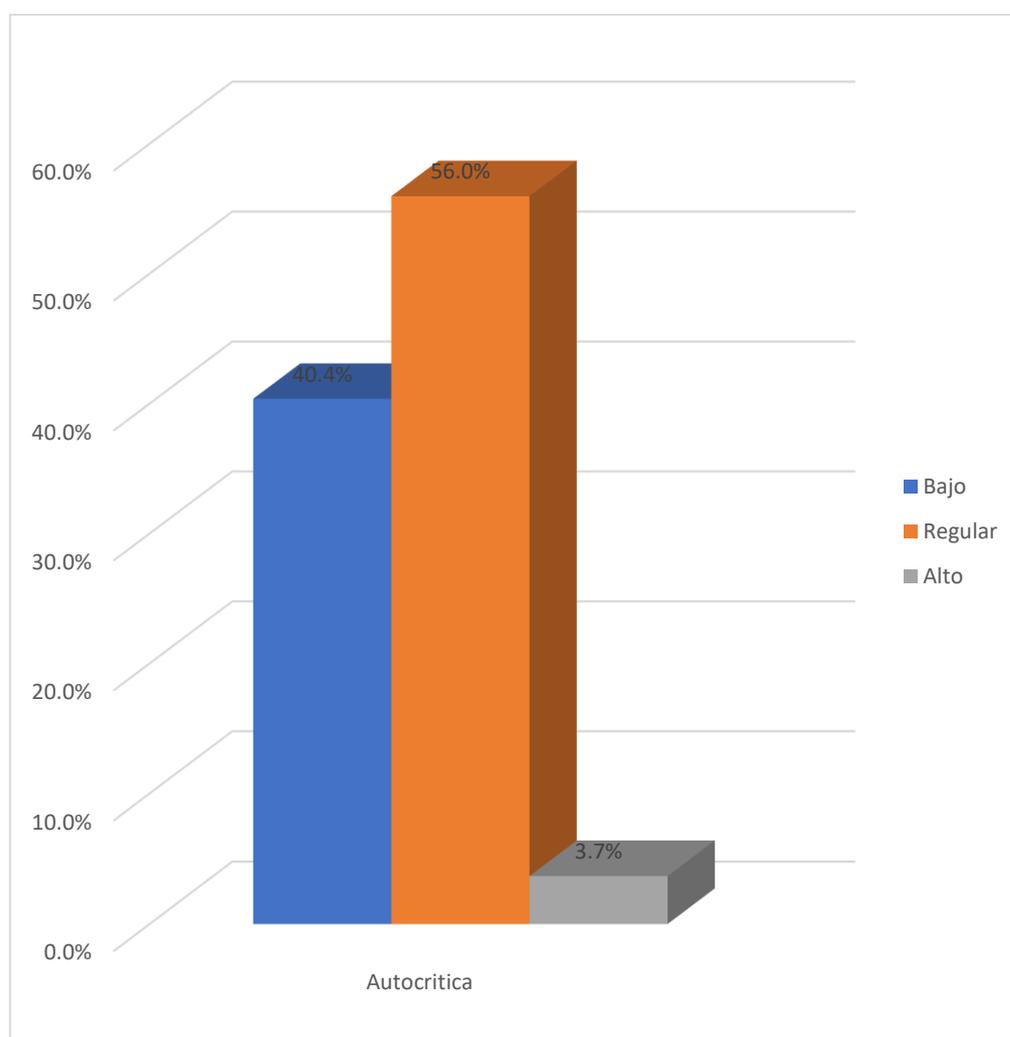


Figura 7. Dimensión autocrítica

Interpretación

El 40.4 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de autocrítica, lo que indica que una parte significativa de esta población tiene dificultades para reflexionar de manera crítica sobre sus propias acciones. El 56.0 % muestra un nivel regular, sugiriendo que la mayoría tiene una capacidad moderada para evaluar su comportamiento. Solo un 3.7 % tiene un nivel alto de autocrítica, lo que refleja que solo una pequeña porción de los adultos mayores posee una mayor capacidad de introspección. Estos resultados indican que hay un margen considerable para mejorar las habilidades de autocrítica en la población adulta mayor, promoviendo el autoconocimiento y la reflexión sobre sus acciones.

En relación a la teoría sobre la autocrítica como una tendencia evaluar a negativamente el propio desempeño, los resultados indican que una proporción significativa de adultos mayores no muestra una tendencia marcada a culparse o evaluar negativamente su comportamiento, ya que la mayoría se encuentra en niveles regulares. Esto sugiere que, aunque la autocrítica está presente, no se manifiesta de manera destructiva en todos los casos. Sin embargo, el bajo porcentaje de personas con un nivel alto de autocrítica podría estar relacionado con la incapacidad de algunos para reflexionar profundamente sobre sus limitaciones o errores, lo que, de acuerdo con la teoría, podría generar sentimientos de inferioridad si no se manejan adecuadamente (31).

Tabla 8. Dimensión expresión emocional

	f	%
Bajo	40	36.7
Regular	59	54.1
Alto	10	9.2
Total	109	100.0

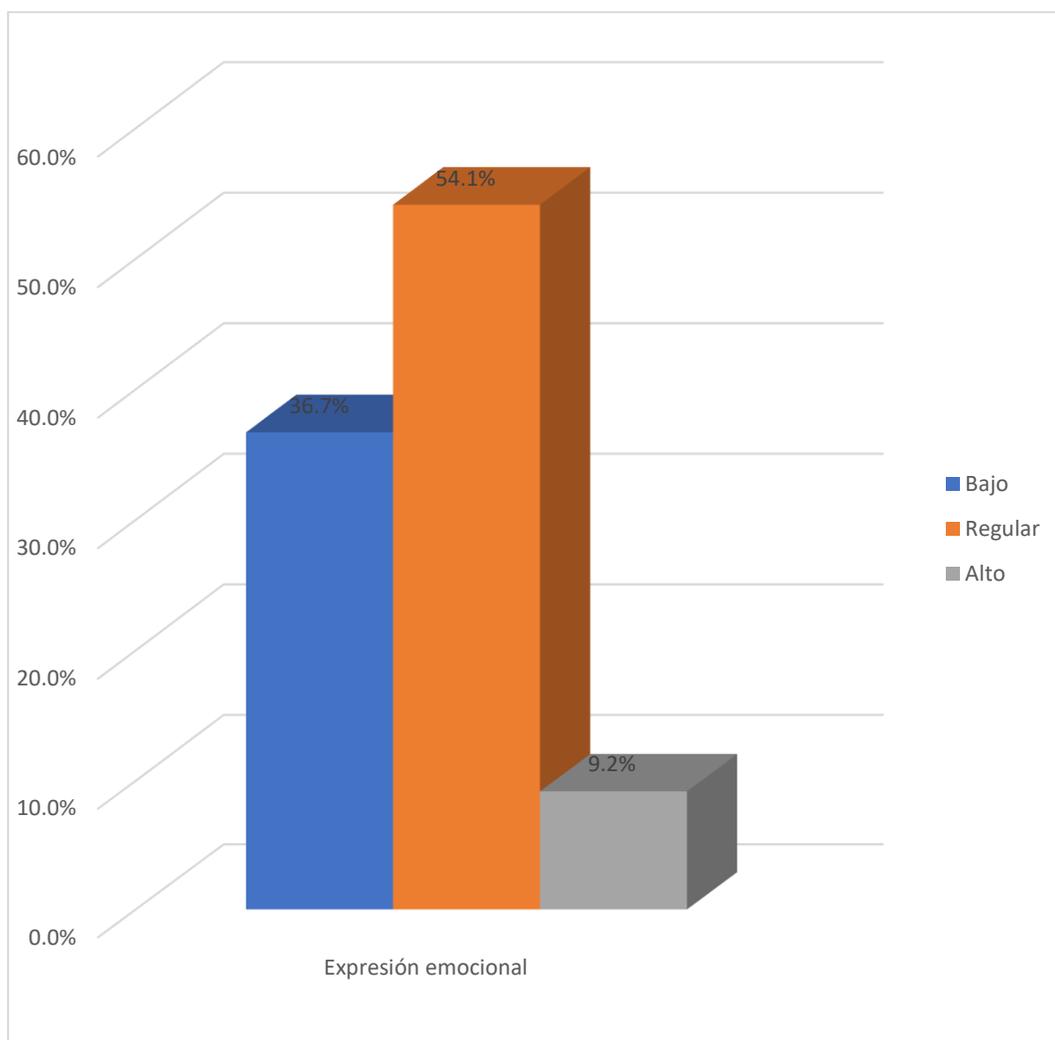


Figura 8. Dimensión expresión emocional

Interpretación

Los resultados anteriores muestran que el 36.7 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de expresión emocional, lo que sugiere que una parte significativa de la población tiene dificultades para compartir y comunicar abiertamente sus sentimientos. El 54.1 % muestra un nivel regular, indicando que la mayoría de los adultos mayores tiene una moderada capacidad para expresar sus emociones. Solo el 9.2 % tiene un nivel alto de expresión emocional, lo que resalta que una pequeña fracción de este grupo ha logrado desarrollar la capacidad de exteriorizar sus sentimientos de manera abierta. Estos resultados sugieren que existe una necesidad de fomentar un ambiente que apoye y anime a los adultos mayores a expresar sus emociones de forma más libre y saludable.

En cuanto a la teoría, los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores tienen una expresión emocional moderada, lo que coincide con la idea de que esta capacidad está directamente relacionada con la disposición a compartir emociones y aliviar la carga del estrés. Sin embargo, el bajo porcentaje de adultos mayores con un nivel alto de expresión emocional refleja la dificultad general para exteriorizar sentimientos, lo que se asocia con la represión o la falta de comodidad para comunicarse emocionalmente, tal como lo indica la teoría sobre la importancia de compartir emociones para reducir el estrés (31).

Tabla 9. Dimensión pensamiento desiderativo

	f	%
Bajo	39	35.8
Regular	56	51.4
Alto	14	12.8
Total	109	100.0

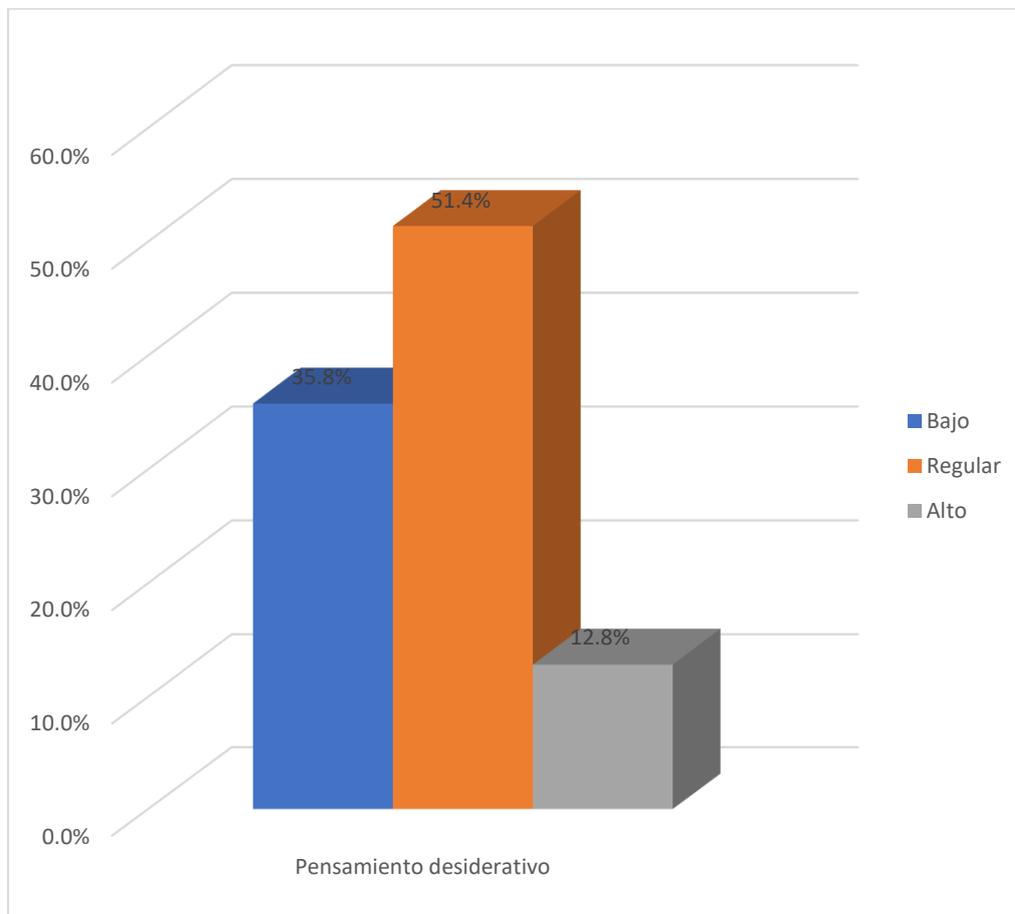


Figura 9. Dimensión pensamiento desiderativo

Interpretación

El 35.8 % de los adultos mayores muestra un nivel bajo de pensamiento desiderativo, lo que sugiere que una parte significativa de esta población tiende a evitar usar fantasías o deseos como mecanismo de afrontamiento ante situaciones difíciles, lo cual podría evitar la evasión de la realidad. El 51.4 % de los participantes tiene un nivel regular, lo que indica que la mayoría de este grupo posee una capacidad moderada para utilizar este tipo de pensamiento como estrategia. Solo el 12.8 % de los adultos mayores muestra un alto nivel de pensamiento desiderativo, lo que sugiere que una pequeña fracción de la población tiende a recurrir más frecuentemente a los deseos o fantasías para enfrentar las adversidades. Este hallazgo subraya la necesidad de monitorear y equilibrar el uso de este recurso para asegurar un afrontamiento más realista.

En relación con la teoría, los resultados coinciden en que el pensamiento desiderativo puede ofrecer un alivio temporal, pero también puede evitar la resolución efectiva de los problemas. La mayoría de los adultos mayores presentan un uso moderado de esta estrategia cognitiva, lo que refleja un equilibrio entre la evasión idealizada y la confrontación realista de los problemas. El bajo porcentaje de adultos mayores con un alto nivel de pensamiento desiderativo resalta la tendencia a evitar el uso de deseos o fantasías excesivas, lo que puede ser beneficioso para una confrontación más directa y efectiva. Sin embargo, en aquellos con un uso más alto, es importante evaluar si esta tendencia refleja una forma de evasión de la realidad, como sugiere la teoría (31).

Tabla 10. Dimensión apoyo social

	f	%
Bajo	40	36.7
Regular	65	59.6
Alto	4	3.7
Total	109	100.0

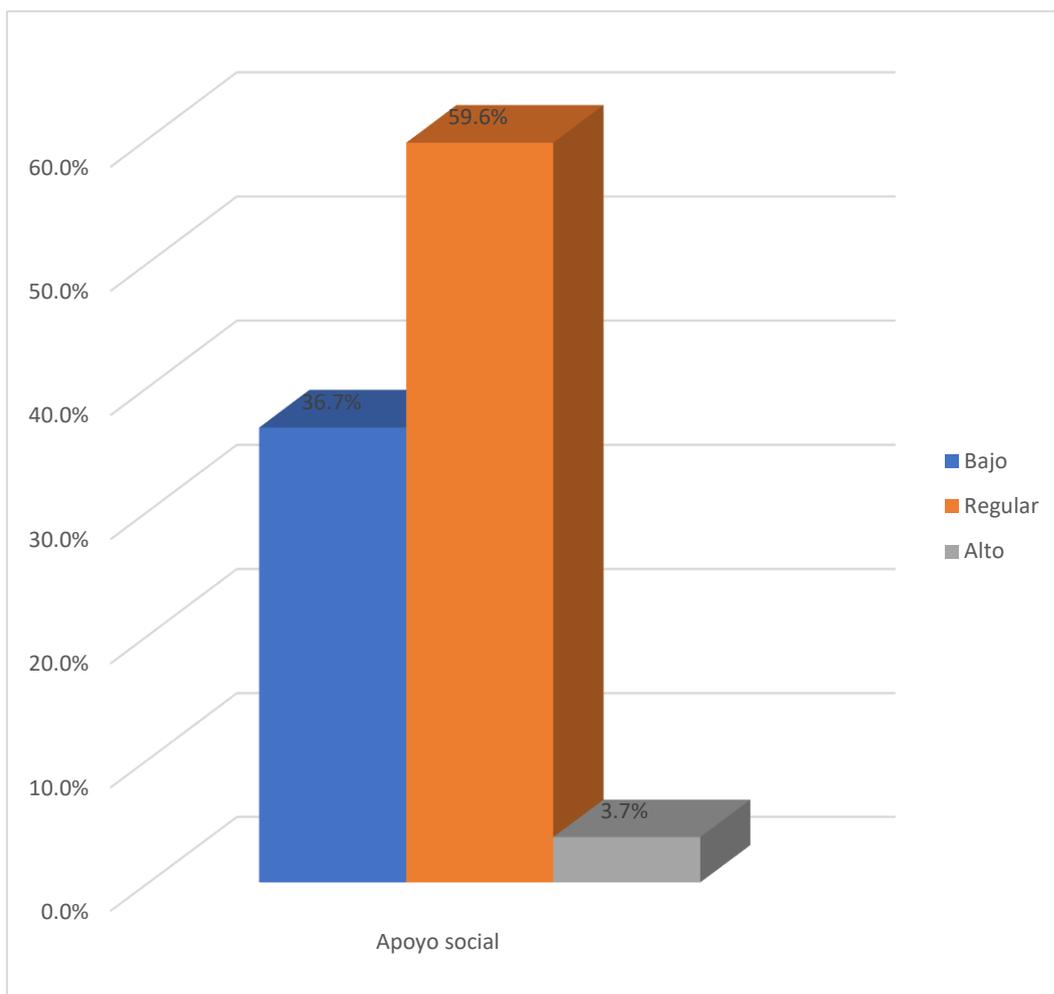


Figura 10. Dimensión apoyo social

Interpretación

El 36.7 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de apoyo social, lo que indica que una parte significativa de esta población percibe que su red de apoyo es limitada o insuficiente, lo cual puede afectar negativamente su bienestar emocional y capacidad de afrontar situaciones difíciles. El 59.6 % de los participantes reporta un nivel regular, lo que refleja una percepción moderada de apoyo social por parte de familiares, amigos y otros miembros de la comunidad. Solo el 3.7 % de los adultos mayores tiene un alto nivel de apoyo social, lo que muestra que una pequeña fracción de esta población cuenta con una red sólida y confiable de respaldo social. Es esencial identificar los factores que favorecen este apoyo y promover estrategias para mejorar las redes sociales de los adultos mayores en general.

En relación a la teoría, los resultados muestran que el apoyo social se encuentra en su mayoría en un nivel moderado, lo que concuerda con la idea de que las personas recurren al respaldo emocional de sus redes sociales, como familiares y amigos, para

enfrentar situaciones. difíciles. Aunque la mayoría de los adultos mayores perciben un apoyo regular, un porcentaje considerable reporta tener una red limitada, lo que refleja la importancia de fomentar la búsqueda activa de ayuda emocional y de fortalecer los vínculos sociales. La pequeña proporción con un nivel alto de apoyo social resalta la necesidad de impulsar estrategias que aumenten la disponibilidad y efectividad del apoyo emocional, tal como sugiere la teoría (32).

Tabla 11. Dimensión reestructuración cognitiva

	f	%
Bajo	23	21.1
Regular	78	71.6
Alto	8	7.3
Total	109	100.0

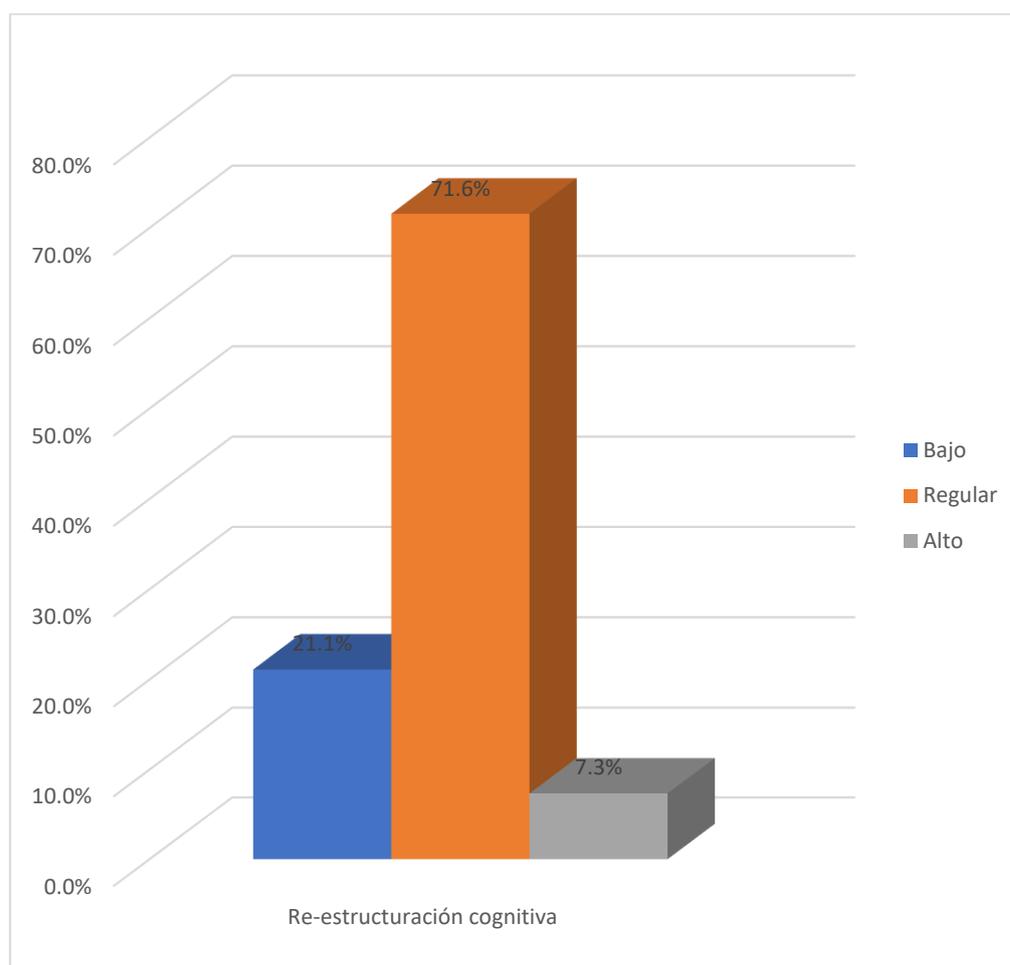


Figura 11. Dimensión reestructuración cognitiva

Interpretación

El 21.1 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de reestructuración cognitiva, lo que sugiere que una parte significativa de esta población tiene dificultades para modificar o reevaluar sus pensamientos disfuncionales. Esta limitación puede generar una percepción distorsionada de la realidad y fomentar emociones y comportamientos desadaptativos. En contraste, el 71.6 % muestra un nivel regular de reestructuración cognitiva, lo que indica que la mayoría tiene una capacidad moderada para modificar sus patrones de pensamiento y afrontar de manera más efectiva las situaciones difíciles. Solo el 7.3 % reporta un alto nivel de reestructuración cognitiva, lo que revela que una pequeña fracción ha desarrollado una gran habilidad para identificar y modificar pensamientos disfuncionales. Es importante comprender los factores que favorecen este nivel de reestructuración cognitiva para replicar estas prácticas en otros adultos mayores.

En relación a la teoría, los resultados son consistentes con el concepto de reestructuración cognitiva, que implica modificar los pensamientos disfuncionales y ver los problemas de manera menos amenazante. La mayoría de los adultos mayores muestran una capacidad moderada para cambiar sus patrones de pensamiento, lo que concuerda con la idea de que la reestructuración cognitiva permite afrontar el estrés de manera más adaptativa. Sin embargo, el porcentaje relativamente bajo de adultos mayores con altos niveles de reestructuración cognitiva resalta la necesidad de promover intervenciones que ayuden a los adultos mayores a cambiar su perspectiva sobre situaciones estresantes, tal como sugiere la teoría (32).

Tabla 12. Dimensión evitación de problemas

	f	%
Bajo	27	24.8
Regular	77	70.6
Alto	5	4.6
Total	109	100.0

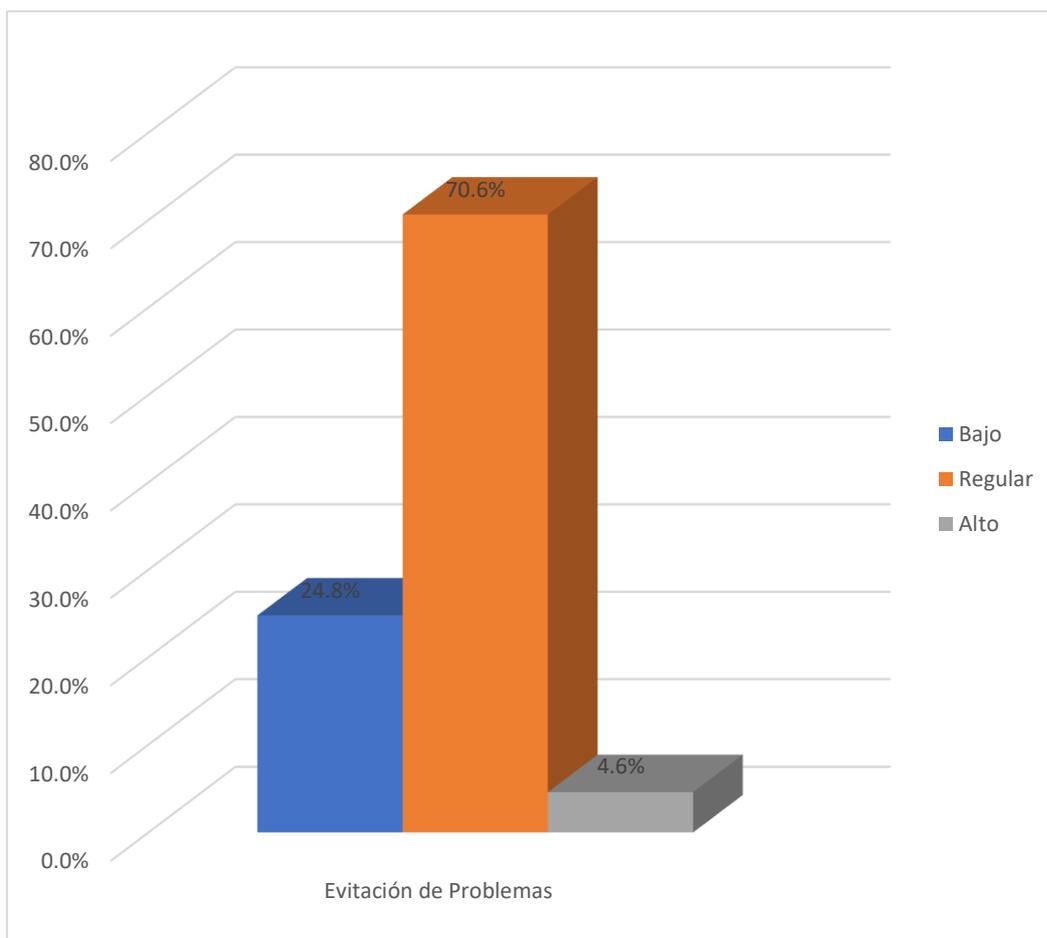


Figura 12. Dimensión evitación de problemas

Interpretación

El 24.8 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de evitación de problemas, lo que sugiere que una proporción significativa de esta población enfrenta las situaciones problemáticas de manera directa y efectiva. Este es un resultado positivo, ya que la evitación de problemas puede ser una estrategia contraproducente. Por otro lado, el 70.6 % de los adultos mayores muestra un nivel regular de evitación de problemas, lo que indica que la mayoría utiliza una estrategia mixta, alternando entre enfrentar y evitar los problemas, lo cual puede ser beneficioso si se mantiene un equilibrio adecuado. Finalmente, solo el 4.6 % reporta un alto nivel de evitación de problemas, lo que indica que una pequeña parte de la población evita predominantemente las situaciones problemáticas. Es importante investigar los factores que contribuyen a esta tendencia para desarrollar intervenciones que fomenten un enfrentamiento más efectivo de los problemas.

En cuanto a la teoría, los resultados coinciden con la descripción de la evitación de problemas como una estrategia de afrontamiento en la que la persona minimiza o evita enfrentar las situaciones estresantes directamente. Los porcentajes muestran que la

mayoría de los adultos mayores no tienden a evitar en exceso los problemas, sino que optan por un enfoque intermedio. Sin embargo, el 4.6 % que presenta un alto nivel de evitación confirma que algunos adultos mayores utilizan este mecanismo de manera predominante, lo cual puede ser contraproducente a largo plazo, tal como señala la teoría (32).

Tabla 13. Dimensión retirada social

	f	%
Bajo	33	30.3
Regular	67	61.5
Alto	9	8.3
Total	109	100.0

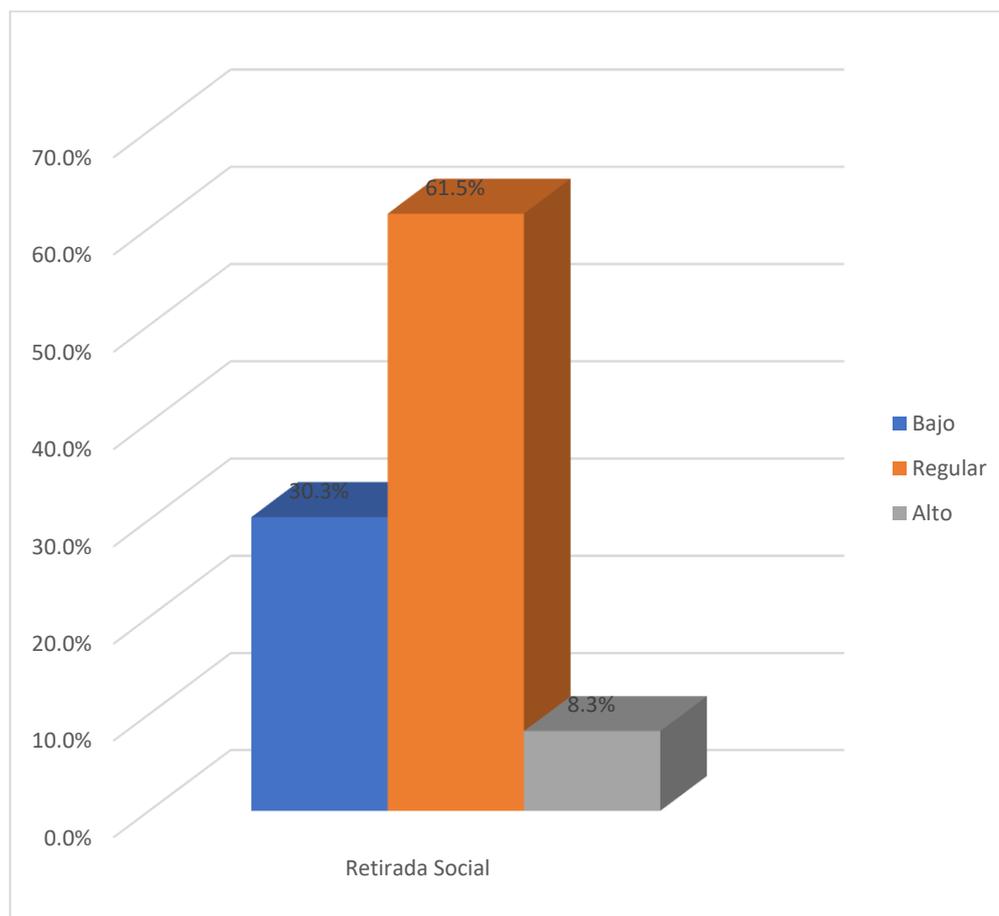


Figura 13. Dimensión retirada social

Interpretación

El 30.3 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de retirada social, lo que indica que una proporción considerable de esta población mantiene una adecuada participación e interacción social, evitando el aislamiento excesivo. Este es un resultado positivo, ya que la interacción social es clave para el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores. El 61.5 % de los participantes muestra un nivel regular de retirada social, lo que sugiere que la mayoría tiende a aislarse de forma moderada en ciertos contextos. Solo el 8.3 % reporta un alto nivel de retirada social, lo que indica que una pequeña parte de la población tiende a alejarse significativamente de las interacciones sociales. Este aislamiento puede tener consecuencias negativas para su salud mental y bienestar, por lo que se recomienda fomentar una mayor integración social.

En relación a la teoría, los resultados reflejan que la mayoría de los adultos mayores no recurren a la retirada social de forma predominante, sino que mantienen un nivel moderado o bajo de aislamiento. La teoría describe la retirada social como un mecanismo de afrontamiento temporal ante el estrés, en el cual el individuo se aleja de su entorno social para procesar emociones o mantener la privacidad. Sin embargo, el alto nivel de retirada social en un pequeño grupo, según los resultados, es consistente con lo que la teoría menciona sobre los riesgos del aislamiento prolongado, ya que puede impactar negativamente en el bienestar emocional a largo plazo (32).

Tabla 14. Dimensión grado de eficacia percibida del afrontamiento

	f	%
Bajo	68	62.4
Regular	23	21.1
Alto	18	16.5
Total	109	100.0

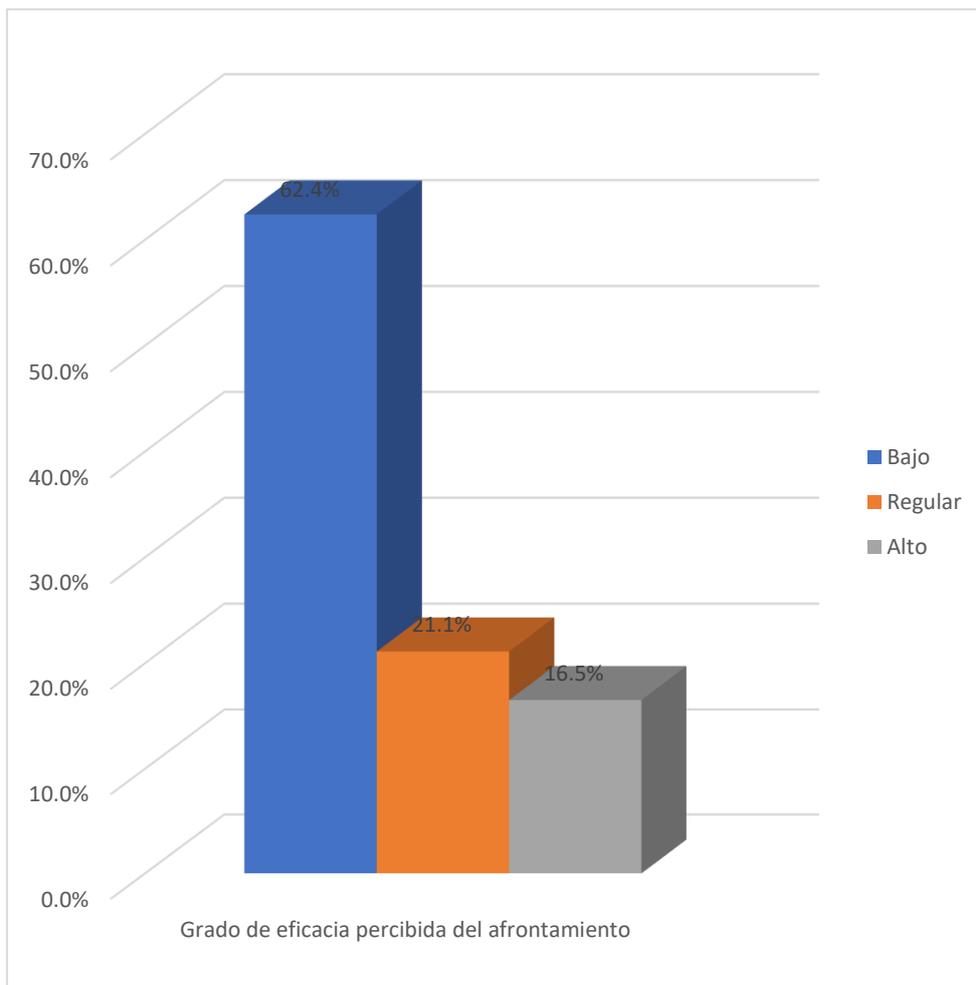


Figura 14. Dimensión grado de eficacia percibida del afrontamiento

Interpretación

El 62.4 % de los adultos mayores presenta un nivel bajo de eficacia percibida del afrontamiento, lo que indica que una gran mayoría de los participantes no se sienten seguros ni confiados en su capacidad para manejar las situaciones estresantes. Esta falta de confianza en sus habilidades para afrontar los problemas puede afectar su bienestar y limitar la adopción de estrategias efectivas para manejar el estrés. Un 21.1 % muestra un nivel regular, lo que sugiere que tienen una percepción moderada de su capacidad para enfrentar los desafíos, con momentos de mayor seguridad y otros de duda. Finalmente, el 16.5 % reporta un alto nivel de eficacia percibida del afrontamiento, lo que significa que una proporción significativa de los adultos mayores se siente capaz y confiado en su capacidad para manejar las dificultades, lo que puede facilitar su bienestar y adaptación.

En relación a la teoría, los resultados reflejan una importante discrepancia en la percepción de eficacia en los adultos mayores. La teoría sostiene que una alta eficacia percibida puede reducir el estrés y promover estrategias de afrontamiento adaptativo,

mientras que una baja eficacia percibida aumenta la vulnerabilidad al estrés y puede perjudicar la salud física y emocional. En este caso, la mayoría de los participantes (62,4%) tiene una baja autoeficacia, lo que coincide con los riesgos descritos en la teoría, como una mayor vulnerabilidad al estrés y posibles efectos negativos en la salud. Sin embargo, el 16.5 % con alta eficacia percibida representa una proporción que podría estar aprovechando sus habilidades de afrontamiento de manera efectiva, lo que refuerza los beneficios teóricos de una percepción positiva de la autoeficacia (32).

Tabla 15. Variable calidad de vida

	f	%
Bajo	22	20.2
Regular	55	50.5
Alto	32	29.4
Total	109	100.0

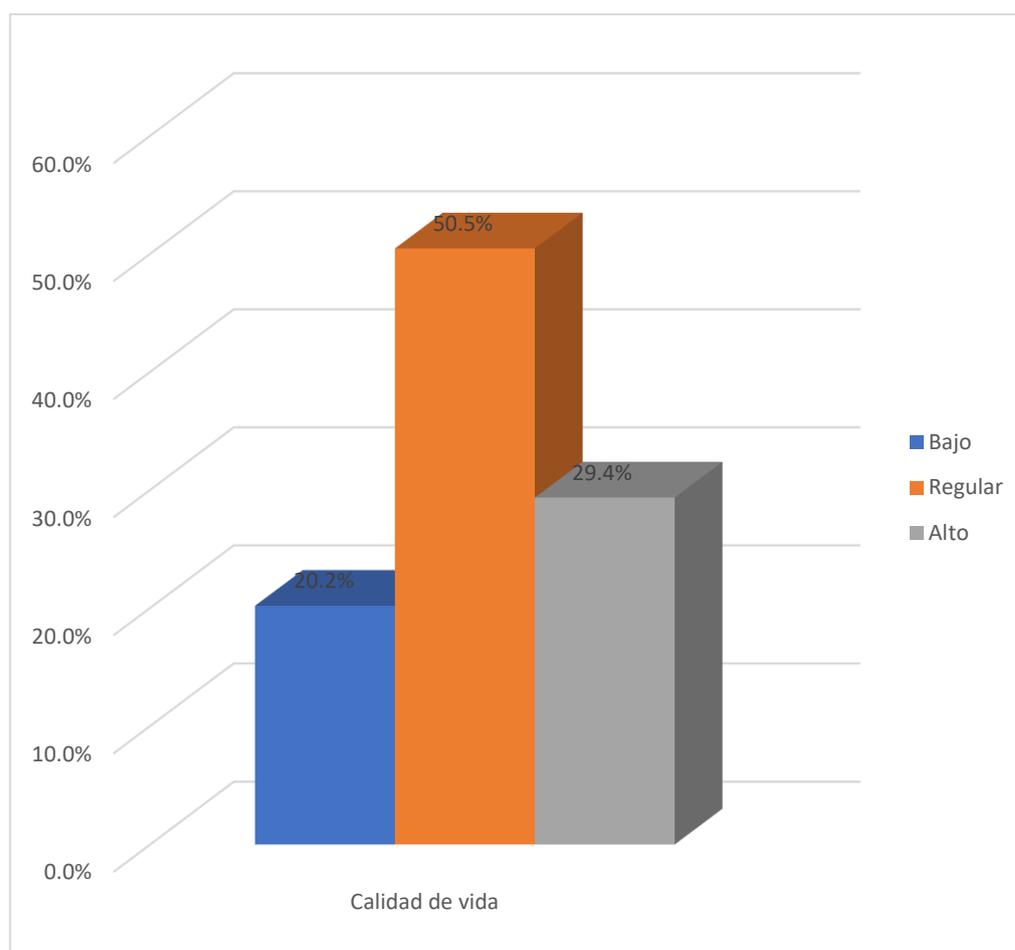


Figura 15. Variable calidad de vida

Interpretación

El 20.2 % de los adultos mayores reportan un nivel bajo de calidad de vida, lo que indica que una proporción significativa de los participantes enfrenta una calidad de vida comprometida. Este dato es relevante debido a que refleja la presencia de dificultades como problemas de salud, limitaciones sociales o económicas. El 50.5 % reporta un nivel regular de calidad de vida, lo que sugiere que la mayoría de los participantes viven con algunas limitaciones, pero no en condiciones extremadamente desfavorables. Finalmente, el 29.4 % presenta un nivel alto de calidad de vida, lo que indica que una porción considerable de los adultos mayores goza de un bienestar general elevado, un dato alentador que subraya la importancia de mantener estrategias de promoción de la salud y el bienestar. en este grupo.

Al comparar los resultados con los antecedentes, se observa que la distribución de la calidad de vida en el estudio de Celeiro y Galizzi (2021) muestra que la mayoría de los adultos mayores perciben tener un buen nivel de vida, con puntajes altos en salud psicológica, física y vínculos sociales, similar a los resultados obtenidos en el grupo con un nivel alto de calidad de vida (29,4%) (11). En el estudio de Champi y Campos (2022), la estimación entre el afrontamiento y la calidad de vida indica que mejores estrategias de afrontamiento están asociadas a una mayor calidad de vida, lo cual resalta la importancia de programas de apoyo que también podrían beneficiar a los adultos mayores con calidad de vida regular en este estudio (12). Por otro lado, Cunyas (2022) reporta que el 62.9 % de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida regular durante la pandemia, un resultado cercano al 50.5 % en este estudio (13). Finalmente, Campos (2020) resalta que los adultos mayores con patologías crónicas reportaron una calidad de vida deficiente, lo que se refleja en el 20.2 % de los participantes con baja calidad de vida en este estudio. Estos resultados sugieren que la calidad de vida de los adultos mayores está influenciada por múltiples factores, incluyendo la salud, el afrontamiento y las condiciones sociales, como se observa también en los antecedentes (17).

Tabla 16. Dimensión salud física

	f	%
Bajo	15	13.8
Regular	75	68.8
Alto	19	17.4
Total	109	100.0

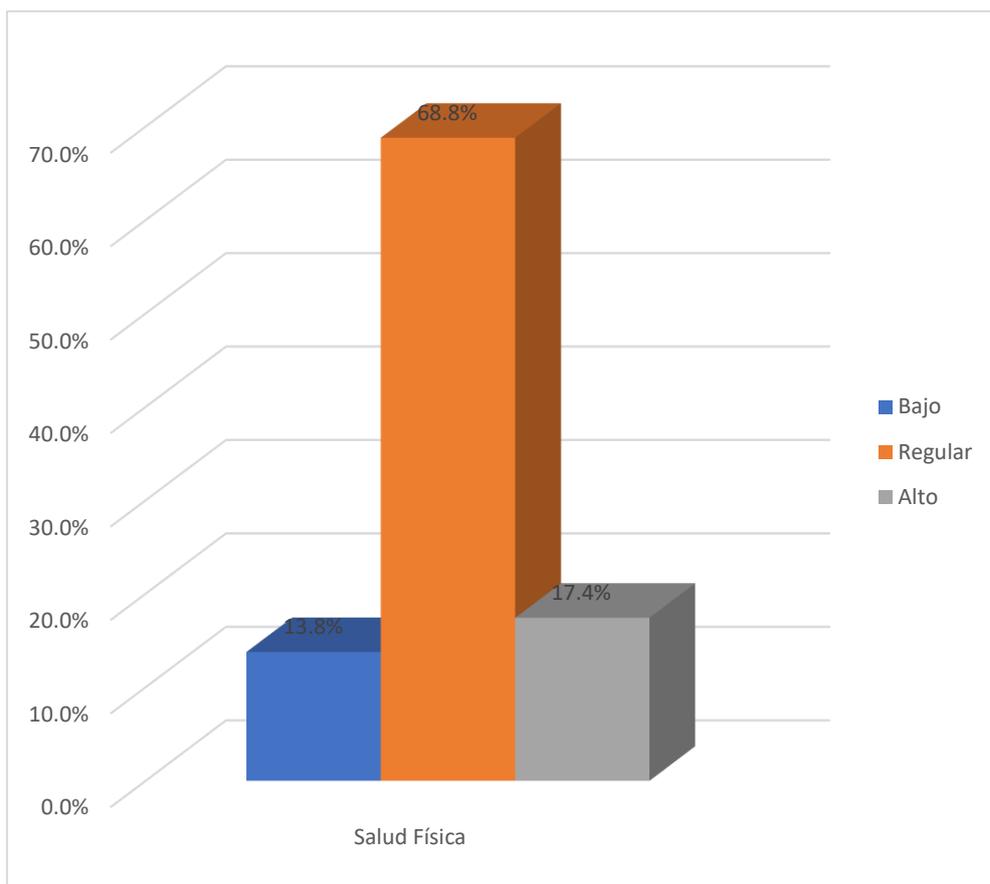


Figura 16. Dimensión salud física

Interpretación

El 13.8 % de los adultos mayores reportan un nivel bajo de salud física, lo que indica que una proporción considerable de los participantes enfrenta problemas de salud que afectan su bienestar general. Este porcentaje es más alto que el reportado anteriormente, lo que refleja un aumento en las dificultades físicas dentro del grupo. El 68.8 % de los adultos mayores tiene un nivel regular de salud física, lo que sugiere que la mayoría de los participantes presentan algunas limitaciones físicas, pero no en una medida incapacitante. Finalmente, el 17.4 % reporta un nivel alto de salud física, lo que indica que una parte significativa de los adultos mayores gozan de una buena condición física, aunque el porcentaje ha disminuido respecto a la cifra previa. Este grupo podría beneficiarse de intervenciones para mantener y mejorar aún más su estado físico.

Según la teoría, la salud física se refiere al estado general de bienestar del cuerpo, que incluye la capacidad funcional, la vitalidad y la salud general, elementos clave para una buena calidad de vida. En este contexto, los resultados del estudio son consistentes con la teoría, ya que la mayoría de los adultos mayores presentan una salud física regular, lo que refleja cierto grado de limitación, pero aún sin comprometer su capacidad para

realizar actividades cotidianas. El porcentaje de adultos mayores con salud física baja (13,8%) coincide con la importancia de mantener un buen estado físico para evitar limitaciones severas. Además, el 17,4% con un nivel alto de salud física refleja la relevancia de estrategias de promoción de la salud para mejorar la vitalidad y la capacidad funcional, tal como sugiere la teoría (32).

Tabla 17. Dimensión salud psicológica

	f	%
Bajo	29	26.6
Regular	55	50.5
Alto	25	22.9
Total	109	100.0

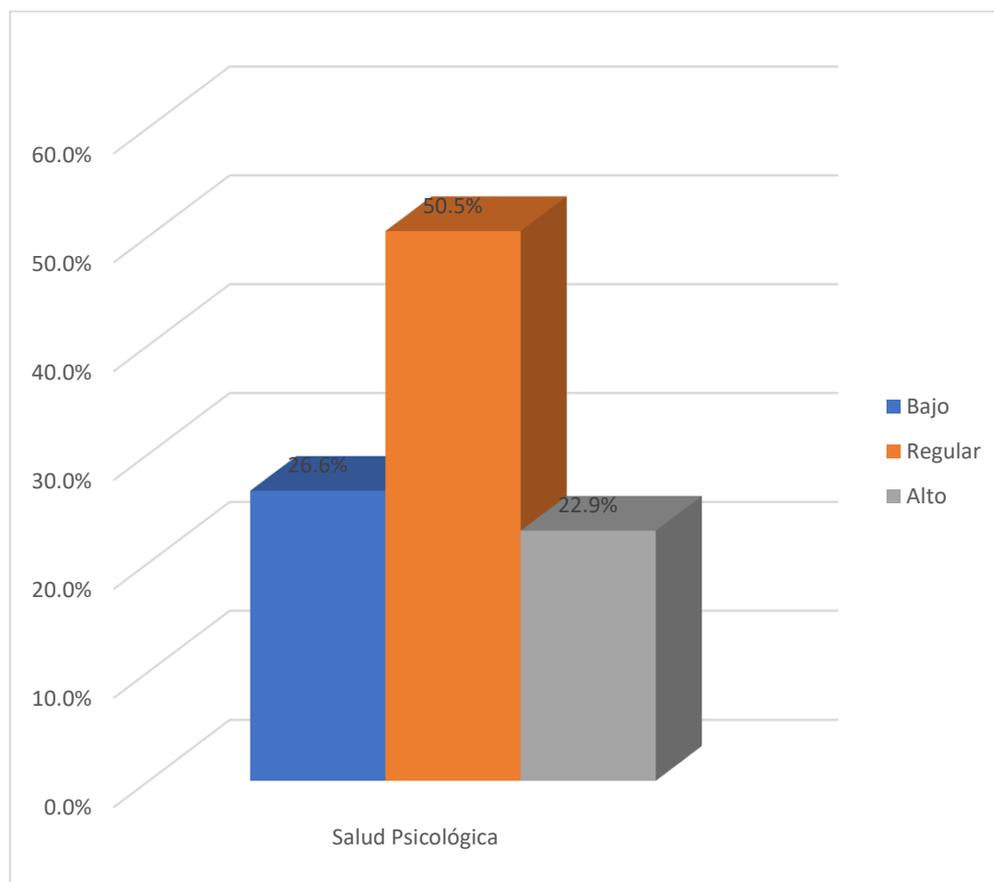


Figura 17. Dimensión salud psicológica

Interpretación

El 26.6 % de los adultos mayores reportan un nivel bajo de salud psicológica, lo que indica que una proporción significativa enfrenta problemas mentales graves que afectan su bienestar emocional y cognitivo. Este dato es notable más alto que el reportado anteriormente, reflejando una preocupación creciente por la salud mental de este grupo. El 50.5 % presenta un nivel regular de salud psicológica, lo que sugiere que muchos adultos mayores experimentan dificultades psicológicas moderadas, pero sin llegar a ser incapacitantes. Finalmente, el 22.9 % de los participantes reporta un nivel alto de salud psicológica, lo cual es una mejora ligera con respecto al porcentaje anterior, lo que sugiere que una parte considerable goza de un buen estado mental, aunque todavía hay margen de mejora en este aspecto.

La teoría describe la salud psicológica como el bienestar emocional, cognitivo y social de una persona, incluyendo la capacidad para manejar el estrés, mantener relaciones saludables, tener una autoestima positiva y desarrollar habilidades efectivas de afrontamiento. Los resultados del estudio son consistentes con esta definición, pues reflejan que un porcentaje considerable de los adultos mayores enfrentan problemas psicológicos graves o moderados lo que subraya la importancia de abordar aspectos emocionales y cognitivos en su bienestar. El 22,9 % con buena salud psicológica también respalda la teoría de que, aunque algunos adultos mayores gozan de un buen estado mental, la mayoría aún requiere apoyo para mejorar su capacidad de afrontamiento y su bienestar emocional (39).

Tabla 18. Dimensión relaciones sociales

	f	%
Bajo	9	8.3
Regular	81	74.3
Alto	19	17.4
Total	109	100.0

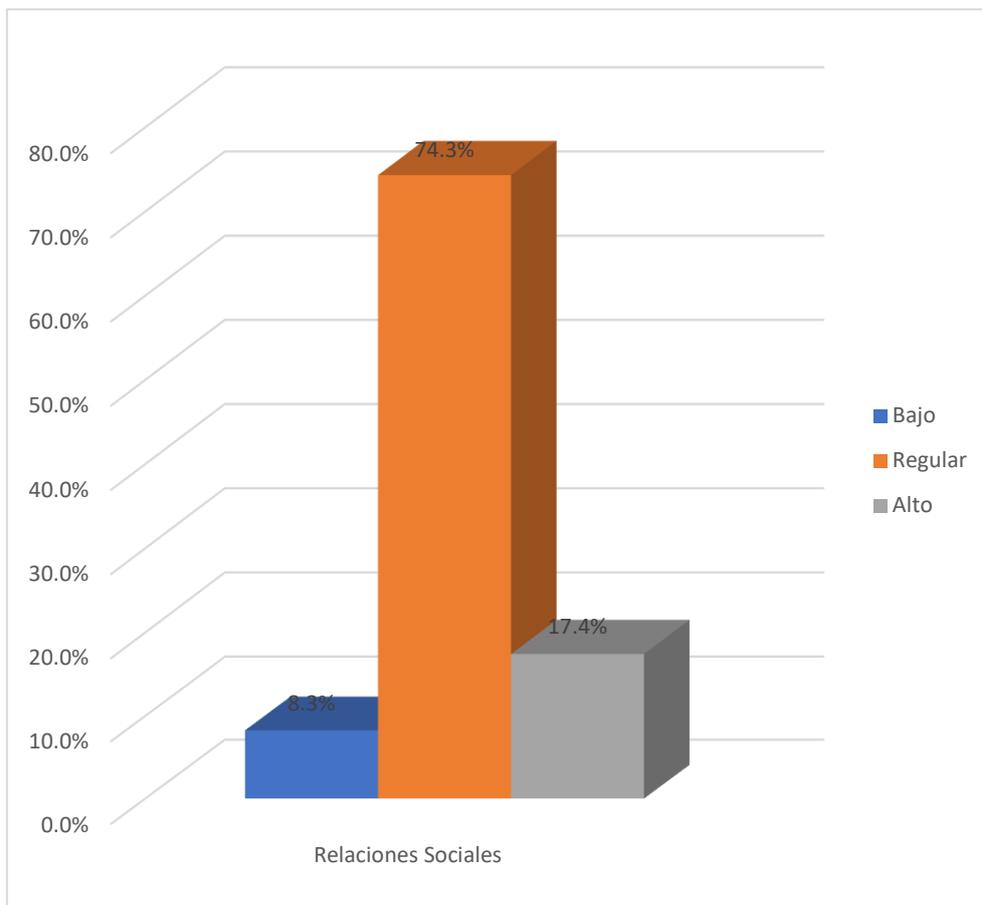


Figura 18. Dimensión relaciones sociales

Interpretación

El 8.3 % de los adultos mayores reportan un nivel bajo de relaciones sociales, lo que sugiere que una pequeña proporción de los participantes enfrenta problemas de aislamiento social y dificultades para establecer conexiones significativas. Aunque este porcentaje es relativamente bajo, ha aumentado en comparación con el informe anterior, lo que señala un área preocupante que requiere atención. Por otro lado, el 74.3 % de los adultos mayores reportan un nivel regular de relaciones sociales, lo que indica que la mayoría de los participantes presentan dificultades moderadas en sus redes sociales, sin llegar a situaciones graves de aislamiento. Finalmente, el 17.4 % de los adultos mayores reportan un nivel alto de relaciones sociales, lo que refleja una vida social activa y vínculos sólidos, aunque la proporción sigue siendo menor en comparación con el nivel regular.

La teoría describe las relaciones sociales como las interacciones y conexiones que una persona mantiene con los demás, y su influencia en el bienestar emocional y psicológico. Los resultados del estudio coinciden con esta definición, ya que reflejan un porcentaje significativo de adultos mayores que enfrentan problemas de aislamiento social

(8.3%) o dificultades moderadas en sus relaciones (74.3%). A pesar de que el 17.4% de los adultos mayores gozan de una vida social activa, la mayoría requiere apoyo para mejorar sus redes sociales y vínculos, lo que subraya la importancia de fomentar conexiones sociales en este grupo para mejorar su bienestar y calidad de vida. (39).

Tabla 19. Dimensión relaciones ambientales

	f	%
Bajo	2	1.8
Regular	82	75.2
Alto	25	22.9
Total	109	100.0

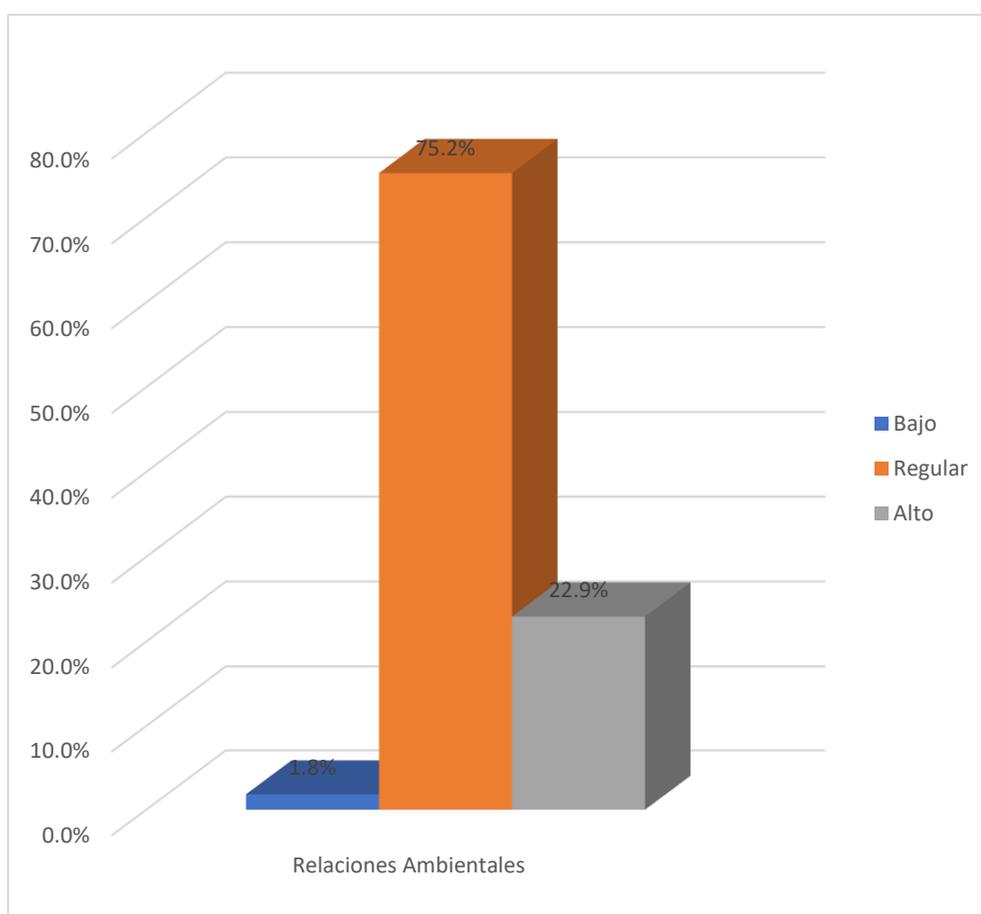


Figura 19. Dimensión relaciones ambientales

Interpretación

El 1.8 % de los adultos mayores reportan un nivel bajo de relaciones ambientales, lo que indica que una pequeña proporción enfrenta problemas significativos en su entorno, como barreras físicas o falta de recursos. Este dato es positivo, ya que sugiere que la

mayoría de los participantes disfrutaban de un entorno adecuado para su bienestar. El 75.2% de los adultos mayores reportan un nivel regular de relaciones ambientales, lo que implica que la mayoría enfrenta algunas limitaciones o desafíos en su entorno, pero sin que estos afecten gravemente su calidad de vida. Finalmente, el 22,9 % de los participantes reportan un nivel alto de relaciones ambientales, lo que muestra una ligera mejora en comparación con el informe anterior, sugiriendo que un grupo goza de un entorno favorable y adaptado a sus necesidades.

La teoría define las relaciones ambientales como el entorno físico y social en el que una persona vive, y cómo este entorno afecta su calidad de vida. Los resultados del estudio son consistentes con esta definición, ya que reflejan que la mayoría de los adultos mayores (75,2%) tienen un entorno moderadamente adecuado, aunque con algunos desafíos. El 22.9% con un entorno favorable respalda la idea de que el entorno tiene un impacto significativo en el bienestar de los adultos mayores. Además, el bajo porcentaje de adultos mayores con un entorno problemático (1,8%) indica que la mayoría de los participantes cuentan con condiciones ambientales que favorecen su calidad de vida, conforme a la teoría que subraya la importancia de un entorno adecuado para el bienestar físico. y sociales (39).

Tabla 20. Hipótesis específica 1

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	124,710 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	123,265	4	,000
Asociación lineal por lineal	72,292	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,62.

En el estudio sobre la relación entre la resolución del problema y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se ha planteado una hipótesis que postula una conexión significativa entre estas dos variables. Para analizar esta hipótesis, se emplearon pruebas de chi-cuadrado, cuyos resultados indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 35,821 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, lo que sugiere que la probabilidad de que la relación observada se deba al azar es menor al 3%. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 123,265 y la misma cantidad de grados

de libertad, presentó una significación de 0,000, corroborando la conclusión del chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados estadísticos implican que existe una asociación significativa entre la resolución de problemas y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que los esfuerzos en la resolución de problemas pueden tener un impacto tangible en la percepción y realidad de la calidad de vida de esta población. La relación observada podría estar influenciada por diversos factores, tales como el apoyo emocional, la eficacia en la atención médica, y la capacidad de los adultos mayores para enfrentar y superar los desafíos cotidianos.

Tabla 21. Hipótesis específica 2

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,084 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	78,944	4	,000
Asociación lineal por lineal	53,750	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,81.

En el estudio sobre la relación entre la autocrítica y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se plantea una hipótesis que postula que la autocrítica tiene un impacto significativo en la calidad de vida de esta población. Para analizar esta hipótesis, se utilizaron pruebas de chi-cuadrado, cuyos resultados indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 60,084 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, lo que sugiere que existe una probabilidad muy baja, inferior al 1%, de que la relación observada sea producto del azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 78,944 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo cual respalda los resultados obtenidos con el chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre la autocrítica y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas confirma la hipótesis planteada, indicando que los niveles de autocrítica pueden tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. Es posible que la

autocrítica influya en la manera en que los individuos evalúan su bienestar y manejan los desafíos diarios, afectando tanto su salud mental como su bienestar general.

Tabla 22. Hipótesis específica 3

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	74,993 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	91,107	4	,000
Asociación lineal por lineal	58,865	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,02.

En el estudio sobre la relación entre la expresión emocional y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se formuló una hipótesis que plantea una conexión significativa entre estas dos variables. Para verificar esta hipótesis, se utilizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 74,993 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, sugiriendo una probabilidad del 4 % de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 91,107 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo que también indica una relación significativa, aunque cercana al umbral convencional del 5%.

Estos resultados estadísticos implican que hay una asociación significativa entre la expresión emocional y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, sugiriendo que la capacidad de los adultos mayores para expresar sus emociones tiene un impacto notable en su percepción y realidad de la calidad de vida. La expresión emocional puede influir en la forma en que los individuos manejan el estrés, comunican sus necesidades y establecen relaciones interpersonales, todos factores cruciales para el bienestar general.

Tabla 23. Hipótesis específica 4

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,671 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	100,342	4	,000
Asociación lineal por lineal	63,121	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,83.

En el estudio sobre la relación entre el pensamiento desiderativo y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se planteó una hipótesis que postula que el pensamiento desiderativo tiene una influencia significativa en la calidad de vida de esta población. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado, cuyos resultados indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 85,671 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, lo que sugiere una probabilidad del 3 % de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 100,342 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo que respalda los resultados obtenidos con el chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre el pensamiento desiderativo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas confirma la hipótesis planteada, indicando que los niveles de pensamiento desiderativo pueden tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. El pensamiento desiderativo, que implica aspiraciones y deseos sobre la propia vida y futuro, puede influir en la forma en que los individuos se sienten acerca de sus circunstancias actuales y su capacidad para proyectarse hacia el futuro con esperanza y propósito.

Tabla 24. Hipótesis específica 5

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,452 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	80,184	4	,000
Asociación lineal por lineal	54,406	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,81.

Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 63,425 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, sugiriendo una probabilidad del 0,1% de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 80,184 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo que también indica una relación significativa, aunque un poco menos estricta que el chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre el apoyo social y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que el nivel de apoyo social que los adultos mayores reciben tiene un impacto considerable en su percepción y realidad de la calidad de vida. El apoyo social puede influir en diversas áreas de la vida de los adultos mayores, incluyendo su bienestar emocional, la sensación de pertenencia y el manejo del estrés, todos factores cruciales para su bienestar general.

Tabla 25. Hipótesis específica 6

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	116,805 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	114,974	4	,000
Asociación lineal por lineal	67,470	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,21.

En el estudio sobre la relación entre la reconstrucción cognitiva y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se planteó una hipótesis que sugiere una conexión significativa entre estas dos variables. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 116,805 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, lo que sugiere una probabilidad del 0,3% de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 114,974 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,002, corroborando la conclusión del chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados estadísticos implican que existe una asociación significativa entre la reconstrucción cognitiva y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que las técnicas de reconstrucción cognitiva pueden tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. La reconstrucción cognitiva, que implica cambiar patrones de pensamiento negativos y desarrollar enfoques más positivos y realistas, puede influir significativamente en el bienestar emocional y mental de los individuos, mejorando su capacidad para afrontar desafíos y disfrutar de una vida más plena.

Tabla 26. Hipótesis específica 7

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	95,275 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	98,451	4	,000
Asociación lineal por lineal	62,165	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,01.

En el estudio sobre la relación entre la evitación del problema y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se plantea una hipótesis que postula que la evitación del problema tiene una influencia significativa en la calidad de vida de esta población. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 95,275 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, sugiriendo una probabilidad del 1,5 % de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 98,451 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo que también indica una relación significativa, aunque algo menos estricta que el chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre la evitación del problema y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que la tendencia a evitar los problemas puede tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. La evitación del problema, que implica esquivar enfrentamientos y soluciones

directas a los desafíos, puede influir negativamente en diversas áreas de la vida, llevando a una acumulación de problemas no resueltos que pueden afectar tanto el bienestar emocional como físico.

Tabla 27. Hipótesis específica 8

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,108 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	98,064	4	,000
Asociación lineal por lineal	62,055	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,02.

En el estudio sobre la relación entre la retirada social y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se planteó una hipótesis que sugiere que la retirada social tiene una influencia significativa en la calidad de vida de esta población. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 88,108 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, sugiriendo una probabilidad del 2,5 % de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 98,064 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, lo que también indica una relación significativa, aunque ligeramente menos estricta.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre la retirada social y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que la tendencia a retirarse socialmente puede tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. La retirada social, que implica el aislamiento y la reducción de interacciones con los demás, puede influir negativamente en diversas áreas de la vida, llevando a sentimientos de soledad, depresión y una disminución en el apoyo social, todos factores que pueden afectar tanto el bienestar emocional como físico.

Tabla 28. Hipótesis específica 9

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79,503 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	99,809	4	,000
Asociación lineal por lineal	59,683	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,61.

En el estudio sobre la relación entre el grado de eficacia percibida del afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se planteó una hipótesis que sugiere que la percepción de eficacia en el afrontamiento de problemas tiene una influencia significativa en la calidad de vida de esta población. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 79,503 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,00, sugiriendo una probabilidad extremadamente baja de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 99,809 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,008, corroborando la conclusión del chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre el grado de eficacia percibida del afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que la percepción de eficacia en el afrontamiento puede tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. La percepción de eficacia en el afrontamiento, que implica la confianza en la capacidad de manejar y superar problemas y desafíos, puede influir positivamente en el bienestar emocional y mental de los individuos, mejorando su capacidad para enfrentarse a situaciones adversas y disfrutar de una vida más plena.

Tabla 29. Hipótesis general

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	145,770 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	143,805	4	,000
Asociación lineal por lineal	82,158	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,24.

En el estudio sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, se planteó una hipótesis que sugiere que las estrategias de afrontamiento tienen una influencia significativa en la calidad de vida de esta población. Para evaluar esta hipótesis, se realizaron pruebas de chi-cuadrado. Los resultados obtenidos indican una relación estadísticamente significativa. El valor del chi-cuadrado de Pearson fue 145,770 con 4 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000, sugiriendo una probabilidad extremadamente baja de que la relación observada sea atribuible al azar. De manera similar, la razón de verosimilitud, con un valor de 143,805 y los mismos grados de libertad, presentó una significación de 0,000, corroborando la conclusión del chi-cuadrado de Pearson.

Estos resultados sugieren que existe una asociación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Miguel Grau. La significación asintótica bilateral inferior a 0,05 en ambas pruebas respalda la hipótesis planteada, indicando que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adultos mayores pueden tener un impacto considerable en la percepción y realidad de la calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento, que incluyen métodos para manejar el estrés y las adversidades, pueden influir positivamente en diversas áreas de la vida de los adultos mayores, mejorando su bienestar emocional, mental y físico.

3.2. Discusión

El análisis de las estrategias de afrontamiento y su vínculo con la calidad de vida en adultos mayores ofrece una perspectiva fundamental para comprender cómo estas estrategias impactan en el bienestar general de esta población. En virtud de ello se planteó el objetivo de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, demostrando que muestra una relación muy fuerte entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los

adultos mayores y su calidad de vida. Con un coeficiente de correlación tan alto como 0.659 y un valor p significativamente bajo de 0.000, es evidente que las estrategias de afrontamiento efectivas están directamente asociadas con una mejor calidad de vida en esta población.

Estos resultados se corresponden a los hallazgos de Champi y Campos, quienes concluyeron que a un mayor nivel de aplicación de estrategias de afrontamiento usadas por los adultos mayores para enfrentar hechos estresantes de su entorno se evidenciará un mayor nivel de calidad de vida. Por lo tanto, es recomendable el desarrollo de programas que potencien las estrategias usadas por esta población (12). En tanto, Leguía confirmó de manera parcial la hipótesis del estudio, pues cinco de los componentes de la calidad de vida tenían una baja correlación con dos dimensiones de la estrategia de afrontamiento. Además, la estrategia de afrontamiento de tarea mostró una correlación significativa, aunque baja, con la calidad de vida social y psicológica (14). Asimismo, Espinoza señala que ambas variables de estudio se relacionan significativamente y un análisis de regresión estableció que los estilos de afrontamiento son predictores de la satisfacción con la vida. Asimismo, existen ciertas diferencias en los estilos de afrontamiento según el sexo y la edad de los participantes. Se concluye que la satisfacción con la vida está asociada al uso de los estilos de afrontamiento de los adultos de Lima (2). Gaona y Ruiz encontraron correlación negativa entre enfoque y liberación de emociones y satisfacción con la vida. En este sentido, la satisfacción que una persona tiene con su vida está asociado con el uso de diferentes estrategias de afrontamiento (15).

Las similitudes en los hallazgos pueden explicarse por la universalidad de ciertos mecanismos de afrontamiento en la población adulta mayor como la necesidad de gestionar el estrés y las dificultades cotidianas, lo que lleva a una mejora en la calidad de vida cuando se emplean estrategias adecuadas. Los adultos mayores, al enfrentar desafíos de salud, soledad o pérdidas, tienden a desarrollar formas de afrontamiento que les permiten adaptarse y esto está relacionado positivamente con su bienestar. Sin embargo, las diferencias encontradas entre los estudios podrían deberse a factores contextuales y demográficos como el entorno social y cultural de los participantes, sus características individuales (por ejemplo, la edad o el género), y las metodologías empleadas en los estudios. Los estilos de afrontamiento pueden variar según las experiencias personales y la percepción de control sobre su vida, lo que puede influir en la relación con la calidad de vida. Además, los adultos mayores pueden experimentar diferentes tipos de estrés, lo que

influye en qué estrategias de afrontamiento son más efectivas, y esto podría dar lugar a variaciones en los resultados.

El presente estudio evidenció una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en adultos mayores. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que indican que el uso adecuado de estrategias para enfrentar situaciones estresantes mejora la calidad de vida y la satisfacción general de los adultos mayores. Asimismo, se destaca que estas estrategias no solo predicen la satisfacción con la vida, sino que también están directamente relacionadas con el bienestar emocional y psicológico de esta población. Esto subraya la importancia de implementar programas que fortalezcan las habilidades de afrontamiento en los adultos mayores, contribuyendo así a una mejora en su calidad de vida.

En cuanto a la variable afrontamiento al estrés, se evidencio que el 56.9 % de los adultos mayores muestra un nivel regular de estrategias de afrontamiento. Tales hallazgos se comparan con los de Cerquera, Matajira, Romero y Peña quienes demostraron que los adultos mayores utilizan como estrategia de afrontamiento la solución de problemas, la religiosidad, la evaluación positiva y la evitación emocional, mientras que se usa en menor escala el apoyo social, la reacción agresiva, la evitación cognitiva, el apoyo profesional, la espera, la autonomía y la expresión de problemas de afrontamiento (9).

Las similitudes en los hallazgos pueden explicarse por la naturaleza común de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adultos mayores, quienes tienden a recurrir a métodos como la resolución de problemas y la religiosidad, que les proporcionan consuelo y control en situaciones difíciles. Estos enfoques suelen estar relacionados con un sentido de autonomía y adaptación frente a los retos de la vejez. Sin embargo, las diferencias en la prevalencia de ciertas estrategias pueden estar influenciadas por factores culturales, socioeconómicos y personales. Por ejemplo, algunos adultos mayores pueden vivir en contextos donde el apoyo social o el acceso a recursos profesionales son limitados, lo que lleva a un mayor uso de estrategias como la evitación emocional o la evaluación positiva. La variabilidad en las respuestas puede reflejar, además, la experiencia individual del envejecimiento y la percepción de control sobre su situación, lo cual influye en la elección de las estrategias.

Sobre la variable de calidad de vida, se corroboró que el 50.5 % de los adultos mayores reportan un nivel regular de calidad de vida. Estos resultados se corresponden a

los de Celeiro y Galizzi, quienes mostraron que la totalidad de la muestra de adultos mayores tiene una buena percepción de su calidad de vida, obteniendo un puntaje mayor a tres puntos en la calidad de vida global, considerando la salud psicológica, física, el ambiente y los vínculos sociales (11). Por su parte, Cunyas, concluyó que el nivel de calidad de vida de los adultos mayores durante la pandemia fue de un nivel "regular" para el 62.9 % de los participantes (13).

Las similitudes en los resultados pueden estar relacionadas con la percepción generalizada de los adultos mayores sobre su calidad de vida, que puede verse influenciada por factores comunes, como la adaptación a los cambios en la vida y la búsqueda de bienestar en áreas clave como la salud física y psicológica. Sin embargo, las diferencias podrían explicarse por las circunstancias específicas en las que se encuentran los participantes como las variaciones en el contexto social, económico y de salud. Durante períodos de crisis, como la pandemia, es probable que factores como el aislamiento social, las preocupaciones sobre la salud y la falta de acceso a servicios hayan afectado negativamente la calidad de vida de los adultos mayores, lo que explica el aumento en la proporción de personas que reportan un nivel regular. Las diferencias en la percepción de la calidad de vida también pueden reflejar las estrategias de afrontamiento y el apoyo social disponible para cada grupo, lo cual influye en cómo los adultos mayores valoran su bienestar.

El estudio de las estrategias de afrontamiento en adultos mayores no solo proporciona una comprensión más profunda de cómo enfrentan los desafíos del envejecimiento, sino que también ofrece *insights* valiosos para mejorar la atención y el bienestar de esta población vulnerable en entornos de salud. Las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores busca explorar cómo las diferentes formas en que los adultos mayores enfrentan los desafíos cotidianos pueden influir en su bienestar general. En la etapa del envejecimiento es crucial comprender qué estrategias de afrontamiento son utilizadas con mayor frecuencia y cómo estas se relacionan a la calidad de vida.

Los hallazgos de este estudio se alinean estrechamente con la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM), que establece objetivos integrales para mejorar el bienestar de esta población. En particular, la evidencia de que las estrategias de afrontamiento adecuadas pueden elevar la calidad de vida resalta la necesidad de implementar programas de intervención que fortalezcan dichas

habilidades, apoyando el Objetivo Prioritario 02 (OP. 02) de promover un envejecimiento saludable. Al ofrecer herramientas para el manejo de situaciones estresantes y fomentar el bienestar emocional, estos programas pueden facilitar un envejecimiento activo y reducir el riesgo de problemas psicológicos y de salud mental. Asimismo, al involucrar prácticas que promuevan la resiliencia y la satisfacción, se impulsa el Objetivo Prioritario 01 (OP. 01), ya que el apoyo al desarrollo de habilidades de afrontamiento puede contribuir a una convivencia basada en el respeto y el buen trato hacia los adultos mayores, previniendo la discriminación y el maltrato.

Por otra parte, los hallazgos que destacan un nivel regular de calidad de vida en más de la mitad de los adultos mayores del estudio sugieren la importancia de promover su participación en la sociedad, contribuyendo al Objetivo Prioritario 05 (OP. 05) de la PNMPAM. Programas que integren a los adultos mayores en actividades productivas y sociales les permitirían aplicar estrategias de afrontamiento en contextos significativos, fortaleciendo su rol en la comunidad y su percepción de bienestar. Además, la mejora de la calidad de vida está vinculada con el acceso a servicios de salud y educación, respaldando el Objetivo Prioritario 04 (OP. 04). Este estudio puede, por tanto, fundamentar políticas orientadas a proporcionar recursos educativos y psicosociales que promuevan el aprendizaje continuo y la inclusión de los adultos mayores en todos los niveles, contribuyendo así a una mayor satisfacción y calidad de vida en esta etapa.

Como limitante se tiene que la generalización de los resultados de este estudio se ve limitada debido a ciertos factores, principalmente el tamaño de la muestra, que incluye a 109 participantes. Aunque este número es adecuado para identificar tendencias en una población específica como los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau en Arequipa, no es suficientemente amplio para representar de forma exhaustiva a toda la población adulta mayor en diferentes contextos o regiones. La muestra también se circunscribe a una sola área geográfica y a usuarios de un centro de salud específico, lo cual podría sesgar los resultados, ya que las estrategias de afrontamiento y la percepción de calidad de vida pueden variar considerablemente según factores como el nivel socioeconómico, el acceso a servicios de apoyo, y las experiencias individuales con el envejecimiento y la salud. Además, la influencia de aspectos culturales y sociales en la manera en que los adultos mayores enfrentan el estrés y perciben su bienestar no puede ser subestimada, pero al trabajar con una muestra localizada, se restringe la aplicabilidad de estos hallazgos a poblaciones de adultos mayores en contextos diferentes.

Conclusiones

1. La relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024, según los resultados estadísticos, manifiestan que las variables analizadas presentan una relación y la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$) ratifica la relación de las variables. Implica que las estrategias de afrontamiento influyen directamente en la calidad de vida de los adultos mayores, sugiriendo que mejorar estas estrategias puede contribuir a su bienestar general.
2. La resolución del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia una relación entre las variables analizadas y la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$) ratifica esta relación. Implica que la habilidad para resolver problemas tiene un impacto positivo en la calidad de vida, lo que subraya la importancia de fortalecer esta habilidad en los adultos mayores.
3. La autocrítica está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas que se valida por la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$). Implica que una autocrítica constructiva puede mejorar la calidad de vida, lo que sugiere la necesidad de fomentar la reflexión positiva y la autoaceptación entre los adultos mayores.
4. La expresión emocional está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia una relación entre las variables analizadas y la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$) ratifica esta relación. Esto implica que la capacidad para expresar las emociones de manera adecuada contribuye significativamente al bienestar de los adultos mayores, sugiriendo la importancia de los programas de expresión emocional.
5. El pensamiento desiderativo está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas y la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$) ratifica esta relación. Implica que el pensamiento positivo y la capacidad de establecer metas son factores clave para mejorar la calidad de vida, resaltando la importancia de incentivar estos procesos en los adultos mayores.

6. El apoyo social está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas y la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$) ratifica esta relación. Esto resalta que el apoyo social es un factor determinante en la calidad de vida, lo que subraya la necesidad de promover redes de apoyo y actividades grupales para los adultos mayores.
7. La reconstrucción cognitiva está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas que se valida por la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$). Indica que la capacidad de los adultos mayores para reinterpretar pensamientos negativos de manera positiva mejora su calidad de vida, sugiriendo la importancia de técnicas de reestructuración cognitiva.
8. La evitación del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas que se valida por la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$). Esto implica que las conductas de evitación son perjudiciales para la calidad de vida, lo que sugiere que se deben enseñar estrategias de afrontamiento activo para enfrentar problemas de manera efectiva.
9. Identificar la retirada social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas que se valida por la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$). Implica que la retirada social impacta negativamente en la calidad de vida, por lo que es esencial implementar actividades que fomenten la participación social y reduzcan el aislamiento.
10. Identificar el grado de eficacia percibida del afrontamiento está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Según los resultados estadísticos, se evidencia relación entre las variables analizadas que se valida por la significancia de $p=0.000$ ($p<0.05$). Implica que una mayor percepción de eficacia en sus estrategias de afrontamiento mejora la calidad de vida, sugiriendo que se debe promover la autoconfianza y la percepción positiva de sus capacidades para afrontar desafíos.

Recomendaciones

1. Se sugiere a los profesionales de enfermería del Centro de Salud Miguel Grau, diseñar talleres prácticos para desarrollar habilidades clave en adultos mayores como planificación diaria, gestión del hogar, administración del tiempo y resolución de conflictos familiares. Estos talleres deben incluir temas de salud como control de medicamentos y organización de citas médicas, con actividades dinámicas y simulaciones prácticas. Para evaluar su impacto, se recomienda medir mejoras en la planificación diaria, adherencia a tratamientos y percepción de autonomía. Es esencial trabajar en colaboración con trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales para garantizar un enfoque integral y maximizar los beneficios.
2. Se recomienda organizar sesiones grupales donde los adultos mayores reflexionen sobre decisiones cotidianas pasadas, utilizando herramientas como la escritura reflexiva o un "diario de emociones" para identificar patrones de pensamiento negativos y fomentar una autocrítica más positiva. Estas actividades deben ser facilitadas por enfermeras en colaboración con psicólogos o trabajadores sociales, quienes apoyarán en la identificación y reestructuración de pensamientos destructivos, sugiriendo estrategias para su modificación. Los indicadores de éxito incluyen una mayor autoaceptación y una disminución de pensamientos negativos. Un enfoque interdisciplinario garantizará una intervención integral y efectiva, adaptada a las necesidades emocionales de los participantes.
3. Se sugiere implementar programas de entrenamiento en expresión emocional mediante actividades como juegos de roles, dramatización y arte terapéutico, para que los adultos mayores practiquen la identificación y expresión de emociones como tristeza, frustración o alegría. Las enfermeras pueden integrar técnicas como respiración profunda y meditación guiada para ayudar a gestionar sus emociones antes de expresarlas. La colaboración con psicólogos o terapeutas ocupacionales garantizará un entorno estructurado y seguro para compartir experiencias emocionales de manera respetuosa. Los indicadores de éxito incluyen una mejor identificación y expresión emocional, así como un aumento general en el bienestar emocional de los participantes.
4. Se sugiere organizar talleres en los que los adultos mayores establezcan metas a corto, medio y largo plazo, tanto relacionados con su salud como con otros aspectos de su vida, como viajar o aprender algo nuevo. Mediante técnicas como meditación guiada,

escritura creativa y planificación de metas realistas, se fomentará una mentalidad positiva. Es importante que las metas sean alcanzables y adaptadas a sus capacidades, promoviendo la autoeficacia. El éxito se medirá a través de la cantidad de metas alcanzadas, la satisfacción con los logros y la mejora en la calidad de vida, con el apoyo de enfermeras y psicólogos.

5. Se sugiere que los profesionales de enfermería del Centro de Salud Miguel Grau ofrezcan sesiones educativas sobre la identificación de pensamientos automáticos negativos y su transformación en pensamientos positivos o realistas. Actividades como juegos de memoria, discusión de situaciones hipotéticas y ejercicios de reestructuración cognitiva ayudarán a los adultos mayores a modificar patrones de pensamiento destructivos. Las enfermeras promoverán la práctica diaria de estas habilidades, y el éxito se medirá mediante la reducción de pensamientos negativos, el aumento de la autoconfianza y la mejora en el bienestar. Este proceso debe ser supervisado por un psicólogo o terapeuta ocupacional.
6. Se recomienda organizar grupos de apoyo y actividades comunitarias, como clases de ejercicio en grupo, talleres de cocina, grupos de lectura y manualidades, para que los adultos mayores interactúen y fortalezcan sus vínculos sociales. Las enfermeras, en colaboración con trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, facilitarán estas actividades, creando un ambiente inclusivo y de apoyo emocional. Los indicadores de éxito incluyen mejoras en la interacción social, mayor participación en actividades y percepción de apoyo emocional. Este enfoque multidisciplinario mejorará la calidad de vida de los adultos mayores y fortalecerá su red de apoyo social.
7. Se sugiere que los profesionales de enfermería del Centro de Salud Miguel Grau implementen actividades que expongan a los adultos mayores a situaciones que habitualmente evaden como hablar sobre temas de salud difíciles o tomar decisiones sobre su bienestar. Se pueden enseñar técnicas de afrontamiento activo, como solución de problemas, resolución de conflictos y establecimiento de prioridades, mediante ejercicios prácticos y simulaciones. Las enfermeras guiarán a los adultos mayores para abordar estas situaciones positivamente. Los indicadores de éxito incluyen mayor disposición para enfrentar temas difíciles, mejora en la toma de decisiones y mayor confianza en el manejo de situaciones estresantes, con la colaboración de psicólogos y trabajadores sociales.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2022 [cited 2024 junio 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Espinoza E, Leiva Colos F, Rengifo A. Estilos de afrontamiento al estrés y satisfacción con la vida en una muestra de adultos peruanos en el contexto del COVID-19. *Acad Rev Investig en Ciencias Soc y Humanidades*. 2022; 9(2): p. 139–50.
3. Curo A, Gaspar Cahuana, Y. Y. Afrontamiento y calidad de vida en salud en adultos mayores de un Centro de Salud. 2020 .
4. Bustamante Z. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus. *Hospital José Soto Cadenillas Chota* 2021. 2023.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico N° 02 - Junio 2022- Situación de la Población Adulta Mayor. [Online].; 2022 [cited 2024 Junio 1. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3313690/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor%3A%20Enero%20-%20Febrero%20-%20Marzo%202022.pdf>.
6. Hanco R. Relación entre nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en enfermeras de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. *Arequipa*, 2021; 2021.
7. Lanchi K, Serrano A. Estrategias de afrontamiento ante el duelo en adultos mayores del Centro Gerontológico de San Miguel de Bolívar: BABAHOYO: UTB; 2024.
8. Aceiro M, Torrecilla M, Moreno C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2020.
9. Cerquera A, Matajira Y, Romero K, Peña A. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores víctimas del conflicto armado colombiano. *Psicología*. 2020; 14(2).
10. Fontes A, Neri A. Coping strategies as indicators of resilience in elderly subjects: a methodological study. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 24.
11. Celeiro T, Galizzi P. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. 2021.
12. Champi E, Campos M. Afrontamiento y calidad de vida en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Ocopilla. 2022.

13. Cunyas M. Calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de Covid-19 del puesto de salud La Punta, Huancayo 2022. 2022.
14. Leguia A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en adultos mayores de Lima Metropolitana. 2019.
15. Gaona G. Las estrategias de afrontamiento y satisfacción con la vida en adultos que estudian y trabajan en Lima Metropolitana. 2020.
16. Salazar H, Montalvo S. Resiliencia Y Felicidad En Adultos Mayores Pertenecientes A Un Centro Del Adulto Mayor Del Distrito De Cerro Colorado De Arequipa. 2023.
17. Campos H, Stefani K. Calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas y sentido del humor. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2020 Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2020.
18. Díaz R, Encalada S. Calidad del cuidado enfermera (o) y nivel de satisfacción del adulto mayor de los servicios de medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa 2020.; 2020.
19. Cieza O, Siles M. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en el servicio de Hospitalización de una Clínica Privada, Lima–Perú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(2): p. 3879-3895.
20. Navarro Y, Ignacio M. Resiliencia y afrontamiento al estrés en adultos mayores del Distrito de El Tambo inscritos en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, 2022.: Universidad Peruana de los Andes; 2023.
21. Cano F, Rodríguez L, García L. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2007; 35(1).
22. Rodríguez V, Alemán G, Aguilar M, Valdez H, Martínez M. Como afronta el adulto mayor las situaciones conflictivas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(1).
23. Vega A. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob*. 2009; 16.
24. Tapia V. Estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de estrés cotidiano en niños de 5-12 años con diabetes mellitus tipo 1 en aislamiento por pandemia. hospital regional Lambayeque, 2021. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021.
25. Cuba O, Parra E. Afrontamiento al estrés y rasgos de personalidad en estudiantes de Administración y Marketing de Zegel IPAE Surco, 2019. Perú: Universidad Peruana de los Andes; 2020.
26. Gómez O, Cabrera F, Contreras G, De la Roca Chiapas J, Juárez M. Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: Análisis crítico. *Uaricha, Revista de Psicología*. 2024; 22.

27. Subekti R, Herdian H, Nuryana Z. How to Promote Honest Learning Outcomes in Online Education: Understanding Achievement Goal Orientation and Self-Efficacy. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*. 2024; 22(63).
28. Ferreira E, Calderon C. Evaluación de Adultos: CRI-A. Evaluación del afrontamiento del estrés. España: Universidad de Barcelona; 2022.
29. Gallego W. Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis aplicada a escolares de nivel secundario de la ciudad de Arequipa (Perú).: Universidad Católica San Pablo; 2020.
30. Lewis J, Cameron R, Kim-Ju G, Meyers L. Examining the association between racial identity attitudes and coping with racism-related stress. *Journal of Multicultural Counseling and Development*. 2020; 48(2).
31. Puppi S. Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento al estrés en adultos jóvenes de Lima, 2022.: Universidad Autónoma del Perú; 2023.
32. Peris I, Donio-Bellegardeb M, Mateu-Mollá J, Lacomba-Trejo L. Análisis de predictores de síntomas ansiosos, depresivos y del estrés: inteligencia emocional y afrontamiento. *Revista de psicología de la salud*. 2023; 11(1).
33. Shamai A, Nazaninpuri S. The Analysis of the Quality of Life Indicators in Urban Areas of Sanandaj. *Ecology Researches*. 2022; 1(27): p. 35-52.
34. Marí-Alexandre J, García-Oms J, Agababyan C, Belda-Montesinos R. Toward an improved assessment of quality of life in endometriosis: Evaluation of the Spanish version of the Endometriosis Health Profile 30. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2022; 43(3).
35. Vamos Q. Informe de calidad de vida 2021. Bogotá Cómo Vamos. 2022.
36. Ramírez-Coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez-Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E., & González-León, F. M. Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020; 39(8).
37. Cutipa L, Zamora K. Adaptación y Traducción del Cuestionario WHOQOL - BREF de Calidad de Vida en Adultos de la Sierra Peruana. Universidad Cesar Vallejos. 2020.
38. Salas I, Nemecio J, Mier C. La persona mayor y espacio social: La discriminación por edad y la calidad de vida. *Paradigma*. 2023;: p. 67-88.
39. Cuello M, Aceiro M, Grasso L. Perfil de calidad de vida en Adultos Mayores Argentinos a través del WHOQOL-BREF, y su relación con la depresión geriátrica Buenos Aires; 2023.

40. Vences V. Servicio de promoción de la salud con canes y su asociación con la calidad de vida de adultos mayores, albergue Casa de Todos–Lima 2022. Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2024; 5(3).
41. Prado L, González-Villegas G, Picazo A, Gonzalez A, Lozano M. Calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(1).
42. Melendez J, Delhom I, Satorres E. Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. Ansiedad y estrés. 2020; 26(1).
43. Castañeda R, González J, López C. Derivación teórica del proceso de afrontamiento y adaptación del adulto mayor al proceso de institucionalización.. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades. 2024; 69.
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024.
45. Diario EP. Diario EP. [Online].; 2024. Available from: <https://diarioep.pe/poblacion-de-arequipa-es-mas-de-1-millon-400-mil-habitantes/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20Reniec%2C%20al%2031,120%20mil%20792%20son%20mujeres>.
46. Mella J, López Y, Sáez Y. Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. CienciAmérica. 2020; 9(2).
47. Lopera J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25.
48. Camacho L, Trejo F. La ansiedad en el proceso de envejecimiento de los/as adultos/as mayores del Centro De Salud Tipo C “Bastión Popular” de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Mayo a Agosto del 2023 Ecuador: Universidad Politecnica Salesiana.
49. Canal M, Costantino M, Garizoain E, Liendo L. El duelo y sus efectos en la temporalidad envejecente Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2023.
50. Iceta A. Calidad de vida en la vejez.: Universidad Pontificia Comillas; 2021.
51. Robledo C, Duque C, Hernández A, Ruiz M, Zapata M. Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. Revista CES Derecho. 2022; 13(2).
52. Giraldo N, Estrada A, Deossa G. Malnutrición asociada con factores sociodemográficos en adultos mayores de Medellín (Colombia). Revista Ciencias de la Salud. 2023; 21(2).
53. Guerrero G, Guerrero C. Metodología de la investigación: Grupo Editorial Patria.; 2020.

54. Cano F, Rodríguez Franco L, García M. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2007; 35(1).
55. Huamani D, Quispe S. Calidad de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano 3 de mayo San Martín de Porres - 2016 Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018.

Anexos

Anexo 1
Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicador	Metodología
<p>¿Las estrategias de afrontamiento están relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p> <p>¿La resolución del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p>	<p>Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p> <p>Identificar la resolución del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p> <p>Identificar la autocrítica está relacionada con la calidad de</p>	<p>Las estrategias de afrontamiento están relacionadas con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024</p> <p>La resolución del problema se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p> <p>La autocrítica se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud</p>	1 Estrategias de afrontamiento	Resolución del problema	<p>Enfrenta activamente el problema</p> <p>Determinación y dedicación para abordar los problemas.</p> <p>Encara directamente la dificultad o el desafío</p> <p>Demuestra compromiso y dedicación para alcanzar el objetivo deseado.</p> <p>Persevera en la búsqueda de una solución o resultado deseado</p>	<p>Diseño de estudio : No experimental, cuantitativo de corte transversal</p> <p>Tipo de estudio: correlacional</p> <p>Población</p> <p>Muestra</p> <p>Técnica de investigación Para la VI. Encuesta Para la VD: Entrevista</p>
				Autocrítica	<p>Sentirse responsable de lo que salió mal</p> <p>Sentirse culpable por las circunstancias adversas</p> <p>Emitir juicios negativos hacia uno mismo por lo que ocurrió.</p> <p>Sentir remordimiento o arrepentimiento por no haber evitado la situación.</p> <p>Asumir la responsabilidad personal por los errores o malas decisiones.</p>	

<p>¿La autocrítica está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p> <p>¿La expresión emocional está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p> <p>¿El pensamiento desiderativo está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p> <p>¿El apoyo social está</p>	<p>vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Identificar la expresión emocional está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>	<p>Miguel Grau, Arequipa 2024. La expresión emocional se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. El pensamiento desiderativo se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>		<p>Expresión emocional</p>	<p>Reconocimiento de que la expresión emocional puede reducir el estrés Disposición para comunicar abiertamente las emociones Reflexión sobre los propios sentimientos antes de expresarlos Liberación emocional como una forma de desahogo o alivio Experimentar una sensación de abrumamiento emocional.</p>	<p>INSTRUMENTO: Variable 1: Cuestionario de afrontamiento del estrés adaptado por la investigadora Variable 2: Aplicación de la escala de satisfacción vital traducida al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y Garcia-Merita (2000) procedente de la versión inglesa SWLS</p> <p>Prueba de hipótesis Se utilizará la prueba estadística χ^2</p> $\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$
	<p>Identificar el pensamiento desiderativo está relacionado con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>	<p>El apoyo social se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>		<p>Pensamiento desiderativo</p>	<p>Manifestar un deseo de que la situación estresante no hubiera ocurrido en absoluto. Anhelar el cese o la eliminación de la situación estresante. Expresar el deseo de evitar futuras experiencias similares a la situación estresante. Manifestar un deseo de alterar o revertir los eventos pasados. Imaginar un futuro diferente en el que los eventos estresantes tomen un curso alternativo.</p>	
	<p>Identificar el apoyo social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>	<p>La reconstrucción cognitiva se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>		<p>Apoyo social</p>	<p>Buscar activamente a alguien dispuesto a escuchar y comprender el problema. Buscar apoyo emocional y consejo de alguien en quien confiar. Permitir que los amigos ofrezcan ayuda y apoyo durante tiempos difíciles.</p>	

<p>relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? ¿La reconstrucción cognitiva está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? ¿La evitación del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? ¿La retirada social está relacionada con la calidad de vida en los</p>	<p>Grau, Arequipa 2024. Identificar la reconstrucción cognitiva está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Identificar la evitación del problema está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Identificar la retirada social está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. Identificar el grado de eficacia percibida del</p>	<p>La evitación del problema se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. La retirada social se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. El grado de eficacia percibida del afrontamiento se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024</p>		<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Buscar la compañía y el respaldo de los amigos como una forma de distracción y apoyo. Buscar orientación y consejo de alguien que se considere digno de confianza y respeto.</p> <p>Reflexión continua sobre el problema para obtener una nueva perspectiva Transformación de la interpretación negativa de la situación en una más optimista o realista. Utilización de la autoconvicción como una forma de reducir el malestar emocional. Reflexión sobre las prioridades y valores personales para obtener una nueva perspectiva sobre la situación.</p>	
---	--	--	--	-----------------------------------	--	--

<p>adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024? ¿El grado de eficacia percibida del afrontamiento está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024?</p>	<p>afrontamiento está relacionada con la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024.</p>					
				<p>Evitación del problema</p>	<p>Enfoque en los aspectos positivos o beneficiosos de la situación estresante.</p>	

					<p>Intento consciente de minimizar el impacto emocional de la situación</p> <p>Deseo de eliminar por completo el recuerdo o la preocupación por la situación.</p> <p>Minimización de la importancia o el impacto de la situación estresante.</p> <p>Pretender que la situación estresante no ha tenido lugar o no tiene relevancia.</p> <p>Intento consciente de evitar pensar en la situación estresante.</p>	
				<p>Retirada social</p> <p>Grado de eficacia percibida del afrontamiento</p>	<p>Preferencia por el tiempo de soledad como forma de procesar las emociones.</p> <p>Tendencia a evitar la interacción social como respuesta al estrés.</p> <p>Deseo de mantener la privacidad y evitar la exposición emocional.</p> <p>Reserva emocional y falta de expresión abierta de los sentimientos.</p> <p>Intención deliberada de esconder las emociones de los demás.</p> <p>Capacidad de afrontar situaciones</p>	
			Calidad de vida	Salud Física	<p>Actividades de la vida diaria</p> <p>Dependencias de sustancias medicinales.</p>	

					<p>Energía y Fatiga. Movilidad Dolor e Incomodidad. Dormir y Descansar Capacidad de Trabajo</p>
				Salud Psicológica	<p>Imagen Corporal Sentimientos Negativos Sentimientos Positivos Autoestima Religión, Creencias personales Aprendizaje, memoria y concentración</p>
				Relaciones Interpersonales	<p>Relaciones Personales Apoyo Social Actividad sexual</p>
				Relaciones Ambientales	<p>Recursos financieros Seguridad física y Protección Asistencia social y accesibilidad. Entorno domestico Oportunidad para adquirir conocimiento y habilidades Oportunidad de actividades recreativas y de ocio. Entorno Físico Movilidad</p>

Anexo 2

Validación de instrumentos

Cuestionario

Inventario de estrategias de afrontamiento

por Cano, Rodríguez y García, 2007

En absoluto 0	Un poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Totalmente 4
------------------	--------------	---------------	------------	--------------

	0	1	2	3	4
Estrategias de afrontamiento					
Resolución de problemas.					
1. Luché para resolver el problema					
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
17. Hice frente al problema					
25. Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.					
Autocrítica					
2. Me culpé a mí mismo.					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.					
18. Me critiqué por lo ocurrido					
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
34. fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
Expresión emocional					
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
11. Expresé mis emociones, lo que sentía.					
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los deje salir.					
27. Dejé desahogar mis emociones.					
35. Mis sentimientos me abrumaban y estallaron					
Pensamiento desiderativo					
4. Deseé que la situación nunca se hubiera dado					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.					
Apoyo social					
5. Encontré a alguien a quien contarle mi problema que escuchó mi problema.					
13. Hablé con una persona de confianza.					
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos.					

37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.					
Re-estructuración cognitiva					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malos.					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.					
30. Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.					
Evitación de Problemas.					
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.					
15. Traté de olvidar por completo el asunto.					
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
31. Me comporté como si nada hubiera pasado.					
39. Evité pensar o hacer nada.					
Retirada social					
8. Pasé algún tiempo solo.					
16. Evité estar con gente.					
24. Oculté lo que pensaba y sentía.					
32. No dejé que nadie supiera como me sentía.					
40. Traté de ocultar mis sentimientos.					
Grado de eficacia percibida del afrontamiento					
41. me consideré capaz de afrontar la situación.					

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

A continuación, los cuestionarios que usted llenará son en cuanto a temas de CALIDAD DE VIDA.

		Muy mala	Mala	Ni mala ni buena	Buena	Muy Buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy Insatisfecho!	Insatisfecho	Ni satisfecho ni Insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Muchísimo	En cantidad extrema
3	¿Hasta qué punto siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto tratamiento médico necesita para desenvolverse en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida es significativa?	1	2	3	4	5

7	¿Puede concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Se siente seguro con su entorno social?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan limpio e higiénico es el lugar donde vive?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren si experimentó por completo o fue capaz de hacer ciertas cosas durante las **últimas dos semanas**:

		Nada	Un poco	Moderadamente	Por lo general	Completamente
10	¿Tiene suficiente energía en su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Realiza actividades recreativas con frecuencia?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Mala	Ni mala ni buena	Buena	Muy buena
15	¿Qué tan bien puede movilizarse físicamente?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a que tan **bien o satisfecho** se sintió sobre varios aspectos de su vida en las **últimas dos semanas**:

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para dormir?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tan satisfecho está consigo mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones de su hogar?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con su acceso a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a que tan frecuentemente ha experimentado o sentido ciertas cosas en las **últimas dos semanas**:

		Nunca	Raras Veces	A veces	Con frecuencia	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU AYUDA

PRUEBA PILOTO DE CHI-CUADRADO

PRIMERA VARIABLE

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	130,000 ^a	100	,024
Razón de verosimilitud	61,144	100	,999
Asociación lineal por lineal	,863	1	,353
N de casos válidos	13		

a. 121 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

PRUEBA DE CHI CUADRADO

SEGUNDA VARIABLE

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2578,819 ^a	2300	,000
Razón de verosimilitud	628,271	2300	1,000
Asociación lineal por lineal	,222	1	,637
N de casos válidos	109		

a. 2397 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

PRUEBA PILOTO DE ALFA DE CROMBACH

PRIMERA VARIABLE

Instrumento 1

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,802	,806	41

INTERPRETACIÓN

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis del alfa de Cronbach nos da el siguiente resultado

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE VALORES

- No es confiable si sale -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad de 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

Los resultados muestran que existe una confiabilidad fuerte siendo el valor 0.857 una fuerte confiabilidad en la aplicación del instrumento.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	13	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

PRUEBA PILOTO DE ALFA DE CROMBACH SEGUNDA VARIABLE

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	13	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

ALFA DE CROMBACH SEGUNDA VARIABLE

Instrumento 2

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,857	,860	25

INTERPRETACIÓN

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis del alfa de cronbach nos da el siguiente resultado

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE VALORES

- No es confiable si sale -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad de 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

Los resultados muestran que existe una confiabilidad fuerte siendo el valor 0.857 una fuerte confiabilidad en la aplicación del instrumento

Anexo 3
Consentimiento informado

TITULO DE LA TESIS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
MIGUEL GRAU, AREQUIPA 2024.

INVESTIGADORA: BACH. QUISPE YNGA NELI ANGÉLICA

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente participar en la tesis titulada Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Miguel Grau, Arequipa 2024. realizado por la BACH. QUISPE YNGA NELI ANGELICA, de la Universidad Continental.

Hago constar que le he explicado con claridad y veracidad sobre el estudio de investigación y he contestado a todas las preguntas. Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

También se le ha explicado sobre el objetivo de la tesis y que las respuestas que brinde no tendrán repercusión en mi persona; además se le comunicó que la información obtenida se manipulará con confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado mi nombre.

Se me ha explicado también que soy libre de abandonar el estudio, en el momento que considere conveniente, sin tener que dar explicación sobre mi decisión.

Arequipa. _____ de _____ 2024

Firma

Anexo 4

Guía de juicio de expertos

1. Identificación del experto

Nombres y Apellidos:

Centro laboral:

Grado:

Mención:

Institución donde lo obtuvo:

Otros estudios:

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación; se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto. Para evaluar dicho instrumento, marque con un aspa (X) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1= Inferior

2= Básico

3= Intermedio

4= Sobresaliente

5= Muy Sobresaliente

3. Juicio de expertos

INDICADORES		CATEGORIA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto de forma (visión general)					
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					

6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido (validez)					
8	Presentan algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					
	Puntaje parcial					
	Puntaje total					

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje)= (puntaje obtenido /75) x 100
=....

4. Escala de validación

Muy Baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: Cuanto más se acerque al coeficiente cero (0), mayor error habrá en la validez				

5. Conclusión general de la validación y sugerencia (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

.....
.....

6. Constancia de juicio de experto

El que suscribe, identificado con DNI N°
..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el egresado:

NELI ANGÉLICA QUISPE YNGA

Arequipa..... de..... del 2024.

.....

Firma y sello

GUIA DE JUICIO DE EXPERTOS

1. Identificación del experto

Nombres y Apellidos:

Eliana Rocío Alfaro paco

Centro laboral:

Hospital Regional Honorio Delgado

Grado:

Doctor

Mención:

Ciencias: Salud Colectiva

Institución donde lo obtuvo:

Universidad Nacional de San Agustín

Otros estudios:

Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación; se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto. Para evaluar dicho instrumento, marque con un aspa (X) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1= Inferior

2= Básico

3= Intermedio

4= Sobresaliente

5= Muy Sobresaliente

3. Juicio de expertos

INDICADORES		CATEGORIA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto de forma (visión general)				✓	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				✓	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido (validez)					✓
8	Presentan algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				✓	

9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				✓	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					✓
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				✓	✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				✓	✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
	Puntaje parcial				20	50
	Puntaje total					

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje)= (puntaje obtenido /75) x 100 = **93.3**

4. Escala de validación

Muy Baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: Cuanto más se acerque al coeficiente cero (0), mayor error habrá en la validez				

5. Conclusión general de la validación y sugerencia (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Cumple con los criterios de validación.

6. Constancia de juicio de experto

El que suscribe, Eliana Rocío Alfaro Paco identificado con DNI N° 29590454. Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el egresado:

NELI ANGÉLICA QUISPE YNGA

Arequipa 25 de Julio del 2024.



Dra. Eliana Rocío Alfaro Paco
 C.E.P. N° 23623
 Firma y sello

GUIA DE JUICIO DE EXPERTOS

1. Identificación del experto

Nombres y Apellidos:

María del Lourdes Portugal Puma

Centro laboral:

Hospital Regional Honorio Delgado

Grado:

Magister

Mención:

Gestión en Salud

Institución donde lo obtuvo:

Universidad César Vallejo

Otros estudios:

Investigación en Gerontología - Auditoría en Salud

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación; se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto. Para evaluar dicho instrumento, marque con un aspa (X) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1= Inferior

2= Básico

3= Intermedio

4= Sobresaliente

5= Muy Sobresaliente

3. Juicio de expertos

INDICADORES		CATEGORIA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto de forma (visión general)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✗
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✗
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				✓	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido (validez)					✓
8	Presentan algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✗

9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
	Puntaje parcial				12	60
	Puntaje total					72

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje)= (puntaje obtenido /75) x 100 = **96**

4. Escala de validación

Muy Baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: Cuanto más se acerque al coeficiente cero (0), mayor error habrá en la validez				

5. Conclusión general de la validación y sugerencia (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Se llega a la conclusión que el instrumento de investigación está apto para su aplicación

6. Constancia de juicio de experto

El que suscribe, Mg. María del Lourdes Portugal Puma, identificado con DNI N° 30424806, Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el egresado:

NELI ANGÉLICA QUISPE YNGA

Arequipa, 9 de Julio del 2024.

Mg. María del Lourdes Portugal Puma
 ENFERMERA NEONATOLOGA
 CEP 15142 RNE 19817

Firma y sello

GUIA DE JUICIO DE EXPERTOS

1. Identificación del experto

Nombres y Apellidos:

DELIA ISABEL CHÁVEZ VERGARA

Centro laboral:

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

Grado:

MAGISTER

Mención:

ADMINISTRACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Institución donde lo obtuvo:

UNSA

Otros estudios:

ESPECIALISTA NEONATOLOGIA

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación; se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto. Para evaluar dicho instrumento, marque con un aspa (X) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1= Inferior

2= Básico

3= Intermedio

4= Sobresaliente

5= Muy Sobresaliente

3. Juicio de expertos

INDICADORES		CATEGORIA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto de forma (visión general)					/
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					/
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					/
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					/
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					/
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					/
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez del contenido (validez)					/
8	Presentan algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					/

Anexo 4

Aprobación del Comité de Ética



Huancayo, 27 de junio del 2024

OFICIO N°0521-2024-CIEI-UC

Investigadores:

NELI ANGELICA QUISPE YNGA

Presente-

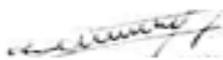
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU, AREQUIPA 2024.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Caldeira Corstela
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Inca 5,84,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1480
(094) 418 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Colles
(084) 480 070

Sector Argosuta (M.I.),
cametara San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Umas
Av. Alfredo Mendola 520, Los Olivos
(01) 283 2780

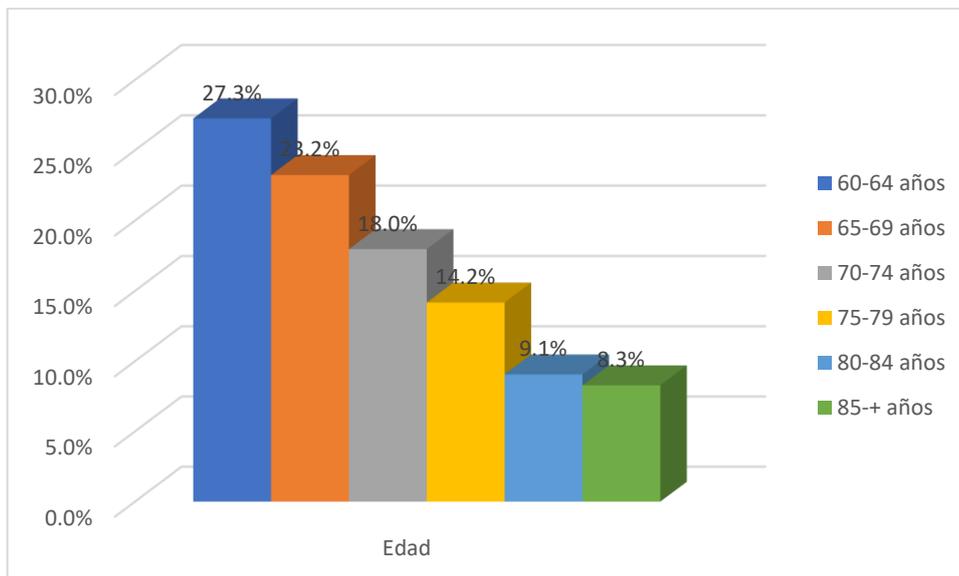
Jr. Junín 355, Mitoños
(01) 283 2780

entail.ecdo.pe

Anexo 5

Gráfica de la población por edades del Centro de Salud Miguel Grau

	f	%
60-64 años	352	27.3
65-69 años	300	23.2
70-74 años	232	18.0
75-79 años	183	14.2
80-84 años	117	9.1
85-+ años	107	8.3
Total	1291	100.0



Anexo 6

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA TESIS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU, AREQUIPA 2024

INVESTIGADORA: BACH. QUISPE YNGA Neli Angélica

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente participar en la tesis titulada ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MIGUEL GRAU, AREQUIPA 2024. realizado por la BACH. QUISPE YNGA Neli Angelica, de la Universidad Continental.

Hago constar que le he explicado con claridad y veracidad sobre el estudio de investigación y he contestado a todas las preguntas. Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

También se le ha explicado sobre el objetivo de la tesis y que las respuestas que brinde no tendrán repercusión en mi persona; además se le comunicó que la información obtenida se manipulará con confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado mi nombre.

Se me ha explicado también que soy libre de abandonar el estudio, en el momento que considere conveniente, sin tener que dar explicación sobre mi decisión.

Arequipa. 18 de noviembre 2024



Firma

Anexo 7

Relación de empadronamiento del adulto mayor del Centro de Salud Miguel Grau

N°	DNI	F/N	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCION	VIVIENDA	FUENTE DE INGRESO	CONSULTORIO	TIPO DE SEGURO	H.C.L.	DX.
1	29257622	31/01/1963	63	F	Separada	Primaria incompleta	AV. PERU 119	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	245-3	Hipertensión
2	29460637	23/07/1950	74	F	Casada	Primaria completa	Calle México 209	Propia	Jubilada	Medicina General	ESSALUD	-	Artritis
3	29460663	26/11/1958	65	F	Viuda	Primaria incompleta	Calle México 2001	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	176-4	Gastritis
4	29449826	31/05/1951	73	M	Casado	Primaria incompleta	Av. el sol Mz. 51 Lte. 6	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	9585-II	Hipertensión
5	29439439	30/11/1948	75	F	Viuda	Primaria incompleta	Av. el sol Mz. 33 Lte.5	Propia	Sus Hijos	Medicina General	ESSALUD	-	Reumatismo
6	29262084	03/03/1957	67	F	Casada	Secundaria Completa	Calle México 207	Propia	Sus Hijos	Medicina General	PNP/FF.AA.	3569-IV	Hipertensión
7	29441538	03/05/1938	86	F	Viuda	No refiere	Calle Angamos 313	Propia	Sus Hijos	Medicina General	ESSALUD	1944-III	Artritis
8	29574435	06/07/1942	82	F	Casada	Sin estudios	Av. Brasil 305	Cuidante	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13020-IV	Gastritis
9	29377429	20/01/1944	80	F	Viuda	Sin estudios	Sánchez Cerro 317	Propia	Los Vecinos	Medicina General	SIS	547-II	Lumbalgia
10	29249978	18/11/1954	70	F	Conviviente	Secundaria completa	Av. Angamos 717	De sus hijos	Ambulante	Medicina General	SIS	3810	Hipertensión,
11	29465866	16/06/1936	88	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Angamos 313	Propia	Reciclaje	Medicina General	ESSALUD	1944-III	Catarata
12	29455522	10/12/1958	66	F	Conviviente	Primaria completa	Av. Miguel Grau 306	Propia	Ambulante	Medicina General	SIS	13680-I	Diabetes,
13	29465556	20/07/1937	87	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Brasil 207	Propia	Los hijos	Medicina General	SIS	13020 IV	Fibrosis Pulmonar
14	29256413	19/10/1955	69	F	Conviviente	Sin estudios	Sánchez Cerro 510	Propia	Alquileres	Medicina General	SIS	9512-II	Gastritis
15	29456382	29/10/1953	72	F	Casado	Secundaria completa	Av. El sol Mz. 53 Lte.8	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13060 - III	Reumatismo
16	29367631	23/04/1946	78	F	Conviviente	Sin estudios	Calle Honduras Mz. 45 Lte. 13	Alquilada	Sus Hijos	Medicina General	SIS	5804-IV	Perdida de Vista
17	29367298	10/01/1952	71	F	Casado	Secundaria Completa	Av. Miguel Grau 704	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	9841-IV	Diabetes Mellitus
18	29586331	23/03/1958	80	F	Viuda	Primaria incompleta	Calle México 306	Cuidante	Sus Hijos	Medicina General	SIS	5910-III	Lumbalgia
19	29439255	23/03/1958	66	F	Conviviente	Primaria incompleta	A. el sol. Mz. 51, Lte. 6	Propia	Vendo Picarones	Medicina General	SIS	9535 -I	Artritis
20	29445863	5/11/1946	86	M	Viudo	Primaria completa	Av. Migue Grau 215	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	9587-IV	Insuficiencia Re
21	29239050	28/11/1951	71	F	Casada	Primaria completa	Honduras Mz. 45 Lte. 10	Alquilada	Comerciante	Medicina General	SIS	451-I	Artritis
22	29452255	6/08/1942	84	F	Viuda	Primaria incompleta	Av. Miguel Grau 568	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1854-AII	Hernia Inguinal
23	29670452	07/09/1941	83	F	Conviviente	No estudiado	Av. Miguel Grau 611	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	7518-II	Reumatismo
24	29465868	20/06/1940	92	M	Casado	Primaria incompleta	Av. El sol Mz. 51 Lte.11	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1825-I	Catarata
25	30586540	10/01/1961	64	M	Casado	Primaria completa	Calle México 523	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	3157	Artritis
26	29377827	23/06/1933	92	M	Casada	Primaria completa	Calle Angamos 325	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	3815	Lumbalgia
27	229259756	12/07/1935	90	M	Viudo	Primaria incompleta	Sánchez Cerro 420	Cuidante	No cuenta	Medicina General	SIS	478-I	Sordera
28	29574853	06/10/1942	83	M	Casado	Secundaria completa	Av. Miguel Grau 518	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	14032-IV	Diabetes Mellitus
29	29402877	14/05/1945	80	M	Viudo	Primaria completa	Calle Angamos 212	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1894-II	Catarata
30	29441795	10/05/1958	65	F	Casada	Primaria completa	Los Angeles Mz. 34 Lte. 29	Propia	Venta de Ropa	Medicina General	SIS	469 A-VII	Gastritis
31	29502365	11/09/1963	68	M	Soltero	Secundaria completa	Los Ángeles Mz. 34 Lte. 18	Padres	Vigilante	Medicina General	SIS	356- A- VI	Artritis
32	29685502	09/05/1956	68	F	Casada	Primaria incompleta	Calle Jamaica 103 Miguel Grau	Propia	sus hijos	Medicina General	SIS	10903 IV	Artritis
33	29942244	05/06/1953	72	F	Conviviente	Primaria completa	Los Angeles Mz 29 Lte 14	Propia	Limpieza	Medicina General	SIS	501- I	Reumatismo
34	29725758	03/01/1965	60	M	Soltero	Secundaria Completa	Los Ángeles 415	Propia	Chofer	Medicina General	SIS	10567 - III	Dolor Lumbar
35	29865865	06/18/1943	83	F	Divorciada	Primaria incompleta	Gavino Solórzano -115	Propia	Vende Chicha	Medicina General	sis	1875-I	Lumbalgia
36	29366366	25/12/1936	89	F	Casado	Sin estudios	Av. El sol Mz. 51 Lte.11	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1945-III	Hipertensión
37	29490431	10/07/1953	72	F	Conviviente	Sin estudios	Calle México 523	Propia	Jubilada	Medicina General	SIS	1487 A-II	Artritis
38	29461178	14/04/1946	79	M	Casado	Secundaria completa	Sánchez Cerro 256	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	685 - III	Gastritis
39	29682369	19/11/1963	62	M	Conviviente	Primaria incompleta	Av. Miguel Grau 518	Propia	Sus Hijos	Medicina General	ESSALUD	NO TIENE	Hipertensión
40	29253639	08/10/1964	61	F	Casado	Primaria completa	Calle Angamos 315	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	258 -III	Diabetes Mellitus
41	29542989	26/02/1945	80	F	Viuda	Primaria incompleta	Los Ángeles Mz.34 Lte.26	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1086- I	Hipertensión
42	29435068	16/01/1943	82	M	Casado	Primaria completa	Los Ángeles Mz. 32 Lte. 15	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13567-IV	Artritis
43	29366995	01/06/1959	65	F	Casada	Secundaria completa	Los Ángeles Mz 34Lte24	Propia	Panadería	Medicina General	SIS	11940 - III	Gastritis
45	29992445	28/06/1952	73	F	Conviviente	Sin estudios	Sánchez Cerro 115,	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	894 - II	Lumbalgia
44	30574537	13/06/1942	82	M	Casado	Primaria incompleta	los Ángeles 312 Miguel Grau	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	328- IV	Cataratas
45	29366989	09/05/1954	70	M	Casado	Primaria incompleta	Cte 20 Mza. 34, lte 2	Propia	Construcción	Medicina General	SIS	11940 - III	Artritis
46	29431732	14/03/1949	76	F	Casado	Secundaria Completa	Av. Miguel Grau 230	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	179-II	Lumbalgia

47	29249946	27/07/1952	72	M	Conviviente	Secundaria Completa	Sánchez Cerro 109	Propia	Alquileres	Medicina General	SIS	7514 - III	Artrosis
48	30574106	20-08-1943	81	M	Casado	Primaria incompleta	Calle Los Angeles 240	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	14940 - IV	Artrosis
N°	DNI	F/N	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCION	VIVIENDA	FUENTE DE NGRESO	CONSULTORIO	TIPO DE SEGURO	H.C.L.	DX.
49	29548918	27/03/1947	76	M	Soltero	Primaria incompleta	Calle Roma 333 Miguel Grau	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	14830 - I	Catarata
50	29455422	14/09/1931	93	F	Casada	Secundaria Completa	Sánchez Cerro 326	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	315 - IV	Diabetes
51	29465546	22/08/1933	92	M	Viudo	No tiene estudios	Av. Miguel Grau 900	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	638 - IV	CEGUERA
52	30573766	24/07/1935	90	F	Divorciada	Primaria completa	Av. El sol 214	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13019- IV	Hipertensión
53	29257623	28/06/1961	63	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Perú 124	Propia	Trabajo Eventual	Medicina General	SIS	300 - III	Lumbalgia
54	29455057	22/07/1948	76	M	Conviviente	Primaria completa	Calle los Angeles 333	Propia	Reciclaje	Medicina General	SIS	14698 - IV	Artrosis
56	30654566	23/01/1954	71	M	Conviviente	Primaria completa	Pról. Angamos Mza. 10 Lte 6	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	230 - II	Reumatismo
57	29367298	10/01/1952	73	F	Casada	Secundaria Completa	Av. Miguel Grau 704	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	9841 IV	Diabetes
58	29455222	29/12/1957	68	M	Casado	Primaria completa	Villa Hermosa 317	Propia	Albañil	Medicina General	SIS	827 - I	Hipertensión
59	10424169	27/11/1961	63	F	Conviviente	Técnico Superior	Av. Los Ángeles 720	Propia	Cosmóloga	Medicina General	SIS	10506- IV	Lumbalgia
60	30547282	03/11/1952	72	F	Casada	Secundaria incompleta	Av. Arequipa 201	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1028 -II	diabetes
61	29464106	04/01/1940	84	F	Viuda	No tiene estudios	Av. El sol 102	Propia	Su Hijo	Medicina General	SIS	1085 - III	Artrosis
62	29430117	24/05/1943	81	M	Casado	Secundaria Completa	Calle Honduras Mza. 3 Lte 12	Propia	Chofer	Medicina General	SIS	235 -IV	Lumbalgia
63	29422848	08/10/1970	69	F	Conviviente	Secundaria Completa	Sánchez Cerro 400	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	11856 - III	Lumbalgia
64	29442584	17/05/1952	72	F	Casada	Primaria completa	Calle José Santos Chocano 324	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1258- IV	Catarata
65	29572765	18/12/1950	74	F	Conviviente	Primaria incompleta	Calle Sánchez Cerro 408	De su hijo	Nieto	Medicina General	SIS	No tiene	Artritis
66	29460531	28/06/1940	84	F	Casada	Primaria Incompleta	Av. Miguel Grau 612	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1086 - II	Lumbalgia
67	30584292	28/08/1942	82	F	Separada	Primaria incompleta	Calle Gavino Solórzano	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	6814 - II	Gastritis
68	29449626	13/09/1945	80	F	Casada	Primaria completa	Calle Brasil 615	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	2862- III	Hipertensión
69	30586666	17/07/1957	68	F	Casada	Secundaria Completa	Av. El Sol 112	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1845 - II	Artritis
70	29605731	01/09/1945	80	F	Conviviente	Secundaria Completa	Pról. Angamos Mza. Lte 18	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	10486 - IV	Dolor Lumbar
71	29685502	09/06/1941	68	F	Viuda	Primaria incompleta	Av. Miguel Grau 310	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	10104 - IV	Artrosis
72	30861497	05-09-1948	76	F	Casada	Secundaria Completa	Calle Brasil 810	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	230 - I	Lumbalgia
73	29569849	09/02/1952	72	F	Casada	Secundaria completa	Calle México 200	Propia	Vendo Chicha	Medicina General	SIS	176 IV	Artritis
74	30574809	09/08/1960	65	F	Viuda	No tiene estudios	Av. Miguel Grau 506	De su Hija	Sus Hijos	Medicina General	SIS	NO TIENE	Artrosis
75	29454822	27/12/1946	79	F	Viuda	Primaria incompleta	Calle Argentina 123	Propia	No cuenta	Medicina General	SIS	257 - IV	Artrosis
76	29264339	09/08/1937	88	F	Casada	Primaria incompleta	Los Angeles 315	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1098- II	Catarata
77	29439439	30/11/1948	77	F	Casada	Secundaria incompleta	Av. El sol 623	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	3661 - II	Gastritis
78	29455061	16/01/1947	78	M	Casado	Secundaria incompleta	Av. Argentina 135	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13034 III	Dolor Lumbar
79	29462308	25/12/1945	80	F	Casado	Primaria incompleta	Calle Angamos 210	Propia	Venta de Pan	Medicina General	SIS	9214 - IV	Gastritis
80	30648904	21/07/1965	60	M	Conviviente	Técnico Superior	Av. Miguel Grau 110	Propia	Cosmóloga	Medicina General	ESSALUD	516 - II	Lumbalgia
81	29432590	18/04/1943	81	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Miguel Grau 229	De sus hijos	Sus Hijos	Medicina General	SIS	859- I	Artrosis
82	29449840	19/03/1955	69	F	Casada	Primaria completa	Sánchez Cerro 4132	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	917- III	Lumbalgia
83	29432719	28/06/1948	76	F	Conviviente	Secundaria completa	los Angeles 415 Miguel Grau	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	10567 - III	Diabetes
84	29377148	30/10/1950	74	F	Casada	Secundaria incompleta	Jamaica 110 Miguel Grau	Propia	Comerciante	Medicina General	SIS	906 - IV	Hipertensión
85	29464809	30/05/1956	68	M	Casado	Secundaria incompleta	Los Angeles Mz. 32 Lte. 26	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13567-IV	Artrosis
86	29449961	16/11/1947	77	F	Casada	Secundaria completa	Los Angeles Mz 34 Lte 24,	Propia	Panadería	Medicina General	SIS	140 - III	Gastritis
87	29391846	17/03/1959	65	F	Conviviente	Sin estudios	Sánchez Cerro 231	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	894 - II	Lumbalgia
88	29449945	06/09/1944	80	F	Casada	Primaria incompleta	Los Angeles 312 Miguel Grau	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	128 - IV	Cataratas
89	29452350	01/05/1963	61	F	Casada	Primaria incompleta	Av. Angamos Cte 20 Mza. 34	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1180 - III	Artritis
90	29868803	29/11/1961	63	M	Casado	Secundaria Completa	Av. Miguel Grau 512	Propia	Albañil	Medicina General	SIS	179-II	Lumbalgia
91	29455270	12/10/1959	65	F	Conviviente	Secundaria Completa	Sánchez Cerro 500	Propia	Alquileres	Medicina General	SIS	7514 - III	Artrosis
92	29651524	24/09/1945	80	F	Casada	Primaria incompleta	Calle Los Angeles 210	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1640 - IV	Artrosis
93	29268157	19/12/1949	75	F	Soltera	Primaria incompleta	Calle Roma 315 Miguel Grau	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	14230 - I	Catarata
94	29247623	04/03/1949	75	F	Casada	Secundaria Completa	Sánchez Cerro 328	Propia	Vende Golosinas	Medicina General	SIS	3185 - IV	Diabetes
95	29455253	24/08/1945	79	F	Viuda	No tiene estudios	Av. Miguel Grau 608	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	6381 - IV	CEGUERA
96	29455138	25/01/1951	90	F	Divorciada	Primaria completa	Av. El sol 200	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	1301- IV	Hipertensión
97	29455061	16/01/1947	77	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Perú 506	Propia	Trabajo Eventual	Medicina General	SIS	309 - III	Lumbalgia
98	29545085	07/07/1947	77	M	Conviviente	Primaria completa	Calle los Angeles 504	Propia	Reciclaje de	Medicina General	SIS	1469 - IV	Artrosis
99	29253643	20/12/1945	79	M	Conviviente	Primaria completa	Angamos Mza. 14 Lte 4	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	230- II	Reumatismo
100	29455464	06/09/1944	80	F	Conviviente	Secundaria completa	Prolongación Angamos 612	De sus hijos	Ambulante	Medicina General	SIS	3810	Hipertensión
101	29434418	04/02/1954	70	M	Casado	Primaria incompleta	Av. Angamos 310	Propia	Reciclaje	Medicina General	ESSALUD	1944-III	Catarata

102	29461031	04/02/1955	69	F	Conviviente	Primaria completa	Av. Miguel Grau 216	Propia	Ambulante	Medicina General	SIS	1360-I	Diabetes,
N°	DNI	F/N	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	DIRECCION	VIVIENDA	FUENTE DE NGRESO	CONSULTORIO	TIPO DE SEGURO	H.CL.	DX.
103	29442526	07/08/1955	69	F	Casada	Primaria incompleta	Av. Brasil 210	Propia	Los hijos	Medicina General	SIS	1320 IV	Hipertensión
104	29388187	01/12/1946	79	F	Conviviente	Sin estudios	Sánchez Cerro 5105	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	952-II	Gastritis
105	29371505	26/12/1951	73	F	Casado	Secundaria completa	Av. El sol Mz. 5 Lte 12	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	13060 - III	Reumatismo
106	29370975	07/05/1950	74	F	Conviviente	Sin estudios	Calle Honduras Mz. 4 Lte. 18	Alquilada	Sus Hijos	Medicina General	SIS	504-IV	Artritis,
107	29466070	23/05/1943	83	F	Casado	Secundaria Completa	Av. Angamos 412	Propia	Albañil	Medicina General	SIS	6752-II	Diabetes Mellitus
108	29302146	25/11/1955	69	F	Viuda	Primaria incompleta	Calle México 200	Cuidante	Sus Hijos	Medicina General	SIS	510-III	Lumbalgia
109	29442757	15/04/1951	73	F	Conviviente	Primaria incompleta	Pról. Angamos Lte 11	Propia	Sus Hijos	Medicina General	SIS	228 - III	Artritis

Anexo 8
Evidencia fotográfica de la recolección de datos

